



Les travaux parlementaires
35^e législature, 2^e session
(du 25 mars 1996 au 21 octobre 1998)

Journal des débats

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 11 mars 1998

Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
sur la durée des séjours et la pertinence des hospitalisations

Table des matières

Exposé du Vérificateur général

M. Guy Breton

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Pierre-André Paré

Période de questions

Situation financière des établissements de santé

Ressources et effectif en Montérégie

Incidence de la pratique médicale sur les hospitalisations

Gestion et tarification des chambres d'hôpital

Hospitalisations dues à une pénurie de médecins en région

Appareil administratif requis par la réorganisation

Chirurgies d'un jour et services ambulatoires disponibles

Intégration verticale des services

Cadre de responsabilisation et reddition de comptes

Impact de la chirurgie d'un jour sur le service en CLSC

Situation des salles d'urgence

Services hospitaliers dans les MRC de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière

Impact de la chirurgie d'un jour sur le service en CLSC (suite)

Remarques finales

M. Pierre Marsan

M. Pierre-André Paré, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Jean Garon

M. Guy Breton, Vérificateur général

M. Jacques Chagnon, président

Autres intervenants

M. Michel Côté

Mme Fatima Houda-Pepin

Mme Solange Charest

M. Benoît Laprise

*M. François Camirand, ministère de la Santé et des Services sociaux

*Mme Sylvie Dillard, idem

*M. Jean Mercier, idem

*M. Michel Tétreault, idem

*M. Marc Berlinguet, idem

*M. Michel Léger, idem

*Mme Denise Plante, idem

*M. Yvon Monette, idem

*M. Jean-François Girard, idem

*M. Bernard Jean, idem

*Mme Louise Montreuil, idem

*M. Louis-Philippe Thibault, idem

*Mme Andrée Martel, idem

*Témoins interrogés par les membres de la commission

(Neuf heures trente-huit minutes)

Le Président (M. Chagnon): La commission est réunie afin d'examiner la durée des séjours et la pertinence des hospitalisations et d'entendre à cette fin le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, conformément à la Loi sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Lamquin-Éthier (Bourassa), Mme Houda-Pepin (La Pinière) et Mme Charest (Rimouski) ont été désignées membres temporaires pour la séance.

Le Président (M. Chagnon): Merci. Alors, l'ordre du jour se composera des remarques préliminaires au départ, de l'exposé du Vérificateur général, de l'audition du sous-ministre de la Santé, et nous procéderons ensuite à l'étude détaillée du rapport du Vérificateur général. Vers 12 h 15, nous aurons une clôture de la séance publique et nous aurons une séance de travail, comme nous le faisons habituellement suite à ces auditions, comme commission, entre les membres de la commission, à moins, évidemment, comme le signale le secrétaire de la commission, que la commission décide de poursuivre, comme ça pourrait arriver. Ça peut arriver, on ne sait jamais.

Une voix: On ne sait jamais.

(9 h 40)

Le Président (M. Chagnon): On ne sait jamais. Alors, si c'est le cas, en tout cas, nos travaux pourraient se poursuivre, à la limite, jusqu'à 18 heures. Mais, si l'enthousiasme déborde et que l'on continue, on le fera. Sinon, toutefois, il est prévu que nous aurons de toute façon une période de conclusion entre nous, comme nous le faisons toujours.

Une voix: ...

Le Président (M. Chagnon): Ça va dépendre. On va le jouer un peu à l'oreille, ça va être un peu comme ça.

Alors, mes remarques préliminaires sont toutes simples. D'abord, je salue le Vérificateur général et les membres de son équipe qui sont avec nous, comme c'en est devenu une bonne habitude. Je salue le sous-ministre de la Santé, ses adjoints et les gens qu'il nous présentera un peu plus tard. Je constate que notre commission est fort populaire ce matin, il y a des gens qui doivent venir de toutes sortes de milieux de la santé, probablement des régies – je ne sais pas, j'imagine. Je vous souhaite la bienvenue. Vous allez assister à une de ces séances qui sont le lot de notre commission depuis au-delà d'un an et qui nous ont permis dans plusieurs cas de tenter d'aider, parce qu'on n'est pas là pour faire la chasse aux sorcières, mais tenter d'aider à résoudre et à comprendre mieux certains des énoncés et à approfondir des énoncés que le Vérificateur général a soumis à l'Assemblée nationale il y a déjà quelques mois.

Alors, comme remarques préliminaires, dans mon cas, ce seront toutes les remarques que je ferai en préliminaires. Si j'ai des collègues qui ont l'intention d'en faire... Alors, je vais demander au Vérificateur général tout de suite de nous faire son exposé.

Exposé du Vérificateur général

M. Guy Breton

M. Breton (Guy): M. le Président, Mmes et MM. les membres de la commission, M. le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et toutes les personnes qui l'accompagnent, ainsi que les représentants des régies régionales, c'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'invitation qui m'a été faite de participer à cette séance de la commission de l'administration publique qui se penche sur la durée des séjours et la pertinence des hospitalisations dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Ce sujet a fait l'objet du chapitre 5 du tome II de mon rapport annuel de 1996-1997.

Les services de santé dispensés par l'entremise des centres hospitaliers exigent, en 1996-1997, en plus de la rémunération des médecins, des crédits de plus de 5 500 000 000 \$. Le système de santé fait actuellement l'objet d'une transformation majeure qui vise, notamment grâce au virage ambulatoire, à mieux répondre aux besoins de la population tout en limitant le recours aux ressources institutionnelles. Les compressions budgétaires imposées au réseau liées aux objectifs du virage ambulatoire ont, entre autres, entraîné une diminution de lits de plus de 20 % au cours des trois dernières années. J'ai donc jugé le moment opportun d'analyser la gestion des lits par les centres hospitaliers en ce qui concerne la durée des séjours et la pertinence des hospitalisations afin de rendre compte des efforts fournis par le réseau pour améliorer l'efficacité des ressources utilisées, condition essentielle au maintien de l'accès aux services pour le citoyen.

L'étude a porté sur les moyens mis en place par le ministère, les régies régionales et les centres hospitaliers pour favoriser l'utilisation optimale des lits de courte durée dans les centres hospitaliers, qu'il s'agisse de la durée des séjours ou de la pertinence des hospitalisations. Nous avons examiné les mesures mises en place par des centres hospitaliers dans ces domaines et le soutien qui leur est apporté par le ministère et la régie régionale. Nous nous sommes également assurés que les services offerts dans les régions examinées sont complémentaires et continus. Enfin, nous avons examiné la reddition de comptes des trois paliers de réseau ainsi que l'information de gestion qui doit soutenir la prise de décision.

Dans le cadre de ces travaux, j'ai effectué une vérification au ministère de la Santé et des Services sociaux, auprès de deux régies régionales et, pour chacune de ces régions, dans deux centres hospitaliers. Les régies régionales visitées desservent près de 35 % de la population québécoise et elles allouent aux centres hospitaliers plus de 2 000 000 000 \$. Pour leur part, les quatre centres hospitaliers disposent de près de 2 000 lits et ils gèrent des budgets qui totalisent au-delà de 450 000 000 \$.

Notre vérification a révélé que les centres hospitaliers visités pourraient améliorer la gestion des épisodes de soins, ce qui permettrait de réduire la durée des séjours de la clientèle hospitalisée. Ainsi, les interventions des différents spécialistes sont

insuffisamment coordonnées. Il en est de même du recours aux ressources diagnostiques, si bien que le temps d'attente pour la clientèle hospitalisée allonge le séjour hospitalier. Par conséquent, d'autres clients attendent la libération de ces lits. Nous avons constaté également que les centres hospitaliers n'analysent pas assez l'information de gestion mise à leur disposition. Cette information sur les séjours hospitaliers permettrait de cerner les facteurs qui prolongent la durée des séjours et ainsi de poser les gestes les plus susceptibles d'améliorer les résultats.

Une étude du ministère intitulée *Performance économique des établissements du secteur socio-sanitaire portant sur les données 1995-1996* estime que des économies de 230 000 000 \$ auraient été réalisables par les centres hospitaliers si la durée de leurs hospitalisations avait été ramenée à la moyenne obtenue par les centres hospitaliers les plus performants du Québec. Dans les centres hospitaliers visités, le potentiel d'économies varie de 4 400 000 \$ à 8 500 000 \$.

Les résultats de cette étude et nos travaux de vérification montrent que les centres hospitaliers doivent fournir encore plus d'efforts pour optimiser la durée des séjours. Entre autres, les centres hospitaliers visités pourraient réduire davantage le nombre de jours d'hospitalisation en diminuant le délai entre la journée de l'admission et celle de la chirurgie. En effet, plusieurs patients sont encore hospitalisés afin de subir des tests préopératoires qui auraient pu tout aussi bien être faits en externe.

L'évolution des techniques et des pratiques médicales permet de plus en plus le diagnostic et le traitement en mode ambulatoire. La chirurgie d'un jour en est un bon exemple. Toutefois, en comparant le taux d'utilisation de la chirurgie d'un jour d'une région à l'autre et d'un centre hospitalier à l'autre, on constate des écarts importants. Entre les régions, le taux varie de 70 % à 86 %. En 1995-1996, un centre hospitalier visité recourt à cette méthode pour 22 % des interventions en rhinoplastie par rapport à 95 % à un autre endroit. Le ministère évalue que le recours accru à la chirurgie d'un jour aurait permis aux centres hospitaliers du Québec des économies de 23 000 000 \$ en 1995-1996.

Actuellement, les moyens adoptés ne permettent pas d'évaluer le nombre d'hospitalisations évitables et de jours de présence inutiles. Toutefois, depuis quelque temps, le ministère expérimente dans plusieurs centres hospitaliers, en collaboration avec les régies régionales, un outil qui permettra de déceler les hospitalisations évitables et les durées de séjour excessives.

Enfin, le partage des connaissances entre les différents partenaires du réseau pourrait être amélioré. L'inefficacité des centres hospitaliers quant à la durée des séjours est partiellement attribuable au fait que les autres composantes du réseau ne peuvent prendre la relève. En effet, les régies régionales devraient tout mettre en oeuvre pour assurer la complémentarité des services dans leur territoire. Cette façon de procéder éviterait des problèmes observables pour l'instant. Les clients en santé mentale et en cardiologie ainsi que les personnes âgées en attente de placement occupent des lits dans des centres hospitaliers en attendant que d'autres composantes du réseau ou d'autres centres hospitaliers puissent leur offrir les services adaptés à leur état.

Le ministère, les régies régionales et les établissements ont des responsabilités bien distinctes, mais l'efficacité de leur action est interreliée. Dans ce contexte, il est essentiel que chacun des niveaux rende des comptes au palier supérieur pour que, en dernier ressort, le ministère puisse s'assurer que les objectifs de la politique de la santé et du bien-être et ceux de la transformation du réseau sont atteints et qu'il en fasse rapport à l'Assemblée nationale. Or, le ministère n'a pas encore procédé à l'implantation d'un cadre de responsabilisation qui engloberait les trois paliers du réseau. Sans un tel cadre, le ministère ne peut s'assurer de l'atteinte des objectifs puisque le réseau ne s'est pas fermement engagé en ce sens. D'ailleurs, parce que les objectifs provinciaux ne sont pas suffisamment détaillés, l'augmentation souhaitable de l'efficacité n'est pas assez précisée par les régies régionales et les centres hospitaliers. Par ailleurs, le ministère, les régies régionales et les centres hospitaliers ne produisent pas une reddition de comptes qui permettrait d'évaluer l'atteinte des objectifs. Le ministère et les régies régionales n'en exigent pas non plus.

(9 h 50)

Finalement, nous avons constaté que la qualité des informations de gestion sur la clientèle hospitalisée pourrait être améliorée. Étant donné que cette information sous-tend de plus en plus la prise de décision, des analyses risquent d'être faussées. Quant à l'information de gestion sur les services offerts en mode ambulatoire, elle n'est pas suffisante pour évaluer les services offerts. Le ministère, les régies régionales et les centres hospitaliers ne peuvent s'assurer que le virage ambulatoire se déroule au mieux. Dans les centres hospitaliers seulement, le coût des services ambulatoires en 1995-1996 se serait élevé, au minimum, à 1 600 000 000 \$ pour plus de 11 800 000 visites.

En terminant, j'aimerais souligner la collaboration obtenue du ministère, des régies régionales et des établissements visités. Je veux vous assurer de mon entière collaboration pour que les travaux de cette commission permettent l'amélioration de la gestion des fonds publics. Je vous remercie.

Le Président (M. Chagnon): Je vous remercie, M. Breton. M. Paré.

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Pierre-André Paré

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, suite aux propos du Vérificateur général et à la comparution de ce matin, permettez-moi d'abord de présenter les personnes qui sont avec moi: la deuxième personne, ici, Sylvie Dillard, qui est sous-ministre adjointe à la planification et à l'évaluation; immédiatement à ma gauche, Jean Mercier, qui est directeur des indicateurs de résultats et de l'information statistique; François Camirand, qui est à ma droite, qui est chef du service développement des indicateurs; Marc Berlinguet, qui est médecin-conseil chez nous; Michel Tétreault, qui s'occupe du GTI, qui est également médecin; Jean-François Girard, qui est médecin et qui s'occupe surtout des listes d'attente; et le Dr Jean, qui est dans Chaudière-Appalaches et qui pourra nous parler peut-être d'une expérience qu'ils vivent dans cette région.

Les autres personnes qui sont avec nous, je vais vous les mentionner rapidement: il n'est pas arrivé, Louis-Philippe Thibault, du Saguenay-Lac-Saint-Jean; Richard Lefrançois, de la région de Québec, avec Michel Fontaine; Mme Denise Plante, de la région centrale de Montréal; dans Chaudière-Appalaches, Mme Montreuil, qui est directrice par intérim; ensuite de ça, de la Régie des Laurentides, le directeur général de la Régie, Michel Léger; en Montérégie, Yvon Monette et Mme Andrée Martel; de la Conférence des régies, Lise Denis, qui est directrice générale, et Marc Leduc...

Une voix: Lucie.

M. Paré (Pierre-André): Lucie Leduc, excusez. C'est marqué «Marc», c'est Lucie. Excuse-moi, Lucie. Ha, ha, ha! Je pense que j'ai nommé à peu près tout le monde.

Le Président (M. Chagnon): Pour le bénéfice de nos travaux ultérieurs, il serait bon que chacun d'entre vous, lorsque vous aurez à prendre la parole, vous puissiez vous nommer, parce que notre technicien va crier à l'aide avant longtemps. Si on veut effectivement que les travaux et que vos propos puissent, pour l'histoire, être retenus, il faut savoir que c'est vous qui les avez prononcés.

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, si vous me le permettez...

Le Président (M. Chagnon): Nous avons agréé à l'idée d'avoir une présentation.

M. Paré (Pierre-André): ...et on vous distribuera probablement, immédiatement après, l'ensemble d'un petit document que j'avais préparé, mais que je ne lirai pas nécessairement, pour que vous en ayez copie, et également quelques acétates pour un petit peu parler de notre monde.

Soit dit en passant, M. le Président, le rapport du Vérificateur général, en ce qui concerne les autorités du ministère, c'est un rapport que nous considérons comme étant aidant et nous sommes d'accord avec lui sur plusieurs de ses conclusions. Donc, il n'y aura pas une grosse prise de bec entre le Vérificateur général et nous ce matin ici. On n'est quand même pas restés les deux bras croisés, puis on n'a pas dit qu'on ne faisait rien. On a fait beaucoup de choses depuis ce temps-là et on aura l'occasion de l'explorer au cours de l'avant-midi avec les questions qui nous seront posées. Mais allons-y rapidement...

Le Président (M. Chagnon): Ce qui permet de dire que cette commission-là aura au moins eu l'avantage de permettre une harmonisation de vos relations.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): Ah oui! Mais disons que le Vérificateur général et moi, on s'est harmonisés depuis longtemps. Ayant été au Contrôleur des finances un bon bout de temps et au ministère du Revenu, il a fallu s'harmoniser une couple de fois, surtout dans les états financiers.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): Mais il n'a jamais complètement dit comme moi. Qu'est-ce que vous voulez, M. le Président?

Juste pour commencer, habituellement j'appelle ça le portrait de famille – peut-être que c'est un peu loin pour quelques personnes – je veux juste vous montrer ce que ça comprend, les services de santé et les services sociaux. On voit apparaître le ministre, les régies régionales, la Régie de l'assurance-maladie, les organismes-conseils, l'OPHQ, les médecins, les établissements privés, les organismes communautaires, les centres hospitaliers, les centres locaux de services, les CLSC, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement de longue durée et les centres de protection de la jeunesse. Juste pour vous indiquer que, avant la transformation de tous les établissements qu'on voit dans le carré du bas là, il y en avait 890; aujourd'hui, on est rendu aux alentours de 450. On pourra discuter de ça une autre fois, mais c'est pour vous donner un portrait de famille. Avec un budget d'à peu près 13 000 000 000 \$ cette année, c'est à peu près le portrait...

Le Président (M. Chagnon): C'est 450 établissements, au lieu des 890. Donc, c'est la moitié moins.

M. Paré (Pierre-André): Oui, c'est ça, c'est la moitié moins; des fusions de conseils d'administration, des réunions. Alors, c'est ce qui s'est passé au cours des trois dernières années, mais c'est loin d'être terminé complètement.

La suivante, s'il vous plaît. La deuxième, c'est un acétate que j'aime bien montrer aux gens et qui donne à peu près une idée. C'est les chiffres...

Le Président (M. Chagnon): On «va-tu» voir ceux que vous ne vouliez pas montrer?

M. Paré (Pierre-André): Ah! oui, oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): Oui, oui, aussi. Ha, ha, ha! 1995-1996, voyez-vous, du côté médical, services rémunérés par la RAMQ. En 1996, il y a eu 81 974 765 actes médicaux pour 5 800 000 personnes. Ça, ça veut dire qu'il y a presque 20 actes médicaux de faits à la minute au Québec. Pour des journées d'hospitalisation de 6 000 000 avec des visites, il y a eu 32 000 000 de visites médicales. Des usagers de soins à domicile, il y en a eu 164 000. De l'hébergement, de jours-présence, 18 000 000 pour 71 000 personnes. Si on prend le petit carré en bas, les jours-présence en réadaptation, par exemple, en alcoolisme et toxicomanie, 121 000; des jeunes en difficulté, 1 200 000; les mères en difficulté, 40 000. De toute façon, dans ce coin-là, il y en a pour 600 000. Mais c'est juste pour que vous ayez en tête à quelle grosseur d'organisation on fait face lorsqu'on parle des services de santé. C'est sûr qu'il faut regarder les cas un par un parce qu'on a toujours affaire à des individus. Mais, comme ministère, on doit, nous, globaliser et pour...

Le Président (M. Chagnon): C'est comme si vous aviez 16 actes par personne ou 15 actes par personne au Québec. Il y a 6 000 000 de population puis 81 000 000 d'actes, ça fait un ratio de 16 actes par individu.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça, et par année. C'est ça.

Le Président (M. Chagnon): Par année. C'est-à-dire, je ne suis pas sûr que tout le monde, ici dans la salle, est allé 16 fois chez le médecin.

M. Camirand (François): Mais il y a 5 000 000 de population, c'est pour les 5 000 000 de personnes qui ont utilisé des actes cette année.

Le Président (M. Chagnon): Oui, oui, c'est ça, j'en conviens, mais ça fait bien des actes par personne.

M. Paré (Pierre-André): Oui, mais, en tout cas, on pourrait peut-être regarder tantôt. On a avec nous une série de personnes...

Le Président (M. Chagnon): De spécialistes qui vont nous expliquer ça.

M. Paré (Pierre-André): ...de spécialistes qui peuvent vous dire, par exemple... Je ne sais pas, prenons juste la question de l'obstétrique, s'il y a 12 visites, ça en fait déjà deux fois plus que votre moyenne.

Le Président (M. Chagnon): Non, un peu moins.

M. Paré (Pierre-André): Un petit peu moins. Il y a plusieurs actes, aussi.

Allons-y pour la suivante. Dans la série qui va suivre, c'est un petit peu pour donner une réponse au Vérificateur général sur l'endroit où est-ce qu'on est rendu, sur les cibles qu'on s'est fixées et où est-ce qu'on en est. Voyez-vous, ça, c'est le nombre de jours-hospitalisation par 1 000 habitants de 1993-1994 aller à 1999-2000. Le but fixé, c'est 686 – si je me souviens bien par coeur – jours-hospitalisation par 1 000 habitants qu'on s'est fixés pour 1998... 1999-2000. Aujourd'hui, on est à un peu plus que 700; on est à 725 jours-hospitalisation. Ça, c'est toujours des moyennes provinciales qui sont situées là, mais ça ne veut pas dire qu'une personne, il faut absolument qu'elle ne reste pas plus que sept jours ou qu'elle reste au moins sept jours. C'est toujours une moyenne.

La suivante, s'il vous plaît, M. Camirand. Le taux brut d'hospitalisation par 1 000 habitants, M. le Président, c'est un taux qui est calculé et qui dit qu'on a... C'est combien, François? Je ne suis pas capable de le lire d'ici.

M. Camirand (François): De 113, en 1993-1994, ça descend jusqu'à 99 par 1 000 habitants, hospitalisations.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. Alors, on vise à avoir 99 000 hospitalisations, taux brut d'hospitalisation par 1 000 habitants, comme objectif. Donc, c'est une diminution du taux de l'hospitalisation parce qu'il y a d'autres moyens de s'occuper des gens que de juste aller à l'hospitalisation aussi.

(10 heures)

Le pourcentage des chirurgies d'un jour, ça, on vise à se rendre jusqu'à 60 % de chirurgies d'un jour en l'an 2000. Aujourd'hui, on est à, si je me souviens bien, 54 %. Donc, on en a un bon bout de fait. On est parti à 45 %, si ma mémoire est fidèle, ou quelque chose comme ça, et on s'en va vers 60 %. Là encore, on peut dire qu'on fait des gains substantiels dans l'utilisation de nos ressources pour servir la clientèle québécoise. O.K. pour la suivante, s'il vous plaît.

Les durées de séjour. Les durées de séjour, ce que l'on vise, c'est une moyenne de 6,5 jours par personne. Actuellement, on est encore au-dessus de sept jours comme séjour moyen. Ça ne veut pas dire que demain matin il faut absolument finir à sept jours. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas étudier pour savoir si le 6,5 n'a pas du bon sens ou quoi que ce soit, ça n'est qu'une moyenne. Il faut toujours faire attention pour ne pas dire que, au bout de sept jours, il faut les sortir. Il y a toujours de la place dans notre système, et d'ailleurs c'est pour ça que les médecins prennent leur décision sur les séjours, ce n'est pas le ministère. Nous, ce qu'on fait, c'est un ensemble où on dit: On vise ça. On pourra questionner de quelle façon c'est établi par les médecins qui sont ici tout à l'heure.

Les durées moyennes de séjour. Si on se compare avec l'Ontario, qui sont nos voisins, on peut dire que leur durée de séjour moyenne à l'hôpital est un petit peu plus basse que la nôtre. Est-ce que c'est eux qui ont raison ou est-ce que c'est nous? Ça, c'est une question qu'on peut se poser. Par contre, on peut voir que si on s'en allait à peu près aux durées moyennes de séjour de l'Ontario, on diminuerait nos durées moyennes de 22 %. Mais là encore, pour chacun des cas, les jugements cliniques et les jugements médicaux doivent être exercés. Donc, c'est un objectif, mais ce n'est pas, en soi, une obligation d'arriver à ça à tout prix pour le lendemain matin.

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que vous avez une statistique comparative entre l'Ontario puis le Québec concernant le nombre d'actes par habitant? J'étais surpris du nombre d'actes, tout à l'heure, une douzaine d'actes par habitant, dans le fond. En Ontario, on est à peu près à combien? Il y a 11 000 000 de population. Combien d'actes y a-t-il?

M. Paré (Pierre-André): On ne l'a pas relevé, mais ça serait possible de le faire. Oui?

Mme Dillard (Sylvie): Tout ce qu'on a, c'est le coût moyen...

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que vous pourriez vous identifier, s'il vous plaît?

M. Paré (Pierre-André): Sylvie Dillard.

Mme Dillard (Sylvie): Sylvie Dillard, sous-ministre adjointe au ministère de la Santé. La seule donnée dont on dispose de façon comparative, c'est les coûts moyens de services médicaux per capita, qui sont plus élevés en Ontario qu'au Québec. Ce n'est pas le nombre d'actes, c'est le coût moyen de services médicaux.

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que ce serait possible de le trouver, le nombre d'actes?

M. Paré (Pierre-André): Ah, le nombre d'actes? Oui, ça doit être possible de faire ça.

Le Président (M. Chagnon): S'il vous plaît.

M. Mercier (Jean): Est-ce que je peux?

Le Président (M. Chagnon): Pourriez-vous vous identifier aussi?

M. Paré (Pierre-André): M. Mercier.

M. Mercier (Jean): Oui, Jean Mercier. Je n'ai pas la statistique que vous demandez. Par contre, je sais que, depuis 1989, au Québec, alors que durant les années antérieures la progression du nombre d'actes versus la progression du nombre de médecins par population avait été relativement parallèle et continue, depuis 1989-1990, on assiste à un phénomène qui est celui de la multiplication, de l'augmentation des actes par médecin. Et ça, ça continue. Ça, on a des informations précises là-dessus.

Le Président (M. Chagnon): Au Québec.

M. Mercier (Jean): Au Québec, oui.

Le Président (M. Chagnon): M. Breton?

M. Breton (Guy): Si vous permettez, j'aimerais attirer l'attention sur les deux premières colonnes, qui comparent 4,54 à 5,57. Dans les deux dernières lignes en bas, ce sont les chiffres de l'Ontario pour 1993-1994 et les chiffres du Québec pour 1994-1995, un an plus tard.

Le Président (M. Chagnon): Donc, en principe, l'écart doit être un petit peu plus grand encore aujourd'hui.

M. Paré (Pierre-André): Non, pas nécessairement. Le Dr Tétreault aurait peut-être à ajouter un point.

M. Tétreault (Michel): Dr Tétreault, président du groupe d'experts en organisation clinique du ministère. Juste pour la comparaison avec l'Ontario, il y a certaines choses qui sont assez comparables. Une journée d'hospitalisation, c'est un patient qui couche dans un hôpital; ça se compare assez bien. Il n'est pas évident, en termes de nombre d'actes, que, OHIP, qui est le pendant de la Régie de l'assurance-maladie, comptabilise les actes et les services selon les mêmes barèmes. Alors, une comparaison unité pour unité, en tout cas, je me poserais des questions avant de vous donner une réponse ferme.

Le Président (M. Chagnon): Merci.

M. Camirand (François): François Camirand. Peut-être ce qu'on peut dire, c'est que tous les médecins se comparent, en termes de pratique. Le nombre de médecins par habitant est légèrement supérieur en Ontario.

Le Président (M. Chagnon): Légèrement supérieur en Ontario? Ah, je pensais que c'était le contraire. Alors, si ce n'est pas possible d'avoir un...

Une voix: Ça vous donne une idée de la pratique.

M. Paré (Pierre-André): En tout cas, on essaiera de voir si on peut vous donner une information.

Le Président (M. Chagnon): Oui, merci. Si c'est possible, si effectivement on est capable de faire une comparaison qui se tienne et non pas comparer des choux puis des pommes.

Une voix: Parfait, monsieur.

M. Côté: S'il vous plaît, M. le Président?

Le Président (M. Chagnon): Oui, allez-y.

M. Côté: Pour être bien clair, moi, là, lorsqu'on parle de nombre d'actes, de nombre de visites, c'est différent, là, je pense, hein?

Lors d'une visite, il peut y avoir plusieurs actes qui sont posés.

Une voix: C'est ça.

M. Côté: Est-ce que vous avez une statistique moyenne d'actes par visite?

M. Tétreault (Michel): Michel Tétreault, encore. Si on regarde le nombre de visites, tantôt, c'était autour de 31 000 000 pour 81 000 000 d'actes ou de services, parce qu'il faut distinguer entre l'acte techniquement décrit par la Régie de l'assurance-maladie, qui est une intervention, puis l'examen, qui est aussi un service, mais n'est pas à proprement parler un acte.

Le Président (M. Chagnon): Il y a 2,5 actes par visite.

M. Tétreault (Michel): Alors, il y a 2,5 services par visite, en général, qui peut constituer un examen puis, par exemple, une exérèse de kyste ou... qui serait un examen plus un acte, qui feront deux services.

M. Paré (Pierre-André): Ils vont finir par nous perdre, inquiétez-vous pas. Ha, ha, ha! On est rendu dans les exérèses de kystes!

Le Président (M. Chagnon): Ce n'est pas encore le cas. On est correct.

M. Paré (Pierre-André): On est correct. Merci, M. Tétreault.

M. Tétreault (Michel): On va essayer d'être clair.

M. Paré (Pierre-André): Ça, c'est la croissance des usagers, des interventions pour certains programmes de CLSC. Alors, ce qu'on voit là, c'est l'utilisation plus grande des CLSC par rapport aux actes qui sont faits du côté des usagers et du côté des intervenants. On voit que les CLSC, depuis 1995-1996, ont une augmentation du nombre d'actes assez grande, jusqu'à 15 %. Ça veut dire normalement que les CLSC ont pris en charge un bon nombre de cas lorsque ça sort des endroits comme les hôpitaux, ou pour faire du soin postopératoire, ou même du préopératoire, de temps en temps ou à l'occasion, dépendamment des régions où on se situe.

Alors, normalement, la prise en charge, pour le soin à domicile, le pourcentage d'augmentation qu'on voit là devrait refléter un petit peu le fait qu'il y a une diminution puis un écourtement des durées de séjour dans les hôpitaux. Ça n'arrive pas encore tout à fait aux chiffres que le Vérificateur voudrait qu'on ait, mais on s'en approche. Le suivant, s'il vous plaît.

Ça, c'est les taux d'admission d'hébergement et de soins de longue durée. En fait, on a dans nos établissements 28 % de soins de longue durée qui sont là en hébergement ou en attente d'hébergement de longue durée. C'est juste pour vous dire qu'il y a dans ça un travail à faire pour qu'on puisse libérer le plus possible les lits. Vas-y.

M. Camirand (François): François Camirand. C'est un peu le taux de roulement, c'est le pourcentage de renouvellement, si on veut, des personnes dans les centres d'hébergement. Ça veut dire que, plus ça monte, plus ça permet d'accueillir des gens qui sont dans nos hôpitaux. Tous ces indicateurs-là qu'on regarde à côté de l'hôpital, en fin de compte, permettent de voir si les gains en déficience que l'on fait sont compensés aussi par des services que l'on donne autrement. Puis, on sait, avec toute la problématique des urgences, à quel point la disponibilité de lits à l'interne dans un hôpital est importante pour libérer des places à l'urgence, de sorte que c'est un jeu de dominos, cette chose-là. Au niveau des places en hébergement, bien, il y a eu des interventions gouvernementales effectivement, dernièrement, à Montréal, du côté de l'hébergement, pour accroître la capacité d'accueil, mais ce simple taux de roulement de capacité d'admission dans les centres d'hébergement permet, encore là, d'accueillir plus facilement les personnes qui viennent des hôpitaux.

M. Mercier (Jean): Juste un complément d'information là-dessus. On vient tout juste de fermer – Jean Mercier – nos livres de la banque MED-ECHO pour 1996-1997 et on a commencé à l'exploiter. Ce que révèle pour l'année en question, 1996-1997...

Le Président (M. Chagnon): C'est affilié à quelle chaîne, ça, la banque MED-ECHO?

M. Mercier (Jean): La banque MED-ECHO, c'est la banque dans laquelle, comme point de chute, sont versés, pour traitement et exploitation par le réseau, comme par le ministère, l'ensemble des actes médicaux accomplis en milieu hospitalier pour les clientèles admises. Alors, c'est la banque...

Le Président (M. Chagnon): C'est une banque de données, en fait.

M. Mercier (Jean): ...sur laquelle, principalement, s'appuie tout ce que vous pourrez trouver tantôt dans la statistique qu'on va vous distribuer et qui est actuellement expliquée. Alors, l'explication que je voulais donner comme information complémentaire, c'est celle-ci, c'est que, pour l'année 1996-1997 – et j'en parle parce que c'est très important et que ça fait partie de la problématique du congestionnement des urgences à l'heure actuelle – il y a eu une diminution de près de 28 % – je dis bien 28 % – de la clientèle de longue durée dans des lits hospitaliers de courte durée. Seulement dans l'année 1996-1997.

Le Président (M. Chagnon): Mme Fatima Pepin.

Mme Houda-Pepin: Oui. Je voudrais savoir quelle est la proportion des soins qui sont de longue durée qui sont donnés dans les hôpitaux, par rapport aux centres de longue durée.

M. Mercier (Jean): Jean Mercier. Je risquerais autour de 8 % à 10 %.

Mme Houda-Pepin: Dans les hôpitaux?

(10 h 10)

M. Mercier (Jean): Dans les hôpitaux, si on tient compte du parc de lits de longue durée. Par contre, il y a toujours le phénomène de clientèles de longue durée qui sont dans de la courte durée. Alors, ça serait autour de ça, si on additionne les deux, par rapport aux quelque 50 000 lits de longue durée dans le réseau des centres d'accueil d'hébergement – ce que j'appelle des centres d'accueil, je suis un vieux fonctionnaire – des centres d'hébergement et de soins de longue durée, CHSLD, et des centres privés conventionnés, il y en a à peu près 130.

M. Paré (Pierre-André): François, tu voulais ajouter quoi? François Camirand.

M. Camirand (François): Avec la baisse qu'on a connue – je pense qu'on va le voir dans les acétates ultérieures – on est rendu, je crois, à un ordre de grandeur de quelque 200 000 journées. En termes de journées. Ce n'est pas des personnes, mais c'est un peu moins d'un équivalent lit de 1 000 personnes. Alors, ça vous donne une idée. Mettons que ça peut être l'équivalent de 800 personnes en hôpital de courte durée qui bénéficient de soins de longue durée versus 50 000 lits en centres d'hébergement au total. Alors, la part est de moins en moins importante, du moins en hôpital de courte durée, pour des soins de longue durée.

M. Paré (Pierre-André): Oui, M. le Président?

M. Marsan: C'est par rapport à l'affirmation que vous avez faite. Vous dites que 28 % des patients, du nombre de lits, auraient diminué dans les lits de courte durée, c'est ça? C'est des patients qui étaient classifiés en longue durée et qui maintenant, pour 28 % de moins, libèrent des lits de courte durée. Est-ce que c'est exact?

M. Mercier (Jean): Bien, là, vous venez de vous reprendre, c'est correct.

M. Marsan: La question que je voulais vous poser, c'est qu'on disait toujours, dans le milieu hospitalier, qu'on essayait rapidement d'hospitaliser les patients de l'urgence au niveau des différents étages. Eh bien, est-ce que c'est possible que ces lits-là aient été fermés plutôt qu'utilisés pour des fins hospitalières, notamment pour dégager l'urgence? Et c'est de là qu'on voit les statistiques qui vous démontrent qu'on a diminué le nombre de lits dans les hôpitaux.

Le Président (M. Chagnon): On pourra peut-être entrer dans le cœur du sujet quand on aura fini l'étude des statistiques. Vous pourriez peut-être garder votre question, c'est une excellente question.

M. Paré (Pierre-André): On pourra y revenir, M. le Président.

Le Président (M. Chagnon): Je voudrais qu'on y revienne, parce que c'est un angle, évidemment, qui pourrait être...

Mme Houda-Pepin: Est-ce que vous me permettez une courte...

Le Président (M. Chagnon): Absolument. Juste pour explorer ce qu'on...

Mme Houda-Pepin: C'est ça. Toujours en rapport avec ce tableau-là, quels sont les critères d'attribution des lits de longue durée?

M. Paré (Pierre-André): Le pourcentage, vous voulez dire, qui est attribué par hôpital pour les lits de longue durée, dans chacun...

Mme Houda-Pepin: Les centres de soins de longue durée aussi, les CHSLD. Dr Berlinguet, s'il vous plaît.

M. Berlinguet (Marc): Oui. Il y a une grille d'évaluation qui est obligatoire, grille PLAISIR, à la CTMSP, qui est utilisée pour évaluer les besoins. Et, un standard, c'est plus de trois nursing par jour pour pouvoir identifier certains types de soins de longue durée ou plus particuliers. Donc, il y a cette grille qui est appliquée à tous les patients qui demandent une admission à longue durée. Parce que, effectivement, ce sont encore des soins. Ce sont des hôpitaux avec un certain type de soins qui est moindre qu'un hôpital de soins aigus, mais il y a cette procédure automatique et obligatoire. Il y a des objectifs de réduire les délais pour appliquer cette grille parce qu'une partie des délais qu'on observe, c'est la transition entre les soins de courte durée et l'admission en longue durée, c'est pour passer cette grille d'évaluation et ça fait partie des efforts que, peut-être tantôt, le Dr Jean pourra vous expliquer, à l'hôpital Beauce-Etchemins, lui, comme directeur des services professionnels, comment il vit cette situation.

Mme Houda-Pepin: Ma question était beaucoup plus précise que ça. On a de moins en moins de lits mais de plus en plus de patients de longue durée répartis dans toutes les régions du Québec. Sur quoi vous vous basez pour dire que vous allez attribuer tel nombre de lits pour les centres de longue durée dans toutes les régions du Québec? C'est quoi les facteurs ou les critères sur lesquels vous vous basez pour dire dans telle région, par exemple la Montérégie, on va attribuer tel nombre de lits? Sur quoi vous vous basez?

M. Paré (Pierre-André): Si vous permettez, M. le Président, on a ici, avec nous, le directeur de la Régie régionale des Laurentides qui pourrait peut-être nous expliquer de quelle façon il procède dans sa régie, puisque la responsabilité de répartir les ressources dans une région, maintenant, appartient aux régies. Il y a des guides généraux qui sont donnés. Par contre, cette responsabilité-là étant donnée aux régies, je demanderais à Michel Léger, qui est directeur général de la Direction des Laurentides, d'expliquer comment il procède dans sa région. Ça pourra peut-être vous aider.

Le Président (M. Chagnon): S'il vous plaît, vous vous nommez.

M. Léger (Michel): Michel Léger. Sans remonter à l'histoire ancienne, on a travaillé au Québec avec une ancienne norme qui s'appelait la norme Julie-Désy, du nom de la personne qui avait travaillé là-dedans, et qui faisait en sorte qu'on devait retrouver à peu près 4,5 lits pour soins de longue durée par 100 personnes âgées de 65 ans et plus, à la condition qu'on retrouve dans l'environnement un certain nombre de services à domicile, ressources alternatives ou autres. Alors, c'est une règle générale autour de laquelle les régies régionales ont travaillé.

Cette norme-là est en décroissance, c'est-à-dire qu'on observe que plus on investit dans le milieu externe, services à domicile ou autres, plus il est peut-être possible de diminuer ce nombre-là. Alors, vous avez pu voir, dans les différents plans de transformation des régies régionales, des régies régionales comme, par exemple, la Régie de Chaudière-Appalaches qui avait un nombre de lits très supérieur à quatre, tendre graduellement... Et je pense qu'ils en sont rendus maintenant autour de quatre lits ou 4,2 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus.

Dans d'autres régions qui ont, pour toutes sortes de stratégies de service, investi peut-être davantage dans le maintien à domicile ou autres, on retrouve quelques régions qui sont en dessous de ce quatre lits. Par exemple, la région des Laurentides présentement a fait une planification sur l'ensemble de son territoire dans chacune des MRC de la région avec un objectif d'équité de 3,5 lits par 100 personnes de 65 ans et plus, ce qui nous a permis de pouvoir, dans certains endroits, diminuer le nombre de places pour pouvoir encore augmenter le maintien à domicile, puisqu'on avait un taux additionnel, et dans d'autres places même augmenter, même construire, à l'heure actuelle, puisque dans certaines parties du territoire on est en construction pour justement avoir cette norme-là. Donc, à peu près toutes les régions du Québec tournent entre trois et quatre lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus.

Mme Houda-Pepin: Merci.

Le Président (M. Chagnon): Continuez.

M. Paré (Pierre-André): Merci, Michel. On va aller à la suivante. Celle-là, bon, je pense que ça parle tout seul. Ça baisse, ça monte; ça baisse, ça monte. C'est le taux d'occupation des salles d'urgence. On a réussi à un moment donné à stabiliser. Là, maintenant, c'est en train de monter. Notre but est toujours de viser d'avoir zéro d'occupation par rapport à ce qui est prévu dans les salles d'urgence. Maintenant, il semble qu'on ait de la misère à l'atteindre; des fois, on a encore plus de misère qu'on pense, mais c'est la donnée. M. Camirand.

M. Camirand (François): Je peux peut-être ajouter – François Camirand – que, bien sûr que notre outil ici, qui est de regarder la période de transformation, focalise sur une période assez courte et on oublie – puis je pense que Michel Tétrault pourrait nous le rappeler – qu'on est parti en 1990-1991 d'une situation qui était extrêmement plus pénible que la situation qu'on observe dans cette courte période, de sorte que les taux au niveau de l'occupation étaient beaucoup plus élevés en 1990-1991, de même pour les autres indicateurs qu'on va voir.

Encore là, c'est pour rappeler qu'avec le Vérificateur général on a focalisé sur l'examen de la performance hospitalière, mais il ne faut pas regarder uniquement – je pense que les gens qui nous l'ont soulevé, le Vérificateur lui-même l'a soulevé – cette situation d'une façon de comptable, et voir parallèlement si d'autres services comme madame vient de le souligner sont offerts effectivement, et voir des indicateurs de qualité également dont les urgences font partie. Je pense que c'est un des objectifs qu'on voulait vous montrer.

M. Paré (Pierre-André): Ça, c'est le pourcentage de patients qui séjournent plus que 48 heures. On peut dire que, sur ça, on s'est amélioré et on tend à s'améliorer beaucoup plus, mais ce n'est pas un objectif en soi de garder le monde plus que 24 heures ou 48 heures, c'est une autre indication qui nous permet de suivre ça.

Ici, vous avez un tableau qui nous permet de voir, par rapport à 1993-1994 sur 1996-1997. Le nombre de mille jours qu'il y avait en 1993-1994, par exemple, en longue durée était de 428 000 alors qu'en 1996-1997, il est de 310 000. Il a donc baissé de 28 % ou on a un indice de 72.

(10 h 20)

En obstétrique, on avait 491 000 jours d'hospitalisation qui était faite en 1993-1994, on est rendu à 370 000. On a donc 0,75. Si vous prenez les durées moyennes de séjour, vous voyez que les durées moyennes de séjour ont diminué de 4,20 à 3,52; il y a une grande amélioration. Et, si vous prenez le total des cas qui y sont allés, c'est-à-dire le nombre de personnes, c'est 117 000 par rapport à 105 000. Il y a donc une partie de l'explication de la diminution qui ne se retrouve pas dans l'efficacité du système tout simplement parce qu'il y a moins d'accouchements, il y en a 10 % de moins. Mais le reste, c'est des gains et déficiences.

Si vous prenez la médecine, vous avez encore là des tableaux qui disent: 3 300 000 jours par rapport à 2 837 000, avec des durées moyennes de séjour allant de 9,35 jusqu'à 8,21, avec des améliorations, dans un cas, pour 350 000 personnes, dans l'autre cas, pour 340 000 personnes.

Et enfin on voit la chirurgie qui est à 2 300, 1 700 000 jours qui deviennent 75 %; donc, on a comme une diminution du nombre de jours dans les chirurgies, une amélioration du taux de durée moyenne de séjour, mais aussi une diminution du nombre de jours qui ont eu recours à la chirurgie. Si on prend en bas, vous voyez, le tableau à votre droite, toutes les chirurgies d'un jour sont passées de 177 000 à 220 000. On a eu une augmentation des chirurgies d'un jour de 25 %, si on veut, on est allé à 125 %. Les chirurgies totales par rapport aux chirurgies d'un jour, c'est de 427 000 à 420 000; ça veut dire qu'il y a probablement un transfert vers la chirurgie d'un jour qui s'est fait, mais pas tant que ça non plus. Puis si on prend le total médical avec la chirurgie totale, on est à peu près à la même place, à 0,98.

Évidemment, là, je ne peux pas débattre de tous ces points-là aujourd'hui, mais ça démontre une chose, c'est que le Vérificateur, lorsqu'il mentionne qu'on a un bout de chemin à faire, du côté de la chirurgie, on a travaillé, on a avancé. Du côté de la médecine, c'est beaucoup moins clair, nos durées moyennes de séjour et nos interventions ne se sont pas nécessairement améliorées; il nous reste encore du travail à faire.

Peut-être M. Camirand en complément, s'il vous plaît.

M. Camirand (François): François Camirand. Je pense que ce qu'on peut peut-être noter aussi, c'est qu'au regard de la quantité de lits dressés, dans le rapport des centres hospitaliers, ils nous rapportent qu'ils ont effectivement des lits ouverts et capables d'accueillir des gens à raison de 23 000 en 1993-1994, et 17 200 en 1996-1997, pour une baisse de 25 %. C'est drastique, comme baisse de lits, donc de journées d'hospitalisation capables d'accueillir les gens. Mais, en termes de services à la population, c'est-à-dire le nombre de chirurgies et le nombre de cas de médecine, on voit ici, en ayant tenu compte de la baisse de l'occupation de la longue durée dans la courte durée, la baisse de l'obstétrique pour laquelle on est peut-être moins coupable, on réussit quand même à offrir les services presque au même niveau. Donc, il y a 2 % de diminution de nombre de services, de nombre de cas, si on veut, ce qui nous a vraiment surpris, nous, parce qu'on s'attendait à ce que ça baisse encore davantage, puisque la littérature dit que, en termes de pertinence des hospitalisations pour fins médicales et chirurgicales, on a de la non-pertinence pour 20 % à 50 %. Donc, on s'attendait à ce qu'il y ait eu des efforts aussi du côté de la pertinence, et c'est ce qui veut dire qu'il y a encore des gains à faire

du côté de cette pertinence-là. Donc, au regard de notre capacité d'accueil, oui, on a baissé le nombre de lits, le nombre de jours où on est capable d'accueillir les gens, mais on a desservi autant de personnes dans cette période-là.

M. Paré (Pierre-André): Si vous permettez, M. le Président, on en a encore quelques-unes. Je sais que je rogne un petit peu mon 20 minutes, mais on va continuer les autres, les durées moyennes de séjour, tant qu'à y être, puis après ça on passera peut-être aux questions complètes.

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que ce tableau-là s'agrandit?

Une voix: Ce tableau-là?

Le Président (M. Chagnon): Oui. Est-ce que c'est possible de l'agrandir?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Chagnon): Merci. C'est une révision!

(Consultation)

M. Paré (Pierre-André): Est-ce que, M. Camirand, vous pourriez aller au dernier, là, les durées moyennes de séjour, la variation des durées moyennes de séjour? On serait avec ça et, comme ça, on pourrait par après passer à tout l'ensemble des questions.

M. Camirand (François): Excusez, ce n'est pas la même...

M. Paré (Pierre-André): Je sais que ce n'est pas dans le même fichier complètement.

M. Camirand (François): Ça, c'est un autre outil qu'on s'est donné avec les régies régionales pour suivre les paramètres, les éléments que l'on considérerait significatifs dans la transformation du réseau. On s'est donné un outil qui d'abord a été fait sur papier, des indicateurs portant sur des dimensions du fonctionnement de notre secteur: santé physique, hébergement, santé mentale, services à domicile, santé publique. Et on s'est donné, ensemble, des indicateurs qu'on croyait significatifs.

À l'intérieur même de cet outil, on a évidemment des données qui concernent ce qui est examiné aujourd'hui, sur les durées de séjour et les autres informations qu'on a vues tout à l'heure. Par exemple, au niveau de la durée de séjour, évidemment dans cet outil-ci, on n'a pas la mise à jour 1996-1997 qui est en train d'être faite, mais c'est pour illustrer que l'on suit ça de près avec nos régies régionales pour regarder l'évolution, par exemple ici, la durée de séjour en chirurgie, en médecine, obstétrique et nouveau-né. En termes de nombre de jours, on est passé de neuf jours à 8,6 jours. On peut regarder dans le détail, comparer les régions entre elles pour voir, au regard de la moyenne, quelle est la durée moyenne de séjour en 1995-1996, la dernière année ou l'année qu'on avait.

M. Paré (Pierre-André): Ce que vous avez là, M. le Président, c'est la durée moyenne de séjour des chirurgies en 1995. Le suivant. Va au suivant.

M. Camirand (François): Encore dans les durées de séjour?

M. Paré (Pierre-André): Oui. Va à la durée de séjour des chirurgies. Là, c'est la durée moyenne de séjour des chirurgies en 1996. On les a par région. En bas, c'est les régions qui apparaissent. On voit que les trois dernières régions, mettons les cinq dernières: Outaouais, Québec, Mauricie, Montréal, Estrie, ont des durées de séjour en chirurgie qui sont un peu plus longues. Par contre, il faut quand même constater que ces régions, ce sont des régions où il y a des hôpitaux universitaires et où il peut se faire aussi des chirurgies qui sont un petit peu plus complexes ou un petit peu plus longues.

Si tu pouvais aller, s'il vous plaît, à l'évolution des proportions de chirurgie d'un jour. Il nous en reste deux, M. le Président, ensuite de ça, on va pouvoir passer à la période... Bon, en tout cas. L'évolution de la proportion des chirurgies d'un jour est passée de 44 % ou 50 %... on parlait ce matin jusqu'à 54 %, estimé de 1996-1997. Et les proportions de chirurgie d'un jour pour l'ensemble, c'est la même chose par région. O.K. On va arrêter la présentation là.

Le Président (M. Chagnon): Est-ce qu'il serait possible d'avoir...

M. Paré (Pierre-André): Oui, on va vous distribuer une copie de l'ensemble de ce qui vous a été donné ce matin.

Le Président (M. Chagnon): J'aime ça, avoir les réponses avant de poser les questions!

M. Paré (Pierre-André): Ha, ha, ha! Excusez-moi, M. le Président.

Le Président (M. Chagnon): Non, c'est parfait. C'est exactement l'objet de ma question, alors, la réponse va de soi.

Alors, j'ai M. Marsan qui a une question, qu'il nous a posée tout à l'heure, qui va probablement... et Mme Fatima.

Mme Houda-Pepin: On pourrait peut-être ravoir la lumière.

Le Président (M. Chagnon): Oui, on va essayer de la ravoir.

Mme Houda-Pepin: Ça aiderait.

Période de questions

Situation financière des établissements de santé

M. Marsan: M. le Président, j'aimerais reprendre le graphique du Vérificateur général, à la page 107, qui met en parallèle l'évolution des crédits et du nombre de lits dans les centres hospitaliers. Alors, d'un côté, on s'aperçoit que les crédits ont diminué, mais que le nombre de lits a diminué d'une façon beaucoup plus importante.

Diminution des crédits. On sait qu'il y a eu des compressions importantes dans le réseau de la santé. On sait aussi qu'il y a plusieurs manques à gagner qui ne sont pas nécessairement chiffrés. On pense aux augmentations des coûts de conventions collectives, aux augmentations dues à l'inflation lorsque les hôpitaux achètent des médicaments, aux coûts de système et à plusieurs autres.

(10 h 30)

On s'aperçoit notamment que le nombre de lits a diminué de façon beaucoup plus importante... Je suis toujours sur le graphique du Vérificateur général, à la page 107 de son rapport. Et une des premières questions qu'on peut se poser, c'est: Où est allé cet argent qui a permis de diminuer le nombre de lits? Moi, je m'attends à recevoir comme réponse, possiblement, qu'une partie a dû aller ou a dû être réinvestie dans le projet de transformation du réseau.

Mais nous savons également que plusieurs hôpitaux sont aux prises avec des déficits sérieux. Les derniers chiffres qu'on a sur l'année en cours, je pense que ça devrait totaliser près de 250 000 000 \$, c'est-à-dire un déficit record. Et, si on parle des déficits accumulés des établissements, je pense qu'on se rapproche du 400 000 000 \$.

Alors, d'un côté, toutes ces compressions-là ou ces économies qui ont été faites ont pu aller dans un investissement dans la transformation. On sait que les hôpitaux sont en déficit. Et une partie des économies a dû aller au fonds consolidé, pour l'atteinte d'autres objectifs. Alors, j'aimerais ça qu'on nous fasse un portrait de la situation financière des établissements de santé à ce moment-ci, M. le sous-ministre.

M. Paré (Pierre-André): Écoutez, je pense que je vais reprendre un autre tableau. Alors, M. le Président, la question du député, M. Marsan, concerne la diminution des crédits du ministère au cours des dernières années, concerne les déficits des hôpitaux, concerne où est allé l'argent, etc. On va y aller un petit peu morceau par morceau, pour être certain qu'on couvre l'ensemble des préoccupations.

Il y a eu, de coupé dans le réseau, le réseau lui-même... une diminution nette de crédits d'à peu près 800 000 000 \$, en gros, et qui sont retournés au fonds consolidé. Alors, ça, c'est la coupure nette pour le réseau qu'il a dû absorber.

Mais ce 800 000 000 \$ là comprend à peu près un 400 000 000 \$, si ma mémoire est fidèle, qui était l'équivalent de coûts de système. Mais il reste qu'il y a eu 800 000 000 \$ qui ont dû être coupés. Le coût de système, ça veut dire que, parce que les conventions collectives ont augmenté, parce que les salaires augmentaient, parce que les fournitures augmentaient...

Une voix: ...

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. Le 800 000 000 \$ qui a été coupé, ou le 400 000 000 \$ net, est retourné au fonds consolidé. En plus, il y a des montants d'argent qui ont été enlevés dans les hôpitaux et qui ont été envoyés vers les CLSC, si bien que les CLSC ont connu une croissance, si je me souviens bien, d'aux alentours de 30 % ou de 35 % de crédits, et les hôpitaux ont connu des diminutions équivalentes, un petit peu plus petites, parce que le total de l'argent qui est dans les hôpitaux, qui représente à peu près 60 % du budget qui est donné dans le réseau, est un petit peu plus gros que celui qui était aux CLSC et aux organismes communautaires. C'est ce qui est arrivé, M. le Président. Et le nombre de lits qui a diminué, le graphique du Vérificateur général indique de quelle façon ça a diminué. Je ne peux pas ajouter autre chose.

M. Marsan: O.K. Je comprends que...

Le Président (M. Chagnon): Les graphiques que vous avez donnés, sur les cinq, six premières pages, sont tellement petits. Serait-il possible de les avoir page pleine, s'il vous plaît, parce qu'on va vous coûter d'autres actes, des actes d'optométrie ou d'ophtalmologie. En tout cas, il y a un problème.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): On va vous les fournir, M. le Président, sur des tableaux qui sont plus grands.

M. Marsan: M. le sous-ministre, moi, je comprends bien, quand vous nous dites que vous avez coupé 800 000 000 \$ qui sont allés au fonds consolidé, c'est comparé avec la dépense de l'an passé, et pour l'année...

M. Paré (Pierre-André): Non. Ça, c'est sur les trois ans.

M. Marsan: O.K. Je vais juste faire une validation avec les crédits, par exemple, parce que je pensais que le montant était différent. Mais, en tout cas, c'est correct. Au moins, on comprend cette partie-là. Mais vous avez été plus loin, au ministère de la Santé, vous avez fait d'autres coupures et, cette fois, c'est pour récupérer cet argent-là pour le réinvestir dans les CLSC ou dans votre programme de transformation. Est-ce qu'on peut savoir le montant qui a été alloué au programme de transformation, donc, équivalent à des coupures qui ont été faites dans le réseau?

M. Paré (Pierre-André): Les services de CLSC ont connu une hausse de 27 % entre 1993 et 1994. En 1997-1998, ils sont passés de 685 000 000 \$ à 869 000 000 \$. Puis les budgets des centres hospitaliers, eux, ont diminué de 13 %. En 1992-1993, ils passaient de 5 700 000 000 \$ à 5 000 000 000 \$ en 1997-1998. Crédits.

M. Marsan: O.K. 7 500 000 000 \$ à 5 000 000 000 \$. Puis, d'un autre côté, vous me dites que vous avez eu un ajout d'à peu près plus ou moins 200 000 000 \$ pour les CLSC?

M. Mercier (Jean): Jean Mercier. Un petit peu moins de 200 000 000 \$ pour les CLSC.

M. Marsan: O.K. Mais j'essaie juste de faire... Je ne veux pas mélanger le 800 000 000 \$ de tantôt qu'on a enlevé. Mais vous dites qu'on a une diminution, quand même, de 7 500 000 000 \$ à 5 000 000 000 \$, donc une économie, entre parenthèses, importante. Où est-ce qu'elle est allée, cette économie-là?

M. Paré (Pierre-André): Bien, si on n'a pas eu les crédits, c'est resté au gouvernement.

M. Marsan: Mais ça s'ajoute aux 800 000 000 \$. C'est ça? J'essaie juste de bien comprendre. D'un côté, vous avez eu une coupure au niveau de vos budgets, mais, de l'autre, vous avez aussi fait d'autres coupures pour être capables de supporter le financement de votre transformation.

M. Paré (Pierre-André): Oui. Regardez, on va faire une chose, M. le Président, on va prendre une régie au hasard. Là vôtre.

Une voix: Montréal.

M. Paré (Pierre-André): Montréal. On va vous expliquer comment ils ont réalloué ça, chez eux. Ça va vous donner un exemple comment ça s'est passé. Peut-être que ça va être plus facile à comprendre avec un exemple concret que de commencer à tourner autour des chiffres.

Mme Plante (Denise): Bonjour. Denise Plante. Le plan de transformation 1995-1998: on a fait, à Montréal, 345 000 000 \$ de compressions. On a retourné à Québec 190 000 000 \$, ce qui était notre compression nette, et on a réalloué 155 000 000 \$, à peu près, pas seulement aux CLSC, on a alourdi des lits dans la longue durée, alors dans chacun de nos réseaux en vertu du virage ambulatoire et d'autres orientations qu'on avait dans le plan. Donc, vous voyez, on a coupé 345 000 000 \$, mais on a réalloué 155 000 000 \$. Alors, quand on fait le décompte... C'est un exemple. Je ne sais pas si vous avez d'autres questions.

M. Marsan: Oui. Moi, ce que j'aimerais savoir, c'est vraiment le portrait de la situation financière des établissements de santé, si c'est possible d'avoir les chiffres. Est-ce que c'est vrai que les hôpitaux sont si en déficit que ça? Vous savez que, lorsque les hôpitaux sont en déficit, ça ne paraît pas aux comptes publics. Vous savez que, dans le passé, il y a eu une situation semblable – je remonte à plusieurs années. Il y avait eu un déficit accumulé de 250 000 000 \$, puis il y avait eu une opération-blitz qui avait été obligée de régler tout ça. Et on a l'impression que maintenant on est encore en train de faire face à la même situation. Alors, il y a des dépenses qui sont très importantes dans le réseau, qui n'apparaissent pas aux comptes du gouvernement, et, à ce moment-là, je pense qu'il y a un problème majeur au niveau de la comptabilité et du gouvernement et du ministère de la Santé.

M. Paré (Pierre-André): Bon. Alors, si on parle de cette situation-là – je n'ai pas, malheureusement, tous les chiffres avec moi ce matin, mais, en tout cas, je vais y aller en partie de mémoire – il y a actuellement aux alentours de 220 000 000 \$ de déficit qui s'accumule, qui va faire le déficit accumulé de l'année, puis qui va provoquer à peu près 350 000 000 \$ de déficit total accumulé, le déficit de l'année étant de 225 000 000 \$. Ensuite, ça, c'est concentré par exemple sur un certain nombre d'établissements. Il y en a à peu près 65 %, 70 % qui sont concentrés dans 25 établissements. Et, pour chacun de ces établissements-là, il y a des mesures qui sont prises pour demander des plans de rétablissement.

(10 h 40)

Le déficit annuel est plus élevé que la moyenne ne devait l'être. Par contre, c'est passablement normal que ce soit comme ça, compte tenu du fait qu'on est en train de terminer une période où des gens ont pris des retraites, où on est en train de réorganiser, où on est obligé d'engager du monde d'une autre façon. La plupart de ces établissements-là ont fourni des plans de redressement sur une période de trois ans, si bien que la situation qui s'était présentée en 1974-1975, si ma mémoire est fidèle, et en 1986, où il y avait eu une loi qui avait été passée pour passer directement à la dette nette l'ensemble des déficits des hôpitaux, à l'époque, ça ne devrait pas être nécessaire cette fois-ci, puisque c'est à l'intérieur d'opérations déjà programmées, et on savait qu'on arriverait à des déficits comme ceux-là et de cette façon-là.

M. Marsan: M. le sous-ministre, vous saviez qu'on aurait des déficits de l'ampleur de 350 000 000 \$ à 400 000 000 \$?

M. Paré (Pierre-André): Bien, je veux dire, quand la transformation a commencé...

M. Marsan: Vous dites ça devant le Vérificateur?

M. Paré (Pierre-André): Oui, c'est bien correct, ça. Quand la transformation a commencé dans des régions comme Montréal, Québec ou n'importe où, les plans ont été fournis. Ce n'est pas quand ces plans-là se réalisent sur trois ans et que vous enlevez les crédits la première année que ça veut dire que les économies vont être faites sur trois ans ou sur quatre ans. Alors, ces gens-là ont dû soit emprunter, prendre des décisions. Et il y a une partie de ces emprunts-là qui ont été repris par le gouvernement au mois de septembre, on se souviendra. Mais le reste des décisions qui ont été prises par ces établissements-là pour se conformer à leur plan de transformation va demeurer à leur charge avec leur plan. Il n'y a absolument rien de compliqué dans ça.

M. Marsan: M. le Président, en terminant – je ne voudrais pas trop insister – une question au Vérificateur: Est-ce que c'est exact que lorsque les hôpitaux font des déficits ces déficits-là n'apparaissent pas aux comptes publics du gouvernement?

M. Breton (Guy): Vous avez raison. Ils n'apparaissent pas tant que le gouvernement n'a pas pris la résolution de les rembourser par une décision administrative formelle qui officialise la transaction au nom du gouvernement.

M. Marsan: Alors, on peut, d'un côté, augmenter, pour de bonnes raisons sûrement, un déficit d'un réseau, et ce déficit n'apparaît pas au... Moi, je voudrais, en terminant, simplement déposer l'évaluation des déficits que nous avons – la source: Situation des hôpitaux – pour cette année et pour le cumulatif, qui totalise au moins 250 000 000 \$ pour l'année et qui devrait être plus que ça et qui est très près de 400 000 000 \$ pour l'année en cours. C'est tout.

Le Président (M. Chagnon): Mme Houda-Pepin et Mme Charest.

Ressources et effectif en Montérégie

Mme Houda-Pepin: Oui. Alors, M. Paré, je vous ai écouté religieusement et je voudrais vérifier avec vous certaines choses, certaines informations que j'ai pu obtenir. Je vais davantage axer mon intervention sur une région que je représente, la Montérégie. Vous n'êtes pas sans savoir que c'est une des régions les plus sous-financées au niveau des services de santé et services sociaux, et ce, dans toutes les catégories, que ce soit la santé mentale, les soins de longue durée, les lits, la diminution des lits, les urgences, etc., parce que, avec la proximité que nous avons par rapport à Montréal, lorsqu'on a décidé de fermer les hôpitaux à Montréal, il y a eu une pression énorme sur le réseau, en Montérégie, sans compter les coupures qui ont dû être effectuées en même temps.

Un des points sur lesquels j'aimerais revenir, c'est toute la question des départs incitatifs, puisqu'il y a un certain nombre de personnes qui ont été invitées à quitter. Et, tout d'un coup, on réalise que la situation était déjà déficiente et très grave. Ensuite, on s'est départi d'un certain nombre de personnes, ce qui a alourdi le déficit, en termes de ressources humaines. Et j'ai appris récemment que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie aurait un montant supplémentaire de l'ordre de 8 000 000 \$ – ça reste à vérifier avec vous – et que, de plus, vous-même, M. Paré, vous vous apprêtiez à autoriser peut-être le retour d'un certain nombre des personnes qui sont parties, dans le cadre des départs volontaires, sans pénalité et qu'il y aurait des négociations avec la CARRA dans ce sens. Je voudrais avoir des clarifications.

M. Paré (Pierre-André): O.K. Dans votre première partie de question, vous faites sûrement allusion au fait que, lorsque la transformation a commencé et un petit peu avant, il y avait eu et il y a toujours au ministère la préoccupation d'en arriver à une équité interrégionale, avec des travaux qui ont été faits avec toutes les régies. Et, ce matin, on est assez chanceux, si on veut approfondir cette partie de l'équité, on a parmi nous M. Léger, qui a répondu tout à l'heure et qui est responsable pour les régies régionales de ce dossier-là, et Sylvie Dillard, qui a conduit les travaux sur l'équité. Donc, on pourra trouver de quelle façon ça s'est déroulé.

Il est clair que, selon tous les travaux qu'on a, selon toutes les méthodes qu'on prend et selon toutes les façons dont on fait les calculs, vous avez toujours cinq régions qui sont en déficit, selon la façon dont on le prend, par rapport à d'autres régions qui sont un petit peu plus riches. Et la Montérégie est toujours une de celles qui est en déficit, avec Laurentides, Lanaudière, Laval et Chaudière-Appalaches. C'est presque classique, peu importe la méthode qu'on prend, le per capita, les soins fournis, on retrouve toujours un déficit qui est là.

Il y a effectivement des travaux et des discussions qui ont été faits avec ces cinq régies-là. Il y a des rencontres qui ont eu lieu à de très hauts niveaux dans chacune des régions et ensemble pour être capable... Parce qu'on peut dire qu'il s'est fait depuis trois ou quatre ans un effort de... Sylvie, vous m'aidez peut-être sur le chiffre exact. Ça se «peut-u» 130 000 000 \$, le total qu'il y a eu au grand total depuis trois ans?

Mme Dillard (Sylvie): En trois ans?

M. Paré (Pierre-André): En trois ans.

Mme Dillard (Sylvie): Un petit peu plus.

Des voix: 140 000 000 \$.

M. Paré (Pierre-André): 140 000 000 \$, qui ont été distribués, qui ont été redistribués, enlevés à des régions considérées comme étant plus riches puis redonnés à des régions un petit peu plus pauvres.

Le dernier bout, je vous avoue qu'il est un petit peu plus compliqué à faire, parce que la situation budgétaire n'est pas moins compliquée d'année en année. Cette année, l'objectif était d'en faire 25 000 000 \$. Et, sur la base des calculs qu'on avait, il y a un 8 000 000 \$ qui devrait retourner dans votre régie régionale pour vous permettre de vous rapprocher encore un peu plus. Ça ne corrige pas toute l'inéquité, parce que je pense qu'il reste encore une affaire comme... Combien?

Une voix: 186 000 000 \$.

M. Paré (Pierre-André): 186 000 000 \$ en tout. Pas juste pour votre régie, pour toutes les...

Une voix: L'ensemble du Québec.

M. Paré (Pierre-André): L'ensemble du Québec. Il resterait 186 000 000 \$ encore à répartir, ce qui veut dire qu'il faudrait encore aller faire des ponctions dans des régies régionales, ailleurs, ou dans d'autres régions et les amener dans ces régions qui sont là. Le problème que ça pose, c'est, par exemple – et c'est ça qu'il faut trouver comme moyen pour y arriver – quand vous arrivez puis que vous dites: La région de Montréal est plus riche, on va vous enlever 100 000 000 \$, je peux vous garantir qu'on a comme des explications à donner. Mais on est confiant quand on fait encore un pas cette année de 25 000 000 \$ et on va probablement en faire un autre.

En ce qui concerne le nombre de personnes retraitées, la situation – vous pourrez peut-être compléter – c'est la suivante. C'est que, suite aux événements du verglas qui sont arrivés, il y a tout un programme psychosocial où on doit voir les personnes qui ont été affectées et où on doit les aider, et d'autres travaux qui doivent être entrepris. Et cette situation-là a fait qu'il a fallu qu'on pense rappeler – et c'est une situation qui est extrabudgétaire, c'est-à-dire que vous n'aurez pas à prendre ça dans vos crédits parce que ça va être compensé d'une autre façon dans le fonds spécial pour le verglas – et qu'on doit rappeler des gens qui étaient à leur retraite pour nous aider. Et la plupart sont bien intéressés à revenir, et des discussions sont en vigueur. On a donné la permission pour les gens qui étaient retraités et qui étaient cadres, parce que, là, on n'avait pas discuté...

Le Président (M. Chagnon): Ça n'a pas la forme d'une loi? On a adopté une loi justement pour...

M. Paré (Pierre-André): Oui, mais on a le droit de donner une dérogation pour les cadres et les non-syndiqués, directement. Et, pour les autres, il y a un comité de formé, qui comprend les syndicats et qui accepte ou qui refuse cette situation-là. Mais, dans des cas d'urgence et dans un cas précis, peut-être qu'on pourrait donner des détails plus, mais ça ne représente pas un nombre effarant de personnes. Si vous permettez, monsieur... Nommez-vous.

M. Monette (Yvon): Yvon Monette, directeur à la Régie de la Montérégie, principalement responsable du financement du réseau et responsable de la distribution du malheur, au cours des quatre dernières années, entre autres dans l'objectif d'assainissement des dépenses publiques. C'est vrai, ce que vous avez mentionné tantôt, que la Montérégie vit avec un sous-financement. Il est historique, il est bien connu, on ne fera pas un débat là-dessus. L'accroissement de la population est principalement un des facteurs rattachés, évidemment, à l'historique des budgets initiaux.

(10 h 50)

La Montérégie, dans son plan 1995-1998, a ciblé sa transformation sous le vocable de l'efficacité. Nous nous sommes inspirés dès le départ des années 1994-1995 et 1995-1996, du dossier *Défi qualité-performance* qui avait été initié par le ministère, à l'époque, et nous l'avons amplifié au fil des années en adoptant des mesures d'efficacité sur l'ensemble de l'organisation et non pas seulement sur certains centres d'activités qui étaient visées à l'époque, entre autres les activités de virage ambulatoire, d'imagerie médicale, de laboratoire, d'entretien sanitaire, de buanderie, etc., et nous l'avons extensionné à l'ensemble de l'activité de production de services pour les différentes catégories de producteurs, que ce soit les centres hospitaliers, les centres d'hébergement de soins de longue durée, les centres locaux de services communautaires.

Nous avons non seulement donné les réductions de charges en fonction de l'efficacité, mais nous avons aussi financé le développement du virage ambulatoire en fonction de ça aussi, c'est-à-dire qu'on pénalisait les établissements qui étaient non performants sur le plan de leur efficacité et on pénalisait ceux qui n'adoptaient pas des mesures visant à faire la transformation du réseau sur le virage ambulatoire dans les mesures légères.

Je vais vous donner quelques données de résultats et, si votre curiosité veut aller un peu plus loin, je suis accompagné de ma collègue qui est au niveau des services à la clientèle et qui a donc des informations beaucoup plus pointues. Dans notre plan de transformation 1995-1998, qui s'appelait *Vers un virage santé et bien-être*, dans notre conclusion, nous disions: Nous projetons qu'au 31 mars de l'année 1998 nous serons à 6,5 jours, en moyenne, de durée de séjour, à 6,5 jours de durée de séjour. On était à peu près à 10, à l'époque, lorsqu'on a parti l'opération. Au moment où on se parle, on est légèrement en bas de 6,5 jours. On a un centre hospitalier qui est un petit peu en haut de 7, tous les autres sont en bas de 6.

Une autre donnée intéressante, c'est sur le virage sur la chirurgie d'un jour. Nous sommes à 80 % du potentiel possible de chirurgies d'un jour. Évidemment, chaque pourcentage de plus à aller chercher actuellement est beaucoup plus difficile, mais c'est déjà au-delà de l'objectif ministériel qu'on mentionnait tantôt, 60 %.

On peut donc dire que ces deux données là indiquent très bien l'effort de transformation et le virage qui se sont effectués en Montérégie. Ça a été la stratégie que nous avons utilisée parce qu'il est extrêmement difficile pour nous d'y aller par des fermetures d'établissements, à cause, justement, du sous-financement et des ressources limitées au niveau de la Montérégie. Là-dessus, je pense que c'est une réussite.

Du côté financier, les efforts qui ont été faits sont, à mon point de vue, également effectivement une réussite, où les marges d'emprunt, notamment au niveau du fonctionnement, qui est un témoin de la difficulté effectivement à faire absorber certaines modifications structurelles, sont parties, en 1993-1994, d'à peu près 6 000 000 \$ pour arriver, en 1996-1997, à un peu moins de 3 000 000 \$.

Mais ce que vous avez mentionné tantôt, c'est juste et c'est là-dessus que je veux insister, c'est les départs volontaires. Les départs volontaires, en Montérégie, nous ont fait mal, parce que, la structure de production où on est rendu, on est presque à la limite de la capacité de ce qu'on peut livrer comme services sur la qualité et sur la performance du système, de sorte que les départs volontaires, qui se sont chiffrés environ à 60 000 000 \$ au total – l'objectif était de 39 000 000 \$ en Montérégie et 60 000 000 \$ lorsqu'on a fini – au net, c'est moins de 3 000 000 \$ qui ne sera pas remplacé. Donc, il a fallu qu'on injecte pour à peu près 9 300 000 \$ en base de cet exercice-ci, annualisé à 13 000 000 \$ en 1998-1999, des mesures compensatoires, dont la majeure partie dans les centres hospitaliers. Sur le 13 000 000 \$, il y a 10 000 000 \$ qui est allé directement dans les centres hospitaliers. Parce qu'il faut bien comprendre que la pression que nous avons exercée – et elle a réussi, mais elle a des limites – les deux tiers de toutes les compressions en Montérégie, sur le plan 1995-1998, incluant l'année de pratique qu'on avait eue en 1994-1995, ont été deux tiers dans les centres hospitaliers, pour 40 % de valeur budgétaire. Alors, à un moment donné, il y a une limite à la capacité de pouvoir absorber.

Donc, nous sommes intervenus, cette année, par décision de notre conseil, au mois de novembre dernier. On était confronté à la situation suivante: Ou on crée des déficits de cet ordre-là, ou on injecte l'argent pour maintenir les services. Et, évidemment, ce qui a été un peu la bouée de sauvetage dans tout ça, c'est l'opération de la prise en charge par le gouvernement de l'effort du report de 137 000 000 \$; c'est avec cet élément-là que nous avons pu passer à travers pour l'année financière 1997-1998.

Le problème qui se pose, et nous sommes en discussion, le ministère en est très conscient et est très ouvert à ça actuellement, c'est: Comment on va rendre l'annualisation de ça en 1998-1999 et pour les années suivantes? Parce que, si on revient à une réduction des montants correspondants, l'impact va se faire sentir évidemment sur la distribution des services, puisqu'on est à la limite de ce qu'on peut faire avec notre niveau de production.

En terminant, juste vous laisser comme information que la Montérégie opère actuellement avec une norme de 1,8 lit par 1 000 de population, et le ministère vise 2, si ma mémoire est bonne, comme norme. Alors, déjà, là aussi, on est en-deçà de ce que notre machine, si vous me permettez, peut produire.

Mme Houda-Pepin: Très bien. Il y a deux éléments que je retiens dans les réponses qui ont été données. Le premier, c'est que le 8 000 000 \$ qui a été accordé à la Régie, c'est sur un fonds spécial, donc dans le cadre des fonds alloués pour le verglas.

M. Monette (Yvon): Non. C'est que, dans les équilibres financiers du gouvernement, pour l'exercice financier en cours, il y avait eu un report d'une somme de 137 000 000 \$. Et, finalement, dans les discussions, le premier ministre a annoncé – si ma mémoire est bonne, c'est le 4 octobre – que le gouvernement prenait à sa charge ce report, de sorte que, dans le jeu des crédits, au niveau de la Montérégie, nous, nous avons un manque à gagner de tout proche de 9 000 000 \$. Donc, il est revenu quand le gouvernement a pris à sa charge, par voie d'émission de marges d'emprunt, ce montant-là pour l'année en cours. Il va restaurer, en 1998-1999, les bases budgétaires du montant correspondant. Donc, sur une base non récurrente, en 1997-1998, est revenu ce montant-là. Et c'est avec ça qu'on a financé – ce que je disais tantôt – les mesures compensatoires dues aux départs volontaires.

Le Président (M. Chagnon): Vous avez financé par emprunt?

M. Monette (Yvon): Non. Ça veut dire que, dans le jeu comptable du report de 137 000 000 \$, c'est le gouvernement qui prend à sa charge des émissions d'emprunt pour l'année en cours du montant qui correspondait à ce que j'avais dans mes crédits. O.K.? Et l'année prochaine, il va faire une intervention permanente de restructurer les bases. Donc, il y a eu comme une espèce de crédit disponible non récurrent pour l'année en cours qu'on a utilisé, nous, effectivement, pour contrer l'effet des départs volontaires de façon massive au niveau de la Montérégie. Le problème que ça pose, ça va être, en 1998-1999, d'assumer la récurrence.

Mme Houda-Pepin: Le deuxième aspect aussi que je voulais soulever par rapport à ça, c'est que le transfert de déficit du gouvernement aux autres instances, notamment aux hôpitaux, aux CLSC, vous a forcés à envoyer des autorisations d'emprunt aux établissements, notamment aux CLSC. Et, à ma connaissance, il y a des CLSC qui ne se sont jamais endettés, et c'est la première fois qu'ils vont assumer des déficits. Est-ce que vous considérez que ça, c'est une...

M. Monette (Yvon): Il faut faire une nuance. C'est-à-dire qu'au niveau...

Mme Houda-Pepin: Non, non, mais permettez-moi. Les autorisations d'emprunt ont été envoyées, signées par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, j'ai des copies.

M. Monette (Yvon): Oui.

Mme Houda-Pepin: D'accord? On s'entend là-dessus? Est-ce que vous estimez que cette façon est une façon saine de gérer les établissements? Est-ce que c'est une façon de lutter contre le déficit?

M. Monette (Yvon): Il faut faire des nuances. C'est-à-dire que les marges d'emprunt qui ont été autorisées, non pas seulement aux CLSC mais à tous les établissements, se font dans l'exercice qui s'appelle l'allégement. Et, dans cet exercice d'allégement là, il y a deux prises en charge par le gouvernement, de 60 % des départs volontaires, que le gouvernement réinjecte dans les bases des établissements, et de l'effort du report que je mentionnais tantôt, du 137 000 000 \$. La mécanique qui a été utilisée par le Conseil du trésor, c'est la voie de l'émission de marges d'emprunt. Donc, on n'a pas le choix. Il faut que les établissements empruntent le montant, qui va être restauré sur une base permanente par des nouveaux crédits en 1998-1999.

C'est ça, la mécanique qui a été faite. Et, effectivement, les CLSC ont eu beaucoup de misère à embarquer là-dedans, parce que le discours de la Montérégie des années antérieures, c'était de dire: On ne fait pas de marge d'emprunt, on ne fait pas de déficit, on arrive à un équilibre. Alors, c'était difficile de leur dire: Là, il y a un changement. Mais c'était une mécanique. Il fallait comprendre que c'était par la voie d'une mécanique que cet ajustement-là se faisait. Parce que, au niveau des déficits d'opération, malgré l'opération qui est en cours actuellement, on est présentement à moins de 5 000 000 \$ au niveau de nos marges d'emprunt sur le fonctionnement. Donc, on est revenu à peu près au niveau de 1993-1994, lorsqu'on a hérité du ministère la gestion financière. Mais on est passé à travers tout l'exercice d'assainissement des dépenses publiques avec ça pour revenir à peu près au point de départ, où on était.

Mme Houda-Pepin: J'aurais beaucoup de difficultés à expliquer à mes citoyens que s'endetter, c'est s'alléger. Mais, en tout cas, c'est une expression qui vous revient.

M. Monette (Yvon): Mais ce qu'il faut bien...

M. Paré (Pierre-André): Attendez un peu. M. le Président, si vous permettez, on va prendre la méthode qui a été utilisée en 1997-1998 pour permettre ce que M. Monette explique. C'est l'équivalent de vous dire: Comme employé, on va vous payer la location de votre auto, allez vous la choisir, vous signez le bail et vous le payez, puis on vous le rembourse. C'est pour ça que ça ne fait pas une dette, mais c'est la façon dont ça s'est fait. Vous allez être obligé. On va vous dire: Empruntez à la banque pour votre location d'auto, faites votre paiement puis, nous autres, on va vous rembourser votre paiement. Alors, c'est juste la mécanique qui a été utilisée qu'il faut que vous compreniez et non pas... Les CLSC...

Une voix: C'est une différence importante.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. C'est différent de dire ce que vous mentionnez, qu'on s'est endetté. On a dit: Empruntez, on va vous...

Le Président (M. Chagnon): Ce n'est pas une différence si importante que ça. Qui est responsable de l'endettement, au bout de la ligne? Parce que, si vous empruntez pour vous acheter une voiture et que je paie vos paiements mensuels, pour reprendre votre expression, c'est vous qui avez la responsabilité de votre emprunt d'une voiture et non pas moi.

M. Paré (Pierre-André): C'est exact.

Le Président (M. Chagnon): Alors, dans ce sens-là, c'est très, très différent.

Mme Houda-Pepin: D'autant plus, M. le Président, que les établissements n'ont pas de marge de manoeuvre. Alors, c'est vraiment les alourdir davantage. Et je ne vois pas comment cette façon de gérer des régies régionales, en tout cas, va aider à améliorer...

M. Paré (Pierre-André): Écoutez, madame, je veux dire, je vais être clair, là...

Mme Houda-Pepin: Est-ce que je peux...

M. Paré (Pierre-André): ...si je vous demande de...

Mme Houda-Pepin: Excusez-moi! Est-ce que je peux terminer, M. le sous-ministre?

M. Paré (Pierre-André): O.K. C'est correct. Oui.

(11 heures)

Mme Houda-Pepin: Excusez-moi. Je ne vois pas comment cette façon de gérer peut améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé et des services sociaux, particulièrement dans la Montérégie qui, tout le monde le reconnaît, vous l'avez dit vous-même, est une région en pleine croissance démographique mais sous-financée à tous les points de vue. Deux dossiers que je peux soumettre à votre attention: les centres jeunesse – il vient d'y avoir un petit saupoudrage pour les aider – et la santé mentale, avec la désinstitutionnalisation, c'est chronique, il y a des gens sur le terrain, les parents qui sont aux abois. Et nous, comme députés, sur la première ligne de front, on est confrontés à ces réalités – parce que, pour nous, les patients, c'est des citoyens, ce n'est pas juste des usagers, ce n'est pas juste des numéros – et il faudrait qu'on compose avec ces réalités-là.

M. Paré (Pierre-André): O.K. M. le Président, la question de la députée est très bonne, parce que, lorsqu'on commence à parler de qualité de soins, de s'occuper des gens et de s'occuper de la population, c'est notre premier souci et ça doit toujours être notre premier souci et notre premier guide pour travailler au ministère. Ce matin, on a expliqué un peu, en partie, ce qui s'est passé, les durées de séjour, ou quoi que ce soit. Mais je remercie la députée de poser une question comme celle-là, ça nous permet de revenir sur les choses que les Québécois attendent de nous, c'est-à-dire des services de qualité et des bons services aux bons endroits.

Si on essaie de dire ici ce matin que tout ce qu'on a fait au cours des dernières années est la fin de notre transformation, que c'est terminé, ce n'est pas terminé, on n'a pas encore fini d'ajuster tous les morceaux. Il nous reste encore des efforts, pas nécessairement budgétaires, mais des efforts d'ajustement, d'organisation pour y arriver, et il reste aussi des efforts d'organisation à faire à l'intérieur de chacune des régions. Et, malheureusement, la députée est d'une région où il y a un manque évident de ressources, qu'on ne peut pas corriger d'une seule fois – si on pouvait, on le ferait immédiatement – qu'on tente de compenser le mieux possible en les aidant et en travaillant avec d'autres régions qui sont aux alentours.

Mais le but premier est de servir la population correctement et qu'elle attende le moins longtemps possible pour obtenir ces soins, que ce soit du côté des services ou que ce soit du côté de la santé. C'est le premier but. Je ne peux pas faire autrement que d'être d'accord avec elle.

Le Président (M. Chagnon): Merci, M. Paré. Mme Charest, M. Côté, M. Laprise.

Incidence de la pratique médicale sur les hospitalisations

Mme Charest: Merci, M. le Président. M. Paré, bonjour, ainsi que toutes les personnes qui vous accompagnent. Aujourd'hui, on veut essayer de mieux comprendre ce qui explique la durée des séjours et surtout la pertinence des hospitalisations dans le contexte du virage ambulatoire. En tout cas, moi, je ne suis pas une spécialiste de la question, mais il me semble qu'il y a un lien direct entre le type de pratique médicale et la durée de séjour et même la pertinence des hospitalisations.

Là-dessus, je voudrais savoir c'est quoi que le ministère a comme outils. Est-ce que ces outils-là sont utilisés? Est-ce qu'on a une possibilité de mieux encadrer la pratique médicale pour justement avoir, je dirais entre guillemets, un meilleur contrôle sur la durée et la pertinence des hospitalisations en soins de courte durée? Parce que je pense que le vrai débat d'aujourd'hui, il est là-dessus aussi. Il n'est pas juste sur la question financière. Elle est importante, je ne la nie pas, mais elle est étroitement liée à la pratique. Et ça, je n'ai pas entendu, depuis que je suis arrivée, d'éléments et d'arguments qui m'informent mieux sur le type de pratique qui existait par rapport au type de pratique qu'on veut qui existe.

Vous savez, quand on a des données et des chiffres scientifiques qui nous prouvent qu'ailleurs les durées de séjour sont plus courtes et que, avec des durées de séjour, ça n'entame en rien la qualité des services et l'accessibilité des services à la clientèle, aux personnes qui sont dans les soins, et la même chose sur la pertinence, moi, j'ai beau faire le tour de la question, ça revient toujours sur la pratique médicale et même la pratique des soins infirmiers. Là-dessus, j'aimerais vous entendre.

M. Paré (Pierre-André): O.K. La première question, à savoir si on a des outils, c'est évident que, depuis que le rapport du Vérificateur a été fait, on ne s'est pas croisé les doigts. On a une série d'outils qu'on pourra vous exhiber. Il y a à peu près une trentaine de documents qui ont été préparés, qui ont été travaillés avec différentes régies régionales et qui ont été fournis. Juste pour vous donner une liste très rapide des travaux sur lesquels on a travaillé, c'est sur les lits, les comparaisons interprovinciales, sur les journées d'hospitalisation régionale, sur les ressources humaines, sur les équipements et les immobilisations, sur des

indicateurs – d'ailleurs, ici, on a une série d'indicateurs de suivi qu'on peut... il y en a, c'est disponible, éventuellement, si quelqu'un veut les voir – les taux d'hospitalisation, de chirurgie, la chirurgie d'un jour, l'ambulatoire, l'accessibilité, les listes d'attente, les urgences, les chirurgies d'un jour encore une fois, les hospitalisations évitables. On a un bon nombre de documents de référence qui, il faut le dire, lorsque le Vérificateur est venu, n'étaient pas terminés ou étaient en travail. Il y en a qui sont en train de se terminer, mais il y en a un bon nombre qui sont rendus disponibles.

Le Président (M. Chagnon): C'est quasiment une invitation au Vérificateur d'y retourner.

M. Paré (Pierre-André): Oui, oui, oui.

Mme Charest: Pourquoi pas?

M. Paré (Pierre-André): C'est une vieille pratique, le Vérificateur et moi: Viens faire un tour, on va te donner des réponses.

Mais, pour répondre plus clairement à votre question, on a avec nous, ce matin, le Dr Tétreault et le Dr Jean – il est ici, j'aimerais ça si tu pouvais venir – qui peuvent nous aider. Je pense que je demanderais au Dr Tétreault, pour commencer, de façon générale, de nous expliquer un petit peu les points et, au Dr Jean, l'expérience qui se fait dans Chaudière-Appalaches pour faire le suivi.

Mme Charest: Oui, avant que vous me répondiez, parce que, vous savez... Si on regarde les données là-dessus, comment se fait-il et comment on peut expliquer à la population que dans certaines régions il y a des durées d'hospitalisation qui sont beaucoup plus longues pour les mêmes cas, là? Je ne parle pas d'un cas différent. Qu'on soit en chirurgie ou en médecine, pour les mêmes situations, on a des durées de séjour beaucoup plus longues en moyenne, d'une région à l'autre, ça varie d'une région à l'autre, alors qu'il faut tendre vers une certaine uniformisation par rapport à ces durées de séjour là. Puis je n'exclus pas le facteur de l'individu qui est relié à l'âge et qui fait que ça peut influencer aussi les durées de séjour. Ça, je comprends très bien ça. Mais je voudrais que vous nous expliquiez ça suffisamment clair pour que ça soit clair aussi pour la population qui va écouter ce que vous avez à nous dire.

M. Paré (Pierre-André): Peut-être que je demanderais aussi au Dr Girard, qui est celui qui suit toute la partie des listes d'attente et qui est aussi chirurgien de formation, de nous expliquer pourquoi une hernie à un endroit par rapport à une autre hernie à un autre endroit, avec le même genre de cours, il y en a une qui prend deux minutes, puis l'autre trois minutes.

Mme Charest: Tout à fait, exactement, vous avez bien compris ma question.

M. Paré (Pierre-André): Mais tous ces gens-là sont tous des gens très compétents, et je n'aurais pas la prétention d'être capable de donner toutes les réponses moi-même ici ce matin. Alors, je demanderais peut-être au Dr Tétreault puis, par la suite, peut-être au Dr Girard et, pour finir, au Dr Jean. On va essayer de... M. le Président, on va peut-être prendre une dizaine de minutes, là. Je ne sais pas si vous nous le permettez, on va peut-être dépasser 11 h 15.

Le Président (M. Chagnon): Il n'y a aucun problème. La seule chose qu'on sait, c'est que, si on a besoin d'une chirurgie, ce n'est pas vous qu'on va aller voir.

M. Paré (Pierre-André): Non.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): Ha, ha, ha! Non. C'est-à-dire que, moi, ils viennent me voir, c'est des chirurgies pour les coupures budgétaires.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): C'est des amputations, ça.

M. Paré (Pierre-André): Des amputations. Ha, ha, ha!

M. Tétreault (Michel): Alors, M. le Président, M. le sous-ministre, vous m'arrêtez quand ça devient trop long, mais je pense que c'est un point extrêmement important. En préambule et, ensuite, j'aimerais revenir à un des acétates qu'on a vus tantôt. Quand on parle de pertinence, il est facile de faire la confusion entre deux types de pertinence bien différents, parce que Mme la députée

faisait allusion à la pertinence de la pratique médicale et...

Mme Charest: ...

M. Tétreault (Michel): C'est-à-dire que, oui, il y a la pertinence des actes en soi, qu'ils soient médicaux, de nursing, de psychologue ou autres. C'est-à-dire, est-ce qu'on pose le bon acte sur la bonne personne? Si je suis chirurgien cardiaque et que je fais un pontage à un patient, est-ce que le patient avait besoin d'un pontage et est-ce qu'il va bénéficier de l'intervention que je vais faire? Ça, c'est la pertinence de faire l'acte en question.

Il y a un autre ordre de pertinence qui est celui de la pertinence de l'admission à l'hôpital ou du séjour hospitalier. Pour faire l'acte en question, est-ce que le patient a besoin d'être dans un hôpital? Alors, on peut avoir des actes médicaux tout à fait pertinents – et le Dr Girard pourra parler des hernies. Dans l'hôpital où je travaille encore, il y a 97 % de ces hernies-là où les gens ne sont pas hospitalisés. Je ne pose pas de jugement sur la pertinence d'opérer ces gens-là, mais les chirurgiens de chez nous ont posé un jugement sur la pertinence de les hospitaliser pour les traiter.

(11 h 10)

Au niveau de la pertinence de l'acte, pour commencer par le point, non pas le plus faible du ministère, mais le point le plus difficile à la grandeur, je dirais, du monde développé... influencer des gestes individuels – dont il y en a à peu près 81 000 000 par année dans la province de Québec – dans un sens différent, vous comprendrez que, quand un médecin est dans un cabinet avec un patient ou dans une chambre d'hôpital avec un patient, d'amener des changements de comportement de cet ordre-là est une entreprise assez vaste. Alors, ça prend de la formation, ça prend une capacité, qui n'est pas toujours aussi facile qu'elle en a l'air, de se mettre d'accord sur ce qu'il faut faire dans une situation donnée. Il y a toutes sortes de guides de pratique au Canada et, pour certains types de problème, par exemple, l'asthme à l'urgence, à un moment donné, on avait recensé une quarantaine de guides de pratique différents. Alors, poser, comme ministère, des orientations précises sur quoi faire avec l'asthme dans nos salles d'urgence, ce n'est pas nécessairement le rôle du ministère, d'abord, et ce n'est pas nécessairement une entreprise qui est facile à réussir.

Ceci étant dit, il y a des outils beaucoup plus utilisables sur la pertinence d'admettre quelqu'un à l'hôpital et la pertinence du séjour. Et, dans le fond, ce que ces outils-là regardent, ce n'est pas le diagnostic, mais bel et bien: Est-ce que la personne est assez malade? Est-ce qu'elle a un dérangement physiologique assez grand pour avoir besoin d'aller dans un hôpital? Puis, si c'est le cas, est-ce que les soins qu'on va lui donner ne peuvent être donnés qu'à l'hôpital? La personne est-elle assez malade? Puis le genre de traitement qu'on va lui donner, est-il nécessaire d'être à l'hôpital? Sans vouloir devenir trop médical, je vais vous donner un exemple: un patient qui est en phase terminale d'un cancer du poumon. Je pense qu'il n'y a personne dans cette pièce qui dirait que ce n'est pas une personne très malade. Mais, si le seul geste qu'on lui pose, c'est de lui donner des narcotiques par la bouche pour diminuer la douleur, et qu'il n'y a pas d'autres gestes, soit professionnels, soit techniques qu'on doit faire, ça pose directement la question: Est-ce qu'on a besoin d'un hôpital pour faire ça? Et il y a des gens qui ont répondu non. Il y a des maisons de soins palliatifs où on peut tout aussi bien accomplir ça.

Alors, dans le fond, c'est ça, la pertinence des admissions et des séjours. Les études nord-américaines tendent à montrer que, quand on regarde ça d'une façon systématique, parce que c'est important, on trouve quelque part entre 10 % et 30 % d'admissions qui ne sont pas nécessairement pertinentes et quelque part entre 20 % et 50 % des jours d'hospitalisation qui ne sont pas pertinents. Je trouve ça important, par contre, de compléter le portrait en disant que, quand on dit que quelqu'un n'a pas besoin d'être à l'hôpital, ce n'est pas du tout de dire que cette personne-là n'a pas besoin de soins. Une étude majeure au Manitoba a montré qu'il y avait 2 % à peu près de gens qui étaient à l'hôpital qui n'avaient besoin de rien d'autre, mais 98 % des gens avaient besoin de soins, souvent importants. Puis, en gros, si je me permets de simplifier, un tiers des gens qui n'ont pas besoin d'être à l'hôpital ont besoin d'hébergement, un tiers ont besoin de soutien à domicile plus ou moins lourd, puis, en général, autour d'un tiers ont besoin de quelque chose qui ressemble à de la réadaptation, de la convalescence, du répit, une place sécuritaire où ils peuvent coucher.

Le Président (M. Chagnon): La paix.

M. Tétreault (Michel): Plus que la paix. Je veux dire, il y a des gens qui sont très malades là-dedans. Quand ça fait quatre jours... à l'hôpital où je suis, maintenant les cas de prothèse de hanche sortent au bout de quatre jours. Ce ne sont pas des gens qui retournent à la maison, ça. Quatre jours après s'être fait remplacer une hanche, ils retournent en réadaptation et ils ont une intensité de soins qui est importante, mais qui est moins intense que ce qu'on prévoit faire dans un hôpital de courte durée, puis elle s'adonne aussi à être moins onéreuse pour la société. Ce qu'on espérait aussi, dans un exemple comme celui-là, c'est que, étant donné que les gens s'organisent des unités pour faire ça, on améliore aussi la qualité des soins.

Alors, ces outils-là existent. Ils sont applicables. Ils commencent à avoir une application au Québec – le Dr Jean va nous en parler.

On a plusieurs hôpitaux montréalais qui sont à la veille de systématiquement les appliquer. Et ce que ces outils-là permettent de faire, ce n'est pas seulement – et je trouve ça très important et je termine là-dessus – de déterminer si l'admission était nécessaire. Parce qu'une admission peut être pertinente parce qu'il n'y a pas d'autre chose à faire avec le patient. Si je détermine que le patient a besoin de réadaptation, mais je n'ai pas de place où l'envoyer en réadaptation, ne demandez pas aux médecins et ne demandez pas aux infirmières, moralement, je dirais, légalement et éthiquement, de l'envoyer à la maison. L'admission devient nécessaire même si elle n'est pas pertinente. Mais ce que ces méthodes-là permettent de faire sur des critères objectifs et non pas des critères perceptuels, c'est de déterminer combien des patients dans nos hôpitaux, que ce soit dans la région de Montréal ou dans la province, n'ont pas besoin de ce type de soins là et de quel type de soins ont-ils besoin? Alors, moi, si j'étais une régie régionale, par exemple, je serais très intéressé de savoir qu'en tout temps j'ai 152 lits à Montréal qui sont occupés par des gens qui ont un besoin spécifique, par exemple, de réadaptation. Ça me permettrait de cibler mes prochains investissements, de dire: Je peux réaliser pour les hôpitaux une marge pour permettre de désencombrer, par exemple, leur urgence, en sachant de combien précisément j'ai besoin de places pour ce type de problème là, et la même chose pour tout le reste. Je termine là-dessus.

M. Paré (Pierre-André): Peut-être Jean-François pourrait y aller un peu de son expérience, surtout sur les différences, parce que c'est...

M. Girard (Jean-François): Oui, la question qui a été posée tout à l'heure par rapport...

M. Paré (Pierre-André): Je n'ai peut-être pas pris le bon exemple, des hernies, en tout cas.

M. Girard (Jean-François): Bien, c'est parce que je voulais l'élargir un peu, pour ne pas que la chirurgie, ce soit limité juste aux hernies, c'est un petit peu plus grand que ça puis dans toutes les spécialités. Je pense que le Dr Tétreault a donné beaucoup d'éléments, puis je résumerais en vous disant qu'effectivement vous allez voir des durées de séjour pour la même pathologie dans une section de la province qui ne sont pas du tout pareilles, et il y a plusieurs facteurs.

En fait, on en a parlé beaucoup, ça dépend des ressources postopératoires qu'on peut avoir. Il y a des endroits où c'est très facile, il y a une très grande collaboration et il y a des systèmes qui marchent très bien, si bien que c'est à point, ça fonctionne bien.

Il y a aussi: Est-ce qu'on a la disponibilité des lits dans un hôpital? Ce n'est pas standardisé partout à la grandeur de la province et il y a des endroits où encore les chirurgiens sont les rois de la place et utilisent les lits. Peut-être ce n'est pas encore standardisé, donc ils ont beaucoup de lits, donc de la disponibilité, donc ils font du «tender loving care» qu'on appelle, ils gardent les patients un petit peu plus longtemps, et ça s'explique par des réorganisations. Ça peut aussi être un autre facteur.

Il y a aussi le facteur de la formation des chirurgiens. On parle des hernies; c'est à peu près accepté partout que ça se fait en chirurgie d'un jour. Mais, si on prend un autre exemple qui est aussi bien connu, qu'on appelle «les pierres sur le foie», la cholécystotomie ou la vésicule, c'est partagé; ce n'est pas tous les chirurgiens qui ont le courage ou l'idée d'envoyer ce patient-là le soir, chez lui, coucher. C'est encore partagé. C'est accepté, on le considère comme une chirurgie d'un jour et, encore là, la formation des chirurgiens, on ne peut pas changer ça du jour au lendemain, puis c'est un facteur important. C'est un petit peu l'idée, il y a beaucoup de facteurs dans ça.

Mme Charest: Ça dépend de son aisance à utiliser les nouvelles technologies aussi, dans certains cas. Ça peut aller jusque-là.

M. Girard (Jean-François): Oui, il y a ça aussi.

M. Tétreault (Michel): Si je peux me permettre de revenir, M. le Président. J'ai vu, devant une secrétaire, la page couverture d'un document que je considère fort intéressant, malgré le fait que j'en aie été un des coauteurs, qui s'appelait *Faire mieux avec moins*, qui avait été préparé pour l'ensemble des sous-ministres canadiens, en 1994. Et uniquement pour apporter le point suivant. C'était un groupe dit d'experts qui voulaient regarder les transformations à faire dans le réseau hospitalier canadien, et une des questions qu'on a eu à se poser, et ça touche à des questions comme madame a posées tantôt: C'est quoi, la norme de vie? Et je vous dirais qu'on a passé une journée complète, une douzaine autour de la table, à essayer de trouver c'était quoi, la norme. Puis ce qu'on s'est dit, dans le fond, c'est: Quand même on aurait une norme – puis, dans ce temps-là, le Québec était à presque quatre lits par 1 000 – quand même on aurait une norme puis qu'on dirait: L'objectif à atteindre dans cinq ans, c'est trois, probablement que, par le temps qu'on serait rendus là, l'évolution de tout, de la technologie, du savoir, des habitudes, de la pratique, pourrait faire en sorte que la norme deviendrait deux.

Alors, ce qu'on a décidé de dire là-dedans, c'est que la vraie norme, c'est qu'il n'y en ait pas. En fait, il n'y en a qu'une, c'est: On aura atteint notre objectif le jour où 100 % de nos lits seront occupés par des gens qui ont besoin d'être admis à l'hôpital et dont le séjour est pertinent. À ce moment-là, si ça donne un nombre de lits qui est de deux par 1 000, ce sera deux par 1 000. Si ça donne

un nombre de lits qui est de trois par 1 000, bien on dira: Il faut trouver une façon de financer trois lits par 1 000. Puis, si ça en donne un, on trouvera une façon de s'organiser avec ça. Mais ce n'est pas un chiffre théorique puis ce n'est pas un calcul bureaucratique, c'est vraiment de dire: Est-ce qu'on peut s'approcher de faire en sorte que, chaque fois qu'un patient rentre à l'hôpital, c'est parce qu'il a besoin d'y être puis, chaque fois qu'il a besoin d'y être, il peut y être pour tout le temps qu'il a besoin d'y être, mais pas plus?

M. Paré (Pierre-André): Dr Jean.

M. Jean (Bernard): Bernard Jean. En fait, la pensée qui sous-tend un peu l'approche qu'on a au niveau de cet outil-là est liée au fait qu'on croit, nous, à l'hôpital, en tout cas qu'il faille gérer l'utilisation, ce qui n'enlève rien, évidemment, à tous les dossiers dont on a parlé tantôt en termes d'organisation de services ou de budget. Mais on pense qu'il faut, en tout cas pour ce qui est de notre hôpital, puis je pense pour le réseau aussi, s'intéresser à toute la gestion d'utilisation.

Deux notions, celle de pertinence sur laquelle je veux revenir pour dire que la pertinence, c'est évidemment ne pas faire ce qui n'est pas requis, mais c'est aussi faire ce qui est requis. Ça, ça m'apparaît très clair. Et ça comprend aussi – on l'a mentionné – une notion de lieu. Alors, une personne peut voir son séjour impertinent, je dirais, aux soins intensifs, alors qu'elle devrait être sur l'unité de soins aigus. Alors, quand on documente qu'on a eu, à l'hôpital, mettons, x nombre jours évitables, ce sont des jours évitables liés à l'unité où les gens auraient dû être.

(11 h 20)

Nous expérimentons donc, à l'hôpital, deux outils d'origine américaine: un outil qui s'appelle ISDAC, de la compagnie InterQual, et l'outil MCAP, qui est un outil de la compagnie Oak, du Massachusetts. Ce sont des outils – on en a parlé tantôt – génériques, donc axés sur les signes, les symptômes d'une personne et qui permettent, lorsqu'on les applique – là, on a fait davantage ISDAC, on commence MCAP bientôt, à l'hôpital Beauce-Etchemin – qui permettent, de façon concomitante, c'est-à-dire pour chaque jour de l'épisode de soins, de pouvoir voir ce qui se passe en termes de...

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, juste pour signaler que ISDAC, pour ceux que ça pourrait intéresser, c'est Intensity, Severity and Discharge Acute Care, puis l'autre, MCAP, c'est Manage Care Appropriate Protocol.

M. Jean (Bernard): Alors, ce sont des grilles, effectivement, qui font référence à la sévérité de la maladie, donc est-ce qu'on retrouve... et ils font un seul critère. Est-ce qu'on retrouve chez une personne l'élément, mettons, une anomalie sur un électrocardiogramme? Ils font référence aussi à l'intensité de service requis. Est-ce que la personne a tel type de médication? Et finalement, lorsque les premiers critères sont absents, est-ce que les critères de départ sont rencontrés? Alors, à chaque jour, il y a une personne qui passe. Dans le cas de ISD, c'est une archiviste qui peut faire le travail, ça prend cinq minutes. Dans le cas de la grille MCAP, c'est une infirmière, parce qu'il faut un jugement clinique qui est beaucoup plus nécessaire, mettons, parce que la grille est beaucoup moins importante, mais nécessite un jugement clinique. Donc, on regarde à chaque jour pour chaque personne ce qui peut se passer, et là on a des indications qui nous amènent à identifier lorsque le jour est évitable ou le jour est impertinent. On a des indications sur les raisons d'empêchement de départ, et ça, ça devient intéressant parce qu'on peut voir, si le séjour se prolonge, réussir à documenter de façon systémique beaucoup plus que de façon empirique, c'est de la faute de ci ou de ça, de façon systémique beaucoup plus précisément les causes d'un empêchement de départ.

Donc, l'intérêt de la grille est à deux niveaux: d'abord, au niveau quotidien, où on peut intervenir déjà auprès du médecin traitant si nécessaire en discutant avec lui de ce qui peut se passer; et au niveau, je dirais, à posteriori, où on peut réussir à documenter pour un ensemble d'épisodes de soins ce qui s'est passé vraiment. Exemple: on a perdu beaucoup de journées à cause d'un retard en médecine nucléaire; le test a été demandé, mais a été fait plusieurs jours après. De là deux hypothèses: l'hypothèse de processus – donc, est-ce qu'on peut avoir accès plus facilement au test par une révision du processus? – ou, deuxièmement, est-ce que le test – là on revient encore à la pertinence du test – le test demandé répond à des critères, à des indications précises? Est-ce qu'on ne demande pas trop de ce test-là?

Donc, je résume en disant qu'on a là un outil, puis un outil, c'est un outil avec ses forces, ses faiblesses, qui nous permet de questionner de façon beaucoup plus proche de l'épisode de soins ce qui se passe. Je dis ça parce que, si on fait référence à MED-ECHO, dont on parlait tantôt, ou à son corollaire, je dirais, les DRG, les regroupements diagnostiques qu'on a six mois après, on peut beaucoup plus rapidement réussir à intervenir près de l'épisode de soins.

Maintenant, c'est un outil avec ses forces et ses faiblesses. Ce n'est pas une panacée. Un outil, bien, on le prend quand on en a besoin. Donc, on a pris, nous, les maladies cardiaques parce que, par rapport à nos DRG, on identifiait qu'on avait une certaine... on était, dans le groupe comparable d'hôpitaux par rapport à cette maladie-là, plus dans le troisième percentile, ou plus dans les

derniers de peloton. Alors, on s'est dit: À partir des DRG, il faut donc aller voir... parce que Dr Tétréault a raison, on ne peut pas regarder 81 000 000 d'actes. Il faut donc cibler soit une unité, soit une maladie, soit... Pardon?

Mme Charest: Il faut prendre un groupe témoin.

M. Jean (Bernard): Un groupe témoin. On peut prendre même une période durant l'année et on peut dire: Bien là, pour obtenir telle information, il faut faire, durant les trois prochains mois, l'étude des maladies respiratoires à l'hôpital parce qu'on a là un problème puis il faut documenter ce qui se passe.

Donc, ce n'est pas une panacée, c'est un outil, et, nous, on en fait l'expérimentation, donc on valide... Il se passe trois choses: on valide ce qui se passe dans la vraie vie, ce que la grille dit et ce qu'un médecin réviseur, qui est un médecin de l'hôpital, dit aussi.

Alors, je termine là-dessus en laissant le message que la gestion d'utilisation m'apparaît très importante, puis il y a là-dessus toute une liste de nombreux outils pour faire ça. Évidemment, l'implication médicale est majeure, ça fait partie des conditions de succès, et dès le départ, donc, là, il y a des enjeux, des discussions à faire, mais, dans le domaine des outils, ça nous apparaît être intéressant.

À l'hôpital, on a documenté avec ça quand même, effectivement, environ 30 % de jours évitables et on a pu documenter dans environ une trentaine de raisons d'empêchement les principales raisons liées davantage, comme je viens de le dire, aux attentes de coronaro. Mais, compte tenu qu'on a un projet spécifique de cardiologie à domicile sur lequel je ne donnerai pas de détails, c'est quand même pas si mal. Mais on a documenté pour la médecine nucléaire, effectivement, qu'il fallait faire des choses là-bas aux deux niveaux dont j'ai parlé tantôt. Alors, on peut bien tout de suite focuser sur des interventions à faire et en arriver, avec les médecins, à dire: S'il se passe des choses là, on devrait donc voir le 10 % de nos 500 et quelques jours potentiellement évitables.

Mme Charest: Moi, je vous dirais, comme dernier commentaire, que je suis très contente des informations que vous nous fournissez, aux membres de la commission, parce que je pense qu'il faut aller au-delà du sens commun dans ce genre de débat et de discussion pour bien comprendre les enjeux et la complexité de la question.

Cependant, et je demeurerais sur une autre et dernière petite question, ce dont on parle, c'est l'acte médical, et ça, c'est géré par les corporations et par les conseils des médecins, dentistes dans chacun des établissements de courte durée. C'est sûr que c'est comme l'acte infirmier puis comme l'acte pédagogique dans d'autres secteurs d'activité, et tout ça. Je voudrais savoir, même si le ministère ne peut pas imposer l'acte médical ou, en tout cas, l'encadrement uniforme, et tout ça: Est-ce qu'il y a des démarches d'entreprises pour s'entendre sur, je ne sais pas, soit des guides de pratique pour certains types d'activité? Est-ce que vous avez fait quelque chose? Parce que ça va avoir une influence sur toute la question des séjours. Ça, c'est un aspect.

Il y a aussi tout l'autre aspect qui est la complémentarité des services et également la présence des services actifs dans un établissement pour permettre la sortie, l'entrée, et tout ça. Vous savez, si vous décidez d'opérer quelqu'un, bien, il y a du postopératoire puis il y a du préparatoire à l'opération aussi. Alors, des fois, c'est la radio qui est nécessaire; des fois, c'est d'autres types de services, il faut que l'anesthésiste vérifie des choses, enfin, je veux dire, vous connaissez ça mieux que moi. Et c'est sur ça que je voudrais savoir ce que le ministère fait. On a beau leur demander de réduire la durée de séjour, et on comprend la complexité de l'opération en cours, mais il y a aussi des services complémentaires dont il faut s'assurer qu'ils... Et c'est ça qu'il faut voir. Je m'excuse, j'ai été longue dans mon...

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, c'est juste pour avoir une indication sur le temps de réponse. C'est sûr qu'on a des instruments qu'on développe, qu'on a des indications qu'on peut donner, etc., mais c'est toujours des indications. Une des façons dont on procède avec ces gens-là maintenant, et on pourra avoir des explications un peu additionnelles... En envoyant, par exemple, l'information à tous les trois mois – c'est ça qu'on veut faire – sur de quelle façon ils se comportent devant chacun des gestes, à l'intérieur des hôpitaux, qu'ils ont, ils vont pouvoir se comparer et avoir les réponses beaucoup plus rapidement, à savoir s'ils sont dans le premier tiers, ou dans le deuxième tiers, ou dans le troisième tiers.

Et je peux vous dire que ces gens-là dans les centres hospitaliers sont particulièrement fiers des réussites qu'ils font puis ils n'aiment pas ça être dans le troisième ou dans le quatrième. Et ce n'est pas très long qu'on les voit revenir dans le premier ou dans le deuxième. Encore faut-il être capable de la leur envoyer. Le Vérificateur avait signalé à juste titre que ça nous prenait de six mois à huit mois, des fois un an, avant de donner l'information.

Mme Charest: Trop long pour être efficace.

M. Paré (Pierre-André): Trop long pour être bon. Donc, on est en train de travailler sur ça. Je demanderais peut-être à M.

Mercier de compléter, si vous voulez.

M. Mercier (Jean): C'est bien évident parce que votre question était: Est-ce que le ministère peut imposer ses...

Mme Charest: C'est non, là, mais...

M. Mercier (Jean): C'est non. On ne veut pas imposer non plus. Je pense que ça irait à rebours de ce qu'on cherche à faire.

Mme Charest: Tout à fait.

(11 h 30)

M. Mercier (Jean): Je vais prendre cinq minutes, si ce n'est pas trop vous demander. Je préside un nouveau comité qui a été institué l'an passé, en juin, où justement on a voulu élargir la perspective. C'est un comité qui réunissait jusqu'alors des gens des régies régionales et des gens du ministère, donc des fonctionnaires ou ce qu'on peut appeler des bureaucrates. On se partageait, on s'échangeait sur les données. Un des constats qu'on a faits, c'est que, si on veut avoir une emprise réelle sur le transfert de ce qu'on discutait entre fonctionnaires, il fallait élargir la perspective et s'associer de nouveaux partenaires. Et ça a été à l'origine de l'élargissement, de la création d'un tout nouveau comité, très actif, qui réunit maintenant non seulement les gens des deux niveaux, ministère et régies régionales, mais aussi les gens de l'AHQ – parce que, enfin, l'action va se passer ou non dans le milieu hospitalier, ce dont on parle ce matin – et aussi les fédérations médicales. Les spécialistes comme les omnipraticiens sont représentés sur ce comité. Le comité a essentiellement pour fonction d'essayer de nous apporter un point de vue critique sur l'adéquation des outils; donc, les aspects cliniques sont vraiment représentés là-dessus.

Un des effets des premières réunions, un des effets tangibles, je dirais, des premières réunions de ce comité-là, ça a été de revoir... Ce matin, on vous a parlé – je ne suis pas rentré dans le détail puis je ne suis pas intervenu – d'une cible provinciale de chirurgies d'un jour de 60 % sur l'ensemble des chirurgies. Pour toutes sortes de raisons dans lesquelles je ne veux pas rentrer, ce n'est peut-être pas la meilleure façon, d'une part, d'estimer les gains potentiels, les gains réels reliés à du potentiel en chirurgies d'un jour par rapport à des chirurgies classiques, et on s'est interrogé, avec notamment le Dr Tétreault et les membres du comité, les gens de l'AHQ – et je dirais que le rapport du Vérificateur nous a donné une poussée qui nous a permis d'aller plus loin – sur cette méthode...

Mme Charest: Ça a du bon, hein, monsieur! Ha, ha, ha!

M. Mercier (Jean): ...qu'on avait jusqu'ici de procéder sur la cible en question, pour changer un peu de cap. Et dans les prochaines semaines, c'est notre intention de miser sur des contributions individuelles de médecins, de certains médecins de l'AHQ. Et je pense que Michel, lorsqu'il aura terminé ses pérégrinations reliées à sa fonction principale de pompier des urgences, pourra peut-être nous donner aussi un coup de main eu égard à l'estimation mais à la validation clinique des exemples qu'on vous a donnés ce matin en termes de chirurgies d'un jour auprès des médecins du Québec pour arriver à préciser – puis ça va faire plaisir au Vérificateur qu'on se le dise – non seulement provincielement, ce qu'on pourrait viser, mais, très concrètement, compte tenu de ce qu'on observe en termes de chirurgies d'un jour et du potentiel clinique, quand ce n'est pas réalisé, dans chaque centre hospitalier, fixer, pour des régions et des CH, des centres hospitaliers spécifiques, des objectifs concrets de rattrapage en matière de chirurgies d'un jour basés sur leur potentiel clinique validé.

Ça va peut-être nous amener à dire que, dans certains cas, c'est déjà atteint. Le porte-parole de la Montérégie disait que, chez lui, c'est 80 %. Encore que je ne veux pas rentrer dans les détails parce qu'il y a des chirurgies qui sont... ça pourrait être discutable. Mais on va valider ça cliniquement.

Une des choses qu'on veut faire – et je me sers de cet exemple-là comme deuxième élément, on parlait des hospitalisations évitables – on veut recenser, à partir de l'expérience clinique qui est actuellement en expérimentation et dont nous a parlé le Dr Bernard Jean, un certain nombre de choses qui pourraient être traduites dans des guides validés cliniquement et distribués. C'est en chantier pour l'instant, c'est un nouveau projet, mais on a bon espoir que d'ici la fin de l'année on puisse fournir un certain nombre de choses aux médecins, au Conseil des médecins et dentistes dans nos centres hospitaliers du Québec à cet égard-là, validées cliniquement encore.

Une autre chose, enfin, qu'il nous intéresse de faire et qui est à notre programme de travail de cette année, c'est sur le plan des hospitalisations ou des interventions plutôt discrétionnaires. Il y a des écarts considérables au Québec entre certains types d'interventions chirurgicales – l'ablation des amygdales – d'une région à l'autre, au point où on observe des écarts de trois pour un et quatre pour un. Peut-être que dans les régions où c'est quatre pour un, c'est valide et pertinent.

Mme Charest: Je suis chanceuse, j'ai encore les miennes.

M. Mercier (Jean): C'est un vieux problème qui est encore actuel, malheureusement. Il y a eu beaucoup de progrès, on voudrait mettre ça en évidence. Il y a eu un exercice semblable en France l'an passé qui a attiré l'attention des médias et de la population et qui a généré beaucoup de brainstorming. On pense que ça pourrait être le cas aussi au Québec si on s'engageait là-dedans. Bref, il y a plusieurs exemples de nouveaux produits et de nouveaux chantiers.

Bien, je vais finir avec celui-là. Ça, c'est un cédérom, pour parler informatique. Je ne suis pas docteur, en passant, puis je ne suis pas informaticien. Je pense que la médecine est trop importante pour être laissée aux seuls médecins...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Mercier (Jean): ...comme patient puis comme citoyen. Mais on a sorti, à l'usage des médecins et notamment de ceux qui doivent se préoccuper de cette dimension-là dans chacun des centres hospitaliers, un cédérom qui est sur le point d'être acheminé. J'en fais circuler la version papier – je la dépose, d'ailleurs, si c'est requis par les usages de cette commission – qui explique jusqu'à quel point, au niveau des outils, on s'est interrogé et on veut améliorer les choses. Alors, le cédérom, essentiellement, va permettre à chaque centre hospitalier d'aller là où il veut, de se comparer au niveau de ses diagnostics et de ses interventions avec le degré de stabilité en fonction des APR-DRG, qui est une façon de regrouper les diagnostics homogènes, avec pathologie homogène et niveau...

Une voix: Dis donc c'est quoi, un APR-DRG.

M. Mercier (Jean): Ah, bien là il faudrait que je dise ce que c'est qu'un DRG, d'abord. Il y a eu trois étapes. Le DRG, c'est «Diagnostic Related Group», qui vise à regrouper pour des fins de comparaison et d'estimation des interventions cliniques de même nature et c'est un outil qui a été développé aux États-Unis, dans le cadre du programme Medicare, qui visait, comme vous le savez, surtout les personnes âgées. Alors, une fois qu'on s'est dit que l'outil était valable, on l'a élargi en perspective à d'autres clientèles, et c'est devenu les ARP-DRG. C'est «All Patients», par rapport à «Old Age» ou «Senior Citizens», O.K.? Et maintenant on parle d'APR-DRG. Il y a toute une opération qui est entreprise maintenant par le ministère pour migrer des APR-DRG, «All Patients Related»...

Une voix: Refined.

M. Mercier (Jean): «Refined», pardon, c'est ça que je cherchais. C'est pour ça que j'hésitais. «Refined», «raffiné», donc, par rapport à la deuxième version, et ça va être la base sur laquelle on va dorénavant travailler avec le milieu médical, le milieu clinique, dans le cadre des travaux du comité dont je parlais tantôt.

Mme Charest: Je reste sur mon appétit par rapport à ça.

M. Mercier (Jean): Mais je n'ai pas répondu à votre deuxième, je m'excuse.

Le Président (M. Chagnon): On reviendra, Mme Charest.

Mme Charest: Oui, je sais que je suis un peu longue, mais...

Le Président (M. Chagnon): M. Côté et... Ça fait juste trois quarts d'heure. Ha, ha, ha!

Mme Charest: Merci, M. le Président. C'est beau.

Le Président (M. Chagnon): On reviendra, Mme Charest, ce n'est pas un problème.

Mme Charest: Oui. O.K. C'est beau. Vous avez raison.

Le Président (M. Chagnon): Alors, j'ai vos collègues, M. Côté et M. Laprise, qui...

M. Côté: À la suite de ma collègue de Rimouski – vous venez de répondre en partie – concernant ces nouveaux outils qui sont mis sur pied afin de faciliter – ça, j'imagine – le support à apporter aux centres hospitaliers, je pense qu'il y avait une remarque dans le

rapport du Vérificateur général qui disait que le ministère et les régies régionales ne soutiennent pas suffisamment les centres hospitaliers pour implanter de nouvelles façons de faire. En tout cas, je ne sais pas si je me trompe, avec les outils que vous venez de mentionner, ça va permettre de corriger cette situation-là ou ce contexte-là qui existe. Bon. Mais, par contre, est-ce que vous êtes en mesure de nous dire quels sont vos objectifs pour l'expérimentation de ces outils-là et quand on va pouvoir mesurer les résultats de ces nouveaux outils?

M. Mercier (Jean): Juste deux choses. S'il y a des outils, c'est pour être utilisé par ceux à qui c'est destiné. Je pense que le Vérificateur général a noté que, un, le ministère produisait des outils. Je viens de vous dire qu'on va en produire davantage et un petit peu plus pointus, un petit peu plus spécifiques. Deuxièmement, le Vérificateur a dit que les outils, ce qu'il a constaté dans ses visites dans les hôpitaux ciblés, n'étaient pas suffisamment utilisés par les hôpitaux, ce que, d'ailleurs, si ma mémoire est bonne, dans le rapport les hôpitaux ont eux-mêmes reconnu. Alors, je pense que les conditions sont réunies, il y a des outils à améliorer, il y a de nouveaux outils – je viens de vous en donner un exemple – et il y a une sensibilité au fait que ça n'a peut-être pas suffisamment été utilisé.

Alors, notre espoir, notre pari, c'est qu'effectivement dans les prochains mois, les prochaines années, ces outils-là vont être davantage, d'abord, connus, parce que souvent on ne les connaît pas. On mise aussi sur les conclusions ou l'expérimentation concluante des deux outils logiciels dont on vous a parlé tout à l'heure. C'est évident que le ministère, si les conclusions sont aussi concluantes que ce qui apparaît à prime abord, même si le projet n'est pas terminé, qu'il est dans sa deuxième phase actuellement – il devrait se terminer vers la fin du printemps – on pourra donner un coup de pouce à l'acquisition de ces outils-là dans le milieu, supporter leurs connaissances, etc. Ça fait partie des attributions qu'on a placées au niveau central en relation avec nos partenaires dans les régions, dans les régies régionales notamment et dans le milieu clinique, hospitalier.

M. Côté: Donc, d'ici six mois, un an, on sera en mesure de...

M. Paré (Pierre-André): Très rapidement, au cours de l'année. En fait, on a un peu ciblé ça, on a un plan sur trois fronts: un sur la pertinence, où est-ce qu'on aurait des informations sur le niveau national, le niveau régional et le niveau local, pour que ça puisse servir aux trois groupes – il y a des publications de la direction; un autre qui serait sur l'efficacité des durées de séjour et les coûts, avec des extraits, des informations qu'on a, puis ce qu'il nous manque; et un troisième qui est sur le monitoring de la performance et des dimensions retenues des plans d'action. C'est au cours de l'année qu'on va terminer et qu'on va mettre ça à la disposition des établissements.

(11 h 40)

La façon de le faire, c'est qu'il faut qu'on travaille ça pour être capable de fournir ça, puis qu'ils puissent s'en servir aussi avec des outils modernes d'informatique. Donc, il y a comme en même temps, en parallèle, des parties informatiques qu'il faut placer, mais ça aussi, ça va bien. Je pense que l'an prochain on devrait être en mesure d'être capable de vous expliquer plus comment ça marche au lieu de vous dire comment on va le faire. C'est à peu près ça qu'on vise en dedans d'un an.

Le Président (M. Chagnon): Votre cédérom va vous donner des informations sur les clientèles 1996-1997 par quasiment tous les établissements hospitaliers au Québec, «c'est-u» possible d'en avoir une copie? Puis probablement que le Vérificateur général aimerait ça en avoir une copie.

M. Mercier (Jean): Certainement, ça va nous faire plaisir. D'ailleurs, on l'avait amené avec nous ce matin pour démonstration, mais je ne pense pas qu'on ait le temps.

Le Président (M. Chagnon): Je comprends. J'ai regardé votre document, puis ça pourrait être intéressant.

M. Paré (Pierre-André): Je pense que vous vouliez... Si vous me permettez, M. le Président, docteur...

M. Bernard (Jean): Peut-être ajouter un mot. En pratique – moi, j'ai fait de la pratique pendant 15 ans – on est dans un monde 1-1, un médecin avec un patient, et la durée de séjour, en fait, qui est tellement a posteriori – on voit ça au 31 mars de l'année d'après – c'est une notion qui est totalement étrangère à ce que fait le médecin. Il faut donc qu'on puisse voir – puis je pense que le bon mot a été utilisé par le Dr Tétrault – l'influence. L'hypothèse, c'est que l'information qu'on va obtenir par un outil, une multitude d'outils qu'on va utiliser intelligemment, devrait, à la fin, réussir à influencer – et non pas par directive, ça, c'est impossible – les acteurs. Il n'y a personne autour de la table, ici, qui voit des patients. Alors, ce sont des individus qui voient des personnes, dans la vie de tous les jours, avec des obligations de résultats et tout un contexte légal. Alors, il faut vraiment qu'on puisse voir aussi après, quand on aura les outils, leur capacité d'influence.

Gestion et tarification des chambres d'hôpital

M. Côté: Une autre question, oui. Concernant la gestion des chambres à l'intérieur des centres hospitaliers, les CH, il y a un formulaire de choix de chambre lorsque vous attendez d'être convoqué pour une chirurgie à l'hôpital ou autre. Ça dit, dans les conditions qui sont exprimées dedans – c'est dans un centre ici, dans la région de Québec: Je demande une chambre privée, par exemple, ou semi-privée, et je m'engage à payer le tarif affiché dans la chambre occupée, même si le séjour dans une telle chambre devient médicalement nécessaire, pour tout congé temporaire accordé... Alors, si je suis une journée et qu'on me dit: Si vous voulez aller chez vous ce soir, vous revenez demain, la chambre va continuer quand même à être payée. Alors, l'usager doit continuer de payer selon son engagement. Le choix pourra être modifié en cours d'hospitalisation. Le report de la journée d'intervention causé par des événements incontrôlables n'élimine pas votre responsabilité de paiement.

Moi, ça, je trouve qu'il y a une partie un petit peu abusive. Je pourrais vous donner un cas très spécifique à l'effet qu'il a été convoqué le 9 septembre dernier pour deux jours; donc, la réservation de la chambre était effectuée pour deux jours. La personne a attendu. Depuis le matin qu'elle était à l'hôpital, elle a attendu jusqu'à 16 heures. À 16 heures, le médecin est arrivé, il a dit: On ne pourra pas faire votre petite chirurgie aujourd'hui, alors, vous pouvez vous en retourner chez vous. Alors, il s'en est retourné pour revenir le lendemain. Mais, par contre, il a reçu son compte comme quoi il fallait qu'il paie la journée du 9 septembre. Mais là, au lieu d'être deux jours, ça a été trois jours; donc, il a payé trois jours au lieu de deux jours pour une chambre à l'hôpital alors qu'il ne l'a pas utilisée du tout la première journée. Elle ne s'est même pas assise sur son lit, la personne. Alors, moi, je trouve qu'il y a un petit côté abusif dans le contrôle ou encore l'application de la gestion des chambres comme telle. Qu'est-ce que vous pouvez me répondre à ça?

M. Paré (Pierre-André): Bien, je peux vous répondre, M. le Président. D'ailleurs, si j'avais pu venir à la commission sur la tarification, ça aurait été une bonne question à ce moment-là.

Le Président (M. Chagnon): On sait que ce n'était pas de votre faute.

M. Paré (Pierre-André): Ha, ha, ha! Ce que je peux vous dire, c'est que c'est exact que ça arrive à l'occasion que, dans certains centres, on va facturer une journée ou des choses comme celle-là. On est en train de repasser un peu tout cet élément-là de tarification, les montants qui doivent être chargés, dans quel cas ou quoi que ce soit, et des gens qui entrent et qui doivent sortir.

Il y a aussi le phénomène inverse qu'on observe, c'est des gens qui, par exemple, vont être invités à entrer les fins de semaine pour occuper une chambre, pour la payer pendant que l'hôpital n'aurait personne dans sa chambre puis, puisqu'ils sont remboursés par leurs assurances, ils peuvent entrer d'une façon différente. Alors, ça fait partie des problèmes. Normalement, par exemple, si une personne indique qu'elle a été invitée à aller dans sa chambre puis qu'après ça on lui dit que sa chirurgie a été annulée puis qu'on l'invite plus tard, cette journée-là ne devrait pas être chargée. Si elle demande à l'administration de l'hôpital de le faire modifier, normalement il devrait y avoir une correction à la facturation.

M. Côté: En tout cas, ce n'est pas le cas.

M. Paré (Pierre-André): Je vous invite, pour le cas précis...

M. Côté: Non, je ne veux pas...

M. Paré (Pierre-André): ...peut-être, soit à nous le faire parvenir...

M. Côté: Mais c'est pour vous démontrer un peu là comment se fait parfois la gestion de...

Une dernière question. Dans vos statistiques ou dans la présentation que vous nous avez faite au début de la séance, je vois qu'à certains tableaux Québec n'apparaît pas, la région de Québec n'apparaît pas.

Le Président (M. Chagnon): Elle est disparue.

M. Côté: Est-ce que c'est un autre glissement là qui se fait dans la région de la capitale? Ha, ha, ha! Même au niveau des statistiques.

M. Paré (Pierre-André): Ha, ha, ha! Non, mais je ne sais pas sur quel tableau vous êtes, par exemple, là.

M. Côté: J'en ai deux en particulier, deux tableaux où la région de Québec... *Proportion de chirurgies d'un jour par rapport à l'ensemble des chirurgies 1994-1995 et Variation des chirurgies d'un jour 1995-1996*, Québec n'y apparaît pas.

Une voix: Il ne s'en fait pas?

M. Paré (Pierre-André): Bon, bien, on va...

M. Camirand (François): C'est la fenêtre qui n'était pas assez large pour faire apparaître... Parce qu'il y a un petit curseur en bas qui permet de... Parce que, à 16 régions, souvent, on n'est pas capable de toutes les faire afficher. Alors, peut-être qu'elle est à l'extérieur de la fenêtre, ici.

M. Mercier (Jean): Mais on l'a dans le cahier de suivi.

M. Côté: Ha, ha, ha!

M. Camirand (François): Ha, ha, ha!

M. Côté: Bien, pourtant, il y a d'autres tableaux où Québec est là.

M. Camirand (François): Oui, c'est ça, ça dépend de sa position.

M. Paré (Pierre-André): Vous comprendrez qu'avec la personne qui est notre ministre on n'a pas l'habitude d'oublier cette région.

M. Côté: Ah, ça, je le sais. Alors, merci.

Le Président (M. Chagnon): Ça va, M. Côté. M. Laprise?

M. Laprise: Oui, j'ai trois petites questions. La première, ce serait: Vous avez parlé, tout à l'heure, que vous faisiez des démarches, que les démarches étaient engagées pour faire revenir du personnel qui avait pris des préretraites ou des retraites. Est-ce que c'est parce qu'il n'y a plus de jeunes qui sont prêts, qui ont la formation d'infirmière pour venir travailler au sein des hôpitaux?

M. Paré (Pierre-André): Non, c'est une situation particulière dans la Montérégie qui est suite à un programme spécial où ils font intervenir des gens au niveau des services sociaux, sur le programme de service social, suite à des catastrophes. Les personnes qui ont été éprouvées par cet événement-là sont rencontrées pour nous éviter des problèmes futurs. Sur ça, on est un modèle, un peu, à la grandeur du Canada et on vient nous voir souvent pour l'implanter ailleurs.

On voit toutes les personnes qui sont catastrophées ou qui ont eu des problèmes, des mauvais moments à vivre dans ces catastrophes-là pour voir si elles ont des problèmes à se réintégrer ou à réintégrer leur foyer et ça nous évite beaucoup d'autres problèmes par la suite, d'hospitalisation ou d'intervention plus lourde. C'est juste ça. Donc, ça va être ponctuel...

M. Laprise: C'est ponctuel.

M. Paré (Pierre-André): ...et ça ne veut pas dire que notre jeunesse n'est pas capable de remplacer nos cheveux gris, même si nos cheveux gris étaient très bons.

Hospitalisations dues à une pénurie de médecins en région

M. Laprise: Et, pour votre objectif de diminuer les jours hospitalisés, est-ce que l'équipe médicale qui est dans chacune des régions, par exemple, les cliniques privées de même que les CLSC ont une certaine part de responsabilité avec vous autres là-dedans ou s'ils sont exclus, ou encore s'ils ne s'y intéressent pas? Parce que moi, dans mon comté, j'ai, entre autres, un foyer d'hébergement de personnes âgées de 40 lits, et on me disait en fin de semaine qu'il n'y a pas de médecin de garde en fin de semaine, ni le soir. Alors, quand il y a quelqu'un qui est malade au foyer, on doit le transporter à l'hôpital en ambulance pour aller faire une consultation et puis le ramener, bien souvent, au foyer dans la même nuit ou encore le garder à l'hôpital, à l'urgence, sur une civière. Alors, bien souvent, c'est une consultation très banale, qui aurait pu être faite par un médecin local. Il y a 13 médecins dans ce secteur-là, alors que, il y a quelques années, on avait quatre médecins et on avait un médecin de garde la nuit et un médecin de garde en fin de semaine qui répondait au téléphone, qui faisait des visites aux maisons. Aujourd'hui, avec 13 médecins en

cliniques privées et aux CLSC, on n'a pas de médecin de garde en fin de semaine et on n'a pas de médecin de garde la nuit.

M. Paré (Pierre-André): Je me permettrai, M. le Président, de vous suggérer d'écouter deux régions que j'ai, celle de Chaudière-Appalaches et celle des Laurentides, les deux directeurs généraux des régies sont là, peut-être en commençant par Chaudière-Appalaches, Mme Montreuil, qui en est la directrice générale, puis qui a une expérience assez grande avec ce monde-là, pourrait vous expliquer un peu ce qui se passe, comment c'est réparti et pourquoi on arrive, des fois, à des situations aberrantes comme celles-là. Et, dans les Laurentides, je suis certain que Michel a un tas d'explications, lui aussi, à donner.

Maintenant, M. le Président, peut-être quelques indications sur le temps. Est-ce qu'ils peuvent prendre chacun cinq minutes?

Le Président (M. Chagnon): Oui, oui.

M. Paré (Pierre-André): O.K. Allez-y.

(11 h 50)

Mme Montreuil (Louise): Louise Montreuil, Chaudière-Appalaches. M. le Président, je pense que ce qui est important, dans la question qui est apportée ici, c'est que, effectivement, une des grosses préoccupations qu'on a dans les régies et plus particulièrement dans une régie comme les régies où il y a des milieux ruraux, où la difficulté de recrutement des médecins peut des fois amener des situations que vous amenez-là, pendant une bonne période, on peut avoir un effectif médical qui est très adéquat et qui est capable de répondre aux besoins 24 heures sur 24; dans d'autres cas, à un autre moment, un médecin ou deux vont avoir pris leur retraite, vont avoir quitté pour une raison qui leur est propre, la situation est plus difficile.

Cependant, à l'heure actuelle, avec la commission médicale régionale – je vous dis ce qui se passe en Chaudière-Appalaches de façon plus particulière – et avec les CLSC, on est en train de s'organiser pour qu'on ait la réponse de services médicaux intégrés 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et qui va interpellier à la fois les médecins en CLSC et les médecins en cabinet privé. C'est une responsabilité conjointe du corps médical. La commission médicale en est très consciente et tout est mis en place pour éviter que les situations dont vous parlez se produisent. Évidemment, ça ne veut pas dire que ça ne se produira jamais, mais l'objectif, c'est de mettre en place les mécanismes qui évitent que ça se produise. Alors si, à un moment donné, un médecin quitte un territoire, bien là, c'est à l'ensemble des autres médecins de prendre la relève. Ce n'est pas toujours fluide dans le temps, comme on le voudrait, mais je pense que, quand tout le monde est engagé dans la même direction, c'est vers là qu'on s'en va.

M. Laprise: Je ferai remarquer que nos agriculteurs ont un vétérinaire de garde 24 heures par jour.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Montreuil (Louise): Vous avez raison. Là-dessus, je l'admets, et c'est pourquoi c'est une préoccupation qui est importante, et je vous dirais que souvent le problème est particulier à un territoire donné et non à l'ensemble. Et là il faut le régler.

M. Tétrault (Michel): M. le Président, je n'ai aucune représentativité syndicale et je n'en ai jamais eu, mais je vous ferai remarquer que la dernière fois que j'ai regardé, c'était diablement plus payant pour un vétérinaire de se déplacer lors d'une garde qu'un médecin.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Laprise: Peut-être. Il y a peut-être ce facteur-là.

M. Tétrault (Michel): La négociation vient de commencer, c'est un bon temps! Ha, ha, ha!

M. Laprise: Il faudrait trouver des solutions.

Une autre question maintenant. Malgré tous les efforts qui sont faits, je pense...

M. Paré (Pierre-André): Attendez un peu. M. le Président, je pense qu'il y a la région des Laurentides qui voudrait donner...

Le Président (M. Chagnon): Je pense, M. Laprise, que monsieur...

M. Laprise: Oui, je vous écoute, monsieur.

M. Léger (Michel): Dans la région des Laurentides, il y a des territoires où on arrive à bien organiser l'arrimage entre les hôpitaux, les CLSC et les cabinets privés et les cliniques médicales quand il y a un volume de médecins relativement suffisant. On arrive de façon claire à faire en sorte que l'hôpital soit réservé vraiment pour les situations d'urgence, que d'une façon générale les gens aillent en clinique privée et voient les médecins de famille, si possible, des cliniques sans rendez-vous chaque fois que c'est possible de le faire, mais il y a des heures, à un moment donné, où l'ouverture d'un cabinet privé, que ce soit le soir tard ou certaines fins de semaine, arrive au seuil de rentabilité pour ces organisations-là. Donc, l'intérêt de travailler en réseau fait en sorte qu'à ces heures-là nos CLSC, qui maintenant sont ouverts, dans notre région, sept jours sur sept, du matin jusqu'au soir, à ce moment-là peuvent prendre un certain niveau de relève. Donc, dans ce sens-là, c'est là où l'intérêt se fait et ça ne se fait que bout de territoire par bout de territoire.

Dans le sud de notre territoire, par exemple, ces arrimages-là sont pas mal en voie d'être complétés. Je vais vous dire: dans la même région que je dirige, dans un territoire comme le territoire d'Argenteuil, par exemple, où on manque de médecins omnipraticiens, où le CLSC n'arrive pas à recruter ou les personnes sont parties à la retraite ou autre et on a du mal à remplacer, ce que je suis en train de vous dire ne fonctionne pas du tout par manque d'effectifs. Et on est à la fois trop près et trop loin de Montréal pour faire en sorte que nos modes de rémunération soient intéressants.

Bonne nouvelle, selon nous, pour l'avenir, c'est qu'on espère réussir dans ce qu'on voudrait voir poindre, qui est ce nouveau département de médecine générale qu'on voit arriver, j'espère, dans la future législation qui est en train de se débattre là, faire en sorte que conjointement, médecins et régies régionales, réussissent à faire en sorte qu'on répartisse mieux les effectifs sur notre territoire. Et donc, dans une région comme la mienne, où il y a des endroits où c'est correct et des endroits où on est en grand déficit, à ce moment-là, qu'on puisse conjointement, avec des mesures qui sont beaucoup plus incitatives que coercitives, mais dans une stratégie de responsabilisation des médecins, à faire en sorte que, effectivement, d'une part, on installe des médecins ou on les fasse se déplacer dans des endroits qui sont plus adéquats pour rendre des services et aussi qu'on travaille sur les heures – vous mentionniez d'avoir votre vétérinaire – aussi où on a besoin de renforcer un petit peu la... Alors, là-dessus, on pense que le département de médecine générale devrait nous donner un coup de pouce intéressant, sans que ce soit encore la perfection, mais c'est un pas dans le bon sens.

Appareil administratif requis par la réorganisation

M. Laprise: Une dernière question...

Le Président (M. Chagnon): Allez-y, allez-y!

M. Laprise: ...plus administrative. Vous semblez, pour être capable d'atteindre ces objectifs-là, mettre en place des contrôles, mettre en place quand même une gestion plus serrée, plus présente, plus pointue peut-être. Est-ce que ça justifie, à ce moment-là, une augmentation de l'appareil administratif des hôpitaux, des CLSC ou des régies, par exemple, tout ce suivi-là que vous voulez donner pour atteindre les objectifs, au niveau de l'hospitalisation, d'un jour, et également donner les services à domicile? Est-ce que ça justifie une administration plus pointue ou encore plus lourde?

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, si vous me le permettez, cette administration-là n'est pas plus lourde, sauf qu'elle doit être différente, et on doit avoir beaucoup d'informations au bout du doigt pour être capable de travailler. Et, si vous le permettez, le directeur général de la Régie régionale du Saguenay–Lac-Saint-Jean vient d'arriver, il pourrait peut-être nous expliquer de quelle façon il procède pour faire le suivi de ces établissements de santé, de quelle façon il le fait. Parce que, dans sa région, il y a une organisation de répartition où on ne manque pas trop de médecins ni d'effectifs là encore. Il pourrait peut-être nous donner ça, parce qu'ils se servent bien des indications qu'ils ont. Je vais te laisser aller. Louis-Philippe Thibault.

M. Thibault (Louis-Philippe): Bonjour, M. le Président.

Le Président (M. Chagnon): Oui, bonjour.

M. Thibault (Louis-Philippe): M. Chagnon, bonjour. Bonjour, M. Laprise, ça me fait plaisir de vous retrouver.

M. Laprise: Bonjour.

M. Thibault (Louis-Philippe): Je vais essayer de vous donner une réponse sur mesure.

M. Laprise: Vous arrivez au bon moment.

M. Thibault (Louis-Philippe): Bien oui, je m'excuse du retard. Donc, je vais vous donner une réponse un peu sur mesure pour votre territoire, que je connais bien, Saint-Félicien, où il y a le problème que vous avez décrit tout à l'heure. Parmi les solutions qui sont envisagées, il y a naturellement le recours aux activités médicales particulières, qu'on appelle, où la commission médicale peut reconnaître des heures ingrates pouvant éventuellement être couvertes par des activités médicales particulières.

Maintenant, pour ce qui est de votre question précise: Quels sont les instruments qu'on utilise ou quels sont les contrôles qu'on met en place? ça ne nécessite pas, je dirais, d'effectifs additionnels pour faire ces suivis-là. Je pense que déjà, dans notre région, nous avons un projet-pilote, à Jonquière, qui consiste à responsabiliser tous les médecins d'un territoire donné par rapport à la couverture médicale en première ligne qui doit être donnée dans le territoire. C'est un modèle qui a été expérimenté en priorité dans le territoire de Jonquière parce que nous avons, dans ce territoire-là, un taux d'environ 58 % des effectifs médicaux en omnipratique. Donc, on avait un problème majeur.

On a déjà, malgré qu'on ait un taux de satisfaction assez faible, une réponse quand même assez adéquate. Je ne dis pas qu'elle est correcte, il y a encore des améliorations et il faut continuer à travailler, mais la formule qui a été mise au point par une meilleure connaissance des besoins des clientèles, une meilleure coordination des médecins entre eux, parce que c'est une table qui regroupe tous les médecins du territoire, c'est une formule d'autocontrôle qui permet d'atteindre des objectifs avec beaucoup d'efficacité. C'est une formule sur laquelle on est en consultation présentement dans le cadre de l'élaboration de notre plan d'effectifs médicaux et sur laquelle les médecins sont consultés pour voir dans quelle mesure on pourrait la généraliser. C'est une formule qui est un peu, je dirais, le précurseur de ce qu'on appelle le département de médecine générale qui va être créé dans le cadre du projet de loi n° 404, qui est débattu présentement à l'Assemblée nationale.

M. Laprise: O.K. Merci.

Le Président (M. Chagnon): Merci, M. Laprise. Au ministère, vous devez sûrement avoir des évaluations des services ambulatoires que vous donnez région par région.

M. Paré (Pierre-André): Oui, on a des données. Vas-y donc, Sylvie, peut-être ou...

M. Mercier (Jean): Jean Mercier. On a initié, il y a environ un an et demi, faute de données justement sur l'implication des CLSC dans l'ensemble du Québec, ce qu'on appelle une opération pompage de données à l'intérieur, entre guillemets, d'un vieux système informatique qui est en voie d'être remanié presque complètement et qui avait été implanté dans les CLSC jadis, il y a très longtemps, et qui n'avait jamais été utilisé, à défaut d'avoir une banque commune dans laquelle était versée, soit une sélection, soit l'entièreté des informations là-dedans.

(12 heures)

On a investi un peu pour exploiter ces quelque 150 banques. Actuellement, on vient de dépasser, sauf erreur, 110 ou 112 CLSC, et on a déjà retourné... J'ai moi-même écrit aux régies régionales il y a environ deux semaines pour leur expédier l'exploitation de la banque qui pouvait être faite à ce moment-ci. Le nombre de CLSC déjà banqués va s'améliorer. Il ne devrait pas dépasser, par contre, 124, 125, d'après ce qu'on m'a dit la semaine dernière parce qu'il est vraiment inutile, dans certains cas, dans certains CLSC, avec les systèmes qu'ils ont, de chercher à les exploiter.

Par contre, ça nous donne beaucoup, beaucoup d'indications – certaines, d'ailleurs, ont été présentées, même si elles n'ont pas été commentées ce matin, dans les acétates que le sous-ministre vous a expliquées – qui indiquent, de mémoire, une augmentation du taux d'utilisation des ressources CLSC – là j'entends aussi bien du côté social que du côté santé, recours aux médecins et consultations médicales ou autres visites – de 11 %, une augmentation – ça, c'est très intéressant aussi – de l'ordre de 35 % des services spécialisés à domicile, physiothérapie, ergothérapie. L'ombre au tableau, c'est une légère diminution des activités de prévention par rapport à ce qu'elles étaient il y a quatre ans, parce que la banque a commencé en 1993.

Le Président (M. Chagnon): C'était plus le dossier des DSC, ça.

M. Mercier (Jean): Non. C'étaient les activités en CLSC. Les DSC, c'est complètement autre chose. D'ailleurs, les DSC, depuis maintenant six ans, ont été remplacés par les directions de santé publique des régies régionales. Là, on parle vraiment de l'activité enregistrée dans les CLSC. Si bien que, sauf le respect que je dois au Vérificateur général, ce n'est pas tout à fait exact de dire qu'on manque de données ou qu'on n'a pas les systèmes d'information pour suivre l'évolution des choses dans les CLSC. Il a fallu

s'en donner, c'est vrai, on était mal équipés, il a fallu s'en donner à la mitaine, comme on dit chez nous. Mais là, d'une part, on a une banque qui commence à ressembler à une banque et qui est exploitable aussi bien au ministère qu'en région...

Le Président (M. Chagnon): Alors, depuis un an et demi, vous commencez à colliger ces informations-là, alors que le rapport du Vérificateur est arrivé au mois de décembre.

M. Mercier (Jean): C'est ça.

Chirurgies d'un jour et services ambulatoires disponibles

Le Président (M. Chagnon): Évidemment, ces données-là n'étaient pas... C'est ce qui explique ce qu'on retrouve dans le rapport du Vérificateur général. Mais, à partir du moment où vous avez des données sur 120, 125 CLSC, vous devez bien vous apercevoir que le niveau de services ambulatoires est très différent d'une région à l'autre puis d'un CLSC à l'autre, inévitablement.

La politique, par contre, d'augmenter les chirurgies d'un jour, qui est une politique qui, en soi, est fort facile à approuver, enfin, est fort évidente comme mesure d'avenir pour orienter puis diriger, puis gérer les services de santé, ne semble pas être assise sur des services ambulatoires qui correspondent à la vision politique de cette augmentation des chirurgies d'un jour, et c'est une démonstration qui est relativement facile à faire.

M. Paré (Pierre-André): Bien, oui et non. En fait, on n'a pas toutes les données, mais chaque régie régionale, au début du virage, de ce qu'on a appelé le virage et le plan de transformation, a dû fournir au ministère un plan complet de transformation sur la façon dont elle s'y prendrait pour arriver aux objectifs qui sont fixés et qui sont donnés, qu'on a vus ce matin. Et ils devaient nous expliquer dans ce document-là... On pourrait peut-être demander à Louis-Philippe, ici, qui est de la région du Saguenay, encore une fois peut-être de nous expliquer comment il s'y est pris dans sa région pour arriver aux objectifs, comment il a fait son plan de transformation. Ce que vous mentionnez... C'est qu'on a donné ces objectifs-là, il y a des plans de transformation qui ont été préparés, ils ont été mis en place, et c'est inégal, les réussites.

Le Président (M. Chagnon): Je fais juste regarder la situation de la région de Montréal, par exemple. Dans la région de Montréal... Puis, encore une fois, j'adhère au principe de l'augmentation de la chirurgie d'un jour, de passer de... Si je me souviens bien, dans vos documents, on voulait passer de 36 % à 42 %, le nombre de chirurgies d'un jour. Dans vos...

M. Paré (Pierre-André): On est rendu à 54 %...

Le Président (M. Chagnon): Vous êtes rendus à 50 % ou quelque chose comme ça.

M. Paré (Pierre-André): 56 %, oui.

Le Président (M. Chagnon): C'est un principe avec lequel... Je n'ai pas de problème à vivre avec. Sauf que les ressources qu'on retrouve au niveau des CLSC ne sont pas là. À Montréal, entre autres, on se retrouve avec un paquet de CLSC qui ne sont pas ouverts, comme dans la région de M. Léger. Les CLSC de chez M. Léger sont ouverts, selon ce qu'il nous disait tout à l'heure, sept jours semaine, matin et soir. Moi, j'en ai quatre CLSC dans mon comté, puis ils ne sont pas ouverts le soir puis les fins de semaine, puis il n'y a pas de services de santé qu'on peut retrouver là facilement. Par contre, évidemment, j'ai 16 hôpitaux, puis il y a du monde dans les hôpitaux, puis dans les urgences, partout. Puis là on a des problèmes d'augmentation puis d'administration des services d'urgence, qui sont extrêmement importants, qui sont causés par d'autres problèmes.

Mais, finalement, vous êtes tous des gens intelligents, vous avez tous une culture de ce dossier-là qui est importante, vous avez souvent passé une grande partie de votre vie à travailler dessus, à réfléchir dessus. Vous avez aussi, vous le démontrez ici, une capacité de regarder le dossier non pas arbre par arbre, mais en regardant la forêt, l'ensemble. Puis pourtant, dans le champ, quand on regarde la situation comme telle, sans vouloir tomber dans des travers qui pourraient être démagogiques ou autres, on regarde ça puis on se dit: Bon, bien, il y a des problèmes. Puis il y a des problèmes à partir de décisions qui sont prises. Si on le regarde arbre par arbre, on se dit...

Par exemple, moi, j'ai vécu ça chez nous. On a fermé quelques hôpitaux dont – prenons l'exemple d'un hôpital – l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc. C'était curieux, l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, à l'époque, c'était un hôpital qui avait un permis pour 220 lits. Il y en avait un petit peu moins que la moitié qui étaient des lits qui étaient déjà des lits de centre hospitalier de soins de longue durée, des lits pour malades chroniques, il y en avait une vingtaine qui étaient spécialisés en gériatrie active, puis il y avait, dans le fond, à peu près 80 lits, quand ils étaient tous ouverts, pour desservir la population locale. En plus, dans cet hôpital-là, il y a quatre, cinq

ou six ans maintenant, il y a eu des investissements de 8 000 000 \$ ou 10 000 000 \$ pour permettre l'agrandissement de l'urgence puis l'amélioration des services d'urgence pour permettre, entre autres, de recevoir des surplus des urgences des hôpitaux de la Montérégie, qui sont, si je me souviens bien, Pierre-Boucher puis Charles-Lemoyne.

Quand la décision a été prise de fermer cet hôpital-là, j'ai simplement posé la question aux gens de la Régie, j'ai dit: Si vous fermez cette urgence-là, vous allez avoir des problèmes qui vont arriver, en débordement, les débordements de Charles-Lemoyne puis de Pierre-Boucher. Et qu'est-ce qui va arriver, là? Alors, ils ont dit: Ce n'est pas la même régie. C'est une réponse, évidemment, mais ça n'aide pas à la solution pour le monde qui est de l'autre côté.

Je leur ai dit aussi: Il me semble qu'un hôpital comme celui-là, qui est un CH, il ne reste plus qu'à ajouter SLD puis de faire 100 lits de plus pour recevoir des malades chroniques. Vous avez des problèmes à l'Hôtel-Dieu, vous avez des problèmes à Notre-Dame, vous avez des problèmes à Saint-Luc – particulièrement à l'Hôtel-Dieu, où le nombre de malades chroniques, à ce moment-là, dépassait les moyennes que vous nous avez données il y a quelques instants pour les lits de jour – alors, j'ai dit, rapatriez vos malades sur l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, gardez-le ouvert, transformez-le en CHSLD, gardez-vous quelques lits, mais gardez-vous l'urgence pour permettre de recevoir les débordements des deux autres hôpitaux.

Bref, on ferme l'hôpital, mais on s'aperçoit qu'à Pierre-Boucher puis à Charles-Lemoyne il y a des situations problématiques au niveau des urgences. Deuxièmement, on s'aperçoit, quelques années plus tard, même un an puis un an et demi plus tard... Tout d'un coup, le ministère, il y a deux mois, à cause de la situation des urgences, qui était dramatique, j'en conviens, décide: On bouge la cage, on brasse la cage, on met 15 000 000 \$ de plus, on cherche du monde, on cherche des lits pour soins de longue durée, puis bla, bla, bla! Un hôpital qui est fermé, là. Il y avait 100 lits, il s'agissait d'ouvrir 100 lits puis d'ajouter 100 lits là-dedans, il y a deux ans.

Je prends ça comme exemple. Je ne cherche pas à en faire un drame, ni poétique, ni social, ni quoi que ce soit. Je veux dire, il y a des drôles de décisions qui se prennent. Oui, évidemment, l'erreur est humaine, puis je suis capable de regarder ça. Mais, ça, si tu le regardes en regardant une décision d'importance, remarquez – quand on parle de fermeture d'un hôpital – mais une décision qui pourrait être un arbre dans la forêt, mais, ensuite, quand tu regardes la forêt, ensemble...

Je représente le centre-ville de Montréal. Je le disais tout à l'heure, j'ai 16 hôpitaux dont plusieurs sont des hôpitaux du secteur tertiaire, des hôpitaux associés avec l'enseignement universitaire, dans plusieurs cas, et d'autres, des hôpitaux qui sont plus semblables à des hôpitaux assez réguliers, de type secondaire, primaire. Mais je remarque que les CLSC, qui devaient être la pierre angulaire de toute cette réforme de la réorganisation des services de la chirurgie d'un jour et, donc, du virage ambulatoire, entre guillemets, les CLSC ont eu des augmentations de budget, j'en conviens, mais des augmentations qui sont très fragmentaires par rapport au type et à l'augmentation de tâche qu'on leur demande de faire. Et des CLSC qui sont ouverts 18 heures par jour, sur l'île de Montréal, c'est très rare. Vous avez vu la carte? Elle a paru dans à peu près tous les journaux, il y a à peu près une semaine ou deux, et c'est assez évident qu'il y a un problème. Il y a un problème entre la vision de l'objectif recherché puis l'application des moyens pour faire en sorte que cet objectif-là puisse s'asseoir, je dirais, confortablement pour assurer aussi à la population, en même temps, des services qu'elle a le droit de s'attendre à avoir.

(12 h 10)

Alors, il me semble, malgré tout ce que j'ai entendu ce matin et qui, en soi, est très bien formulé et très... je dirais même, pas savant mais très intéressant dans le champ, on a encore des vrais problèmes. Et je me demande comment on va faire pour résoudre ces problèmes-là relativement rapidement.

M. Paré (Pierre-André): Je pense que vous avez raison, on n'a pas fini de régler tous nos problèmes. Il ne faut quand même pas penser qu'on les a tous réglés.

On va reprendre ça tranquillement. La première partie de la décision du plan de transformation de Montréal, où il y a eu des choix de faits pour garder certains établissements ouverts ou d'autres établissements fermés, ça s'est fait avec des consultations, ça s'est examiné: Comment on pouvait déployer avec des objectifs assez précis? Quelqu'un pourrait discuter un bout de temps si on devait garder Sainte-Jeanne-d'Arc ouvert ou garder Saint-Michel, mais, sur l'ensemble, on...

Le Président (M. Chagnon): Je fais juste regarder ça a posteriori et, je veux dire, il me semble que...

M. Paré (Pierre-André): A posteriori. Deuxième point important que vous mentionnez, et c'est sur celui-là qu'on travaille beaucoup – et le Dr Tétrault ajoutera une réponse plus précise sur ce que je vais vous dire – c'est qu'à l'intérieur de notre ministère avec les régies régionales, pas toutes les régies régionales, quelques unes, il faut qu'on travaille plus fort pour que l'ancrage du

premier niveau dans la localité soit plus fort et que la relation entre les centres hospitaliers, deuxième ligne et même troisième ligne – parce que, dans votre comté, vous êtes peut-être le député qui en a le plus au pied carré – soit bien fait, bien solide, et il faut que la relation soit bien établie. Il y a des régions, surtout les régions qui sont en périphérie, qui ont réussi à établir assez rapidement et assez facilement des liens entre les CLSC, les hôpitaux de deuxième ligne...

Le Président (M. Chagnon): C'est plus facile, aussi.

M. Paré (Pierre-André): C'est plus facile. Lorsqu'on arrive dans des hôpitaux plus spécialisés ou des grands hôpitaux ou des grands ensembles, là, il faut tenir compte d'une panoplie complètement différente des soins qui se donnent et de la façon dont ça procède. Et, là-dessus, je pense que je laisserais faire le Dr Tétreault, qui a une couple d'informations additionnelles. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne nous reste pas des fils à attacher. Et là je serais un petit peu vaniteux de penser qu'on est capable de les attacher dans la semaine qui suit. On a encore de l'ouvrage pour une année, une année et demie, correctement, pour bien arranger ça. Mais je laisserais peut-être...

Le Président (M. Chagnon): Comprenez qu'au moins sur le plan des décisions qui ont été prises qui ont été questionnées, à l'époque, questionnées de façon... Elles n'ont pas été questionnées en sauvage, questionnées de façon fort... Tu t'aperçois, tu regardes ça, après, tu dis: Bon Dieu! j'avais raison.

M. Tétreault (Michel): Il y a beaucoup d'éléments, je vais tâcher d'être bref.

Le Président (M. Chagnon): Je sens qu'on va revenir cet après-midi. Bienvenue à tout le monde!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Tétreault (Michel): Peut-être quelques perceptions. D'abord sur les drames en Montérégie, j'ai le plaisir... Puis, comme dit mon sous-ministre, ça ne veut pas dire que la tâche est finie et que la tâche est facile. Je suis à la huitième année d'un mandat d'un an, ça explique tout, en soi. Mais les drames en Montérégie, je pense que...

Le Président (M. Chagnon): Pour vous, la maladie, c'est la sécurité d'emploi.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Tétreault (Michel): Ce que je n'ai pas. Mais Pierre-Boucher et Charles-Lemoyne ont des performances remarquables dans leurs urgences, depuis quelques années, et les maintiennent envers et contre tout. D'une façon générale, Pierre-Boucher fonctionne avec cinq à six civières de disponibles à 8 heures du matin, ce qui est tout à fait inverse à son 30 à 40 patients dans les corridors d'il y a huit ans. Pour ce côté-là, on est assez satisfait. Mais il y a encore beaucoup de travail à faire en Montérégie, évidemment.

Sur la situation des patients de longue durée en attente dans les lits de courte durée, entre autres dans les pavillons du CHUM, corrigez-moi si je me trompe, mais on a une tendance à la baisse, depuis les trois dernières années, plutôt qu'à la hausse. Alors, au moins, là, ce n'est pas désastreux. Puis, encore une fois, il a fallu faire des opérations de rattrapage, à un moment donné. Mais la situation continue de s'améliorer, là.

J'aimerais faire deux ou trois remarques rapides sur la chirurgie d'un jour. Je pense qu'il faut se rendre compte que le virage ambulatoire, c'est beaucoup plus que la chirurgie d'un jour. Ce qu'on a vu le plus, c'est la chirurgie d'un jour. Mais le fondement du virage ambulatoire, c'est de ne pas faire à l'hôpital tout ce qui peut être fait ailleurs au bénéfice du patient. Et ça, ça comprend la chirurgie d'un jour, mais ça comprend le maintien à domicile, ça comprend la réadaptation. On parlait de physiothérapie à domicile, tantôt. Ce n'est pas que des patients qui ont besoin de chirurgie. Et, dans le fond, peu de patients qui ont de la chirurgie nécessitent l'intervention d'un CLSC, en postopératoire, quand on fait bien une chirurgie d'un jour. Et la majorité n'ont besoin que d'un suivi soit chez leur médecin, dans son bureau, soit en clinique externe.

Ceci étant dit, dans les CLSC de Montréal, je pense qu'on a encore un problème de variabilité. Notre groupe a fait, dans la dernière année, l'analyse de tous les CLSC d'une région, qui était Mauricie-Bois-Francs. On a fait le rapport; il est disponible, il est public.

Dans le fond, ce qui est intéressant, c'est que la plupart des CLSC nous ont mentionné qu'ils étaient plus prêts à recevoir la clientèle ambulatoire que ce qu'on leur faisait comme référence. On s'est validé, dans un premier temps, en faisant quatre CLSC à Montréal. Et, à Montréal, les CLSC nous ont démontré qu'ils avaient, d'une façon radicale, changé – ces quatre là; il y en a 28, à Montréal, si je ne fais pas erreur – modifié leur façon de recevoir les gens et la clientèle qu'ils avaient reçue. Et ce n'est pas fini. Ils expriment des craintes, d'ailleurs, qu'ils ne sont pas encore débordés, mais qu'ils vont l'être, si ça continue. Et ça mérite d'être suivi. On est à

Laval demain, pour commencer les quatre CLSC de Laval. Je pense qu'il faut être très vigilant là-dessus. Mais il faut s'assurer de bien documenter, mesurer et comprendre ce qui se passe aussi dans ces établissements-là.

Intégration verticale des services

Le Président (M. Chagnon): Évidemment, en milieu urbain, et densément urbain comme l'île de Montréal ou la Montérégie, enfin la Rive-Sud immédiate et l'Île Jésus, Laval, c'est plus complexe à organiser. Parce que, dans l'un des 16 hôpitaux qui sont dans mon comté, il y a des gens qui viennent de partout, là-dedans, qui sont sur le territoire de CLSC différents. Et, assurer le lien entre l'hôpital et le CLSC Machin, puis le patient Y, ce n'est pas simple. Il y a des choses, il y a du travail qui se fait là-dedans, ça, j'en conviens, je l'ai vu, mais les fils sont encore relativement lâches entre la capacité de faire le suivi entre le patient X puis le DSC Y et de s'assurer qu'on va enlever les bons points de suture à la bonne personne, à la bonne place. Je caricature, en disant ça. Mais on ne sent pas... ce n'est pas tangible, en tout cas, comme...

M. Tétreault (Michel): Vous avez, dans votre comté, deux pavillons du même hôpital, dont un gère très efficacement ses liens avec ses partenaires et l'autre à peu près pas du tout.

Le Président (M. Chagnon): Je sais. Je sais très bien desquels on parle.

M. Tétreault (Michel): Et je pense que tous les partenaires ont aussi une responsabilité là-dessus, y compris le ministère, la Régie et les établissements.

Le Président (M. Chagnon): Le problème, c'est que c'est le monde, au bout de la ligne. Quand bien même on dirait: Ce n'est pas moi, c'est un autre... Je comprends ça, mais, au bout de la ligne, c'est le patient, c'est le malade qui est... Il ne s'est pas dit: Moi je ne suis pas allé dans le bon pavillon pour faire le bon suivi. Ce n'est pas exactement comme ça que ça marche.

M. Paré (Pierre-André): Mais, si vous me permettez, M. le Président, je demanderais à M. Thibault, qui est dans une région, comme le Saguenay, de juste nous indiquer comment ça fonctionne avec le CLSC. S'il y a une région où ils ont arrimé puis ils font de la deuxième et même de la troisième ligne... Je ne sais pas si vous me permettriez...

Le Président (M. Chagnon): Absolument.

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui. Il y a ce qu'on fait sur papier puis il y a ce qui se passe dans la réalité. Des fois, ça va mieux sur papier que dans la réalité. Je pense que, dans le cadre de notre planification stratégique 1995-1998, il était prévu effectivement, pour supporter le virage ambulatoire puis un bon arrimage avec ce changement de pratique là, le développement de façon importante des services de maintien à domicile et des services, aussi, postopératoires. Et, là-dessus, dans notre région, nous nous étions donnés un objectif de réallocation de ressources de 9 000 000 \$ sur trois ans, et, après trois ans, on en a réalisé 7 200 000 \$, qui ont transité, dans le fond, des budgets des hôpitaux liés à la fermeture de lits, dont une partie des économies est restée pour opérer le virage ambulatoire, et l'autre partie est allée dans les CLSC pour supporter.

Effectivement, ce dont on s'est rendu compte, c'est que le volume de clientèle qui vient des hôpitaux n'était pas aussi grand que ce qu'on avait escompté au départ. Et ce dont on s'est rendu compte aussi, c'est que, du côté des hôpitaux et des CLSC, il y avait des pratiques nouvelles à développer et, je dirais, des attitudes de comportement à changer, et ça, c'est un petit peu plus long, dans la réalité. On peut bien le faire sur papier, mais, dans la vraie vie, il faut prendre le temps de parler au monde, il faut prendre le temps de regarder des situations vécues puis de voir comment on peut améliorer les choses.

À notre niveau, par contre, on avait pris une orientation stratégique qui devait supporter cette intégration de la gamme de services dans les territoires, et, pour nous, la ligne de force, c'était vraiment de faire la promotion du regroupement de tous les établissements dans un même territoire de CLSC. Sur six territoires, on l'a réalisé dans deux. Dans un où on est allé plus rapidement, que M. Laprise connaît bien...

(12 h 20)

Le Président (M. Chagnon): Vous faites un regroupement vertical des services, c'est-à-dire un CLSC, un hôpital, un centre d'accueil, pour...

M. Thibault (Louis-Philippe): Tout.

Le Président (M. Chagnon): Un centre d'accueil... On doit être, tous les deux, pas mal plus...

M. Thibault (Louis-Philippe): Tout. Organisé, même administration.

Le Président (M. Chagnon): Même administration.

M. Thibault (Louis-Philippe): Et, là où on a établi un projet-pilote, c'est dans le territoire Maria-Chapdelaine, qui est une partie du comté de M. Laprise. Ça fait plus d'un an et demi maintenant que l'expérience se déroule. Et, assez régulièrement, tantôt par des contacts avec les membres des conseils d'administration, tantôt par des témoignages de médecins à la Commission médicale régionale, tous sont à même d'observer une facilité à faire les choses dans un territoire où il y a une intégration des services. Parce que, là, il n'est plus question de dire: C'est la responsabilité de l'autre.

Le Président (M. Chagnon): Mais non.

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est toujours ta responsabilité, peu importe où se trouve le client. Et ça, ça a aidé énormément.

À l'opposé, pour prendre un autre territoire qui est plus volumineux, chez nous, qui est le plus important, qui est le territoire de Chicoutimi, où on a l'hôpital régional, l'hôpital régional, en plus, a la complexité de faire des ententes non pas uniquement avec le CLSC local, mais elle doit le faire avec l'ensemble des CLSC de la région, à cause de sa vocation régionale. Là, effectivement, les habitudes à changer puis les façons de faire, c'est un peu plus long. Et il peut arriver des situations, effectivement, où on ne répond peut-être pas bien aux besoins du client, non pas parce qu'on n'a pas les ressources, mais parce qu'on n'a pas trouvé des façons de faire tout à fait adéquates encore. Et il faut poursuivre les rencontres de travail, mettre sur pied des comités de concertation entre les établissements pour qu'ils s'approprient les problèmes et qu'ils trouvent des solutions. Et, effectivement, là...

Le Président (M. Chagnon): Je ne suis pas vraiment surpris de ça. Même au moment de l'adoption de la loi 120, j'étais au Conseil du trésor à ce moment-là puis je plaçais pour des intégrations non pas horizontales, comme celles que la loi 120 prévoyait, mais pour des intégrations verticales sur une base régionale. Il m'apparaissait que, pour les raisons que vous venez de mentionner, ça aurait l'avantage d'intégrer des cultures différentes et puis surtout de maximiser les services puis d'être capable de suivre un individu, un citoyen du berceau jusqu'au cercueil, quasiment. Et l'orientation gouvernementale avait été autre, à l'époque.

Mais, évidemment, la difficulté de mon argumentation... Ça marchait bien, mon argumentation, à peu près partout sauf à Montréal. À Montréal, c'était plus compliqué d'essayer d'organiser ça. Mais ça m'apparaît encore qu'il faut regarder cette orientation-là puis trouver les moyens pour que Montréal, ça fonctionne.

M. Paré (Pierre-André): Je pense, Mme Plante, vous pourriez venir. Mais c'est pour vous dire aussi qu'à Montréal actuellement il y a une opération où on a, avec eux, un peu repris le flambeau, où ils ont commencé à identifier un peu l'ensemble des problèmes. Ils ont déposé un projet et ils sont en consultation actuellement. Je pense que vous avez deux ou trois séances de faites. Est-ce que ça vous dérangerait d'écouter les deux, trois... Ou, si vous aimez mieux, on...

Le Président (M. Chagnon): Pas du tout. Il y a M. Garon, mais on va revenir cet après-midi. M. Garon, vous allez revenir cet après-midi?

M. Garon: Oui.

M. Paré (Pierre-André): Peut-être, Mme Plante, vous pourriez nous dire comment ça fonctionne, votre consultation, comment ça marche, le plan que vous avez déposé, puis ces choses-là.

Mme Plante (Denise): Actuellement, on est à la troisième journée d'audiences publiques sur le plan d'organisation de services, pour les années 1998 à 2001, qu'on pourrait considérer comme la poursuite du plan 1995-1998, qu'on pourrait aussi appeler un plan de consolidation...

Le Président (M. Chagnon): Quasiment comme un plan quinquennal dans l'ex-Union soviétique: quand il n'est pas fini, on le recommence.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Plante (Denise): ... – non, je pense, on ne peut pas dire qu'il n'était pas bon – et qu'on appelle *Défi de l'accès*. Parce que

c'est sûr que les bases sont là, ce qu'on a établi en 1995-1998. Et maintenant il faut vraiment poursuivre dans cette foulée, donc poursuivre le virage ambulatoire, poursuivre différentes mesures qui ont été amorcées en 1995-1998 et maintenant, où on doit aller plus loin.

Alors, c'est sûr que l'implication des CLSC est sollicitée. On travaille beaucoup toute l'articulation entre les hôpitaux, les CLSC, les cabinets privés. Et c'est là qu'on arrivera à avoir une couverture de services complète, une continuité. C'est toute notre continuité de services qu'on va arriver à améliorer. C'est sûr que c'est continuellement à poursuivre, mais on met l'accent là-dessus.

Je voudrais vous mentionner que l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc a été fermée, mais qu'il y a un projet de transformation en centre de longue durée, effectivement. Il est actuellement occupé temporairement par une relocalisation d'un centre de longue durée. Entre autres, l'utilisation qui en est faite, c'est ça. Bon, je ne sais pas ce que vous voudriez que j'ajoute au niveau de...

Le Président (M. Chagnon): Je ne veux pas revenir spécifiquement... Ce n'est pas un cas de comté. Je ne cherche pas à faire un cas avec un cas de comté. Mais les 100 et quelques personnes qui étaient là, il y a un an, un an et demi, 100 personnes âgées qui étaient en perte d'autonomie, évidemment, qui étaient là, on les a transférées un peu partout sur le territoire. Puis, un an et demi plus tard, on va revenir puis on va le transformer en centre hospitalier de soins de longue durée. Ce n'est pas bien drôle, dans le fond.

Les 100 personnes qui étaient là auraient pu rester là, puis ajouter 100 autres, ça aurait réglé le problème. Il faut penser que les 100 qui étaient là puis qui sont partis, quand tu as – je ne sais pas, quoi – 85, 90 ans puis qu'on te déracine de la place où tu es puis qu'on t'envoie n'importe où, on peut bien le faire avec une bonne... on ne le fait pas par malice, évidemment, mais, pour la personne qui subit ce changement-là, c'est un traumatisme, et c'est un traumatisme important. Puis il faut avoir vu ces gens-là dans ces situations-là pour ne pas trouver ça bien drôle.

M. Plante (Denise): Mais il faut savoir aussi que l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc était un hôpital destiné d'abord à des soins de courte durée. Et il faut faire une mise aux normes pour accueillir des personnes en longue durée. Donc, cet hôpital-là, progressivement, devra être ajusté pour répondre à une nature de services qu'on doit donner à des personnes dont ça devient le milieu de vie.

Le Président (M. Chagnon): J'ai entendu, évidemment... Je veux éviter de tomber dans le cas particulier de cet hôpital-là. Mais là on veut fermer un autre hôpital de soins de longue durée pour envoyer ces patients à Sainte-Jeanne-d'Arc, si j'ai bien compris. Alors, on n'aura pas à augmenter le nombre de lits de longue durée dans la région.

Mme Plante (Denise): Là encore, c'est... C'est parce qu'il faudrait que je vous explique toute l'organisation de services.

Le Président (M. Chagnon): Vous m'expliquerez ça. On fera ça à un autre moment, c'est sûr.

Mme Plante (Denise): C'est, lorsque cet endroit-là sera ajusté aux normes, de relocaliser un centre qui actuellement ne répond plus aux normes. Donc, on essaie de tirer le maximum des installations qu'on a, au meilleur coût possible aussi. Mais, vraiment, on a une idée fixe de donner les bons services à la bonne place.

Le Président (M. Chagnon): Je choisirais une autre appellation.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): Il est presque 12 h 30. Nous allons ajourner, suspendre les travaux, c'est-à-dire – non pas ajourner, parce qu'on va rester dans la même journée – à après la période de questions, vers 15 heures, 15 h 15, à peu près, et on se retrouvera. C'est extrêmement intéressant, en tout cas, comme débat.

M. Paré (Pierre-André): M. le Président. Si vous me permettez, juste une question de logistique. C'est parce qu'on a des gens, un petit peu, de l'extérieur. En reprenant vers 15 heures, je suis convaincu qu'ils vont demeurer, je veux juste leur donner une idée vers quelle heure... On ne peut pas terminer plus tard que 18 h 30, je pense?

Le Président (M. Chagnon): Non. On ne peut pas terminer plus tard que 18 heures.

M. Paré (Pierre-André): Plus tard que 18 heures.

Le Président (M. Chagnon): Pas plus tard que 18 heures. Non, on ne terminera pas plus tard que 18 heures. Mais je me sens un peu mal à l'aise de retenir tout le monde en même temps. Cette gestion-là, c'est la vôtre.

M. Paré (Pierre-André): Il n'y a aucun problème. Ça avait été entendu comme ça, que ça pouvait se poursuivre cet après-midi.

Le Président (M. Chagnon): Oui, c'était comme ça. Et il y a plusieurs membres de l'aile parlementaire qui ont d'autres questions à poser. Alors, je vous remercie beaucoup. Et à plus tard, à cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 29)

(Reprise à 15 h 18)

Le Président (M. Chagnon): Alors, nous commençons nos travaux. Les travaux continuent. Quand nous avons quitté, ce matin, j'avais M. Marsan. M. Marsan.

M. Marsan: Oui, je vous remercie.

Le Président (M. Chagnon): Oui, M. Paré?

M. Paré (Pierre-André): Si vous me le permettez, ce matin, on a posé quelques questions concernant les ententes avec les CLSC. Sur l'heure du midi, j'ai demandé si on avait des chiffres un peu plus précis. On aura un tableau qui vous sera remis, à la commission, probablement dans les jours qui vont venir. On me dit qu'il y a 80 % des centres hospitaliers qui ont des ententes avec les CLSC. Il y a 133 CLSC sur 160 qui ont des ententes formelles avec les centres hospitaliers. Il y en a 100 % dans la région de l'Abitibi, 100 % dans la région de l'Estrie. On me dit qu'à Montréal, c'est 93 % des CLSC et 77 % des centres hospitaliers. Mais on va vous donner un tableau qui va vous donner ces détails-là un peu plus précisément. Je m'excuse.

Le Président (M. Chagnon): Non, c'est correct. M. Marsan.

Cadre de responsabilisation et reddition de comptes

M. Marsan: Moi, j'aimerais revenir au rapport du Vérificateur général, quant au cadre de responsabilisation et à la reddition des comptes. Je pense que le Vérificateur n'y va pas par quatre chemins – c'est dans l'article 5.57 – il mentionne: «Bien que conscient de la nécessité de l'établir, le ministère n'a pas encore procédé à l'implantation d'un cadre de responsabilisation qui engloberait les trois paliers du réseau.»

Un peu plus loin, à 5.59, on mentionne: «De plus, le ministère, les régies régionales et les centres hospitaliers ne produisent pas une reddition de comptes qui permettrait d'évaluer l'atteinte des objectifs et le ministère et les régies n'en exigent pas non plus.»

(15 h 20)

Moi, j'aimerais vous entendre, M. le sous-ministre, quant à ces deux problèmes clairement identifiés par le Vérificateur: le cadre de responsabilisation, qui semble plus ou moins exister, et la reddition des comptes du ministère, des régies et des établissements.

M. Paré (Pierre-André): Je vous remercie de votre question. Sur l'imputabilité à trois paliers, que le Vérificateur général mentionne dans son rapport, il est vrai qu'on n'a pas encore systématisé complètement une reddition de comptes, soit de façon semblable ou uniforme, à la grandeur du Québec, concernant l'imputabilité des établissements envers les régies et de la régie envers le ministère. Ce qui ne veut pas dire, par ailleurs, que nous n'avons pas d'information pour pouvoir être capables de suivre les opérations qui se passe sur le terrain, autant du côté des opérations courantes que du côté financier. Par ailleurs, ce qu'on a commencé à faire, c'est un document préliminaire que j'ai ici, je vais vous le montrer. Il s'appelle *L'imputabilité dans le domaine socio- sanitaire*. On travaille ça actuellement avec les régies, avec les établissements, pour être capable d'avoir un plan complet.

Deux choses qui nous préoccupent actuellement, c'est un modèle dans lequel on va pouvoir avoir une vraie imputabilité, c'est-à-dire qu'on va pouvoir lire de façon presque continue une série d'indicateurs qui vont nous dire comment ça fonctionne un peu dans nos établissements, qui sont des indicateurs ponctuels du bon fonctionnement de nos établissements. Deuxième chose, du bon fonctionnement aussi du déploiement des ressources en santé ou en services sociaux, et dans les régions, pour être capable, en tout temps, de s'apercevoir s'il y a un manque ou pas. Et troisièmement, d'être capable, au niveau central, de faire des ajustements en

cours de route.

Le problème de l'imputabilité qu'on a actuellement, c'est un problème où ce n'est pas un manque de données, c'est la façon de les agréger, la façon de les avoir et la façon rapide de pouvoir les traiter. Ça, c'est un problème majeur, et tant et aussi longtemps qu'on n'a pas réglé ça, on a des réponses, mais des réponses une année et demie après que les faits se sont passés. Or, vous savez très bien que si on connaît, par exemple, les informations de l'année 1996-1997 au mois de septembre 1997, c'est assez tard pour aller corriger des problèmes qui ont pu se passer ou qui peuvent avoir eu lieu. Alors, c'est pour ça que je disais ce matin qu'on commence à travailler sur des périodes de trois mois pour les actes qui sont posés dans les établissements et on va commencer à travailler sur des bases expérimentales avec un certain nombre de régies.

Maintenant, si vous le permettez, M. le Président, on a le directeur de la région des Laurentides avec qui on travaille et qui expérimente, lui aussi, une méthode d'imputabilité dans sa région. Il pourrait peut-être nous expliquer, lui, comment il procède dans sa région. M. Léger.

Le Président (M. Chagnon): On redemande à M. Léger de revenir.

M. Paré (Pierre-André): Ça vous donne l'autre bout entre les deux.

M. Léger (Michel): Oui. Effectivement, on n'a pas de cadre global. Cependant, dans la vraie vie, nous avons convenu avec l'ensemble des établissements du territoire d'un programme d'imputabilité et de reddition de comptes sur un horizon de trois ans, par territoire. C'est-à-dire que nous avons, dans le cadre de notre plan de transformation, fixé, avec les établissements et la région, un certain nombre d'objectifs à atteindre dans chacun des territoires. Et le conseil d'administration de la régie, par quelques-uns de ses délégués, rencontre sur un plan de trois ans l'ensemble des établissements sur un territoire et on vérifie l'ensemble de l'atteinte de chacun des objectifs qui ont été fixés, les conditions de succès, pourquoi ça n'a pas été un succès ou... Un petit peu sur l'image qu'on retrouve dans le système que vous avez ici sur le fait qu'une fois tous les trois ans les régies régionales doivent venir devant la commission des affaires sociales. Donc, on a instauré dans la région exactement le même type de système qui est cette façon, pour chacun des conseils d'administration, de rendre des comptes. Il se peut – et on l'a fait – que, dans certaines situations, on rapetisse le cycle de trois ans quand on s'aperçoit qu'un groupe d'établissements ou autres commence à quelque peu dérailler.

L'autre élément qu'on utilise, sur un cycle plus court, annuel, est sur le fait qu'on utilise l'ensemble des données – et on parle notamment ici des durées des moyennes de séjour. On finance les établissements sur ces éléments-là. Et ce qu'on fait entre nous, on fait un petit peu ce que vous appelez, ce qu'on appelle du «benchmark», c'est-à-dire que l'on fixe les objectifs. On ne prend pas un établissement virtuel, mais on prend le plus performant de l'ensemble de la région et on convient, sur la base annuelle, de faire en sorte que l'ensemble des autres établissements, sur les mêmes types de clientèle, des choses qui sont appareillées, atteignent les mêmes objectifs. Et on en convient par contrat au début de l'année. Si les contrats ne sont pas atteints, à ce moment-là, ça se reflète dans la budgétisation, l'année suivante, où les établissements qui sont performants se retrouvent sans compressions additionnelles. Par contre, les autres, on les ramène au niveau de la budgétisation, au niveau des objectifs fixés. Donc c'est un petit peu les deux éléments qu'on a mis en place, en attendant évidemment d'avoir des balises plus convenues, comme telles, mais qui nous donnent quand même un bon moyen d'enligner les objectifs, d'obtenir la reddition de comptes et que les gens soient responsabilisés par rapport à ces objectifs-là.

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que c'est particulier à votre région ou c'est une expérience qui est faite pour...

M. Léger (Michel): Écoutez, ma compréhension, c'est que nous ne sommes pas les seuls dans ce créneau-là, puisque plusieurs régions fonctionnent de la même façon.

M. Thibault (Louis-Philippe): Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, on a instauré un mécanisme semblable, l'année dernière, avec le sous-comité du conseil. Ça a été apprécié, d'ailleurs, par les membres des conseils d'administration. Et les rencontres se font par territoire, par secteur, comme on mentionne ici, les établissements CLSC et les hôpitaux ensemble. Et c'est sur les mêmes objets, c'est l'atteinte des objectifs du plan de transformation.

M. Paré (Pierre-André): O.K. On me dit qu'il y a au moins quatre régies régionales qui ont instauré un programme de reddition de comptes dans leur région, soit l'an passé ou il y a deux ans.

Un point additionnel que je voudrais vous donner, M. le Président, c'est qu'on examine aussi la possibilité d'utiliser – mais on va voir de quelle façon on peut l'adapter – la méthode de la Fondation canadienne de la vérification intégrée, avec les 12 attributs, pour savoir si on ne peut pas se permettre d'utiliser cette méthode-là, et également d'être capable, avec nos conseils d'administration éventuellement, d'utiliser la méthode qui est proposée, pour la bonne gouvernance, par la Fondation canadienne,

où il y a six éléments, où les conseils d'administration doivent suivre un cours pour s'assurer qu'ils connaissent bien la méthode. Alors, il y a ces deux, trois morceaux-là qu'on veut attacher.

Le Président (M. Chagnon): On va faire plaisir à M. Breton.

M. Paré (Pierre-André): Je suis convaincu.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): Non, je suis convaincu. Mais, je veux dire, je ne peux pas être contre, j'ai été un peu membre d'un de ces comités-là, à l'époque, quand ça a été créé. Je pense que c'est une belle façon de travailler l'imputabilité puis d'arrêter de chercher le bouton à quatre trous quand il a été inventé.

Le Président (M. Chagnon): M. Marsan.

M. Marsan: Oui. J'aurais peut-être le goût de demander au Vérificateur, étant donné qu'il nous a fait des commentaires en disant qu'il n'y avait pas tellement de cadre de responsabilisation, de reddition de comptes: Est-ce que la réponse qu'on reçoit, c'est un pas dans la bonne direction? Est-ce que ça vise un peu les attentes que vous avez, particulièrement au niveau des objectifs et des orientations?

M. Breton (Guy): Effectivement, ça répond aux attentes. Je rappelle que nous avons rencontré deux régies régionales, mais deux qui ne le faisaient pas encore. C'est pourquoi on s'est permis de dire qu'elles ne le faisaient pas. Mais on nous dit qu'il y en a quatre autres qui le font, elles ne faisaient pas partie de l'échantillonnage qu'on est allé visiter, mais c'est dans ce sens-là que ça devrait exister. Et effectivement on nous dit que, sur une base trimestrielle, le ministère va essayer d'avoir le pouls de ce qui se passe et être en mesure de réagir éventuellement. C'est effectivement ce qu'il faut. Une attente de 18 mois avant de savoir ce qui s'est passé et d'être en mesure de réagir, c'est définitivement trop long.

Le Président (M. Chagnon): Je pense, M. Mercier?

M. Mercier (Jean): Jean Mercier. En complément de ce qui vient d'être dit, j'aimerais rappeler qu'on est en commission parlementaire des affaires sociales sur une série d'amendements à la loi n° 404, quelque part dans l'autre édifice, et qu'il y a, dans ses projets d'amendement, un certain nombre d'amendements qui touchent la question qui a été soulevée sur la reddition de comptes. Et il y en a un en particulier qui veut amender l'article 391 actuel, qui est relatif au rapport annuel des régies régionales. Et, pour la première fois depuis l'existence de la loi, c'est-à-dire depuis cinq ou six ans, on voit apparaître des choses qui vont sûrement plaire à tout le monde, y compris surtout au Vérificateur général, c'est que le rapport d'une régie régionale, donc de toutes les régies régionales, devra, pour une année écoulée, pour un exercice financier écoulé, fournir toutes les indications nécessaires sur les objectifs qui étaient visés en début d'exercice dans cette région-là, et pour lesquels les établissements sont contributaires, et les résultats obtenus au terme d'un exercice.

(15 h 30)

Alors, ça, ça va être de la matière brute, de l'information brute pour nous permettre non seulement d'enligner, si je peux me permettre l'expression, les régies régionales sur quelque chose de plus musclé sur le plan de la reddition de comptes – parce que ça a une résonnance au niveau des établissements – et de la régie vers le ministère ensuite, mais ça va supposer évidemment que, sur des objectifs proprement régionaux qui ont une résonnance nationale par rapport à des politiques nationales, les gens se parlent entre les régies et le ministère et les régies et les établissements pour convenir d'un certain nombre d'objets de reddition de comptes et d'objectifs réalistes par rapport à ça, à l'intérieur d'un exercice.

M. Marsan: En terminant, peut-être, j'apprécie les efforts qui ont été faits et les commentaires du Vérificateur qui semblent les confirmer, et, notre commission, je pense que c'est un des objectifs de bien suivre. Vous savez qu'on a la loi n° 198, qui rend nos amis les sous-ministres imputables, et qu'ils doivent revenir d'année en année nous rencontrer. Alors, sûrement qu'on aura, dans la prochaine année, l'occasion de vous reparler de cela. Il y a quatre régies, maintenant, qui le font. On va espérer qu'il va y en avoir plusieurs autres. On va suivre le débat de la loi n° 404, auquel on va participer.

En terminant, M. Paré, j'aimerais concilier votre présentation du début, lorsqu'on parle de la reddition de comptes. Je pense que c'est le chapitre du Vérificateur sur la reddition de comptes. Ce sont vos commentaires: «Plutôt que de perdre trop de temps à redéfinir la reddition de comptes et l'imputabilité – puis là-dessus, je vous rejoins, perdre du temps à définir, des fois... – l'option du ministère est d'en faire en commençant par un noyau de base d'objets convenus avec les régies et les établissements.» Puis là

vous ajoutez: «Pour ma part, je veux m'attaquer à la question du déficit. Nous avons une série de mesures en vue, qui déboucheront sur des sanctions, s'il n'y a pas redressement.» Je voudrais juste savoir quelles sont les sanctions que vous avez en tête et quel est le noyau de base qui a été convenu avec les régions et les établissements.

M. Paré (Pierre-André): Comme on en a parlé ce matin, les indications sur la performance financière, c'est une indication qu'on va devoir suivre plus précisément et s'assurer que les données, à l'intérieur de chacun des établissements, c'est des données qui sont des données en temps réel et qui sont mises à jour plus fréquemment qu'actuellement.

Comme vous le savez sans doute, l'état financier ou les données financières à une date donnée, c'est une indication si ça va bien ou si ça va mal ou s'il manque de fonds ou s'il n'y a pas trop de fonds. Mais, prise isolément, l'indication financière, c'est juste un symptôme. Il faut qu'on aille trouver puis qu'on ait en temps assez réel les données financières mises à jour continuellement. Ce qu'on constate... Et ce n'est pas de la mauvaise volonté et ce n'est aucun reproche qu'on peut faire à aucune administration, c'est clair que, si j'étais dans un établissement de santé puis qu'on me demandait de rapidement régler des problèmes de santé ou de faire des entrées comptables, je commencerais par régler les problèmes de santé puis je ferais les entrées comptables après. Puis c'est correct que ça soit fait comme ça. Il n'y a pas un mosus de mot à dire là-dessus.

La simple chose qu'on veut faire, c'est s'assurer qu'on est capable d'avoir à jour le plus rapidement possible l'ensemble des données financières pour qu'on connaisse le portrait quotidiennement ou mensuellement ou hebdomadairement pour en faire une gestion plus serrée, et ça, c'est un des objectifs qu'on va faire.

Lorsqu'on dit qu'on va prendre des moyens, il est possible, au lieu de prendre des moyens qui sont des moyens répressifs, de prendre des moyens qui encouragent. Lorsqu'on a des établissements, par exemple, qui font tout leur travail correctement, qui suivent toutes les règles correctement, qui donnent des états financiers qui balancent, qui ne font pas de déficit ou qui ont organisé leur pratique de façon correcte, et tout ça, actuellement, il n'y a pas nécessairement de reconnaissance vraiment à côté de l'autre qui fait ça quand ça adonne puis, finalement, qui arrive avec un chiffre, à l'autre bout, qui est un petit peu famélique, mais on ne sait pas trop comment l'accrocher. Il y a moyen d'organiser les travaux, les répartitions avec les régions, la façon de donner des subventions ou la façon de répartir les équipements, la façon d'encourager les équipes qui font bien ça, il y a moyen de trouver des éléments qui vont encourager la bonne gestion au lieu d'avoir des éléments punitifs qui, à la fin, nous reviennent tous dans la face.

Il faut faire attention, dans ce réseau-là. C'est un réseau de santé, ce n'est pas un réseau de business ordinaire. Et, si on prend des moyens punitifs qui font que la population a moins de services qu'avant, on n'a pas réglé grand-chose. Il faut prendre des moyens qui sont des moyens qui encouragent la bonne gestion et qui encouragent surtout ceux qui performant bien et desquels les Québécois sont satisfaits ou sont très satisfaits. À notre point de vue, il y a moyen de travailler plus sur ce terrain-là que de travailler sur le terrain du punitif. Donc, le terrain du punitif n'a pas beaucoup d'avenir dans ce monde-là, à mon point de vue. Vous pouvez bien donner des coups de poing sur la table puis dire: Vous allez travailler comme ça à l'avenir, ça ne changera pas grand-chose à court terme puis probablement pas à long terme.

Par exemple, si on s'associe avec eux sur des méthodes de travail, si on s'entend avec eux sur la façon d'économiser en utilisant un nouvel équipement ou en permettant des équipements de pointe ou en permettant une pratique de pointe à laquelle les Québécois s'attendent, à ce moment-là, on va avoir une meilleure performance de nos établissements, ça va nous coûter à peu près le même prix ou peut-être moins cher, ça va nous permettre de développer des choses qui sont intéressantes, puis on va arrêter de se promener avec un épouvantail à corneilles qui, de toute façon, n'a aucune valeur. Dire au monde qu'on va mettre ci ou qu'on va mettre ça, ça ne change pas grand-chose, tu sais. Alors, c'est un peu comme ça qu'on pense agir dans nos moyens avec lesquels on va travailler. Maintenant, on ne les a pas encore établis, mais, quand on prend les 12 attributs de la Fondation canadienne, il y en a un, entre autres, qui parle de la pertinence, il y en a un autre qui parle des facteurs secondaires, il y en a un autre qui... Il y a 12 facteurs où on peut travailler.

Mais, quand on tombe dans le réseau de la santé, ce que je veux vous mentionner, M. le Président, c'est que, dans ce réseau-là, des fois, on a tendance à penser qu'ils ne comprennent pas. Moi, ce n'est pas ça que je dis. C'est parce que, des fois, ils sont préoccupés par autre chose. Quand on a commencé à travailler et à expliquer, puis qu'ils ont compris – il faut faire attention parce qu'ils comprennent plus vite qu'on pense, puis, quand ils ont compris ils vont deux fois plus vite qu'ailleurs – il faut juste les amener sur le chemin sur lequel on pense que c'est correct, leur prouver que c'est le meilleur chemin.

Et, dans la reddition de comptes, c'est bien important, parce que, autant quand vous allez arriver dans une entreprise ou une business où le «bottom line», c'est le profit net, puis c'est avec ça que vous allez récompenser votre personnel, dans le monde de la santé le «bottom line», puis le profit net, puis le rendement par actions, ça n'existe pas. Mais, par contre, la satisfaction des clients, les listes d'attente qui sont correctement colligées, les urgences qui ne débordent pas, la perfection dans les travaux qui sont faits, les équipements de pointe à la dernière pointe qui sont installés, des équipes de médecins qui sont heureuses, des équipes de

nursing qui sont heureuses, tout ça, si on réussit à faire ça dans un ou deux établissements comme étant des redditions de comptes qui ont bien fonctionné, on va probablement réussir mieux qu'avec des éléments punitifs. Ça, c'est la gageure qu'on fait à ce moment-ci, et on pense...

M. Marsan: Moi, je pense que vous pouvez réussir, mais, comme le Vérificateur l'a dit, il faut que le ministère établisse ses objectifs pour les gestionnaires, pour l'ensemble du réseau de façon bien claire et bien précise. Avec ça, on se donne tous une chance, à tout le monde.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. Et c'est pour ça que je dis qu'il faut établir des objectifs. Mais il va falloir que ces objectifs-là, quand on va les établir, soient des objectifs réalisables. On peut dire qu'on veut s'en aller à 686 par 1 000 pour l'hospitalisation, ça, c'est une moyenne provinciale, mais peut-être que, sur la Côte-Nord, c'est 700. Là, il faut arrêter de s'obstiner avec le sort, puis avec le destin et travailler sur 700, parce que le monde va être heureux avec 700. Ils sont éloignés puis ils sont mieux de ne pas s'en retourner tout de suite, ou quoi que ce soit, ils sont mieux de rester plus qu'une journée au lieu de les faire revenir trois fois. C'est un peu ça que je dis, tenir compte des réalités régionales, géographiques et locales, mais en pensant globalement sur des objectifs globaux qu'on est capable de fixer assez correctement et assez précisément.

M. Marsan: En étant positif plutôt que...

M. Paré (Pierre-André): En étant positif plutôt que punitif.

M. Marsan: ...sanctions. Puis ça, c'est pareil pour le GTI, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): J'ai essayé de répéter leurs paroles, mais je ne suis pas capable de faire ça dans des meilleurs mots qu'eux.

M. Marsan: C'est correct. Je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Chagnon): Merci. M. Laprise.

M. Laprise: Oui. Je suis très heureux de constater qu'on s'oriente plus vers le positif que le négatif, que le punitif. Je pense que ce n'était pas la solution. Maintenant, cette reddition de comptes il y en a qui l'ont faite, puis il y en a qui ne l'ont pas faite. C'est comme le dit la chanson: il y en a qui l'ont faite puis il y en a qui ne l'ont pas faite. Espérons que tout le monde la fera bientôt. Ça va donner des résultats, sans doute. Ça va permettre peut-être au Vérificateur général de venir dans notre région plus souvent rencontrer notre régie. Elle l'a déjà faite, alors elle pourrait vous donner des rapports assez concluants. Est-ce que ça donne la possibilité, ces redditions de comptes là...

Le Président (M. Chagnon): Il attend l'ouverture de la pêche à la ouananiche!

M. Laprise: Oui. Ça doit être ça!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Laprise: ...d'évaluer si vraiment, lorsqu'il y a une chirurgie d'un jour, la ressource qui doit suppléer à l'hôpital, à ce moment-là, à la sortie de l'hôpital, elle est présente, si elle vous donne l'opportunité d'être présente, d'évaluer ça, si elle est présente auprès de la clientèle et si elle donne des résultats auprès de la clientèle, si elle donne satisfaction à la clientèle?

C'est important parce que ce n'est pas rien qu'une question de finance, c'est une question aussi de qualité de service et de présence, à savoir, le changement qu'on fait dans la présence de l'hôpital dans le milieu avec la présence du CLSC, si vraiment il y a une communication et si vraiment le service se donne à la clientèle, qu'il n'y a pas de vide – en termes juridiques on appelle ça des vides juridiques; ça doit être un vide médical – qu'il n'y a pas de vide de support médical entre la sortie de l'hôpital et la personne qui s'en va chez elle et qui a des besoins. On parle ici de cliniques médicales. Si la clinique médicale est fermée en fin de semaine, qui va donner le service? Est-ce que ça vous donne l'opportunité d'évaluer ça, la reddition de comptes?

(15 h 40)

M. Paré (Pierre-André): Là, vous soulevez un point qui est important. C'est entendu que... Je vais laisser, après ça, Louis-Philippe Thibault, qui est de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, vous donner une réponse plus précise, parce qu'ils ont, dans ce domaine-là, fait des grands pas. Vous touchez un point important, la continuité de service. On en a parlé un petit peu ce matin. Tant et aussi longtemps qu'on n'a pas assuré correctement cette continuité de service là, il y a toujours quelqu'un qui va avoir l'impression qu'il peut être entre deux chaises. Et je vais laisser parler, si vous le permettez, M. le Président, le directeur général de Saguenay–Lac-Saint-Jean, où ils ont commencé à travailler.

M. Thibault (Louis-Philippe): Si j'ai bien compris la question, M. Laprise, c'est: Est-ce que cette reddition de comptes là nous permet d'aller mesurer, à l'échelle du client, s'il y a eu un plus ou si les choses s'améliorent, ou des choses comme ça? Moi, je vous dirais que, fondamentalement, c'est la finalité de la reddition de comptes.

M. Laprise: C'est l'objectif.

M. Thibault (Louis-Philippe): Tout le reste n'est que de l'ordre de moyens pour atteindre ça. Je vais vous donner un exemple. L'année dernière, effectivement, nous avons mis sur pied un comité du conseil d'administration qui a rencontré, par territoire de CLSC, tous les membres des conseils d'administration avec les gestionnaires, pour faire le point sur le degré d'avancement de la transformation. Mais on n'était pas intéressé à savoir uniquement s'ils avaient diminué le nombre de lits, s'ils avaient augmenté le virage ambulatoire, si on avait bien mis l'argent dans le maintien à domicile des sommes qu'on avait octroyées à l'établissement. On était surtout intéressé à savoir combien de clients de plus avaient bénéficié du virage ambulatoire, combien de personnes âgées recevaient plus de services de maintien à domicile, combien de personnes âgées ne se retrouvaient plus dans nos institutions de longue durée, du fait de l'accroissement des services en maintien à domicile.

Donc, il faut aller à ce degré-là, sinon on fait une reddition de comptes sur les moyens tout le temps. Et je pense que c'est à ce niveau-là que se mesure l'effet de nos actions, en termes d'amélioration de l'organisation des services. Et c'est à ce niveau-là que nos membres de conseil d'administration... Quand on demande à notre conseil d'administration de constituer un comité, d'abord, ce ne sont pas nécessairement des gestionnaires, ce sont des citoyens qui composent notre conseil, qui rencontrent d'autres citoyens en présence de gestionnaires, mais, eux, leur préoccupation est vraiment à l'échelle des services à la population puis des services aux personnes âgées, aux personnes handicapées. Donc, il faut aller jusque-là pour mesurer l'effet de la transformation.

M. Laprise: Parce que j'ai déjà eu à vivre ça, puis ce n'était pas long.

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est ça. C'est que ce mécanisme de reddition de comptes là, c'est une approche nouvelle. Et, effectivement, dans le passé, trop souvent on s'en remettait aux dispositions de la loi, qui faisaient que le conseil d'un établissement était tenu de faire une séance publique d'information pour rendre compte à la population. Puis l'expérience nous a démontré que ces séances d'information là, la plupart du temps, n'étaient pas tenues parce que le public ne venait pas. Donc, ce n'était pas le moyen approprié.

Et effectivement la loi, maintenant, nous habilite. Et, dans le projet n° 404, ça va plus loin. Mais déjà, dans le cadre de la loi actuelle, le conseil d'administration peut requérir d'un établissement de venir s'asseoir devant lui et de répondre à ses questions par rapport au mandat et au budget qu'on a confiés. Et, nous, c'est un peu sur cette base-là qu'on s'est appuyés pour inviter nos établissements à venir s'expliquer sur les objectifs qui avaient été tracés dans leur territoire respectif, en lien avec la transformation et la qualité des services, naturellement.

Impact de la chirurgie d'un jour sur le service en CLSC

Le Président (M. Chagnon): Ça va, M. Laprise? D'abord, je voudrais vous remercier de nous avoir apporté les statistiques dans une grandeur un peu plus facile à lire. On ne sera pas obligé d'utiliser un microscope électronique pour essayer de se comprendre.

Mais je regarde les statistiques comme telles. Alors, les journées d'hospitalisation, pour 1 000 habitants, sont passées, de 1993-1994 à 1996-1997, de 1 000 à presque un peu moins de 800, 780 – quelque chose comme ça – journées d'hospitalisation pour 1 000 habitants. Le taux brut d'hospitalisation, pour 1 000 habitants, est passé de 113, dans la même période, à 99. Donc, évidemment il y a une réduction du taux brut d'hospitalisation. Le pourcentage de chirurgies d'un jour, c'est intéressant, il passe de 44 % à 51 %. Jusque-là, tout va bien. La durée de séjour, en soins de courte durée, il y a une réduction de 7,97 jours, en 1993-1994, à 7,09, donc pratiquement une journée – pas tout à fait une journée, mais quasiment une journée – de moins des durées de séjour en courte durée.

Quand j'arrive à l'évolution de la proportion des usagers différents par profil dans les services de maintien à domicile – parce que

là, c'est la contre-partie de ce que je soulevais ce matin, la contre-partie qu'on retrouvait au niveau des CLSC, pour permettre aux gens d'avoir le suivi sur leurs soins de santé postopératoires ou, du moins, de convalescence – on remarque que, là, je comprends qu'il y a juste deux années pour faire la comparaison, mais, de 1995-1996 à 1996-1997, il y a une augmentation relativement ténue, pour ne pas dire presque infinitésimale: 11,4 % à 11,8 % pour les postopératoires; quant aux convalescents, c'est légèrement supérieur, 1 %.

Par contre, pour le long terme, donc les malades chroniques long terme, il y a une baisse de presque 1 %, ce qui me fait dire que, lorsque, par exemple, je reviens à ma statistique, une augmentation de la proportion de 44 % à 51 % des chirurgies d'un jour, je peux présumer que ce sont des chirurgies qui... La proportion entre 44 % et 51 %, et là, nos savants collègues médecins, docteurs, disciples d'Hippocrate, pourront suggérer, j'imagine, que les types de chirurgie entre 44 % et 51 % sont des chirurgies qui autrement prenaient généralement plus qu'une journée, donc des chirurgies plus complexes que les premiers 44 % de ces chirurgies- là, qui ont été les premières à être des chirurgies d'un jour. Ce qui me fait dire qu'en principe lorsqu'on passe de 44 % à 51 % de chirurgies d'un jour, on devrait avoir une proportion plus élevée de suivis postopératoires ou de suivis de convalescents. Mais, si ce n'est pas le cas – et je vois M. Léger qui fait signe que non, à l'arrière – qu'on me l'explique, s'il vous plaît.

M. Paré (Pierre-André): Si vous me permettez, M. le Président, une première...

Le Président (M. Chagnon): Il n'y a pas de relation.

Une voix: Je pense qu'elle est meilleure que moi là-dessus.

Une voix: Bien, je ne sais pas si je suis meilleure, mais...

Le Président (M. Chagnon): Ne vous battez pas.

M. Paré (Pierre-André): Si vous me permettez, M. le Président...

Le Président (M. Chagnon): Si c'est hérétique, vous me le dites.

M. Paré (Pierre-André): ...de façon brute, vous avez parfaitement raison. Par contre, on se souviendra, ce matin – et je demanderai probablement soit à au Dr Tétréault ou au Dr Girard de m'aider – qu'il y a un certain nombre de chirurgies, comme vous le disiez, ou d'interventions qui arrivent, d'une journée, qui ne nécessitent pas de suivi postopératoire, donc qui ne demandent pas...

Le Président (M. Chagnon): En principe, ne devrait-on pas les retrouver davantage dans le premier 44 % que dans le 44 % à 51 %?

M. Paré (Pierre-André): En principe, oui. C'est pour ça que je vais leur demander cette question-là avant d'aller au pourcentage d'augmentation.

Le Président (M. Chagnon): C'est ça qui est ma prémisse, dans le fond.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. Je vous laisserais aller.

M. Tétréault (Michel): ...ça m'intéresserait de savoir s'il y a des régies régionales qui sont en avance sur nous.

M. Paré (Pierre-André): Ha, ha, ha! Bon, ils veulent absolument que Mme Montreuil commence. Alors, on y va.

Mme Montreuil (Louise): Je dirais peut-être, M. le Président, que le report, en chirurgie d'un jour, de plusieurs interventions ne nécessite surtout pas nécessairement l'intervention du CLSC par la suite, parce que, avoir passé de deux jours à un jour, souvent, la seule chose, je devrais dire, le seul élément un peu plus difficile que le patient a à supporter en retournant à la maison, c'est la douleur. Au lieu d'avoir mal dans un lit d'hôpital, il a mal un peu à la maison. Et, actuellement, quand tout le monde est bien conscient des impacts sur le client, le milieu hospitalier s'organise pour que le client sorte avec les informations nécessaires pour être capable de s'automédicamenter avec une prescription adéquate pour supporter la douleur. Et, si on pense – exemple, dans Chaudière-Appalaches – qu'un client qui sort un peu plus rapidement pourrait avoir un besoin plus particulier de surveillance, ces clients-là sont repérés au départ, et on les embarque dans ce qu'on appelle Info-Santé Plus, qui est une espèce de mécanisme de télésurveillance ou de surveillance à distance, ce qui permet, à ce moment-là, au client d'avoir un contact direct avec Info-Santé,

une référence immédiate pour qu'on puisse répondre à son problème.

Le Président (M. Chagnon): Ça «va-tu» mieux chez vous, M. Tétreault?

M. Tétreault (Michel): Chez nous, ça va parfois bien, oui, parfois moins bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Tétreault (Michel): Mais je vous dirais, là-dessus, et je ne voudrais surtout pas commencer à faire des mathématiques avec quelqu'un qui a un passé comme le vôtre, mais, quand on compare des pourcentages comme ça, ce n'est pas aussi évident que le simple changement brut. Si on regarde la diminution de la durée du séjour, elle est beaucoup plus liée, par exemple, à la durée d'attente pour les patients qui sortent en hébergement, quand on a des attentes qui frôlent le 60, 80, 90 jours, ça, c'est 45 admissions de deux jours. Alors, le taux d'admission peut baisser de beaucoup, si on fait de la chirurgie d'un jour et la durée de séjour baisser beaucoup moins à cause de la chirurgie d'un jour qu'à cause du bout de l'hébergement, qui, lui, fait que la moyenne, elle, est fortement atteinte.

Ceci étant dit, ce que dit Mme Montreuil, je pense, est important. Il n'y a pas de corrélation directe à faire entre le nombre de cas faits en chirurgie d'un jour et le besoin de convalescence ou de suivi en CLSC. Dr Girard?

Le Président (M. Chagnon): Dr Girard, vous vouliez ajouter?

(15 h 50)

M. Tétreault (Michel): Juste pour finir, l'augmentation de la chirurgie d'un jour, mon analyse à moi, c'est qu'elle n'est pas du fait d'une progression uniforme de tous les établissements. Si ça a monté de 40 % à 50 % ou de 30 % à 40 %...

Le Président (M. Chagnon): Il y en a qui sont à 60 % et il y en a d'autres qui sont...

M. Tétreault (Michel): Il y en a qui depuis longtemps ont atteint un plateau. Et là la difficulté d'augmenter les patients devient plus complexe. Et d'autres qui sont partis de loin en arrière dans les dernières années et ont fait un rattrapage, ils l'ont fait sur les pathologies les moins complexes.

M. Girard (Jean-François): Dr Girard. En tant que représentant d'Hippocrate, comme vous dites, pour être très technique, je parlerais – Hippocrate anesthésiste. Je pense qu'on a eu dans les dernières années une adaptation des anesthésistes à ce genre de chirurgie là. Je pense aux infiltrations, je pense aux nouveaux modes d'anesthésie. Et certains de ces patients-là restaient une journée supplémentaire à l'hôpital pour cuver leurs gaz de toutes sortes. Alors, il y a eu une adaptation.

Le Président (M. Chagnon): Pour des pathologies semblables?

M. Girard (Jean-François): Les mêmes pathologies. Vous dites: La pathologie a peut-être changé. Non, mais le mode d'anesthésie et l'évolution des techniques et des médicaments d'anesthésie ont pu nous permettre de faire des progrès, parce que les patients sont définitivement très bien en fin de journée, ce qui n'était pas le cas il y a peut-être un an et demi ou deux.

M. Camirand (François): Peut-être un petit élément pour relativiser un peu les choses. François Camirand, je m'excuse. L'effet que peut avoir la chirurgie d'un jour sur la pratique en CLSC, en fait, le graphique auquel vous faites référence, où on voit les proportions d'usagers en postopératoire versus long terme, on voit que les CLSC, dans leur pratique, c'est le maintien à domicile, c'est des patients à long terme qui sont la majorité de leur clientèle et...

Le Président (M. Chagnon): Une baisse.

M. Camirand (François): Oui, mais le fait que, justement, on surveillait la situation des CLSC autant dans le long terme que par rapport à la prévention pour voir l'effet négatif qu'aurait pu entraîner la pression qu'on leur impose de prendre en charge une clientèle postopératoire. Or, on voit, par ces graphiques-là, que leur clientèle était du long terme. Et ça demeure du long terme. Ça baisse un petit peu. Puis effectivement, le postopératoire, proportionnellement, augmente un peu dans la gamme de leur pratique. Mais les CLSC, dans le maintien à domicile, demeurent avec une clientèle majoritairement de long terme.

M. Paré: M. le Président, si vous me permettez, Mme Montreuil aimerait ajouter un complément d'information.

Mme Montreuil (Louise): Juste pour relativiser aussi. Vous savez, quand on parle de chirurgie d'un jour, avant, un séjour pouvait être de quatre jours; il est rendu à une journée. Mais il faut comprendre que, dans bien des cas, ce qu'on a récupéré comme séjour, c'est le temps que la personne passait à l'hôpital avant d'être opérée parce que l'examen n'était pas fait, ou ci, ou ça. Donc, finalement, il y a peut-être deux jours, souvent, qu'on a récupérés, ce qui n'a absolument rien à voir avec la récupération de la personne après son intervention.

Et l'autre chose qu'on a fait beaucoup, qu'on a envoyée dans les CLSC dernièrement, puis je dirais que c'est encore beaucoup plus important qu'en ce qui concerne le postopératoire, c'est le postaccouchement. Maintenant, un accouchement normal, la personne sort au bout de deux jours, mais elle est systématiquement vue par un CLSC, suite à son accouchement. Donc, je dirais que le volume d'accouchements a été plus important comme prise en charge nouvelle pour les CLSC que l'a été le virage avec la chirurgie d'un jour, ce qui était déjà une pratique relativement courante, qui est à la hausse, mais qui était déjà courante.

Le Président (M. Chagnon): Oui, allez-y monsieur.

M. Mercier (Jean): Jean Mercier. Juste un complément d'information à ce qui vient d'être dit relativement aux sorties d'accouchement. Les projets qui sont en cours un peu partout au Québec...

Le Président (M. Chagnon): Vous vous opposez pas à ça?

M. Mercier (Jean): Non, pas du tout. Ce n'est pas une maladie, d'ailleurs, c'est un acte parfaitement naturel. On ne relancera pas le débat sur les sages-femmes.

On parlait de qualité de service du point de vue de la satisfaction du client. Le taux de satisfaction des mères qui ont vécu des expériences de moins de 48 heures de sortie hospitalière après un accouchement est de 95 %. Alors, 95 %, aujourd'hui, que ce soit pour l'intention de vote ou que ce soit pour n'importe quoi, c'est très très fort.

Le Président (M. Chagnon): M. Garon.

Situation des salles d'urgence

M. Garon: Moi, j'aurais peut-être quelques questions à poser. D'abord, il y avait le taux d'occupation des urgences. D'abord, j'aurais aimé avoir les documents avant. Je vais vous dire, le gros paquet que j'ai eu ce matin à mon bureau... Lui, je viens de l'avoir, il est plus facile à lire parce que c'est des graphiques. Ça ne donne pas beaucoup de temps de réflexion. J'aurais aimé, franchement, l'avoir avant ce matin.

Les occupations des urgences, ce qu'on lit dans les journaux, c'est que le ministère de la Santé dit que ça s'est amélioré. Mais, quand on voit votre tableau, ici, ça ne s'est pas amélioré. On dit que c'était à 94,2 en 1994-1995; en 1995-1996, c'était à 83,2, on approche de l'objectif 80; mais, après ça, 1996-1997, ça augmente à 94,8, puis 1997-1998 ça augmente à 97,2. Là, on remarque que, depuis le début de l'année, c'est constamment des urgences qui débordent.

Moi, quand j'ai vu ça, je suis allé faire un tour. Je suis allé quelques fois à l'Hôtel-Dieu de Lévis parler avec les gens qui attendaient puis faire le tour et me promener dans l'hôpital et j'ai appris des choses, comment ça marchait. Tu sais, quand c'est plein à un endroit, ils disent qu'ils appliquent le code 3, les ambulances, puis ils acheminent les gens ailleurs. Et ils disent: Quand c'est plein partout, là, on a un problème d'acheminement. Mais de la même façon que dans la crise du verglas on a dit qu'il devrait y avoir des plans d'urgence quand arrive une urgence, il me semble que, quand l'urgence d'un hôpital est pleine, il devrait y avoir un plan qui s'applique automatiquement plutôt que de continuer à augmenter et à dépasser. Ou bien, quand l'ensemble des urgences d'une région sont pleines, il me semble que ça devrait fonctionner d'une façon automatique puis qu'il n'y ait pas d'urgences qui débordent comme ça.

Je vais vous dire, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, quand je suis allé – hier ou avant-hier? – avant-hier, on m'a dit que dans la journée, on avait décidé, les étudiants externes ou les médecins externes...

Le Président (M. Chagnon): Des résidents.

M. Garon: ... – pas des internes, des externes, ils sont plus jeunes – qui couchaient dans des chambres de malades, de les envoyer dans le monastère des soeurs puis de passer des chambres de l'hôpital pour dégager l'urgence. Ça m'a paru le bon sens, mais ça m'a

surpris qu'ils pensent à ça seulement à ce moment-là. Ça a pris tellement de temps à penser à ça. Il me semble qu'un hôpital, ce n'est pas un hôtel pour des médecins, normalement les lits d'hôpitaux devraient être réservés aux malades puis, il me semble, penser, quand il y en a dans les corridors, à les acheminer dans des lits qui sont libres. Parce que tous les hôpitaux, actuellement, ont des lits de libres. Ça donne quoi, au juste, de les garder dans les corridors? «C'est-u» des pressions politiques?

Moi, je vais vous dire, j'ai eu la surprise de ma vie quand j'ai appelé le journaliste. Je lui ai dit: Es-tu allé aujourd'hui? Ça s'est amélioré. Il a dit non. Je lui ai dit: Hier, comment c'était? Bien, il a dit, je ne suis pas allé. Comment ça, tu n'es pas allé? Il a dit: C'est le médecin qui m'a appelé. Ah! J'ai trouvé ça curieux, moi, que le médecin appelle le journaliste plutôt que d'appeler le directeur général qui aurait dû appeler la régie. Je trouve que ça fonctionne curieusement. Je vais vous dire bien franchement, je trouve qu'il y a des orientations qui m'ont l'air plus politiques que d'autres choses. Et, quand ça fonctionne comme ça... Parce qu'il me semble que ce serait normal que le directeur général applique quelque chose. S'il n'est pas capable de l'appliquer, qu'il appelle la régie. Autrement, ces régies-là servent à quoi? Parce que les gens nous appellent. Nous autres, on dit: Qu'est-ce que vous voulez, je ne suis pas en charge de l'hôpital. Ça ne me ferait rien d'être en charge, je le réglerais vite le problème.

Une voix: Tu le fermerais.

M. Garon: Non, non, je ne le fermerais pas.

Une voix: Surtout pas si c'est à Lévis.

M. Garon: Mais, Lévis, j'ai compris quelque chose. Je vais vous dire une affaire. À un moment donné, le ministère de la Santé demandait toujours Roger Lepage pour aller dans les hôpitaux en difficulté. J'ai dit: Pourquoi vous faites ça? C'était le directeur général de l'hôpital. Ils ont dit: Parce que c'est à peu près un des meilleurs administrateurs du Québec. Sauf que, quand sont arrivées les coupures, avec Marc-Yvan Côté, Lévis était le plus coupé de la région de Québec. J'ai dit: Ça ne donne rien d'avoir un bon administrateur, si on est plus coupé. Moi, j'ai l'impression qu'il y a des choix qui sont bien plus politiques qu'efficacité administrative, dans tout ça.

Je les vois, les chiffres, je commence à les avoir. Quand je vois, par exemple, que les maisons de jeunes, la moitié du budget de la régie régionale va dans un seul comté sur huit... Tu sais, j'ai été assez longtemps en politique pour apprendre que... Les vieux singes ne m'apprendront pas à faire des grimaces, je sais comment ça marche. Et là, quand je vois ça, je me dis: Là, contrairement à ce qu'on nous a dit dans les journaux, la situation des urgences a empiré en 1996-1997, en 1997-1998, en termes de taux d'occupation. Alors, pourquoi on dit dans les journaux que ça s'est amélioré, alors qu'en réalité ça a empiré? J'aimerais savoir quand les régies régionales vont avoir un plan d'urgence, pas rien qu'un code 3 pour les ambulances. Quand est-ce qu'elles vont avoir un plan d'urgence? Quand un hôpital, on voit qu'il est plein, il y a 17 civières, 17 lits, le médecin... Ou bien on envoie les patients sur les étages pour garder la disponibilité sur les civières plutôt que d'avoir les gens qui sont dans le corridor et qui sont mal à l'aise. Leur famille, tout le monde est mal à l'aise là-dedans, puis tout le monde est en maudit. Alors, il me semble que ça serait tellement...

(16 heures)

On m'a dit d'autres choses aussi, quand je suis allé là. J'ai parlé avec le monde – moi, habituellement... j'aime beaucoup l'université du trottoir – et ils m'ont dit une chose. Ils ont dit: Ce que le ministère a mis en place, ce n'est pas mauvais, ce n'est pas ça, mais ça a créé une nouvelle dynamique où les gens ont compris que, pour être mieux traités, il faut aller à l'urgence, parce qu'on se fait trimbaler si on ne va pas là. On va à la clinique privée, qui nous envoie à telle place, après ça, ils nous envoient à telle autre place. Puis la personne qui m'expliquait ça, elle a dit: Moi, je n'y vais plus à la clinique privée, je ne vais plus là, je vais à l'urgence, maintenant. J'ai dit: Pourquoi? Parce que ça prend un temps infini, on nous trimbale d'une place à l'autre, tandis qu'à l'urgence, à un moment donné, on passe au spécialiste, on fait les prélèvements puis ça se passe plus rapidement.

Évidemment, ça fait plus d'engorgement dans l'urgence. C'est pour ça que je ne suis pas surpris de voir les taux que vous là. Moi, ça m'apparaissait plus le bon sens que les articles que je lisais dans les journaux. Mais, face à ça, comment le ministère réagit? Puis les régies régionales, là, elles ne rendent pas de comptes, hein. Quand ça va mal, moi, je ne comprends pas qu'on n'appelle pas les régies régionales puis qu'on appelle les députés. Moi, ça ne me fait rien qu'on appelle les députés, à condition que je puisse pisser... piler sur la bonne queue pour faire japper le bon chien.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): Une chance que vous n'avez pas commis le lapsus au complet, hein.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Il était mal parti.

M. Garon: Ça ne me fait rien qu'on m'appelle, moi, ça ne me fait rien, ça me fait plaisir. Quand je vais là, j'apprends toujours quelque chose en parlant avec les gens. Ils me disent comment ça se passe, pourquoi ils font ça comme ça, puis tout ça. Il y a des choses pour lesquelles les gens sont contents, mais il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans, parce que c'est trop souvent que les urgences débordent. Puis, dans le fond, elles débordent dans les hôpitaux où c'est plein de lits vides.

M. Paré (Pierre-André): Écoutez, M. le Président, c'est une question pour laquelle on n'a jamais vraiment trouvé de réponse. On va essayer d'aider à répondre à cette question-là. J'ai, avec nous, le Dr Tétreault qui s'occupe du GTI et qui suit les urgences. Il a même produit un document dernièrement où est-ce qu'on pourra peut-être expliquer quel genre de recette on peut utiliser. Mais, pour répondre un peu plus particulièrement... on reviendra vers la fin avec la maison de jeunes, avec Mme Montreuil, sur la partie de la maison de jeunes que vous avez soulevée, M. Garon.

Dans le cas des urgences, si on prend, par exemple, la crise du verglas, ça, c'est le plus beau cas d'urgence qu'on a eu, je pense, depuis... ou qu'on n'avait peut-être jamais eu. Le système de santé, dans le cas du verglas, s'est comporté comme un système qui marchait tout à fait parfaitement. Il n'y a pas eu d'urgence qui a vraiment... ça a fonctionné. À Saint-Hyacinthe, le soir, quand ça a manqué, le seul édifice dans la ville qui avait de l'électricité – c'est à Saint-Hyacinthe – ce soir-là, ils ont couché 1 000 personnes là. À Saint-Jean-sur-Richelieu, ça a été la même chose. Il y a des protocoles qui existent entre les établissements.

Aussitôt qu'il arrive une situation d'urgence ou une situation complexe, le protocole se met en place immédiatement et, immédiatement, il y a des gens qui font le tour des étages, qui pointent les gens qui peuvent retourner à d'autres endroits, qui peuvent être transférés dans d'autres hôpitaux. C'est tout protocolisé. Jusqu'au troisième hôpital qui ne pourrait pas ou au troisième endroit où ils ne pourraient pas, on a recueilli tous les gens qui étaient, pour des questions de santé mentale, à l'extérieur des murs où ils avaient été avant, on les a tous ramassés. Tout ça s'est fait en dedans de 24 heures, et en dedans de 12 heures, et en dedans de six heures, et ça a bien fonctionné tout le temps, tout le temps. Et même, je vous dirais que, dans la région de Montréal, dans le temps du verglas, on a suivi les urgences, et les urgences n'ont pas débordé. Évidemment, les gens ont fait attention pour ne pas y aller. Il y avait eu toutes sortes de situations. Les urgences n'ont pas débordé et, toutes comparaisons gardées, il y a eu moins de monde dans les urgences que l'année passée il y en avait eu au même temps, dans le temps du verglas. Alors, le système de santé est préparé...

M. Garon: Vous parlez en général.

M. Paré (Pierre-André): Oui.

M. Garon: Moi, je parle de la région d'ici, là.

M. Paré (Pierre-André): Non, non, on va aller faire un tour dans votre région. Mais vous avez posé votre question plus générale aussi, là.

M. Garon: Non, non, non, je l'ai posée par rapport à notre région. Moi, je ne suis pas allé dans les hôpitaux ailleurs.

M. Paré (Pierre-André): Oui, mais je suis convaincu que vos collègues veulent entendre parler aussi des autres, mais on va revenir à votre région par après.

Donc, dans le système des urgences, on ne peut pas dire qu'on n'est pas organisé. Ce qui ne déclenche pas – ce que vous mentionniez tantôt – nécessairement un système d'urgence en cas d'urgence comme on a eu dans le cas du verglas, c'est que, si l'urgence déborde, ce n'est pas vraiment une urgence à l'intérieur, et c'est ça qu'on est en train de travailler.

Ce que vous avez soulevé comme point, c'est un point excessivement important. Vous dites: Lorsque l'urgence déborde, ça devrait être considéré comme une situation d'urgence et on devrait appliquer le plan d'urgence. C'est un peu ce qu'on a fait lorsqu'on a rencontré un certain nombre d'hôpitaux ou un certain nombre d'établissements, il y a à peu près trois ou quatre semaines, pour leur dire d'appliquer ce plan-là. Mais il faut être attentif lorsqu'on commence à appliquer les plans d'urgence, parce que, quand vous commencez à appliquer les plans d'urgence, ça veut dire que vous commencez à annuler les chirurgies électives; quand vous annulez des chirurgies électives, vous vous préparez une autre petite bombe en arrière, c'est les listes d'attente qui grossissent; quand vos listes d'attente ont grossi, là, il n'y a plus de place, et là les gens deviennent plus malades, plus anxieux, puis ils entrent plus par l'urgence, puis on tourne comme ça tout le long.

Donc, il n'y a pas une urgence, ni un hôpital, ni une régie régionale avec laquelle on peut appliquer la même recette de la même façon. Il faut travailler avec le milieu, les CLSC, les cabinets privés, ces gens-là, pour qu'ils soient capables de travailler. Deuxièmement, il faut travailler avec les hôpitaux, avec les médecins, avec le nursing. Il faut travailler avec les régies régionales sur le déploiement. Il faut tout mettre ça ensemble. Et la solution ne se retrouve pas juste dans un cas, avec les ambulances, avec le préhospitalier. On ne peut pas retrouver la solution juste à un endroit, c'est impossible. C'est un ensemble. Et agir sur l'ensemble, c'est compliqué. Donc, on ne pourra pas régler les problèmes des urgences immédiatement, il va falloir qu'on prenne les morceaux un par un puis qu'on aille les articuler. Si les ambulances ne sont pas envoyées au bon endroit, il peut arriver un tas de raisons, y compris le choix du client, parce qu'il ne faut pas oublier que le client a toujours le choix d'aller où il veut.

M. Garon: D'accord à 100 %.

M. Paré (Pierre-André): Alors, il s'agit d'avoir six clients de suite qui disent: On s'en va à Saint-François d'Assise, puis ça déborde. Et c'est pour ça qu'il faut qu'on réexamine l'ensemble du fonctionnement des urgences.

Je demanderais, si vous me permettez, M. le Président, à Michel Tétreault, qui fait ça depuis, quoi, sept ans, six, sept ans, depuis longtemps, de nous donner un peu un aperçu des urgences et, après, on va aller dans votre problème précis de Lévis, parce que je pense que tu as visité Lévis, et Mme Montreuil est au courant de ça aussi, de ce problème-là.

Le Président (M. Chagnon): D'ailleurs, votre mandat se termine dans six mois. C'est un mandat qui est répété régulièrement. Vous faites partie des faux occasionnels dont on a vu... Ha, ha, ha!

M. Tétreault (Michel): Ha, ha, ha! Je fais partie des contractuels, M. le Président. Et je ne suis pas en prêt de service. Ha, ha, ha!

Bien, si je suis déjà allé à Lévis? Oui, M. Paré. Je m'en rappelle certainement. La première fois que je suis allé à Lévis, il y avait probablement 50 personnes dans l'urgence. Il faisait - 27° dehors, puis il ventait, puis mon char n'est pas parti à la fin de la journée pour retourner à Montréal. Alors, je me rappelle clairement de...

M. Garon: C'était en quelle année?

M. Tétreault (Michel): En 1990, 1990-1991, fin 1990, début 1991.

Je suis tenté de faire un peu d'histoire. Je vais tenter encore une fois d'être bref – tenter, c'est-à-dire. Si on prend les choses qui ont été mentionnées et qu'on essaie d'y mettre une perspective, je vous ramènerais – puis ça va aller vite après ça – à 1981, où le Dr Marcel Boucher puis le Dr Luc Boileau – Marcel Boucher est aujourd'hui D.S.P. de l'hôpital Charles-Lemoyne, puis Luc Boileau est directeur de la santé publique en Montérégie – avaient fait une étude de la clientèle à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont pour s'apercevoir que 30 % à 40 % de la clientèle aurait pu être traitée ailleurs, et que les gens avaient fait un choix d'aller à l'urgence, justement – pour confirmer ce que dit M. le député de Lévis – parce qu'ils trouvaient que c'était plus efficace pour eux.

Alors, il n'y a rien de neuf là et je ne pense pas qu'on puisse relier ça à la transformation. Les gens font des choix et, d'habitude, mon biais personnel, c'est qu'ils font des choix raisonnables en fonction de ce qui leur est offert. Et il y a un choix à faire quand on est modérément malade, c'est-à-dire: Est-ce que je vais à ce que les Américains appellent le «one stop shop», l'endroit où j'espère avoir réponse aujourd'hui à tous mes besoins, même si ça prend six heures, parce que, si j'ai besoin d'un spécialiste, il est là, si j'ai besoin d'une machine, elle est là, et je vais être reçu à l'urgence, alors que, si je vais chez mon médecin de famille, si lui me trimballe et m'envoie d'une place à l'autre... Puis j'avais une journaliste qui me parlait de son mari qui a essayé de faire le bon garçon puis qui est allé dans une clinique médicale. Il a eu sa radiographie, puis le médecin qui a fait la radiographie a dit: Moi, je ne suis pas capable de l'interpréter, va à l'urgence avec. Puis là il a repassé un autre quatre heures à l'urgence. Alors, tant que les gens auront la perception d'efficacité et d'efficacités de l'urgence puis qu'ils auront une perception d'inefficacité dans les cliniques ou dans les CLSC, on aura ce genre de problème là. On travaille là-dessus, et je pense qu'il y a moyen d'améliorer ça.

Ceci étant dit, ce ne sont pas ces clients-là, ces patients-là qui encombrant les salles d'urgence. Au pire, et ce n'est pas bien mais c'est un moindre mal, ils encombrant les salles d'attente des urgences. Alors que ce qui nous a toujours préoccupés le plus, c'est les patients qui sont couchés sur civière dans les urgences, surtout ceux qui sont couchés longtemps et qui sont dans les corridors. Parce que c'est, à proprement parler, inhumain, quant à nous.

Si on remonte dans l'histoire, je vous dirais, en aparté, que l'Ontario, en 1988, a publié des lignes directrices sur les urgences, où il était clairement dit qu'une urgence qui encombrait, passé sa capacité, devait être considérée comme une situation où devraient s'appliquer des mesures d'urgence. Alors, il n'y a rien de neuf là, et on travaille depuis huit ans à faire en sorte que notre culture

devienne celle-là. Et dans notre document qu'on publie, et qui amènera éventuellement à des directives gouvernementales, on l'espère, on a l'intention d'insérer cette notion-là pour essayer de faire en sorte que nos urgences aillent mieux.

(16 h 10)

1990-1991, et ça répond à la question, au bout de la question sur le taux d'occupation des salles d'urgence, il faut se rendre compte qu'on est partis, en 1990-1991, de 112 % d'occupation dans nos urgences au Québec à, en 1991-1992, 114 % d'occupation. Alors, quand on dit que la situation s'est améliorée dans les urgences, oui, en effet, elle s'est améliorée, si on compare à 1990. On ne pourrait pas raisonnablement essayer de vous convaincre, en regardant le graphique que vous avez là, que, depuis les trois dernières années, ça va beaucoup mieux, mais, si on le met en perspective, on a une amélioration. Par exemple, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, dans ces années-là, moi, je tenais un petit graphique à la mitaine dans mon bureau tous les jours, avant que le gouvernement m'informatise, il était toujours loin en deçà de sa capacité et, si on regardait les chiffres de ces jours-là...

M. Garon: En quoi? En deçà ou au-delà?

M. Tétreault (Michel): Au-dessus.

M. Garon: Au-dessus. O.K.

M. Tétreault (Michel): Au-dessus, excusez-moi si je me suis trompé. Dans l'ordre de presque le 200 % à tous les jours que le bon Dieu amenait. Alors, oui, ça a été très pénible récemment et, quand tu es le patient qui est couché là dans le corridor avec les lumières 24 heures par jour, c'est très pénible. Mais il y a quand même une amélioration si on prend la perspective historique.

Ceci étant dit, deux notions, et je termine là-dessus. La première, c'est qu'on a parlé du D.G., mais, nous, on est fermement convaincus que l'urgence qui déborde n'est pas l'affaire que du D.G., c'est l'affaire de tout le monde dans l'hôpital, c'est-à-dire le conseil d'administration, tous les directeurs, le corps médical et les professionnels. Dans les urgences où ça marche bien, c'est ça qu'on voit, tout le monde décide que ceci n'est plus acceptable et que le double standard, que c'est le seul endroit dans l'hôpital où on peut avoir ces situations-là, est inacceptable. Parce que je ne connais aucun hôpital qui met neuf patients dans les soins intensifs quand il y a huit lits, je ne connais aucun hôpital qui opère deux patients en même temps dans la même salle d'opération. Mais on accepte qu'il y ait deux fois plus de patients couchés sur des civières dans les urgences qu'il devrait y en avoir.

Puis, pour finir sur le dortoir, moi, ça aurait peut-être été mon rêve quand j'étais étudiant en médecine de me faire envoyer dans le monastère des soeurs, ça ne m'est jamais arrivé. Mais, clairement, la gestion moderne de nos hôpitaux commande une flexibilité dans la capacité d'ouvrir et de fermer des lits en fonction de ce qui nous arrive à la porte, et qui nous arrive inévitablement parce qu'il y a des gens malades à la porte. Alors, ça fait partie des adaptations que les hôpitaux apprennent à faire, qui ne sont pas traditionnelles parce qu'on marchait avec un nombre fixe de lits, sauf pour deux semaines dans ce temps-ci de l'année puis trois semaines à l'été. Maintenant, les hôpitaux apprennent – et c'est un ajustement qui n'est pas fini – à ouvrir et refermer des unités à mesure que la population en a besoin, et le mois de janvier est un temps où toujours on en aura besoin.

Services hospitaliers dans les MRC de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière

M. Garon: Il y a un point, moi, que je ne comprends pas, je ne suis pas un expert là-dedans. Mais seulement le gros bon sens. Dans les MRC de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière, il y a près de 140 000 de population. La population totale de la ville de Québec, c'est 165 000, et je comprends qu'il y a Beauport, Charlesbourg, tous ceux à côté. Mais, nous autres, on a 17 lits à l'Hôtel-Dieu de Lévis pour cette population-là, à toutes fins pratiques. Il y a quelque chose qui n'a pas de bon sens, à mon avis. Je regarde ça, moi, je trouve ça beau quand je vois ça: le Saguenay-Lac-Saint-Jean a cinq hôpitaux. Nous autres aussi, on en a cinq, mais on a 400 000 de population. Je demandais combien ils étaient, il y en a 250 000. Je regarde Québec, ils ont 60 % de la région de Québec, 60 % de la population. On a 40 %, tout près de 40 %. Mettons, 61 %, 62 %, quelque chose de même, ils ont 12 hôpitaux et, nous autres, il y en a cinq. Puis, après ça, on nous dit d'aller vers l'autosuffisance, mais l'autosuffisance, il faut être capable d'accueillir le monde. Je trouve ça incohérent avec les orientations.

Puis, en termes d'équité interrégionale, c'est pour ça qu'à la dernière réunion avec le Dr Rochon – puis j'ai hâte d'avoir les chiffres – j'ai demandé comment les budgets étaient répartis parce que j'ai l'impression qu'il n'y a pas d'équité dans la répartition des budgets. Le Dr Rochon a dit qu'il est pour l'équité, interrégionale, intrarégionale, on a accepté ça, mais est-ce que les régies sont favorables à ça? Ou si c'est des maires qui disent: Gratte-moi le dos, je vais te gratter le dos? Moi, depuis l'affaire du département de santé communautaire, qui a été déplacé de Lévis à Montmagny, puis, après ça, que les gens font de l'automobile, les médecins à 100 000 \$ par année, pour venir travailler à Lévis parce que le monde est là pareil, ou sur la Rive-Sud urbaine – parce que ça coûte 200 000

\$ de plus de frais administratifs – moi, je n'ai plus confiance aux régies régionales. Je le dis publiquement, je ne niaise pas là, je n'ai pas confiance à ça. C'est des gens, à mon avis, qui se font plaisir entre eux autres. Ça fait qu'au lieu d'avoir un bon projet, il y a deux mauvais parce que: Vote sur le mien, je vais voter sur le tien. Et quand on déplace des organismes...

Alors, aujourd'hui, moi, je regarde ça, je regarde la réalité de la population. Moi, j'aimerais avoir, dans vos tableaux comme ça, la population qu'il y a dans chacune de ces régions-là – on ne le dit pas. Je vois différentes régions, mais il y en a combien, de population, à desservir avec ça? Et surtout qu'on s'en va vers – on dit – des services plus dans leur région, aux gens. Alors, ça, je ne vois pas ça ressortir de tout ça. Et je comprends que ce que je viens d'entendre de vous, c'est que l'Hôtel-Dieu de Lévis va toujours déborder à ce moment-là, à moins qu'on envoie des gens ailleurs.

M. Tétreault (Michel): Si vous permettez, M. le Président, une phrase et, ensuite... L'Hôtel-Dieu de Lévis a eu des longues périodes où la situation était normale à l'urgence dans les cinq dernières années, et je pense, je suis pleinement optimiste que ça revienne.

M. Garon: Oui, quand les gens allaient au CHUL, quand ils allaient ailleurs, mais là, actuellement... Puis je comprends les gens dans ces hôpitaux-là, les gens me l'ont dit... Moi, je suis allé à la salle d'urgence, j'ai parlé avec les gens, ils ont dit: On se fait refuser. Les gens disent: Maintenant, les budgets sont affectés; moi, j'ai tant de budget, je vais manquer de budget; alors, allez chez vous. Sauf que – moi, ça m'a été dit clairement puis je trouve ça correct d'ailleurs – si les gens, ils veulent aller chez eux, je pense qu'on doit garder le choix. L'hôpital doit développer ses services pour attirer sa clientèle chez lui. Mais, si, en même temps qu'ailleurs, on dit: On n'a pas assez de budget, on va refuser des clients d'ailleurs, puis là, quand ils viennent pour aller chez eux, bien là, il n'y a pas de place... Il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans.

M. Tétreault (Michel): Moi, je demeure disponible pour aller voir à l'Hôtel-Dieu de Lévis comment ça se fait que la situation s'est détériorée. On l'a fait dans plusieurs hôpitaux qui sont rétablis. Je demeure optimiste. Là, j'invoquerais le privilège hippocratique de dire: Quand on parle d'équité interrégionale et de rôles respectifs du ministère et de la régie... peut-être que M. Paré serait mieux placé pour répondre.

M. Garon: Mais vous, vous faites quel service au juste? Je n'ai pas trop compris. Vous êtes au ministère?

M. Paré (Pierre-André): M. Tétreault, il est... Vas-y donc.

M. Tétreault (Michel): Je suis président du Groupe tactique d'intervention sur les urgences, entre autres, et du groupe d'experts en organisation clinique du ministère.

M. Paré (Pierre-André): Alors, c'est lui, à chaque fois qu'il y a des urgences qui débordent ou encore un hôpital qui a un problème particulier, qu'on envoie avec son équipe pour faire faire des vérifications, et ça fait déjà depuis...

M. Tétreault (Michel): 1990.

M. Paré (Pierre-André): ...1990 que c'est commencé.

Ce dont je voulais vous parler, c'est lorsque vous parlez d'équité interrégionale puis, pour la partie intrarégionale... même si vous n'aimez pas la régie, vous ne pouvez pas détester la directrice générale par intérim, j'en suis convaincu. Ha, ha, ha!

M. Garon: Je ne déteste pas les individus, jamais, premièrement. Mais c'est l'organisme parce qu'il ne rend pas de comptes. Si l'organisme rendait des comptes...

M. Paré (Pierre-André): Ah! bien là...

M. Garon: ...il ne pourrait pas s'en tirer comme ça.

M. Paré (Pierre-André): Écoutez, on a parlé tantôt un peu de la reddition de comptes, mais on leur en demande beaucoup, là.

L'équité interrégionale. On est d'accord qu'il y a des problèmes d'équité qui ne sont pas encore réglés. Ce matin, on expliquait – je pense que vous n'étiez pas arrivé – qu'on a déjà réalloué 140 000 000 \$ à partir de régions dites plus riches vers les régions plus défavorisées. Cette année, ce sera un 25 000 000 \$ qu'on continuera à faire. Ça veut dire qu'on va être à 165 000 000 \$. Il nous reste encore à peu près 165 000 000 \$ à 170 000 000 \$ à redéployer pour avoir ce qu'on peut appeler, dans chacune des régions,

une base à peu près équivalente pour les soins.

Par contre, c'est clair que, lorsqu'on arrive dans les soins tertiaires ou cette partie-là, on va continuer à avoir des pôles centraux qui vont être Montréal et Québec. Sur la partie secondaire ou la partie de première ligne, je pense que là, soit régionalement ou soit localement, les gens devront s'organiser. Mais, pour ce qui concerne la partie de répartition intrarégionale, je demanderais à Mme Montreuil et de peut-être parler aussi un petit peu de la situation particulière de l'hôpital, si vous le permettez, M. le Président.

Le Président (M. Chagnon): Oui, sûrement.

Mme Montreuil (Louise): En fait, c'est parce qu'il y a plusieurs interrogations, je pense, dans le questionnement du député. La première des choses, je pense que, en ce qui concerne la répartition des budgets intrarégionale, entre les différents centres hospitaliers, chacun est budgété en fonction du service qu'il rend, et c'est très clair que l'Hôtel-Dieu de Lévis a un volume d'activités qui est le plus grand de la région. Cependant, quand on le met dans une perspective de rétention de la population, la Régie de Chaudière-Appalaches, c'est un de ses objectifs de faire en sorte que les gens de la région demeurent dans Chaudière-Appalaches. Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que l'ensemble de la région... si on est à Montmagny, dans la région de l'Amiante ou dans la Beauce, on retient 75 % à 80 %, 70 %, 75 %, 80 % selon le territoire de notre population, ce qui veut dire que, ce qui sort de ces régions-là, c'est souvent du tertiaire que les régions ne sont pas en mesure de donner.

Dans le cas de l'Hôtel-Dieu de Lévis, où l'Hôtel-Dieu est situé, vous comprendrez que, historiquement, l'Hôtel-Dieu de Lévis retient peut-être 55 % de son bassin qui pourrait être naturel. Pourquoi? Parce que les gros développements de population au cours des dernières années se sont faits dans les bouts de Saint-Romuald, de Saint-Nicolas, de Saint-Rédempteur, qui sont des nouvelles familles, des familles, souvent, qui travaillent du côté de Québec, qui viennent de Québec, et qui ont encore le réflexe automatique d'aller chercher des services à Québec.

M. Garon: ...ne viennent pas de Québec. Quand Mme Carrier-Perreault s'est présentée, j'ai amené dans une salle... il y avait 100 personnes, je ne les connaissais pas. Bien, je ne les connaissais pas.... J'ai demandé à chacun d'où il venait. Il y en avait un qui venait de Charlesbourg, 99 % venaient de la rive sud. Les gens qui restent sur la rive sud, ils ne viennent pas de Québec.

(16 h 20)

Mme Montreuil (Louise): Pas au moment où ils restent là, mais ce que je veux dire, c'est que le bassin, les gens qui habitent dans ces coins-là, Chutes-de-la-Chaudière en particulier et Lotbinière, ont très peu tendance à aller jusqu'à l'Hôtel-Dieu de Lévis quand le pont leur permet d'avoir accès très rapidement aux hôpitaux de la région de Québec. Alors, malgré les efforts qu'on fait, vous comprendrez que ce n'est pas toujours évident de retenir la population. Ça va devenir une stratégie, que la région va devoir se donner avec ses médecins pour inciter les gens à consommer où? À l'Hôtel-Dieu.

L'autre élément par rapport à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Vous comprenez que, dans la région, on est à peu près rendu à une norme de 1,8 lit par 1 000 habitants, ce qui est recherché au Québec. Mais ça suppose des performances très importantes et ça suppose aussi des changements de pratiques et des ententes avec les autres établissements qui se sont développées, mais le rythme auquel les lits ont diminué et le rythme auquel les ententes avec les autres se sont produites, on a encore des croûtes à manger, je pense, un petit peu tout le monde, pour arriver à avoir cette espèce d'engrenage sans grain de sable dans le système. Je ne crois pas... en tout cas, on ne pense pas qu'augmenter la capacité de civières à l'urgence de l'Hôtel-Dieu, ce serait nécessairement rendre service à l'urgence de l'Hôtel-Dieu. Ce qui est important, c'est que le patient qui est vu à l'urgence puisse être orienté rapidement. Si c'est quelqu'un qui n'a pas affaire à être hospitalisé parce que c'est une personne qui est en perte d'autonomie, elle ne devrait même pas passer par un lit d'hôpital, mais être prise en charge immédiatement par des services externes, les CLSC, pour qu'elle puisse avoir les soins ailleurs. La personne qui a besoin d'être hospitalisée devrait monter rapidement et non rester à l'urgence.

Mais l'urgence, comme le disait tantôt le Dr Tétreault, ce n'est pas un endroit d'observation; en principe, c'est un endroit de décision, et ça implique beaucoup, beaucoup de choses. À l'heure actuelle, je peux vous dire qu'on est en contact constant avec les gens de l'Hôtel-Dieu, et je dirais aussi de la Beauce, pour faire en sorte que l'ensemble des recommandations qui sont préconisées par le groupe du Dr Tétreault, qui veulent faire en sorte que l'urgence soit vraiment un endroit où on observe et on décide, s'appliquent. On est en train de le faire. Ça suppose un peu plus de discipline, des fois, de la part du corps médical, ça suppose que, quand on a besoin du service qui est accessible au moment où l'urgence en a besoin... Alors, tout ça est en train de se faire. Et aller jusqu'à à peu près un an et demi, malgré les difficultés qui avaient été connues en 1990, l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis était absolument sous contrôle, mais le bassin de lits disponibles était plus grand. Alors, en diminuant les lits, il y a tout ce réajustement-là qui est en train de se faire. C'est vrai pour l'Hôtel-Dieu, mais c'est vrai aussi pour les autres établissements hospitaliers de la région.

M. Garon: Mais vous avez décidé que c'est 1,8 dans Chaudière-Appalaches. Les autres régions sont à combien?

Mme Montreuil (Louise): Les autres régions, ça dépend des régions. Il y en a qui sont encore à 2,2, 2,3. C'est probablement parce qu'on n'a pas encore réussi à mettre en place les conditions qui vont faire que ce qui ne doit pas être fait à l'hôpital n'y soit pas fait. Un patient qui a besoin de réadaptation, on ne devrait pas le garder à l'hôpital.

M. Garon: Je comprends. À 1,8, on est la région...

Mme Montreuil (Louise): On est allé un petit peu plus vite que la moyenne des ours, mettons ça de même.

M. Garon: Mais oui. Mais c'est justement, après ça, ça crée des problèmes. Alors, pourquoi vous avez été plus vite qu'ailleurs? Dans les soins prolongés, on est à quoi qu'on vise? 4,3?

Mme Montreuil (Louise): À 4,3.

M. Garon: Oui. On est encore plus bas qu'ailleurs, là, je présume.

Mme Montreuil (Louise): Non...

M. Garon: Non?

Mme Montreuil (Louise): ...on est beaucoup plus haut qu'ailleurs.

M. Garon: Oui, mais ça dépend où, là.

Mme Montreuil (Louise): Je dirais qu'il y a des régions qui sont à 3,5, 3,8...

M. Garon: Non, non, ça dépend où dans la région.

Mme Montreuil (Louise): Ah! dans la région, oui. Mais ça suppose, vous comprenez... Il y a beaucoup de fermetures qui se sont faites. Là où on a un problème, c'est sur le littoral, Desjardins et Chutes-de-la-Chaudière, je vous l'accorde.

M. Garon: Bien oui. Nous autres, quel que soit le pont qu'on prend, on est mal pris.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Garon: Le ministre écrit des lettres. Je vais vous donner un exemple. Il a écrit une lettre au mois de janvier 1996. Il accepte 96 lits dans Desjardins. Il n'y en a pas un de construit. Puis ça devait être à Lauzon, le pavillon Bellevue. Finalement, quand ça tombe dans les mains de la Régie, là ça commence à... Tout le monde était content quand ça a été annoncé. C'était correct, pas de problème. Là, la Régie a retaponné. Après ça, elle a dit: C'est le ministère. Le ministère a dit: C'est la Régie. Finalement, il y a 32 lits qui partent pour aller à l'autre place. Ce n'était pas complètement mauvais, mais ça aurait été mieux qu'ils soient où ils devaient être. Puis les 64 autres, bien, ils ont changé la norme, ils sont revenus à 50. Et puis, finalement, ils ont dit: On voudrait les mettre à l'Hôtel-Dieu, plutôt que de les mettre où ils devaient être, dans l'endroit où ils étaient avant, parce qu'il s'agit de moderniser des lits qui existent déjà. On les change de place. Puis là, tout le monde va être en maudit. Je reçois des pétitions. Pourquoi? Parce que les fonctionnaires de la Régie se sont mis là-dedans. La lettre du ministre était parfaite, tu n'avais rien qu'à l'appliquer telle quelle, de janvier 1996, puis, moi, à force d'achaler le Dr Rochon, il m'a envoyé la lettre, je pense, en décembre 1997. Là, j'ai appris, quand j'ai annoncé le matin même, que l'architecte était choisi depuis un an et demi – évidemment, ça, ça va plus vite tout le temps, surtout quand tu es bien placé. Après ça, là...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Garon: Et puis, là, je remarque que les Soeurs avaient acheté le permis de la Beauce, de 32 lits, au printemps 1996.

Le Président (M. Chagnon): Ils ne vous l'avaient pas dit.

M. Garon: Mais ça a pris un an et demi avant d'avoir la lettre. Alors, c'est quoi, la patente? Là, je ne comprends plus. Je vous le dis bien franchement, je ne comprends pas. Parce que l'autorisation donnée par le docteur, le permis était acheté, puis il manque

juste la lettre pour permettre... Ils sont tellement prêts que l'architecte est engagé. D'ailleurs, je l'ai appris quand je suis arrivé pour faire l'annonce, il est arrivé, il m'a dit: C'est moi, l'architecte. Bon.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Garon: J'ai dit: Depuis quand vous êtes là? Il a dit: Depuis un an et demi.

Une voix: «C'était-u» un gars de chez vous?

M. Garon: Ah! il était bien placé.

Une voix: Oui?

M. Garon: Oui. Alors, comment ça se fait, ça? Puis les lits qui devaient aller à Lauzon, tout le monde était content. Là, tout le monde s'est mis à zigonner là-dedans. Puis là, c'est la Régie avec le ministère. Puis là je ne suis plus capable de savoir c'est qui. C'est la Régie ou le ministère? Il y en a un qui dit: C'est le ministère. L'autre dit: Non, c'est la régie qui décide. Finalement, la décision du ministre, qui était correcte... il n'arrive rien. Là, il y a 32 lits qui se bâtissent. Les 64 autres, on dit: Mettez-les à Lauzon, puis personne ne va dire un mot, tout le monde va être heureux. Puis ils sont déjà à Lauzon, d'ailleurs, ces lits-là. Alors, c'est quoi, la patente, là?

C'est pour ça, moi, que j'aime mieux l'université de la rue que l'université bureaucratique, parce que le monde, ils ont des sentiments, les gens. Nous, on travaille avec du monde dans ces domaines-là, on ne travaille pas avec des morceaux de bois. Et Lauzon, c'est un quartier ouvrier, les gens sont dans un hôpital de soins prolongés, ils sont dans le même genre... Vous essaieriez ça, à un moment donné, de mettre un hôpital pour quartier ouvrier, par exemple, à Outremont, vous allez voir que le monde ne sera pas si heureux que ça. Alors, tout était correct. Pourquoi la Régie change ça? Puis ça n'avance pas, ça n'aboutit pas, ça prend une éternité, alors que le docteur a donné son... Puis, lui, il casque pour ça, il a l'air à aimer ça, casquer pour ça, je pense, c'est un peu masochiste. Mais, dans le fond, il devrait mettre le poing sur la table: J'ai décidé qu'il y avait 96 lits à Lauzon, ils se bâtissent, ça finit là. Pourquoi laisser taponner les bureaucrates là-dedans? Puis il n'y a eu aucune réaction. Même le maire de Lévis... On ne s'entend pas beaucoup, le maire de Lévis puis moi, on était d'accord tous les deux.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Garon: On disait: C'est une bonne décision. Il me l'a dit, il a dit: C'est une bonne décision.

Le Président (M. Chagnon): Vous vous entendez de moins en moins, si je comprends bien.

M. Garon: Non, non.

Le Président (M. Chagnon): J'ai entendu ça.

M. Garon: Non, ne partez pas de rumeur.

Le Président (M. Chagnon): Non, non.

M. Garon: C'est les libéraux qui partent la rumeur.

Le Président (M. Chagnon): Ah!

Mme Montreuil (Louise): Je ne sais pas, M. le Président, si on va refaire la petite histoire, mais, en tout cas, ce qui est en train de se faire à l'heure actuelle, c'est qu'effectivement il y a 32 lits qui sont en train de se bâtir au foyer Saint-Joseph, qui sont importés, ils vont être prêts au mois d'août. On est en train de terminer du côté de...

M. Garon: Savez-vous à quel prix les Soeurs ont acheté le permis, les 32 lits?

Mme Montreuil (Louise): Non, je ne le sais pas.

M. Garon: Vous devriez savoir ça. Si le monde savait ça, ça serait un scandale.

Mme Montreuil (Louise): Je ne le sais pas. Sincèrement, je ne le sais pas.

M. Garon: Pour avoir le droit de traiter 32 personnes, c'est dans les six chiffres, mais plusieurs fois 100 000 \$. Pour avoir le droit de traiter 32 personnes. Là, je ne comprends pas. Je vous le dis, là, ça vaut la peine de regarder ça. C'est pire que les quotas de lait. Les quotas de lait sont bon marché, comparé au droit d'opérer un lit d'hôpital. Je vais vous dire, j'ai été estomaqué, moi, quand j'ai su ça, j'ai été sidéré. J'ai dit: Si le monde savait ça, il serait scandalisé.

Le Président (M. Chagnon): Apprenez-le-nous.

M. Garon: Non, appelez les Soeurs. Elles me l'ont dit, moi. Je vais leur demander si je peux le diffuser, je vais le dire.

Mme Montreuil (Louise): Je pense que ce qui est important, M. le Président, c'est au moins de savoir que les choses sont en train de se faire, puis que les gens qui sont sur le littoral, particulièrement dans Desjardins et Chutes-de-la-Chaudière, vont pouvoir être traités chez eux ou, en tout cas, hébergés dans leur coin. À Lévis, c'est en train de se faire, ça va être prêt au mois d'août. On est en train de... c'est commencé aussi...

M. Garon: Les 32.

Mme Montreuil (Louise): Oui, 32. C'est commencé du côté du centre hospitalier Paul-Gilbert pour augmenter la capacité de 72, un transfert de patients qui étaient, avant, à Saint-Romuald. Et, dès le mois de novembre, les places vont devenir libres à Saint-Romuald. Donc, ça va faire quasiment 100 places de plus d'ici le mois de novembre, pour permettre de mettre en hébergement, dans les MRC de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière, des patients qui, à l'heure actuelle, sont envoyés soit dans Bellechasse, soit dans Lotbinière, ou ailleurs.

M. Garon: Les 64 lits de Lauzon, j'attends encore. À Lauzon, personne ne va dire un mot, tout le monde va être content. Si vous voulez que la bâtisse soit la propriété de votre patente, ça ne nous fait rien. Il y a une patente, là, qu'ils veulent faire, gouvernementale, ça ne nous dérange pas, ça.

Mme Montreuil (Louise): Bien là, je ne sais pas laquelle.

M. Garon: Mais je ne veux pas, par exemple... Parce que j'ai peur de ces affaires de fonctionnaires là, parce que je sais ce qu'ils voient. Ils vont nous bourrer l'Hôtel-Dieu de Lévis de soins prolongés, puis, quand vont arriver les développements nécessaires pour la rétention, il n'y aura plus de place. Je me méfie de ça. Parce que les lits devaient aller dans Lauzon. C'est là qu'il y a un besoin de soins prolongés parce que, si on enlève le foyer Bellevue de là, il n'y en aura plus un, lit de soins prolongés, dans Lauzon. Alors, je ne comprends pas pourquoi on fait ce zigonnage-là.

(16 h 30)

Moi, je vous donne le cas, je prends toutes les chances d'attaquer un cas... Il y a des gens qui parlent de cas de comté. Moi, je pense que la meilleure façon, c'est de parler de cas qu'on connaît bien plutôt que de parler de cas hypothétiques. Je pourrais vous parler de Québec aussi. Je pourrais dire: Moi, je ne comprends pas le ministère quand il veut fermer Saint-Sacrement, puis c'est la Faculté de médecine, c'est clair comme de l'eau de source. Alors que, à L'Hôtel-Dieu de Québec, on me dit que 70 % des patients viennent de l'extérieur de Québec. Alors, pourquoi on ferme l'hôpital que les gens de Québec choisissent plutôt que de fermer celui que les gens d'en dehors, qui ne choisissent pas, ils sont obligés d'aller là, alors qu'ils pourraient aller dans d'autres... Parce que l'hôpital, à Québec, est d'abord pour les gens de Québec. Des gens d'ailleurs qui viendraient, par exemple, de Rimouski ou du Lac-Saint-Jean, qui vont aller à Saint-Sacrement ou à Saint-François d'Assise, ça ne leur fera rien, ils ne sont pas de là. Mais, quand les gens de Québec choisissent Saint-Sacrement, pourquoi on essaie de fermer Saint-Sacrement, alors que c'est à L'Hôtel-Dieu que 70 % des gens viennent d'en dehors? J'essaie de comprendre ça, moi, puis je ne suis pas capable.

M. Paré (Pierre-André): Pour la partie de la fermeture de Saint-Sacrement, je pense que c'est une annonce qui est passablement prématurée. Il n'y a personne qui a dit qu'on fermait Saint-Sacrement.

M. Garon: Bien, tout le monde dit ça.

M. Paré (Pierre-André): On verra comment ça va fonctionner.

Le Président (M. Chagnon): Vous savez, M. Garon, dans sa région, il y a Alphonse Desjardins. Je suis certain que M. Garon connaît aussi Alphonse Daudet, qui a écrit, entre autres, *Lettres de mon moulin*, dans lesquelles il y a un petit conte qui s'appelle *la Chèvre de M. Séguin*. Ça commence comme ça: «M. Séguin n'avait jamais eu de bonheur avec ses chèvres.»

M. Garon: Oui, bien, vous n'avez pas compris la chèvre de M. Séguin...

Le Président (M. Chagnon): Et M. Garon, lui, n'a jamais eu de bonheur avec ses ministres de la Santé.

M. Garon: Non, ce n'est pas exact, ça. C'est complètement faux, ça.

Le Président (M. Chagnon): Bien, je vais en donner deux, en tout cas, d'un coup.

M. Garon: Non, non, c'est comme dans n'importe quoi. Ça veut dire que, quand on parle en politique – puis là, il faut faire la distinction – on parle de ce qui ne va pas. Moi, je n'ai jamais vu bien des gens qui entrent dans mon bureau pour dire: M. Garon, je veux vous dire qu'aujourd'hui je suis heureux puis je voulais vous le dire en passant. Ça n'arrive jamais, ça. Ça n'arrive jamais. Les gens qui viennent ont tous des problèmes. Et les médecins, c'est pareil, j'imagine que ceux qu'ils voient, ils ont des maladies, ils ont des bobos, ils ont des virus, ils ont quelque chose, hein? Alors, quand on dit quelque chose qui ne va pas, ce n'est pas parce que tout ne va pas, moi, je pense, au contraire. Le docteur Rochon, moi, ce que je lui reproche, c'est de ne pas annoncer ses bonnes affaires lui-même. Il les laisse annoncer par tout le monde puis, des fois, personne ne les annonce. Puis, des fois, c'est...

L'autre jour, j'ai même été à un centre-jeunesse. J'ai dit: C'est drôle, il est comme apparu tout seul, ce centre-là. C'était devenu comme une oeuvre du Saint-Esprit. Il y avait un communiqué qui avait été fait par des bureaucrates. J'ai dit: Je vais vous dire comment ça c'est passé. C'est lui qui a obtenu les budgets, Rochon. Ce n'est pas rien que des coupures qu'il fait, Rochon. C'est lui qui a obtenu les budgets, c'est lui qui a signé les autorisations, puis, aujourd'hui, si c'est bâti, c'est grâce à lui. Sauf que, qu'est-ce que vous voulez que je fasse, il ne vient pas. Mais j'aimerais au moins qu'on dise que c'est grâce à lui. Alors, on lui attribue les coupures, attribuons-lui aussi les bonnes choses. Il ne se fait jamais attribuer les bonnes choses. C'est pour ça que je le trouve un peu masochiste. Il n'a pas l'air à aimer ça, faire des bonnes annonces. En tout cas, il n'est pas là souvent autant. Alors, je suppose qu'il y a trop de volontaires pour annoncer les bonnes choses puis qu'il n'y en a pas assez pour annoncer les mauvaises. Ça peut être ça, aussi.

Mais ce que je veux dire, dans cette affaire-là: tout le monde comprend qu'il y a un réaménagement qui se fait, tout le monde comprend que le virage ambulatoire, ça a du bon sens, tout le monde comprend, les urgences de courte durée, comment ça peut fonctionner puis que les soins prolongés doivent être plus nécessaires à cause du vieillissement de la population. Tout le monde comprend ça. Mais les gens comprennent moins bien, je dois vous dire, la planification de la faculté de médecine, tu sais, où tu mets une affaire là, puis une autre affaire là, puis tu changes une affaire là pour l'enlever de là. Ça, le monde comprend moins bien ça, tu sais.

Le Président (M. Chagnon): Il faudrait suggérer au Vérificateur général d'en faire l'étude pour son prochain rapport.

M. Garon: Parce que, quand on change quatre trente-sous pour une piastre puis que ça coûte de l'argent, le monde n'aime pas ça. Puis ils le sentent, ça. Tu sais, ils le sentent. Moi, je dois vous dire que ce qui va se faire de plus pour la rétention de l'Hôtel-Dieu de Lévis dans le domaine de l'obstétrique, ça va être que ça soit maintenant qu'on choisit l'hôpital Saint-François d'Assise. Là, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui vont dire: Bon, bien, c'est quand même moins pire, aller à l'Hôtel-Dieu de Lévis, qu'aller à Saint-François d'Assise, à partir de Saint-Nicolas, Bernières, Saint-Rédempteur, ces places-là. Parce que, quand vous parlez de rétention, ça joue, c'est un facteur, ça.

La relocalisation qui se fait à Québec va faire que les achalandages vont être différents. Quand on met le CHUL comme hôpital régional, c'est évident que, pour Saint-Nicolas, Bernières, Charny, tout ça, aller au CHUL, c'est facile, c'est même plus facile que d'aller à Lévis, c'est plus proche encore. Mais, quand on réaffecte les choses, les gens vont venir, sauf que, si les avantages de rétention sont difficiles à obtenir...

Moi, il a fallu que je me batte très fort pour avoir la résonance magnétique à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Mais, quand j'ai obtenu que les différentes régions... Mauricie l'avait, Saguenay-Lac-Saint-Jean l'avait. Elles avaient bien moins de population. Nous autres, il y a 400 000 de population. J'ai dit: Bon, là, ça fait! Alors, j'ai écrit une longue lettre pour expliquer que l'équité voulait qu'on en ait un. Finalement, ça a dit oui. Mais il faut toujours se battre pour avoir quelque chose de notre côté, tout le temps.

Le Président (M. Chagnon): Lévis avait la résonance à l'Assemblée nationale, mais il n'avait pas le magnétique dans le comté. C'est ça que je comprends.

M. Garon: Hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): J'ai dit: Lévis avait la résonance à l'Assemblée nationale, mais il n'avait pas le magnétique dans le comté. Mais, si ça ne vous fait rien, après avoir raisonné, on va laisser peut-être nos invités y répondre.

M. Paré (Pierre-André): Je pense que vous avez soulevé à votre façon – et c'est correct, je pense – un grand nombre de points importants: la rétention de la population et l'équité. Ce qu'on est en train d'examiner actuellement, c'est: peut-être qu'il y a une partie qui doit se faire en rétention, mais s'il y a de la place de l'autre côté du pont, il pourrait peut-être y avoir aussi comme une espèce de possibilité d'avoir un compte ouvert dans certains hôpitaux de Québec qui peuvent recevoir de la clientèle du côté de Lévis, mais, même si le budget est là, ils ne peuvent pas baisser ce budget-là s'ils n'ont pas une entente de faite avec l'autre côté. Ça empêche de faire des constructions pour rien, puis ça donne un bon service, de la même façon. C'est une façon de regarder les choses.

L'autre façon, c'est de carrément retourner un peu d'argent pour que vous puissiez devenir autosuffisants. Mais, autosuffisant complètement, je pense que, sur la deuxième et première ligne, il n'y a pas de problème; sur la troisième ligne, ça ne serait peut-être pas correct d'aller essayer de reconstruire un institut de cardiologie, de l'autre côté, ou quoi que ce soit...

M. Garon: ...des «pacemakers».

M. Paré (Pierre-André): Bien ça, des «pacemakers», ça peut toujours aller, à ce qu'on me dit.

M. Garon: Oui, mais là, actuellement, savez-vous ce qui arrive? Je vais vous dire ce qui arrive dans les «pacemakers».

Le Président (M. Chagnon): M. Laprise puis M. Marsan.

M. Paré (Pierre-André): Attendez un petit peu. M. le Président? Sur les «pacemakers»...

Mme Montreuil (Louise): Sur les «pacemakers», si ça peut faire plaisir au député, je pense que le conseil d'administration de la Régie, en décembre, a adopté un plan pour récupérer la pose des «pacemakers» de la clientèle de la région dans Chaudière-Appalaches. Et on a un premier contact qui a été pris avec la région de Québec et on va faire en sorte que, graduellement, les «pacemakers» puissent se poser dans Chaudière-Appalaches. Un, ça va faire des attentes de moins dans nos propres lits, donc rendant des lits disponibles pour d'autres choses. Et les discussions vont commencer très bientôt avec l'Hôtel-Dieu et ensuite avec la Beauce. Ça suppose que les médecins doivent être formés, quand même, pour poser les «pacemakers» en question. Et, dans ce cas-là, ça va être du rapatriement de budget directement de la région de Québec.

M. Garon: Oui, mais, c'est plus que ça, ça va être du rapatriement de budget aussi pour les hôpitaux locaux, parce que, actuellement... Je vais vous dire comment ça marche.

Le Président (M. Chagnon): Monsieur...

M. Garon: Un instant! Avant qu'ils aillent à l'hôpital Laval puis qu'ils soient choisis, il faut qu'ils soient hospitalisés, puis on prend ceux qui ont été hospitalisés le plus longtemps. Alors, le truc pour avoir son «pacemaker», c'est d'être hospitalisé le plus longtemps possible.

Le Président (M. Chagnon): M. Garon, vous avez des collègues qui ont demandé la parole depuis un bon bout de temps.

M. Garon: Non, non, mais c'est monsieur qui répondait. J'ai arrêté mon intervention pour lui permettre de répondre, puis, là, vous arrêtez sa réponse.

Le Président (M. Chagnon): Oui, mais elle a répondu, puis on va passer...

M. Garon: Non, il n'a pas répondu, il était en train de répondre.

Le Président (M. Chagnon): Pas lui, mais elle.

M. Garon: Non, non, mais c'est le sous-ministre qui répondait, M. Paré, sur la rétention.

Le Président (M. Chagnon): Oui, mais votre directrice générale par intérim de votre Régie régionale, que vous aimez beaucoup – je parle de la régie – ...

M. Garon: Il n'y a pas d'amour perdu.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): ...a répondu, puis votre collègue de Roberval a aussi demandé la parole.

M. Garon: Elle a fait un aparté sur les «pacemakers», mais ce n'est pas là-dessus qu'il répondait.

Le Président (M. Chagnon): Oui? Bien, allez-y donc, M. Paré.

M. Paré (Pierre-André): Ce que je disais, c'est que, dans l'ensemble de la rétention de la clientèle, on vise à ce que la première ligne soit satisfaite dans la région et même dans le territoire intrarégional. Ce qui concerne la partie de la région, on vise à ce qu'il y ait une rétention sur la deuxième ligne qui soit faite le plus possible dans la deuxième ligne.

Par contre, pour les régions limitrophes, il y a quatre régions aux alentours de Montréal, il y en a une ici, à Québec, avec Chaudière-Appalaches, il y a des ponts à faire entre des établissements hospitaliers de façon à ce qu'on ne soit pas nécessairement obligés de toujours reconstruire en béton, mais qu'on puisse assurer un corridor de services tout en faisant une comptabilité tout à fait correcte et assurer la population d'avoir les services et non pas que la population ait les services au gré de la région avec laquelle elle est organisée.

Autrement dit, ça serait un budget tagué qu'il y aurait ici, à Québec, pour des parties de services qui doivent être rendus dans l'autre région. C'est à ça qu'on travaille pour la partie de la deuxième ligne, qui ne serait pas complètement suffisante ou autosuffisante dans la région Chaudière-Appalaches. C'était ce complément d'information là que je voulais donner au député de Lévis.

Le Président (M. Chagnon): Je vous remercie beaucoup.

M. Garon: Et tous les ponts que je connais vont des deux bords.

Le Président (M. Chagnon): M. Laprise.

Impact de la chirurgie d'un jour sur le service en CLSC (suite)

M. Laprise: Oui. Moi, je reviens au virage ambulatoire et à la chirurgie d'un jour. Parce que j'avais lu ça, moi, dans le rapport du Vérificateur général, à 5.58, j'avais souligné ça et j'avais mis un petit addenda à la marge, que je n'étais pas sûr que les CLSC ont les ressources pour assumer les responsabilités de recevoir les malades aux maisons, après, d'aller voir les malades. Tout à l'heure, je n'ai pas été capable de le faire, mais là je peux vous le dire.

(16 h 40)

Moi, j'ai vécu, en 1987-1988, un enfant qui a été hospitalisé à Saint-François d'Assise pour une opération dans l'épine dorsale; on l'a mis dans le plâtre du derrière aller jusqu'au cou et on nous l'a envoyé à la maison immédiatement après, dans le temps des fêtes, le 27 décembre. On l'a eu trois mois à la maison sur une civière, on le transportait dans la maison sur une civière. Et on a eu très peu de ressources de la part du CLSC. Je l'ai vécu en 1993, avec la maladie de mon épouse et, encore là, on en a eu très peu. Et, quand j'allais au CLSC et que je voyais ce paquet de monde dans les bureaux qui faisaient des réunions d'une journée à l'autre et puis qu'on n'était pas capables d'avoir de services aux maisons...

Je vous dis que ça a besoin d'avoir changé. Parce que je l'ai vécu, puis pas à peu près. Et, même à ça, quand je suis revenu avec mon enfant, c'était dans le temps des Fêtes, à Saint-François-d'Assise – c'est pour dire jusqu'où ça peut aller; et on peut dire que, de tous les temps, il y a eu des problèmes comme ça, et il y en a encore aujourd'hui, sans doute, mais, s'il n'y a pas de volonté de tout le monde de changer des choses, c'est dur à changer – quand je suis arrivé à l'hôpital avec mon petit gars, à partir de Saint-Félicien, j'avais un «station wagon», j'ai mis un matelas et je l'ai couché là. On ne l'a même pas envoyé en ambulance, je suis venu le

chercher en machine, couché sur un matelas. Et puis, quand je suis revenu, le médecin a dit: On ne peut pas l'hospitaliser. Avez-vous de la parenté à Québec pour aller coucher avec? On pourrait le voir rien que demain. Ce n'est pas facile à vivre, ça.

M. Paré (Pierre-André): Écoutez, je peux juste comprendre que vous avez vécu une expérience ou deux qui ont été un peu plus difficiles. Et ce n'est pas le but qu'on cherche à faire. On cherche à servir les gens correctement. Si les services qui vous ont été donnés, à vous ou à votre famille, ont fait défaut, c'est bien que vous le mentionniez pour qu'on puisse s'améliorer. J'imagine que, si c'était une chirurgie de la colonne vertébrale... C'était quoi? C'était relié à un disque, je suppose?

M. Laprise: Oui, c'est fait sur étirement, après étirement de trois semaines, sur traction.

M. Paré (Pierre-André): Oui, c'est ça. Ça doit être une discoïdectomie, ou quelque chose comme ça. Je ne sais pas si Jean-François pourrait peut-être un peu expliquer les choses sur ce point-là, s'il vous plaît.

M. Girard (Jean-François): Ce genre de technique là, c'est chez nous, à Saint-François-d'Assise, que ça se fait. C'est pour des colonnes qui sont tout à fait déviantes et c'est des mécanismes de traction. Et le gros de la technique, c'est évidemment le plâtre et la période d'attente. Évidemment, ce que vous contez, c'est dommageable et ce n'est pas tout à fait correct. Je suis d'accord avec M. Paré pour dire que ce que vous avez vécu, surtout d'arriver et de dire qu'il n'y a pas de place pour l'hospitalisation, il y a un manque là, peut-être, d'être un peu plus incisif de la part de votre médecin pour dire: Ça n'a pas de sens, il faut qu'il rentre!

M. Laprise: Oui.

M. Girard (Jean-François): Et, à ce moment-là, oui, je pense que ça mérite une hospitalisation. Mais vous nous replacez dans les années...

M. Laprise: Oui. Mais je ne voudrais que d'autres vivent ça aujourd'hui. Quand des gens sortent de l'hôpital après une opération et qu'ils rentrent chez eux, s'ils n'ont pas de ressources pour aller les aider... Il ne faudrait plus vivre ça. Il ne faut pas que des gens vivent ça. Si c'était à refaire, je ne le vivrais pas. Garanti!

M. Girard (Jean-François): Et vous avez raison.

M. Laprise: Parce qu'il se passerait des mauvais quarts d'heure, certain. Garanti!

M. Paré (Pierre-André): En tout cas, vous avez raison. Et, comme je vous le disais tantôt, il commence à y avoir plusieurs protocoles entre les CLSC – il y en a quasiment 80 % qui ont des protocoles; les derniers 20 %, on s'active à savoir pourquoi il n'y en a pas; il y en a où ce n'est pas nécessaire qu'ils en aient – entre les centres hospitaliers, pour ne pas que les gens revivent des situations comme vous avez vécues. On ne peut pas garantir qu'il n'y en aura pas, jamais, mais c'est important que vous nous les signaliez, parce que, souvent, on nous dit, dans le marketing: Pour une personne qui se plaint, des fois, il y en a 10 qui sont mal servies. Ça fait que c'est bon qu'on le sache.

M. Laprise: Parce que vous parliez tout à l'heure du budget de 630 000 000 \$ dans les CLSC. C'est du stock, un peu, hein!

M. Paré (Pierre-André): Oui.

M. Laprise: Il va falloir que ça bouge, que ça donne des résultats concrets auprès de la clientèle, pas rien que dans les bureaux. C'est sûr que la mise en place des CLSC a été assez toffe, elle est assez dure, je l'ai vécue dans ce temps-là. C'était avant de roder ça. Sans doute qu'aujourd'hui ils sont mieux rodés qu'ils l'étaient, c'est clair. Mais assurez-vous que, lorsqu'il y a des malades qui s'en iront chez eux, ils auront des ressources, ils seront capables d'assumer pleinement, ou même des bénévoles, s'il le faut. Mais organisons-les.

M. Paré (Pierre-André): Si ça peut vous rassurer, ce qu'on nous dit du côté du personnel infirmier, on nous dit qu'aussitôt qu'il y a un poste qui est ouvert dans les CLSC pour des infirmières, c'est les postes qui sont les plus faciles à combler parce que c'est dans ces endroits-là maintenant que les infirmières aiment travailler; sans dire qu'elles n'aiment pas travailler ailleurs aussi. On nous dit qu'elles aiment ça. Donc, il commence à y avoir de l'espoir de ce côté-là, du côté des CLSC, puisque le personnel commence à dire qu'il aimerait ça y aller.

L'autre point que je veux vous signaler, dans les CLSC, qui est arrivé dans la tempête de verglas... Il y a toujours des effets secondaires. Du côté de ce qu'on a appelé le «triangle de glace», dans le temps du verglas, on a eu un groupe de médecins qui

travaillaient à la fois dans des CLSC et d'autres qui travaillaient en cabinet privé qui, tout d'un coup, se sont retrouvés tout le monde ensemble en train de couvrir la population. Parce que les endroits où les génératrices étaient installées, c'était dans les CLSC, c'était dans les hôpitaux. Et ça a formé des équipes qui ont très bien fonctionné.

Et ça a permis de s'apercevoir que les CLSC haïssaient moins les médecins de cabinet privé qu'avant. Puis les cabinets privés se sont aperçus qu'ils pouvaient travailler avec les CLSC. Et on essaie de construire un peu... Je ne sais pas s'il y a des gens de la Montérégie. Il y a une personne de la Montérégie avec nous ici, qui pourrait peut-être nous parler un petit peu de cette expérience-là, si vous voulez. Mais, ça nous a permis de comprendre qu'il y avait des ponts qui n'ont pas été vraiment établis entre les cabinets privés, les centres hospitaliers et les CLSC. Et il y a là une clé importante pour pouvoir finir par arrimer tous les soins de première ligne, que ce soit le préhospitalier ou le posthospitalier ou que ce soit même les soins de première ligne qui sont là. Je pense que vous pourriez nous en parler un petit peu aussi.

Mme Martel (Andrée): C'est plutôt dans la sous-région de Saint-Jean que ça s'est...

Le Président (M. Chagnon): Est-ce que vous pourriez vous nommer, s'il vous plaît, madame?

Mme Martel (Andrée): Excusez. Andrée Martel, Montérégie. C'est plutôt dans la région de Saint-Jean que ça s'est passé. Ça a commencé aussi par une première expérience très terre-à-terre, où les gens avaient besoin de génératrices. Ils ont dû se parler, les cabinets privés et le CLSC, pour savoir lequel des deux aurait la génératrice pour offrir des services. Et c'est comme ça que les discussions ont commencé. Et il y a eu, en fait, une collaboration entre les deux secteurs.

Le Président (M. Chagnon): Je peux témoigner, en tout cas, que... Ç fait 13 ans que je suis député. Il y a 13 ans, dans le secteur que je représente – quatre ou cinq CLSC avec lesquels j'ai travaillé – quand je suis arrivé comme député, en 1985, j'ai fait la tournée des institutions du comté. Il y avait beaucoup d'institutions, dont cinq CLSC. Puis je me demandais ce qu'ils faisaient. Je trouvais ça un peu bizarre. Je trouvais qu'il y avait beaucoup de réunions, beaucoup de choses. Ils annonçaient dans les journaux locaux toutes sortes d'affaires un peu particulières, des cours de cuisine micro-ondes à n'importe quoi.

Je suis allé dans leur réunion générale annuelle, on était à peu près huit là-dedans, il n'y avait personne. Mais j'ai réussi à convaincre les gens puis à faire en sorte qu'on ouvre des champs, à l'époque, de spécialités qui sont devenues aujourd'hui tout à fait courantes, particulièrement le maintien à domicile. Le centre-ville de Montréal, vu de l'extérieur, c'est une région dynamique, etc., mais c'est une région où vivent beaucoup de personnes âgées. Il y a une concentration de personnes âgées qui est très importante, dans le centre-ville de Montréal. Et le maintien à domicile, pour ces gens-là, était un besoin réel. Et on a fait en sorte, avec les années, et ça a été relativement rapide, de corriger le travail puis l'orientation des CLSC de notre région relativement bien.

Aujourd'hui, moi, je n'ai que des éloges à faire aux gens des CLSC. Il y a des choses à améliorer, bien sûr, mais beaucoup, beaucoup, beaucoup de travail a été fait dans les bonnes directions, l'ouverture aux gens, près des gens. J'ai fait des visites à domicile avec chacun des CLSC qui sont là, chez nous, avec les infirmières des CLSC, et la complicité entre les gens qui reçoivent ces services-là et le CLSC lui-même, j'ai trouvé que ça a changé beaucoup, beaucoup, beaucoup, et pour le mieux. Je pense que, les 630 000 000 \$ qui sont investis dans le réseau des CLSC aujourd'hui, il y a peut-être des gaspillages. Il y a sûrement des gaspillages dans ce 630 000 000 \$ là, mais, essentiellement, je serais porté à croire qu'il est bien investi, bien orienté et bien utilisé.

M. Marsan.

Remarques finales

M. Pierre Marsan

M. Marsan: Oui, moi, je voudrais terminer. J'aurais deux commentaires, M. le sous-ministre. Je pense que vous nous avez fait d'excellentes présentations. Les gens qui sont avec vous sont généralement très bien reconnus. Connus et reconnus. Il y en a parmi eux avec lesquels j'ai pu travailler. Vous nous présentez un portrait, puis il y a des choses qui semblent bien aller, quand on regarde les statistiques, des tendances qui rejoignent d'autres provinces ou d'autres pays.

(16 h 50)

Mais – et j'ai eu la chance de vivre dans le réseau, vous le savez, et maintenant en politique depuis bientôt quatre ans – il y a quelque chose qui se passe. Le problème des listes d'attente, il existe. Il n'existe pas partout. Et, si on prend – je suis certain, je vais demander au Dr Girard – les portraits généraux, ils ont diminué. Mais dans des secteurs bien précis, la chirurgie cardiaque, la

cancérologie, l'orthopédie, il y a des gens qui souffrent beaucoup. Et, dans toute l'opération qu'on a connue, on n'a peut-être pas, on est loin encore d'avoir réglé ces choses-là. Il y a encore des difficultés dans les urgences. Oui, on peut avoir de la meilleure gestion, on peut travailler de plusieurs façons, mais il y a des difficultés. Et j'ai l'impression que, malgré les tableaux que vous nous donnez et la présentation que vous nous faites, il commence à y avoir un manque de confiance de la population – là, je ne parle pas des députés, c'est déjà fait, mais je parle de la population – envers les institutions de santé, certains établissements. Et c'est un danger, je pense, qui nous guette. Je pense que, tous ensemble, on a toujours souhaité apporter une modeste ou plus grande contribution à ce réseau. On était tellement fiers de ce réseau-là, à plusieurs points de vue. Et j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se perd, actuellement. C'est un commentaire, M. le sous-ministre.

Mon deuxième commentaire, c'est un peu l'argumentation que nous avons ce matin au sujet du déficit. C'est une inquiétude que je vous livre. Il y a trois ou quatre ans, le réseau de la santé était en équilibre, il n'y avait pas de difficulté, des hôpitaux en déficit, d'autres en équilibre. Globalement, ils étaient en équilibre, même en léger surplus. Il y a deux ans, nous, dans les comptes publics, qu'on appelle les fonds spéciaux – et ça représente peut-être un fonds d'amélioration routier ou un fonds d'informatique, etc. – ces fonds-là étaient en équilibre. À l'Assemblée nationale, on a voté ensemble, tous les députés, une loi antidéficit et on s'est mis d'accord pour l'objectif du déficit zéro.

L'inquiétude que je vous manifeste, c'est que, tout en poursuivant le déficit zéro, on essaie, par des trucs comptables, de sortir certaines dépenses des comptes publics. Et c'est un peu l'argumentation que nous avons eue ce matin. Je vous dis mon inquiétude; il y en a d'autres qui la partagent, il y en a d'autres qui ne la partagent pas, aussi. Moi, je ne vous connais pas personnellement, je vous connais plus de réputation. Il y a des gens qui ont témoigné de beaucoup de compétence à votre égard, qui vous ont connu, de beaucoup d'intégrité aussi.

Et, moi, mes attentes, au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est qu'on joue la «game» de la bonne façon. Vous savez de quoi je parle. Il faut mettre dans les mêmes colonnes les pommes ensemble et les poires de l'autre côté. Mais on va additionner les choses et on ne cachera pas une dépense qui n'existait pas auparavant pour atteindre un objectif, parce que, à ce moment-là, on va faire de la politique. Et nous autres, tous les députés ici, dans cette commission, c'est une des moins partisanses, et on essaie de maintenir, je pense, la qualité des discussions à ce niveau-là.

Dernière demande. J'aurais besoin de quelques informations, notamment le nombre de places en hébergement. Je ne sais pas si on peut faire un petit portrait depuis trois ans. Vous allez me donner des places où il y a eu des lits qui ont été fermés puis où on les a convertis. Alors, ça, ce serait une donnée. Puis, si on pouvait aussi avoir les nouvelles places, ce serait très apprécié. On nous avait dit aussi, avec les régies régionales – puis là, je vais rejoindre mon collègue de Lévis – quand on a créé les régies, que c'était pour diminuer les ministères, la structure du ministère. Puis, moi, j'étais un de ceux qui croyaient vraiment que ça pouvait arriver. Puis je pense qu'il y avait des avantages certains de décentralisation: Enfin, on va pouvoir régler des problèmes, plus près des besoins de la population. On a fait des études, il y a quelques années, et on s'est aperçu que non: le ministère avait maintenu un nombre de fonctionnaires, alors que les régies avaient augmenté. Peut-être que ça a changé aujourd'hui. Et, si c'était possible d'avoir la comparaison des trois dernières années et, enfin... Pardon?

Le Président (M. Chagnon): ...sur l'année?

M. Marsan: Oui, c'est ça, pour voir s'il y a vraiment une amélioration. Et j'imagine que vous souscrivez toujours aux mêmes objectifs, tout le monde? C'est ça qu'il y avait...

Une dernière chose, et je vais arrêter dans mes demandes. Vous n'avez pas besoin de nous donner ça tout de suite, prenez le temps qu'il vous faut. On a été avisé et on s'est aperçu aussi que le ministère avait fait des dépenses au niveau de la publicité. On peut être pour, on peut être contre. Il y a des éléments de prévention, en tout cas, qui peuvent être extrêmement intéressants. Il y a un dossier sur la cigarette, un projet de loi qui va être présenté bientôt. Alors, si on pouvait aussi connaître les coûts des dépenses de publicité et de relations publiques, dans les différentes régies comme dans le ministère. Puis j'arrête là, je ne vous demande plus d'autres choses, c'est assez. Il me reste une chose à dire, M. le sous-ministre, c'est de remercier vous-même et toute l'équipe qui est avec vous d'avoir été aussi patients, d'abord avec moi puis ensuite avec mes collègues, mon collègue de Lévis aussi. Et je vous remercie beaucoup.

M. Paré (Pierre-André) : M. le Président, si vous me permettez. J'ai, quoi, deux, trois minutes peut-être?

Le Président (M. Chagnon): Vous pourriez compléter, puis je pourrais demander aussi au Vérificateur général de dire un mot.

M. Pierre-André Paré, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Paré (Pierre-André): O.K. Ça me permet de faire un petit plaidoyer pour le système de santé. Vous savez, on a parlé depuis ce matin des problèmes, un petit peu, des urgences, un peu tout ça. Ce qui m'inquiète personnellement, ce qui inquiète le ministère, c'est lorsqu'on a quelqu'un qui entre à l'urgence, qui attend 24 heures, qui attend 48 heures. On n'aime pas ça puis on trouve que ce n'est pas correct. Mais il y a une chose qui arrive, c'est que cette personne-là finit par avoir des soins. On se console, mais ce n'est pas nécessairement...

Mais, lorsqu'on arrive dans une opération comme le verglas et qu'on va cogner aux portes des gens puis qu'on découvre 4 000, 5 000 personnes qui, peut-être, auraient besoin de soins et qui n'ont pas été en chercher parce qu'elles pensent que le système de santé ne peut plus donner les soins, ça, ça nous fait mal, puis ça vient nous rejoindre, et ça nous dérange beaucoup. Et il va falloir qu'on fasse, comme le disait M. Marsan, collectivement, un travail pour que les gens reprennent un peu confiance dans le système de santé et qu'on n'essaie pas de le désagréger par les pieds ou de toutes sortes de façons, parce que c'est un système qui va bien, c'est un système qui est important, puis c'est un système dont on est fier, puis c'est un système qu'on doit garder.

Selon moi, vous savez, dans ce système-là, il arrive, à toutes les deux minutes, un petit miracle. Il y a quelqu'un qui trouve un diagnostic pour un enfant. Il y a quelqu'un qui fait une intervention chirurgicale. Il y a quelqu'un qui aide une mère qui a de la difficulté. Il y a quelqu'un qui aide une autre personne qui est en toxicomanie ou qui a de la difficulté. Et ça, on a un peu de difficulté à expliquer tous ces petits miracles là qui se passent à tous les jours, à toutes les minutes ou à toutes les secondes même, qui peuvent arriver et qui font qu'on a une population, quand on se considère un pays du G 7, qui est très en santé, qui est en très bonne santé, qui est bien éduquée. Et ça, cette fierté-là, on va devoir essayer de la retrouver.

Évidemment, on a brassé la cage un peu. Il y a eu des modifications. Et on ne peut pas s'attendre à ce que tout revienne en place dans les cinq minutes suivant une modification comme celle-là. Une modification d'ampleur, comme on a vécue là, ça ne se voit pas souvent. Lorsqu'on touche à des entreprises de 225 000 personnes, dans le monde de la santé, avec 890..., c'est impensable de dire que le lendemain matin, tout fonctionne comme sur des roulettes avec un petit moteur. Mais, avec tout ce qu'on a expliqué aujourd'hui, la bonne volonté qui existe partout, des gens qui veulent travailler un peu partout, je pense qu'on va pouvoir y arriver et qu'on va pouvoir passer...

En ce qui a trait à l'inquiétude du député concernant les fonds spéciaux et la loi antidéficit, on va respecter la réglementation et on va respecter la façon de faire la comptabilité. D'ailleurs, si je ne m'abuse, il y a une modification qui va peut-être être apportée, à ce qu'on m'a dit, pour que la comptabilité tienne compte de l'ensemble des engagements du gouvernement lors des prochains comptes publics qui vont être préparés. Et, pour avoir été au Contrôleur des finances pendant sept ans...

Une voix: Vous parlez de la consolidation.

M. Paré (Pierre-André): La consolidation. Pour avoir été au Contrôleur des finances pendant sept ans, pour avoir travaillé de près avec le Vérificateur général sur la vérification des comptes publics, je peux vous dire que, dans le réseau de la santé, on ne fait pas, comme on dit en anglais, «cook the books», c'est-à-dire qu'on n'arrange pas les livres pour que ça balance ou que ça paraisse bien. Il y a des déficits, il y a des montants qu'on devra rembourser. Il y a une transformation qui a été faite, on doit la considérer plutôt comme un investissement que comme une dépense, donc ça va nous prendre un quatre, cinq ans à la résorber. Mais il n'y a pas péril en la demeure, et on a bien la main sur la situation pour pouvoir y arriver.

Concernant les informations sur le nombre de places en hébergement, les nouvelles places, je pense qu'on pourrait fournir à cette commission une information dans les plus brefs délais. On a ces informations-là sur les nouvelles places, ce qu'il y avait avant et ce qui existe. En ce qui concerne la demande pour le nombre de personnes qui sont dans les régies, le nombre de personnes qui travaillent au ministère, je pourrais toujours tenter de vous expliquer qu'on était 1 100 il y a quatre ans, qu'on est rendu 600 aujourd'hui, ou tout ça, mais on va essayer de préparer un tableau général pour vous donner, au ministère...

M. Garon: Puis dans les régies.

M. Paré (Pierre-André): C'est ça. On va te donner un tableau complet: ministère depuis les cinq dernières années, combien il y avait de monde dans les régies, combien il y avait de monde dans les ministères, puis on va voir, à la fin, le décompte. Puis, vous allez le voir, à mon point de vue, on a ni diminué, ni augmenté, c'est resté à peu près stable, dans l'ensemble.

Pour ce qui est de la publicité par régie, ça va nous prendre un petit peu plus de temps, mais on va demander cette information-là. Cette information-là est sûrement disponible. On l'a déjà fournie à la commission, lors des engagements financiers, un petit peu plus tard qu'on avait dit. Mais on va fournir cette information-là.

(17 heures)

De notre part et de la part de tout le personnel qui m'accompagne ici, je voudrais les remercier de nous avoir aidés à éclairer et à donner les réponses au mieux de notre connaissance. On a essayé, M. le Président, d'être le plus clair possible et aussi le plus franc possible. On n'a pas essayé de masquer de vérités, ici, aujourd'hui. On n'a pas essayé de dire des choses... Et on espère que, s'il y a d'autres exercices comme celui-là, ça va se passer de la même façon. On pense que ça s'est très bien déroulé et on apprécie beaucoup. Évidemment, on n'a pas donné des réponses à tout, mais on vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Chagnon): M. Garon. Ensuite, je vais demander à M. Breton.

M. Jean Garon

M. Garon: Bien, moi, ce que j'aimerais, par exemple... Je ne pense pas que vous essayez de nous cacher de rien. Je ne pense pas ça. Mais j'aimerais ça qu'on ait les documents un peu plus longtemps d'avance. Moi, je ne vous conte pas de blague, c'est daté, le document, du 10 mars, puis je l'ai reçu ce matin, que ma secrétaire m'a dit. Je ne sais pas quelle date c'est aujourd'hui. C'est le 10 aujourd'hui? C'est le 10. Bon. Parce que j'ai beau faire... J'aurais aimé ça regarder ça, parce que je dois comprendre les choses pour pouvoir mieux les comparer. Je vais le faire à l'avenir pareil. Là, au lieu de vous le demander aujourd'hui, je vais être obligé de le dire par d'autres moyens pour que ça se rende pareil. J'aurais aimé mieux le dire aujourd'hui.

Et je finis en vous disant que, pour les «pacemakers», je ne sais pas si vous le savez, mais, moi, quand j'ai entendu la réponse tantôt qu'on s'en va vers ça, puis tout ça... Moi, ce que j'ai comme information: l'hôpital Laval passe son monde puis, quand ils en prennent d'en dehors, ça dépend du temps qu'ils ont été dans les hôpitaux. Alors, pour envoyer quelqu'un pour un «pacemaker», il faut le faire coucher dans le lit le plus longtemps possible et, des fois, il faut qu'il soit trois semaines, un mois. Il coûte plus cher de séjour d'attente à l'hôpital que le coût du «pacemaker». C'est ça, l'économie, là. Il y a des gens qui ont besoin, pas d'avoir des cours de médecine, mais des cours de comptabilité. Parce que là ça n'a aucun bon sens que quelqu'un soit dans un hôpital à attendre 10 jours, 15 jours, trois semaines, un mois pour pouvoir avoir son «pacemaker». Il n'y a pas une cenne d'économie là-dedans. Pourquoi? Parce qu'on veut garder le contrôle.

C'est la même chose pour le centre François-Charon. Moi, j'ai des gens qui ont des chaises roulantes. On est le centre de garage à Lévis. De tout le Québec, c'est à peu près le plus gros centre de garage. Bien, pour faire réparer son fauteuil, il faut qu'il paye 50 \$, 60 \$ de taxi pour aller au centre François-Charon, parce qu'ils gardent le monopole, les bureaucrates, là. Pourquoi ils ne pourraient pas réparer leur fauteuil roulant chez nous? Puis, partout au Québec, pourquoi il n'y aurait pas des gens qui réparent les fauteuils roulants? Il faut aller au centre François-Charon. Alors, ça coûte... C'est quoi, cette maudite bureaucratisation là? Ça me fait penser au Kremlin. Tu ne peux pas bouger sans que quelqu'un t'autorise. Alors que, si on est capable... Moi, je suis capable de faire réparer mon... Ça doit être plus compliqué mon automobile qu'un fauteuil roulant. Il y a même de ces handicapés-là qui en ont des fauteuils roulants, qui aimeraient ça pouvoir les réparer eux-mêmes. Alors, pourquoi faire ça, cette maudite bureaucratie là, d'envoyer tout le monde dans le même trou d'aiguille? Et je vous donne rien que des petits exemples. Je pourrais vous en donner des dizaines. Puis ça, il y a des économies là-dedans. Ça va rendre la vie plus agréable aux gens. Puis il y a des gens qui vont pouvoir gagner leur vie.

M. Paré (Pierre-André): M. le Président, on prend note pour les «pacemakers», la rapidité, puis aussi pour les fauteuils roulants. Je comprends qu'il y a une série de réponses qu'on pourrait donner, techniquement, mais on va plutôt regarder de quelle façon on pourrait peut-être aider...

M. Garon: Ce n'est pas des réponses que je veux, c'est des solutions.

M. Paré (Pierre-André): ...dans le sens que le député nous le suggère, plutôt que de donner des réponses de fonctionnaire. Je veux juste le faire choquer plus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Pierre-André): En ce qui concerne la documentation qu'on peut faire parvenir à l'avance, on peut vous la faire parvenir. Si vous me permettez une suggestion, qu'on pourra débattre avec votre commission éventuellement – on pourra inviter même le Contrôleur des finances et le Vérificateur. On pourrait utiliser les moyens techniques peut-être un petit peu plus aussi, le courrier électronique, dans les engagements financiers, avec des gens qui sont sur cette commission-là qui pourraient nous envoyer une question directement, et on pourrait leur envoyer la réponse. C'est agréable de se rencontrer, mais on pourrait donner des réponses. On a eu plusieurs questions du député, ce matin. Il me semble qu'à un moment donné on pourrait faire ça, même si je suis hors

contexte, là.

Le Président (M. Chagnon): Je voudrais souligner qu'à votre décharge, puis pour répondre à la question du député de Lévis, les documents que vous avez reçus ce matin, M. le député de Lévis, c'est des documents qui ont été demandés au Vérificateur général le 25 février dernier que nous avons reçus actuellement. Ce n'est pas la faute du ministère de la Santé.

M. Garon: Non, non, je ne blâme pas personne.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Garon: J'aurais aimé, à ce moment-là, qu'on retarde la commission d'une semaine, pour qu'on ait le temps de les lire avant de...

M. Paré (Pierre-André): Je vais vous donner un coup de main. Il voulait me donner un coup de main, pour ne pas qu'il y ait trop de questions difficiles pour nous autres.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Chagnon): Merci. M. le Vérificateur général.

M. Guy Breton, Vérificateur général

M. Breton (Guy): Bien, justement, ça me permet d'ouvrir la porte sur le fonctionnement de cette commission parlementaire et toutes les autres qu'on a connues cet hiver, depuis le dépôt de ce rapport, à savoir que ça a été des sessions de travail très fructueuses parce qu'elles se sont déroulées, d'abord, dans l'état d'esprit, comme vous le disait M. Marsan tout à l'heure, dans l'état d'esprit où il n'y a pas de partisanerie, mais aussi dans l'état d'esprit qui résulte d'une préparation, à savoir que nous avons, auprès des membres de la commission, cherché à vous inspirer dans la lecture de notre document, vous suggérer des lignes d'interrogation. Et même on a eu, à l'occasion, des séances de travail en privé et, encore une fois, on a permis de vous sensibiliser au sujet. Mais ce qui est intéressant, c'est qu'il y a une communication du même type avec le ministère pour lui faire savoir quelles sont vos préoccupations à la suite de ces rencontres de travail et, donc, que les réponses puissent être préparées à l'avance ou, tout au moins, étudiées pour avoir un contenu complet et qui réponde effectivement.

Donc, tout ce processus autour des commissions – et on arrive littéralement à la conclusion, pour cette session, des travaux – je considère que ça travaille très bien. Et personnellement, nous, en tant qu'équipe, nous sommes très heureux de voir que la suite donnée à notre rapport fonctionne bien, et je pense que, à la fois pour vous, les membres de la commission, vous avez maintenant une information beaucoup plus complète que le peu qu'on a pu vous dire et, d'autre part, les ministères ou les dirigeants qui sont venus ont eu la chance de dire ce qu'ils voulaient aussi et non pas d'être coincés dans un carcan; la porte leur a été ouverte.

En ce qui concerne plus spécifiquement ce qui s'est dit aujourd'hui, je n'avais pas encore personnellement étudié le contenu du projet de loi n° 404, mais c'est bien évident que je me réjouis que la reddition de comptes des régies régionales va finalement exister, être structurée et rendue en fonction d'objectifs régionaux et avec un lien avec les objectifs nationaux ou provinciaux. Et cet aspect, pour moi, me fait énormément plaisir. J'avais la même réaction que M. le député Garon, à savoir: Allons-nous savoir un jour d'une façon officielle ce qui se passe dans une régie régionale?

En ce qui concerne la comptabilité des emprunts, je vous dirai, comme vous le savez sans doute, qu'il y a un comité de travail sur une nouvelle comptabilité qui tiendra compte de la consolidation qui fait l'objet de discussions, de rencontres et de négociations entre le ministère des Finances et le Vérificateur général. Il ne m'appartient pas de vous dire si nous avons fait un succès de la discussion ou si nous avons terminé la discussion, mais je peux dire que la discussion était très avancée et qu'on a parlé ensemble d'une façon très efficace. Donc, il y a des possibilités à attendre du côté de la consolidation des états financiers, ce qui ne couvre quand même pas la question de M. Marsan, à savoir: les emprunts réalisés pour le fonctionnement lui-même et non pas pour les immobilisations ne font pas partie de la comptabilité présente et ne feront pas partie de l'autre comptabilité même si on consolidait... Et penser pour le futur et, éventuellement, il faudra peut-être penser à consolider le réseau de la santé dans la comptabilité, et là, à ce moment-là, on aura tout, tout et tout. Mais ça, c'est peut-être dans cinq ans ou dans 10 ans quand le gouvernement, encore une fois, voudra peut-être modifier sa comptabilité.

Et finalement, avec tout ce qui s'est dit aujourd'hui, et tout ce qu'ambitionne de faire le ministère, et tout ce qu'il a déjà commencé de faire, je pense que, lorsqu'on fera notre retour en arrière sur ce qui s'est discuté aujourd'hui et qu'on fera notre visite dans deux ou trois ans pour savoir si les correctifs ont été apportés, en tout cas nous avons certainement du matériel déjà à nous mettre sous la

dent. C'est intéressant. On voit que l'effort que nous avons fait a, je ne dirais pas déclenché, parce qu'on est littéralement la mouche du coche, pas plus, mais, quand même, on voit que le coche a beaucoup travaillé.

M. Jacques Chagnon, président

Le Président (M. Chagnon): Merci, M. le Vérificateur général. Un mot de la fin peut-être, pour terminer. L'exercice qu'on a fait aujourd'hui est un exercice qui n'est pas vraiment facile. Vous autres, vous êtes des spécialistes dans le domaine, spécialistes dans les urgences, spécialistes chirurgiens, médecins, des spécialistes de ce domaine de la santé qui est fort complexe. Je me rappelle, au moment de l'entrée en vigueur des travaux de la commission Castonguay-Nepveu, en 1970, 1972 – j'étais au cégep, moi, en 1970, 1972 – j'avais fait un travail au cégep sur le nouveau cadre administratif du nouveau ministère de la Santé. Les murs de la classe de cégep dans laquelle j'étais n'étaient pas assez grands pour mettre l'organigramme du ministère. C'était quasiment épouvantable quand tu rentrais là-dedans. C'était assez particulier. Ce n'est pas moins complexe aujourd'hui même si l'organigramme est peut-être plus facile à comprendre sur votre présentation de ce matin.

(17 h 10)

Il n'en demeure pas moins que la santé, c'est un domaine très délicat sur le plan des sentiments de la population et c'est aussi un domaine qui est scientifique en soi. On a des scientifiques ici, qui sont des gens qui sont formés pour combattre ou empêcher la maladie ou les accidents. Et tout ça, il y a un petit côté secret, une espèce de relent de chamanisme dans le fait de soigner la maladie, et ça a un petit côté vaudou que le monde ne comprend pas trop, mais sur lequel on peut se forger rapidement beaucoup d'impressions qui deviennent rapidement aussi en même temps des clichés. C'est assez complexe.

Je remarquais le niveau de statistiques. Vous êtes capables de ventiler des données sur des sujets extrêmement raffinés, extrêmement précis et, en même temps, on a des impressions qui demeurent. Le député de Lévis et vous-même, M. Tétrault, vous aviez soulevé, non sans raison, non sans bon sens, le fait qu'on considère peut-être encore aujourd'hui l'urgence comme un endroit facile d'accès et qui peut contribuer à faire en sorte de créer des engorgements dans des urgences, puis en même temps, tout à fait récemment, des études probablement du même ministère... pas probablement, des études du même ministère démontraient que beaucoup de maladies cardiaques, et particulièrement d'infarctus, étaient mal soignées parce que les gens arrivaient trop tard. Donc, les gens font un infarctus – ce n'est pas un ongle incarné – les gens font un infarctus puis demeurent avec leur infarctus assez longtemps avant d'aller à l'urgence qu'on ne peut pas utiliser des protocoles généralement utilisés en début d'infarctus, au moment où l'infarctus se fait. C'est une des constatations que faisait une des études de votre ministère.

Donc, on regarde ça ensemble puis on se dit: Ça n'a quasiment pas de sens que, pour un ongle incarné, on aille à l'urgence – pour faire une caricature – puis qu'en même temps quelqu'un qui a un infarctus, lui, se retient d'aller à l'urgence. Pour avoir connu personnellement le deuxième cas et avoir eu le même sentiment de ne pas aller à l'urgence, je peux comprendre. Mais ce n'est jamais clair, puis on ne pourra jamais rentrer là-dedans comme dans une science exacte. Et dans ce cadre-là, évidemment, c'est, pour nous, encore plus complexe, ça demande plus de réflexion, il faut respirer plus longtemps avant de prendre des orientations et des décisions qui sont susceptibles d'avoir des résonances importantes auprès de la population puis auprès de nos milieux différents.

Mais je suis très content, comme vient de le souligner le Vérificateur général, de constater qu'au niveau... et comme l'a expliqué M. Léger, puis comme l'a aussi souligné son collègue du Saguenay-Lac-Saint-Jean, puis, paraît-il, on le fait encore dans trois ou quatre régions régionales, on a commencé, en tout cas, ce processus dans trois ou quatre régions régionales... je suis très content d'apprendre que, d'une part, on n'attend pas une correction législative pour faire en sorte que le système puisse marcher. Moi, j'ai des doutes sérieux, depuis même avant l'adoption de la loi 120 à l'époque, sur le processus soi-disant démocratique de l'organisation de ce système-là. Je vous parlais tout à l'heure des assemblées annuelles des CLSC, on se ramassait une douzaine dans un territoire où il y avait à peu près 125 000 de population, puis ça n'a pas beaucoup de sens. Le processus d'élection puis le processus électoral, ça, ça ne tombe pas sous le sens. Mais de voir que des gens qui sont sur les régions, en tout cas, ont commencé à s'informer, d'abord, du succès relatif ou de l'organisation de la gestion de chacun des centres et des établissements sous leur responsabilité, trouver ceux qui sont les plus performants et les plus efficaces, les comparer avec ceux qui le sont moins, faire en sorte d'améliorer les uns par rapport aux autres, je trouve que c'est une approche qui est extrêmement saine et qui est source de grands profits, non seulement monétaires, mais de profits en termes de qualité de services pour la population.

Je souhaite que l'expérience qui est vécue chez vous, messieurs, soit répartie, se retrouve dans chacune des autres régions régionales. Le «benchmarking» que vous faites au niveau de votre région, avec vos institutions, vos établissements, il va falloir que quelqu'un, probablement au ministère, le fasse entre régions régionales, entre les établissements des uns par rapport aux établissements des autres, pour qu'on puisse arriver à avoir une vue d'ensemble sur le plan de notre capacité de trouver des indicateurs, des bons indicateurs de performance qui seront les plus valables pour être capable non seulement de vous jauger, de vous juger, mais de pouvoir vous-mêmes vous améliorer. Et ça, ça m'apparaît être la révélation la plus importante de la journée, pour moi, dans le sens

évidemment du rôle que cette commission-là a et joue et sur laquelle elle travaille en collaboration avec le Vérificateur général.

Évidemment, pour ce qui est du reste, ça va être à la longue qu'on va pouvoir, évidemment, mesurer l'ampleur des changements qui vont s'opérer à l'intérieur de vos régions, puis à l'intérieur des systèmes, puis des établissements. On a mentionné plus tôt qu'il y avait encore 450, 475 établissements dans le réseau, puis que probablement c'est appelé à diminuer sous l'impulsion de regroupements verticaux, particulièrement en région. Ça m'apparaît aussi être une orientation qui se doit d'être regardée et qui m'apparaît, en tout cas, pouvoir faire du sens. Mais l'accélération de ce processus-là pourra amener éventuellement à avoir moins d'établissements. Quand vous aurez 200 établissements, aurez-vous encore besoin d'une structure comme celle que vous avez, comme les régions régionales? Ce sont des questionnements que vous pouvez déjà commencer à vous poser comme ministère. Il y aura peut-être lieu d'avoir un lien d'autorité plus direct entre les institutions, les établissements puis le ministère dans ces conditions-là, compte tenu aussi des moyens modernes de communication que nous avons. Alors, c'est le genre de projection que vous devriez... il devra y avoir quelqu'un, en tout cas, dans le ministère, qui commence à se questionner sur ce genre de chose là.

Bref, mesdames, messieurs, d'une part, je voudrais vous remercier, les gens du ministère, je voudrais vous remercier pour la journée que vous avez passée ici. Je voudrais que vous compreniez que vous ne l'avez pas perdue, même quand on vient du Lac-Saint-Jean. Pour tous ceux qui se sont déplacés aujourd'hui, qui ont participé à cette discussion-là, qui l'ont vue, sachez que non seulement vous avez contribué à nous sensibiliser, mais vous avez aussi contribué à faire en sorte que cette commission-ci retourne au ministère quelques recommandations qui risquent d'être dans l'ordre de celles que j'ai énumérées tout à l'heure, et peut-être d'autres qui viendront compléter celles que je formulais, de façon à faire en sorte que, vous autres aussi, vous soyez appuyés non seulement sur le plan administratif, mais aussi sur le plan politique, pour aller encore plus loin dans le sens recherché, c'est-à-dire d'améliorer vos performances comme gestionnaires puis votre service aussi à la population.

Dans ce cadre-là, il ne me reste plus rien qu'à vous remercier puis à vous souhaiter un bon retour chez vous sans d'autres problèmes. Puis, en même temps, saluer encore une fois le Vérificateur général, de qui on vient de faire le tour de son volume II... presque faire le tour, il manque un élément, il manque un dossier. Alors, je reprendrai ce bout-là plus tard. Je vous remercie encore une fois, puis peut-être à la prochaine.

Alors, j'invite mes collègues à assister encore quelques minutes après la fin de nos travaux.

(Fin de la séance à 17 h 19)