



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 23 janvier 2008 — Vol. 40 N° 20

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 23 janvier 2008 — Vol. 40 N° 20

Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec (ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec)	1
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (ASSS-Outaouais)	28

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Russell Copeman

M. Éric Caire

M. Serge Deslières

M. Stéphane Bergeron

Mme Stéphanie Vallée

M. Norman MacMillan

- * M. Jean-Denis Allaire, ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec
- * M. Marc Lacour, idem
- * M. Gilles Hudon, idem
- * M. Benoît Gervais, idem
- * M. Serge Beauchamp, idem
- * M. Guy Morissette, ASSS-Outaouais
- * Mme Lucie Lemieux, idem
- * M. Bernard Guindon, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 23 janvier 2008 — Vol. 40 N° 20

**Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux
dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion
conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2)**

(Neuf heures trente-sept minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, bonjour, mesdames et messieurs.

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Bonjour, mesdames et messieurs. Je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte. Je rappelle aux membres de la commission que le mandat est de procéder à l'audition des agences de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2004-2005 à 2006-2007, en application de la Loi sur la santé et des services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Deslières (Beauharnois) remplace M. Drainville (Marie-Victorin).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Bienvenue, M. le député. Alors, comme nous avons dit hier, on est devant un exercice très important de reddition de comptes. Tous les sondages indiquent que les questions liées à la santé sont une préoccupation importante pour la population québécoise. On a un système, comme notre collègue le député de Notre-Dame-de-Grâce a indiqué hier, qui est très décentralisé, et les agences sont vraiment les personnes imputables pour les services devant la population de leur région.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole à M. Allaire, qui est le président-directeur général de l'Agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La parole est à vous, M. Allaire, pour une allocution d'environ une trentaine de minutes. Après ça, il y aura un échange avec l'ensemble des membres de la commission.

**Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et Centre-du-Québec
(ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec)**

M. Allaire (Jean-Denis): Merci beaucoup, M. le Président. Donc, M. le Président et membres de la commission parlementaire, c'est vraiment avec plaisir que l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec se présentent devant vous pour l'étude de ses rapports annuels. Nous apprécions avoir l'occasion de faire le point avec vous sur l'évolution des services, de notre région, sociosanitaires, qui, je le rappelle, est constituée de deux régions administratives: le Centre-du-Québec et la Mauricie.

Pour cette occasion, M. le Président, je suis accompagné par les personnes suivantes: à ma gauche, M. Marc Lacour, directeur des services sociaux; à ma droite, le Dr Benoît Gervais, chef du département régional de médecine générale; et, à l'extrême droite, M. Gilles Hudon, coordonnateur des services pré-hospitaliers d'urgence, et, ce matin, agit à titre de directeur par intérim des services de santé et des affaires médicales de notre agence.

Je suis aussi accompagné par les autres membres de l'équipe de direction de l'agence, à prédominance masculine, on l'a remarqué. Je rappelle que ma prédécesseure, Mme Laroche, était le P.D.G. et elle avait su s'entourer d'une équipe probablement masculine, donc c'est une excellente équipe. Donc, cette équipe...

Une voix: ...

● (9 h 40) ●

M. Allaire (Jean-Denis): ...si vous le permettez, en temps opportun, M. le Président, en réponse à une des questions, il pourrait être pertinent d'interpeller leur appui.

Je crois que les membres de la commission ont déjà en main les rapports annuels, un document d'appui à la présente audition que nous vous avons fait récemment parvenir, avec un petit ajout parce qu'il y avait des corrections à apporter — c'est un document qu'on a préparé assez rapidement, on n'est jamais à l'abri, là, de coquilles, il en demeure encore — et vous avez entre les mains, déposé devant vous, un jeu d'acétates qui contient les faits saillants de mon allocution. Donc, cette allocution, M. le Président, aura lieu en trois temps. Dans un premier temps, je vais attirer votre attention sur quelques exemples qui selon nous reflètent bien à la fois la performance d'ensemble du réseau et sa dynamique. Dans un deuxième temps, je mettrai en lumière quatre faits saillants de l'évolution même de ce réseau au cours des trois dernières années, et enfin je terminerai avec trois enjeux d'importance associés à la consolidation des réseaux locaux de notre région.

M. le Président, compte tenu du temps qui nous est imparti, je vous ferai grâce d'une description de la région. Il y avait quelques éléments de base, vous avez à l'endos la carte de la région, avec les principales localités, les huit territoires. Je rappellerai simplement que la population de la Mauricie—Centre-du-Québec, c'est 485 000 personnes réparties dans huit territoires de réseaux locaux et une population qui, dans la plupart des territoires, compte une proportion de personnes âgées plus élevée que la moyenne du Québec. Donc, je vais plutôt aller directement au vif du sujet, sur le bilan des trois dernières années, et je vais me permettre pour l'initier d'émettre trois constats, trois constats qui s'appliquent sur les documents que vous avez en main et nos observations en région. Ces trois constats-là sont les suivants.

Le premier constat, c'est qu'en comparaison avec la situation qui prévalait il y a trois ans nous pouvons

affirmer sans hésitation que la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec a accès à plus de services qu'auparavant, avec une meilleure accessibilité, une meilleure continuité et une plus grande qualité. Deuxième constat, M. le Président, c'est que, pendant cette même période, nous estimons que le réseau régional de la santé et des services sociaux, considéré comme un ensemble interrelié de professionnels, d'organismes, d'établissements, s'est consolidé et a gagné en cohérence et en cohésion. Et, troisième constat, c'est que, tout en mettant en lumière le chemin parcouru, bien entendu il reste beaucoup de chemin à faire, et c'est pour ça que tout au long de mon allocution je soulèverai des défis importants qui sont encore devant nous.

Donc, j'entends illustrer par des exemples ces trois affirmations-là, mais vous allez me permettre, j'espère, M. le Président, auparavant de prendre quelques instants pour souligner l'apport des hommes des femmes qui oeuvrent dans notre réseau.

L'amélioration de la performance et de la cohésion du réseau régional, dont nous allons vous parler ce matin et dont on reflète la situation à travers l'ensemble des documents, n'est pas évidemment le résultat unique de l'impulsion du ministère ou encore du leadership et du soutien de l'agence. C'est d'abord et avant tout le fruit de l'engagement et du professionnalisme des membres de conseils d'administration, des dirigeants, du personnel d'encadrement, du personnel d'intervention, du personnel de soutien, les professionnels, les médecins, les infirmières, travailleurs sociaux, intervenants communautaires, les bénévoles qui oeuvrent dans les établissements et les organismes, les entreprises de notre région, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille. Ce sont eux qui gèrent ou qui offrent les services, ce sont eux qui se mettent en collaboration entre eux pour essayer d'avoir la meilleure continuité de services pour les citoyens et ce sont eux qui font en sorte que les organisations fonctionnent le mieux possible. Donc, je tenais, M. le Président, à ce moment-ci, avant qu'on rentre dans toutes les questions de toute l'organisation des services de notre région, rendre hommage à ces femmes et à ces hommes de notre région pour les remercier et aussi pour les encourager à poursuivre dans le même sens, avec le même dynamisme, le même humanisme. D'autant plus que, lorsque nous faisons une reddition de comptes comme nous faisons ce matin auprès de vous, c'est une reddition de comptes sur leur propre travail aussi.

Donc, je vais illustrer à l'aide d'exemples, issus pour la plupart du document que vous avez en main, les trois constats que j'ai formulés en introduction et je vais donner des exemples qui concernent tant les enfants, les adultes que les personnes âgées. Notre intention, c'est vraiment de faire sentir la dynamique et la performance de notre région. On pense que les exemples que nous allons vous apporter sont assez illustratifs de ce qui se vit en Mauricie et au Centre-du-Québec. Donc, d'entrée de jeu je vais du côté des enfants et des jeunes avec une première illustration qui concerne les jeunes et les adolescents qui sont aux prises avec un trouble mental. On sait bien que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, établit parmi ses priorités celle d'offrir des services de première ligne d'évaluation et de traitement aux enfants et aux jeunes

qui ont un trouble mental. C'est aussi une des priorités de notre région.

Qu'avons-nous fait devant cette situation-là et cette priorité-là? D'abord, en 2006 et en 2007, l'agence a conduit des travaux avec les établissements, le milieu scolaire et les centres de petite enfance, dont les buts étaient les suivants: d'abord définir ensemble une trajectoire de services pour les jeunes qui ont un trouble mental, quels sont les services qu'on devra offrir, et qui fait quoi, et comment on se coordonne entre nous pour faire en sorte que, peu importe le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, on ait accès à une gamme de services cohérente et qui fonctionne bien.

Deuxième geste qui a été posé: au cours des trois dernières années, nous avons fait le choix d'investir 1 250 000 \$ comme agence pour doter chacun des huit de centres de santé et de services sociaux d'une équipe de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes, et cette ligne-là devant être bien arrimée avec les services de deuxième ligne, parce que ça ne sert à rien d'avoir une équipe première ligne d'un côté si je ne suis pas bien arrimé avec la deuxième ligne.

Les résultats, à nos yeux, sont probants. Si on compare, en 2003-2004, il y avait 158 enfants ou jeunes dans notre région qui recevaient des services de première ligne en santé mentale. Trois ans plus tard, en 2006-2007, ils étaient 543. Et, lorsque je regarde les données les plus récentes dont on dispose, au 8 décembre dernier, cette année, après neuf mois de fonctionnement, on est déjà rendu à 640 jeunes qui reçoivent de tels services. Donc, accroissement des services, accroissement de l'accessibilité. Et autre impact, c'est l'impact sur les délais d'attente, pour les jeunes, pour avoir accès à des services de deuxième ligne, hein, un service d'évaluation de pédopsychiatrie. On compte un petit nombre de pédopsychiatres dans la région. Il y a un an et demi, il y avait 163 jeunes qui étaient en attente pour des services de deuxième ligne depuis plus de 60 jours; au moment où on se parle, ils sont 26. Nous avons encore du chemin à faire, on le comprend, il faut rendre ça à zéro, mais les gestes qu'on a posés donnent des résultats.

Deuxième illustration qui concerne les enfants et les jeunes, c'est les services pour les enfants et les jeunes qui ont un trouble envahissant du développement. Là encore, l'approche est la même: en région, nous avons comme dynamique de convenir ensemble de comment... quelle est la trajectoire de services qu'on fait, qu'on se donne pour mieux dépister les jeunes qui pourraient avoir un trouble envahissant, bien les évaluer et faire en sorte qu'ils aient accès aux services dont ils ont besoin. Cette fois-ci, par rapport à l'exemple précédent, il y a une variable qui est différente, c'est celle de voir un établissement spécialisé à vocation régionale, le Centre de services en déficience intellectuelle, qui a revu l'organisation de ses ressources et de ses services pour offrir des services à un plus grand nombre de jeunes. Ainsi, de 2003 à 2006-2007, le nombre de jeunes de moins de 21 ans ayant un trouble envahissant du développement qui ont reçu des services du centre spécialisé, ce nombre est passé de 155 à 253, donc une augmentation de 60 %. Et, parmi ces 253 jeunes là, je signale 49 jeunes de moins de six ans à qui est offert un service d'intervention comportementale intensive de 20 heures par semaine. Il n'y a aucune liste d'attente pour ce service.

Ces deux exemples, M. le Président, mettent en lumière la présence en région d'une véritable dynamique de réseaux de service, d'une part, et, d'autre part, le souci de notre réseau et de nos partenaires d'atteindre une bonne performance en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. Mais bien sûr il y a encore bien des choses à faire, tout n'est pas parfait. Il y a bien des défis à relever, et je me contenterai d'en souligner deux.

Le premier défi, c'est de poursuivre et de consolider la mise en oeuvre des plans d'action de santé publique dans des communautés en milieu scolaire, donc de mettre l'emphasis sur la prévention. Déjà, notre région, à titre d'exemple, rejoint annuellement 1 500 familles en situation vulnérable par les services de périnatalité, ou encore nous sommes en train de déployer l'approche équipe École en santé dans une cinquantaine d'écoles de notre région avec la collaboration du milieu scolaire. C'est bien, mais il faut aller plus loin, parce qu'on comprend que c'est en faisant du dépistage, en faisant de la prévention, en outillant les parents qu'on va pouvoir réduire à moyen et long terme l'impact sur le parcours de vie de ces enfants-là de problèmes de santé ou problèmes sociaux qu'ils pourraient vivre en bas âge.

● (9 h 50) ●

Le deuxième défi, selon nous, du côté des jeunes et des enfants, c'est de mettre en application avec succès les nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse. Pour y parvenir, nous nous appuyons déjà sur des activités de formation. On a 1 300 personnes qui ont été formées, au cours de la dernière année, aux nouvelles dispositions sur la protection de la jeunesse. Nous avons, comme on le fait dans d'autres domaines, convenu et développé, avec les CSSS, avec le centre jeunesse et les autres partenaires des autres secteurs, un cadre de référence régional précisant les services à offrir aux jeunes qui ont des problèmes de comportement et à leurs familles, et nous avons investi, en 2007-2008, 1,4 million de dollars pour soutenir les CSSS dans cette offre de services aux jeunes et aux familles lorsqu'il y a des troubles de comportement. Et finalement une assise face à ce défi-là, c'est qu'on peut compter sur une performance remarquable du centre jeunesse, comme en témoignent ces résultats en matière de délais d'attente à l'évaluation, à la protection, de délais d'attente à l'application des mesures que vous avez pu voir dans le document qui vous a été remis.

J'enchaîne, M. le Président, avec les services pour les adultes. Encore une fois, deux illustrations. La première illustration, qui témoigne de l'amélioration des services, concerne l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et plus particulièrement aux chirurgies. Donc, je témoigne de résultats compilés avant qu'il y ait la mise en place des mécanismes prévus par le projet de loi n° 33. Entre 2004-2005 et 2006-2007, donc sur une période de deux ans, nous avons réalisé dans la région 31 908 chirurgies de toute nature, comparativement à 27 634 deux ans auparavant, soit une augmentation de 16 %. Dans les chirurgies les plus sensibles, celles qui font l'objet de l'application du projet de loi n° 33, nous avons augmenté la production de 30 % en deux ans, passant, pour la cataracte, prothèse totale de genou, prothèse totale de hanche, de 4 712 à 6 117 chirurgies. Bien entendu, cela a un impact sur les personnes en attente.

Avec les systèmes de collecte de données dont on dispose pour couvrir ces années-là, on constate que notamment le nombre de patients en attente a beaucoup diminué, et j'attire votre attention uniquement sur les personnes qui sont en attente d'une chirurgie pour la cataracte, prothèse de genou ou de hanche: elles étaient 184 au 31 mars 2005, elles étaient 63 au 31 mars 2007, soit trois fois moins — les personnes dont le délai de six mois était dépassé, il faut s'entendre. Donc, là encore, on a du chemin à faire, reconnaissons-le, mais il y a des efforts de la part des équipes médicales, de la part des établissements pour mettre les bouchées doubles et livrer une meilleure offre de services d'ensemble à la population.

Le deuxième exemple que je souhaite vous donner concernant les services pour les adultes — et je souris parce que j'ai intercalé mes pages, mais ce n'est pas grave... Je veux vous parler d'un service qui est vraiment une réussite, c'est le réseau intégré de désintoxication de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le Centre de réadaptation Domrémy, en collaboration avec les quatre centres hospitaliers de la région, offre maintenant, depuis un certain nombre d'années, un service de désintoxication. Clairement, qu'est-ce que ça veut dire? Lorsqu'une personne intoxiquée avec soit de l'alcool ou des drogues se présente à l'urgence, rapidement elle est prise en charge par une infirmière de Domrémy. La personne est amenée en hébergement où elle subit d'abord... dans un premier temps, lui est offert un traitement de désintoxication, et après il lui est offert un traitement de réadaptation. Ce qu'on constate dans la majorité des cas, à peu près dans les trois quarts des cas, volontairement les gens décident de faire une démarche de réadaptation. Donc, on profite d'un moment crucial dans la vie de ces personnes-là pour tenter d'amener un changement, on contribue à éviter un engorgement des urgences, et, en 2006-2007, 543 personnes, ou 563, là — ma mémoire peut me jouer des tours — ont bénéficié de ce service-là qui a eu d'ailleurs un prix du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Intégration de services, en 2006.

Quant aux défis qui ont trait aux personnes, aux services aux adultes, j'en soulève quatre. Le premier, c'est de continuer à améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, qu'ils soient chirurgicaux ou diagnostiques. Bien entendu, malgré les efforts déployés, on a encore du chemin à faire. On entend demeurer très vigilant avec les CSSS et le CHRTR, mais permettez-moi de vous dire que nous sommes d'avis que la loi sur l'accès aux services médicaux spécialisés nous aide pour offrir un meilleur service. Comment? D'abord, on vient vraiment avoir... on a maintenant et nous allons avoir une évaluation plus juste du nombre de personnes en attente d'un service spécialisé. Auparavant, les listes d'attente se trouvaient dans les poches de tous les médecins. Maintenant, par un tel système, on a l'heure juste. Ayant l'heure juste, on peut intervenir, on peut interpellier, on peut soutenir, et ça nous permet de garantir évidemment une réponse à l'intérieur des délais jugés médicalement acceptables à la population. D'ailleurs, nous souhaitons que le champ couvert par cette loi-là, au niveau des actes chirurgicaux ou diagnostiques, soit élargi au fil des mois et des années.

Je veux cependant souligner aux membres de la commission qu'il s'agit là d'un changement de culture important dans les organisations, tant au sein des équipes

médicales que dans les organisations. Que des médecins acceptent de partager entre eux leurs patients, c'est quelque chose qui n'est pas familier, et donc on a encore du chemin à faire de ce côté-là. Nous aurons sûrement l'occasion d'en reparler.

Le deuxième défi qui est évident, dans notre région comme dans d'autres régions, c'est celui de l'accès aux services d'urgence dans les hôpitaux. Notre région compte quatre urgences majeures. Deux de ces quatre urgences-là ont des résultats présentement plutôt satisfaisants. J'ai une troisième urgence, celle de Shawinigan, qui a un peu plus de difficultés, surtout avec les personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Je pourrai y revenir si vous voulez, ça s'explique assez bien.

Et finalement nous avons l'urgence du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières qui subit une forte pression du fait de son bassin de desserte plus imposant et de son mandat spécialisé et régional. En traumatologie, en neurochirurgie, en différents domaines, les ambulances, ça rentre. Donc, nous avons déployé et nous allons continuer de déployer des efforts importants tant au sein des hôpitaux que dans les services en amont et en aval pour diminuer les problèmes d'accès et améliorer la fluidité.

Sûrement que nous aurons l'occasion d'en reparler, mais je tiens, à ce moment-ci de ma présentation, M. le Président, à souligner un facteur qui joue contre nous dans notre région et qui a beaucoup d'impact, c'est tout simplement le manque de médecins omnipraticiens. Nous en reparlerons, mais nous avons le taux d'atteinte du plan d'effectifs médicaux en omnipratique le plus bas au Québec. Ça ne peut pas faire autrement que d'avoir des répercussions sur la prise en charge des malades chroniques, sur l'accès à des services avec et sans rendez-vous en dehors des hôpitaux et sur le bon fonctionnement des établissements.

Troisième défi, M. le Président, concerne le renforcement des pratiques médicales préventives et plus particulièrement la prévention et la gestion des malades dits chroniques. A titre d'exemple, au cours de l'année en cours, nous mettons en place trois cliniques de dépistage précoce d'une insuffisance rénale, dans notre région. On peut offrir des services de dialyse, c'est bien, il faut les donner, mais il faut aller aussi avant, il faut intervenir plus tôt.

Et quatrième défi, c'est un défi plus général qui est la poursuite de la consolidation des services dans la communauté et leur arrimage avec les services spécialisés, et ça, que ce soit en santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle ou dans tout autre domaine. Je pense aux services médicaux, aux services de première ligne des CSSS et aux services des organismes communautaires. C'est une tendance que nous avons prônée depuis plusieurs années et que nous continuons d'assumer.

J'enchaîne, M. le Président, avec l'illustration de l'amélioration des services pour les personnes âgées de notre région. Mon propos sera plus général pour vous dire qu'en réalité, en Mauricie, au Centre-du-Québec, voilà maintenant plus de 10 ans, au moins 10 ans que notre région a entrepris le virage permettant à la fois d'accroître le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, d'élargir l'éventail des solutions d'hébergement qui leur sont offertes, d'accroître le

soutien aux proches aidants, de fonctionner en réseau intégré de services notamment par la présence dans tous les territoires d'intervenants et d'intervenantes pivots qui jouent un rôle de courtiers et d'accompagnateurs des personnes qui ont des problèmes multiples, et d'harmoniser les pratiques entre les établissements pour faire en sorte que, d'un territoire à l'autre, il y ait une cohérence et une harmonisation.

● (10 heures) ●

C'est d'ailleurs dans ce sens-là que le plan d'action régional 2005-2010, qui a été adopté en décembre 2005 par l'agence, et les plans locaux qui en découlent, c'est dans ce sens-là qu'on va. C'est aussi dans cette direction que sont allés les choix d'investissements faits par l'agence au cours des trois dernières années. Je souligne que, de 2004-2005 à 2006-2007, 8 millions de dollars ont été investis pour les services dans la communauté en hébergement. Et s'ajoutent, cette année, 6,3 millions de dollars, pour un total de 14 millions de dollars en quatre ans. Là encore, les résultats sont au rendez-vous. Regardons ceux de 2006-2007: 11 700 personnes âgées ont reçu des services de soutien à domicile, soit environ 15 % des personnes âgées de 65 et plus de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La cible ministérielle est de 16, donc on a encore du chemin à faire, mais, quand même, 11 700, ce n'est pas rien. En moyenne, ces personnes ont reçu des établissements du réseau 23 interventions par personne par année. Et, quand je considère les interventions des entreprises d'économie sociale, qui sont très vigoureuses dans notre région, le recours au chèque emploi-services, on arrive à une intensité moyenne de 27 interventions par personne par année, ce qui est au-delà de la cible 2010 fixée par le ministère, qui est de 24.

Un autre indicateur qu'il est possible d'avoir des résultats, c'est le délai entre l'évaluation du besoin d'une personne âgée, suite à une évaluation rigoureuse, d'aller dans une ressource d'hébergement et le moment où cette personne-là est admise. En 2006-2007, en moyenne, ça prenait 28 jours. Je compare à une moyenne québécoise de 48 jours.

Et finalement les dernières années nous ont permis de développer et d'offrir aux personnes âgées de notre région un large éventail de services. En réalité, les ressources d'hébergement sont constituées à 70 % de ressources, de places en centre d'hébergement et de soins de longue durée et à 30 % de places en ressources de type familial ou en ressources intermédiaires, donc ce qui fait que ça nous permet vraiment de graduer et de faire en sorte que la personne se retrouve à la bonne place en fonction de ses besoins.

Les défis pour les services aux âgés, évidemment continuer d'adapter le système de santé pour qu'il réponde plus adéquatement au vieillissement de la population, mettre en oeuvre le plan d'action 2005-2010 et commencer à songer à celui de 2010-2015 et conduire et compléter — ce que nous avons commencé évidemment — le processus de certification de l'ensemble des résidences privées pour personnes âgées de la région. Je vous signale qu'elles sont au nombre... En octobre 2007, elles étaient 264 résidences, où vivaient 8 700 personnes âgées, dans notre région.

Tel qu'annoncé au début de mon allocution, M. le Président — j'ai attiré votre attention avec quelques exemples sur la performance et sur les défis qui ont trait

aux services aux enfants, aux jeunes, aux adultes et aux personnes âgées — maintenant je voudrais vous entretenir quelques moments du réseau considéré comme un tout, et je vais mettre en lumière quatre faits saillants de l'évolution même du réseau depuis notre dernière parution en commission parlementaire, le 14 septembre dernier, et de vous parler de trois enjeux d'importance associés à la consolidation des réseaux, pour ensuite conclure.

Donc, si on se pose la question: Qu'est-ce qui s'est passé de particulier au cours des trois dernières années dans notre région?, je pourrais ressortir une vingtaine de faits saillants. Je m'en tiens à quatre.

Le premier, c'est la création, en 2004, de huit centres de santé et services sociaux, qui ont entamé depuis la mise en place de huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans un réseau régional cohérent. Les efforts consacrés à ce jour par les CSSS ont été colossaux et méritent d'être applaudis. Et nous sommes à même de constater sur le terrain et nous avons des témoignages de toutes parts à l'effet que ces réseaux deviennent de plus en plus réalité et que l'arrimage tant souhaité entre les établissements publics ou les CSSS, les cabinets privés, les organismes communautaires, les établissements de deuxième ligne, les autres partenaires devient une réalité concrète. Chaque territoire se donne des objectifs et des résultats à atteindre qu'ils sont capables d'atteindre et se sont donné des démarches pour y parvenir.

Deuxième fait saillant, important pour notre région, c'est le lancement du campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières. Non seulement ça nous permet d'espérer, en faisant la formation en région, d'abord d'offrir à nos futurs médecins une pratique qui est autre qu'une pratique en grand milieu urbain, une pratique diversifiée dans des milieux régionaux, ça nous permet d'espérer d'avoir du recrutement, mais aussi ce que ça fait, ça a créé un mouvement positif qui voit l'émergence de la région comme un milieu dynamique de formation, de stage et d'emploi dans plusieurs disciplines autres que la médecine.

Troisième fait saillant, ça concerne la situation budgétaire de notre réseau. Nous pouvons affirmer que les problèmes d'équilibre budgétaire qu'a connus notre région sont maintenant chose du passé. Nos 13 établissements étaient, au 31 mars dernier, en équilibre budgétaire. En réalité, il y avait un excédent de dépenses par rapport au budget, mais c'était à l'intérieur de la cible qui était autorisée par le ministère. Donc, on peut considérer que nous sommes en équilibre budgétaire. Et voilà encore une fois une belle réussite à l'honneur des établissements de notre région, qui ont travaillé fort pour y parvenir. Bien entendu, l'injection, l'augmentation de 119 millions de dollars en trois ans du financement net accordé par le ministère a aidé à ce succès. Cela dit, nous demeurons vigilants, et c'est une préoccupation constante tant de l'agence que des établissements de maintenir cet équilibre budgétaire. C'est très dur de revenir à l'équilibre budgétaire, il n'y a aucun établissement qui a le goût d'y retourner, en déséquilibre. Donc, tout le monde, on est très attentifs à ce sujet-là.

Quatrième fait saillant, c'est la consolidation du soutien qui a été accordé par l'agence aux organismes communautaires, dont l'action, on ne le rappellera jamais assez, est essentielle au maintien du tissu des communautés et à la réponse aux besoins d'un grand

nombre d'individus et de groupes. Ce financement-là à nos 222 organismes est passé de 22,6 à 27,8 millions de dollars en trois ans, une augmentation de 23 %, alors que l'enveloppe générale a augmenté, dans notre région, de 16 %, l'enveloppe du réseau.

Les défis et perspectives. Donc, avant de conclure, M. le Président, je souhaite vous entretenir des trois défis majeurs, que nous n'avons pas encore parlé ou que j'ai effleurés en cours de route, qui à notre avis vont peser lourd dans la poursuite fructueuse du projet régional que nous venons de vous présenter.

Le premier défi concerne les effectifs médicaux. Ma prédécesseure, Mme Michèle Laroche, dont je souligne la remarquable contribution à la tête de l'agence au cours des dernières... des neuf dernières années... Mme Laroche a quitté, a pris sa retraite en avril dernier, donc nous avons l'honneur ici et le privilège de témoigner aussi du triennal, des trois dernières années qu'a géré Mme Laroche. Donc, quand elle est venue rencontrer les membres de la commission, le 14 septembre dernier, Mme Laroche, dans son allocution, attirait l'attention des membres sur les difficultés vécues par notre région au chapitre du recrutement et de la rétention des effectifs médicaux.

D'abord, notre agence tient à souligner, M. le Président, et à dire sa grande appréciation par rapport aux mesures que M. le ministre a décidé de prendre au cours des dernières années en collaboration avec les fédérations médicales. Ces mesures amènent beaucoup plus de rigueur qu'avant dans l'application et le respect des plans d'effectifs médicaux des régions et de chacun des établissements du Québec. Et nous sommes heureux de vous annoncer, M. le Président, que ces mesures fonctionnent et ont porté fruit. En particulier du côté des médecins spécialistes, où le taux d'atteinte de notre plan d'effectifs médicaux a été de 92 % en 2007, ce qui n'est pas très loin de la moyenne québécoise, avec l'ajout net de 67, et non pas de 31, 67 médecins spécialistes en trois ans. Nous avons encore des pénuries dans certaines disciplines, mais il y a eu vraiment une bonne amélioration.

Du côté des médecins omnipraticiens, il y a eu du progrès aussi, mais il est toutefois moins marqué. Ainsi, notre taux d'atteinte a progressé de 77 % à 81 % en 2007 et demeure le plus bas au Québec, alors que la moyenne du Québec est demeurée stable aux alentours de 91 %. Donc, on se rapproche, mais on est quand même en manque d'environ 60 médecins omnipraticiens, si on rejoignait la moyenne du Québec, ou à près... au-delà de 100 médecins, si on avait 100 % du plan régional d'effectifs médicaux, qui est élaboré, on le rappelle, avec des standards et des balises communes à l'ensemble du Québec. On peut imaginer les répercussions que ça a sur les services. Nous aurons sûrement l'occasion d'y revenir; probablement que le Dr Gervais pourra vous l'illustrer, si vous le souhaitez.

Bien entendu, le recrutement et la rétention des médecins ne dépend pas que de l'application des primes, ça dépend d'abord d'une dynamique régionale. Donc, nous avons été très vigoureux là-dessus. Et je dois vous dire qu'on constate même qu'on a eu du succès dans le recrutement, même en omnipratique — le Dr Gervais vous en parlera — qui a été très intéressant au cours des deux dernières années, mais on demeure quand même avec ce résultat-là.

Donc, on a eu des stratégies agressives et cohérentes et cohésives entre nous, tant localement que régionalement, pour favoriser le recrutement des médecins. Nous comptons sur 17 groupes de médecine de famille grâce à l'appui et au dynamisme du Département régional de médecine générale, dirigé par le Dr Gervais. On a déjà 158 000 personnes, dans notre région, inscrites aux groupes de médecine de famille. C'est le tiers de notre population, et on veut continuer en ce sens-là. Et le développement de la Faculté de médecine, de la formation médicale, on espère, va nous aider.

Mais nous tenons quand même à vous dire que ce serait une grave erreur... à passer le message suivant: ce serait une grave erreur de relâcher les règles du jeu qui viennent actuellement réguler la répartition des médecins au Québec, aussi bien généralistes que spécialistes, sous le prétexte compréhensible qu'elles puissent apparaître contraignantes à certains médecins, à certains établissements ou à certaines régions du Québec.

● (10 h 10) ●

Il ne fait aucun doute à notre esprit, et ce point de vue est partagé par les établissements et le corps médical de notre région, qu'il faut absolument continuer d'appliquer, voire même de renforcer ces mesures pendant quelques années encore, le temps requis pour que la population de notre région puisse enfin compter sur un niveau d'accès aux services médicaux comparable par rapport à ce qui se vit ailleurs au Québec.

Je termine avec les deux derniers enjeux, M. le Président. Le second concerne bien entendu les ressources humaines. À l'instar des autres régions du Québec et de tous les secteurs de la vie socioéconomique du Québec, la question de la disponibilité en quantité suffisante d'une main-d'oeuvre qualifiée, mobilisée, utilisée à bon escient est au coeur de l'avenir de notre réseau. Lorsque je discute avec les directeurs généraux — on fait des lac-à-l'épaule ensemble puis on fait le tour de nos défis — le défi qui ressort, le défi numéro un, c'est celui de faire face à la pénurie, donc de pallier, de contrer et de gérer en fonction des problèmes de disponibilité de main-d'oeuvre. Donc, c'est le défi, un défi extrêmement important à relever si on veut continuer à offrir des services de qualité à la population. Donc, nous allons continuer à travailler étroitement avec le palier national, qui mène un certain nombre d'initiatives, et, régionalement, nous nous sommes donné un plan d'action, avec les établissements, extrêmement agressif, dont encore une fois nous pourrions vous reparler.

Le troisième et dernier défi, M. le Président, concerne les systèmes d'information. Mme Laroche avait inscrit ce thème comme l'un des défis à relever pour réussir la mise en réseau, il y a trois ans. C'est toujours là, et c'est un peu normal, parce qu'on ne met pas en réseau informatique un réseau aussi complexe que le santé et services sociaux en deux ou trois ans. Mais c'est clair qu'on ne peut pas réussir les réseaux locaux sans passer par le développement et le déploiement de systèmes d'information qui relient les diverses composantes. Déjà, des expériences fructueuses sont en cours dans notre région — on pourra vous le témoigner — que ce soit pour des services de laboratoire, d'imagerie médicale, on relie... avec les cliniques médicales, les établissements. On pourra s'en parler. Il va y avoir aussi le déploiement du Dossier de santé du Québec, qui est une composante,

qui n'est pas la clé de tout, mais qui est un élément aidant. Mais c'est clair qu'il va falloir qu'on investisse temps, et énergie, et ressources humaines, et ressources financières, et on sait bien que le défi, cet enjeu commande des investissements très substantiels.

En conclusion, M. le Président, par la présentation que nous venons de vous faire et par le matériel qui vous a été déposé, nous avons tenté de vous donner un bon aperçu de ce que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a réalisé au cours des trois dernières années avec l'appui et sous le leadership de l'agence. Ce faisant, nous avons cherché à vous donner le pouls de notre région, de ses valeurs, de sa dynamique et de ses réalisations. Sans tenter de minimiser les problèmes, nous avons voulu vous démontrer que nos actions ont des répercussions positives sur la population et qu'elles s'inscrivent en cohérence avec les orientations des dernières années. Enfin, nous avons voulu vous témoigner que notre agence, au cours des trois dernières années — et c'est son rôle depuis maintenant plus de 12 ans — a assumé son rôle d'agent de changement et de coordonnateur avec rigueur et transparence. Nous vous remercions, M. le Président et les membres de la commission, de votre écoute.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Allaire, pour ce survol des activités de votre agence. Sans plus tarder, je vais commencer maintenant la période d'échange et je vais céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député.

M. Copeman: Merci, M. le Président. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue, M. le président-directeur général, M. Allaire, M. Lacour, Dr Gervais et M. Hudon, pour votre participation à cet important processus de reddition de comptes, de contrôle parlementaire sur les activités de votre agence. Le président l'a signalé ce matin, moi, je l'ai signalé hier, vous en avez fait référence, nous avons un système de santé très décentralisé, au Québec, qui donne une marge de manoeuvre importante aux acteurs régionaux. D'ailleurs, parfois, M. le Président, il y a une réflexion autour de cette table et ailleurs sur la pertinence des agences: Est-ce que les agences sont toujours pertinentes? Comment est-ce qu'on planifie le développement des services de santé et des services sociaux sur un territoire? Pour en avoir vécu un certain nombre d'années en ce Parlement, j'ai une certaine difficulté à concevoir un meilleur système. On a plusieurs options, évidemment: on peut tout centraliser à Québec, on peut prendre les décisions à partir de l'édifice Catherine-De Longpré, sur le chemin Sainte-Foy, ou on peut peut-être créer des directions régionales qui sont uniquement des extensions du ministère dans les régions, ou on peut laisser les régions à leur propre compte, essayer de voir, avec un certain nombre d'établissements, comment ils vont répartir l'argent régionalement, qui me paraît très peu réaliste.

Le président et moi-même, on revient d'un sommet pancanadien sur la santé des Inuits, au Nunavik, essayer de voir comment, dans un territoire comme le Nunavik — et d'ailleurs ça s'applique, je dirais, uniformément à travers le Québec — comment une région peut, sans avoir un mécanisme central de planification et

attribution de ressources et de personnel, comment une région peut bien planifier la livraison des services sur leur territoire sans avoir quelque chose qui ressemble à une agence avec un conseil d'administration qui est formé de gens à travers la région.

Bref, ces réflexions vont continuer, j'imagine, M. le Président, ici et ailleurs, mais nous sommes convaincus qu'il y a toujours des choses à améliorer. Mais, malgré les imperfections, le rôle des agences est un rôle essentiel au niveau de la planification des services de santé et des services sociaux à travers le Québec.

Vous avez dressé un portrait, M. Allaire, généralement, je dirais, pour l'avoir entendu, positif du développement des services de santé et de services sociaux dans votre région depuis les trois dernières années. Il y a toujours des choses à améliorer, c'est normal, il n'y a pas personne autour de la table qui prétend que nous avons un système de santé et de services sociaux parfait, il y a des points à améliorer, et vous avez eu évidemment la transparence et franchise de le souligner également, et je suis persuadé que mes collègues de l'autre côté de la table vont mettre l'emphasis sur les points à améliorer. Ça fait partie du rôle des députés.

M. Allaire, j'aimerais peut-être vous entendre un peu plus sur l'évolution budgétaire dans la région. C'est toujours difficile de commencer avec des chiffres, ça a l'air un peu froid, comment est-ce que ça traduit une augmentation de x nombre de millions de dollars, mais je pense qu'il est important de débiter, en tout cas en ce qui me concerne et nous concerne, la députation ministérielle, avec un portrait un peu plus global. Si... Moi, j'ai bien compris, certains chiffres ont été fournis, l'enveloppe budgétaire, entre 2003-2004 et aujourd'hui, a connu une progression importante. Le chiffre que j'ai est... évidemment, moi, je les compare de 2003-2004, par hasard, avec 2007-2008, il y a une progression d'à peu près 228 millions de dollars, une augmentation de 31 % sur votre budget.

Peut-être, sans utiliser tout le temps qui nous est alloué, M. le président, vous pouvez nous dresser un... des exemples concrets pour nous. J'imagine, cette progression budgétaire a permis du développement de nouveaux services, il y a des projets en immobilisation qui étaient entrepris, et peut-être parler brièvement du volet Maintien des actifs, qui est relativement nouveau également, qui va permettre au réseau de santé et de services sociaux de maintenir des installations, des établissements ou d'améliorer la qualité physique de ces établissements. Je ne vous demande pas de nous dresser le portrait complet, mais peut-être tirer quelques exemples. Vous l'avez fait pendant votre présentation, mais je vous donne l'occasion de rendre un peu plus concret la traduction de ces chiffres importants de progression budgétaire, dans votre région, dans les services rendus à la population.

Le Président (M. Kelley): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Merci, M. le Président. Donc, je donnerai deux ou trois exemples additionnels du côté des services et, si vous permettez, par la suite on parlera des volets Immobilier, Maintien des actifs. Donc, bon, j'ai... Effectivement, la présentation mettait en lumière un certain nombre de choses; on peut en illustrer d'autres. Les investissements que nous avons pu

faire notamment du côté des services en déficience physique, où, au cours des dernières années, incluant cette année, nous avons pu investir pour près de 3 millions de dollars de développement, font en sorte que le nombre de personnes qui reçoivent des services spécialisés, pour un problème auditifs, pour un problème de locomotion, pour un problème de vision, pour un problème de langage, ces personnes ont été 3 679 en 2006-2007, c'est une hausse de 17 % par rapport à 2003-2004. Et j'attire votre attention particulièrement sur, par exemple, les enfants dysphasiques, qui sont maintenant 451, une augmentation de 25 % avec les investissements qui ont pu être faits, ou les personnes qui reçoivent des aides techniques à la vie quotidienne, à la vie domestique, qui sont 904 personnes. Bon, bien, il y a eu des investissements faits dans la région et il y a eu un accroissement des services.

● (10 h 20) ●

Deuxième exemple, l'Info-Santé, l'Info-Social. L'agence a pris — bien, si ça vous tente, on pourra en reparler — a pris une décision, a fait un arbitrage, a joué son rôle d'instance régionale, en 2005, en décidant qu'il y aurait un lieu centralisé pour la réponse 24/7, Info-Santé. Bien, ça fonctionne tellement que nous avons été la région retenue pour être un projet pilote pour l'accès au 8-1-1. Et, au moment où on se parle, il y a 235 000 appels qui sont traités annuellement par notre service 8-1-1, avec des standards de performance au niveau des délais d'attente: réponse en dedans de moins de quatre minutes, etc., qui sont en bas de la moyenne, meilleurs que la moyenne québécoise et pas tellement loin des cibles que l'on vise pour les citoyens. Qu'on puisse répondre, par exemple, à 80 % des appels en dedans de quatre minutes, hein, on comprend, bon bien, je pense qu'on est rendu à 73 %, c'est quand même excellent.

Un autre exemple que je pourrais vous donner, je pourrais aller du côté des services du côté du cancer, ou ceux de la néphrologie. Je vais finir avec ces deux-là, après ça on ira sur... Le cancer. Nous avons, encore une fois sous le leadership de l'agence, en appuyant les établissements mais en exerçant un rôle de vision, de coordination et d'investissement, mis en place le programme de lutte au cancer, avec une équipe régionale, sise au centre hospitalier régional de Trois-Rivières, et trois équipes locales, des équipes... et tant à Drummondville, à Victoriaville qu'à Shawinigan. L'agence a investi 2 millions de dollars pour qu'on puisse avoir des infirmières qui font... des infirmières pivots — tantôt, j'y faisais allusion pour les personnes âgées — mais pour les personnes atteintes du cancer. Et nous avons eu récemment une visite du groupe d'experts du ministère, sur le programme de lutte au cancer, et a souligné la qualité de ce qui se fait. Qu'est-ce que ça veut dire pour le citoyen, pour monsieur et madame? C'est: à partir du moment que j'ai un cancer, j'ai quelqu'un, une infirmière qui m'accompagne, qui m'aide à gérer ce que... mon anxiété, qui facilite mon accès aux services. Et ça, c'en est un exemple.

Un autre exemple, c'est les services de néphrologie, hein, où nous avons déployé... nous avons un centre régional qui a une mission régionale en néphrologie. Avec la collaboration des néphrologues du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et des médecins internistes de Victoriaville et de Drummondville, on a

pu mettre en place des unités satellites, et cela nous a permis de rejoindre un plus grand nombre de personnes qui ont un problème du côté des services... qui requièrent des services d'hémodialyse. Par exemple, l'hémodialyse hospitalière du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières est passée de 126 à 166 personnes qui, trois fois par semaine, vont recevoir des services d'hémodialyse, et nos deux unités satellites sont passées de 43 à 71 personnes qui reçoivent ces services-là, et nous avons commencé à mettre en place de l'hémodialyse semi-autonome, on a commencé à implanter aussi des cliniques d'insuffisance rénale avancée, qui rejoignent 400 personnes, 450 personnes, par rapport à 250 il y a deux ou trois ans.

Donc, voilà, je pourrais continuer. Je comprends qu'il faut que je fasse attention au temps utilisé. Maintenant, du côté des investissements dans les différents projets immobiliers, bon, la région a vu les enveloppes consacrées pour le renouvellement, la rénovation et le maintien des équipements immobiliers augmenter de façon importante. Je vous donne comme exemple: en 2004-2005, notre enveloppe statutaire était de 6,4 millions de dollars, en 2006-2007, c'était le double, 12 millions. Donc, au cours des trois dernières années, pour faire de la rénovation fonctionnelle, pour rénover des enveloppes architecturales, pour lutter contre les infections nosocomiales, etc., bien on a eu des investissements de l'ordre de 41 millions de dollars, et par ailleurs nous avons sur la table, non pas à dessein mais en voie de réalisation ou de... pour 160 millions de projets d'immobilisations complétés ou en voie d'être réalisés, et il y en a d'autres qu'on travaille, qui bientôt vont s'ajouter. C'est un élément important, parce qu'il faut qu'on ait des lieux qui soient adéquats pour les citoyens.

Je terminerai peut-être, M. le Président, avec un dernier exemple. Le choix fait par l'agence de faire en sorte que tous les établissements disposent du nombre d'infirmières requis pour faire la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Nous avons investi 700 000 \$ pour faire en sorte que tous les établissements aient, au-delà même des standards fixés par le ministère, les ressources humaines nécessaires pour faire la prévention, le contrôle des infections nosocomiales. Qu'est-ce que c'est que ça vient changer dans la vie des citoyens? Bien, d'abord, on l'imagine, personne ne veut l'avoir. On ne pourra jamais l'éliminer, le C. difficile, mais on peut le contrôler, le prévenir. Et, deuxièmement, on sait tout l'impact qu'ont des éclosions d'infections nosocomiales sur le bon fonctionnement du réseau, donc c'est une façon d'aider au bon fonctionnement du réseau.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Copeman: M. le président, vous êtes la deuxième agence, M. Allaire, qu'on rencontre dans le cadre, cette année, de cette législature, d'imputabilité et étude des rapports de gestion. Hier, c'était l'Estrie. Une collègue montréalaise de l'autre côté de la table avait indiqué que, dans un endroit en particulier, à un dossier en particulier, l'Estrie fait des jaloux, c'est-à-dire dans l'hébergement, l'attente pour l'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie, qui mesurait, dans l'Estrie, dans les jours, hein, entre 13 et 34, si ma mémoire est bonne, jours. À Montréal, on mesure ça facilement, la même période, en semaines sinon beaucoup plus important, en

termes de délai. Vous avez fait référence, M. Allaire, au nombre d'enfants en attente du programme... d'un programme ou des interventions comportementales intensives, ICI, pour les enfants autistes et avec d'autres troubles envahissants de développement. Vous avez indiqué que vous n'avez aucune attente. C'est bien ça?

M. Allaire (Jean-Denis): Pour le service intensif, nous avons 49 jeunes, et les 49 se voient offrir le service.

M. Copeman: Je vous félicite. Ça, ça fait des jaloux à Montréal aussi, hein? Je ne veux pas indiquer un certain pattern qui se développe, mais j'ai des responsabilités particulières pour la déficience physique, déficience intellectuelle, TED, et je suis en contact régulier avec les autorités des CRDI à travers le Québec. À Montréal, avant d'obtenir un premier service pour un enfant autiste, on peut facilement le mesurer de neuf mois à un an. Alors, je vous félicite.

M. Allaire (Jean-Denis): Mais c'est le Centre de services en déficience intellectuelle qui mérite les félicitations, M. le député.

M. Copeman: Oui. Oui, je suis bien conscient, avec des investissements modestes, cette année, à partir de cette année, de nouveaux investissements également mis à votre disposition.

Peut-être un dernier échange, M. le Président, dernier échange un peu plus technique sur les questions budgétaires. Je vous réfère, M. Allaire, à votre rapport annuel de gestion 2006-2007, à la page 119. Je n'ai pas perdu cette vieille habitude, M. le Président, de parfois scruter attentivement des documents qui sont soumis, formation de neuf ans dans l'opposition, peut-être, qui m'a développé cette habitude de voir.

Vous dressez un portrait financier des établissements. Deux items en particulier qui m'ont sauté aux yeux: dans le premier bloc des CSSS, je ne sais pas si c'est exact, le CSSS d'Arthabaska et de l'Érable qui, selon le tableau que vous nous avez fourni, affiche... ça a l'air d'un déficit de 3 millions, 3,5 millions de dollars, à la fin de 2006-2007, par rapport à un léger déficit de 383 000 \$ l'année précédente. Est-ce que ce chiffre est exact? Est-ce que c'est un déficit autorisé, et peut-être vous pouvez nous indiquer le pourquoi?

Deuxièmement, comme parlementaire, je trouve toujours intrigant quand il y a des colonnes qui ne sont pas remplies totalement. Alors, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, nous n'avons aucun chiffre pour des résultats de fin d'année. Vous pouvez peut-être nous éclaircir là-dessus également?

● (10 h 30) ●

M. Allaire (Jean-Denis): D'accord. D'abord, pour ce qui est du CSSS Arthabaska-Érable, vous faites bien d'attirer notre attention parce que ça nous permet d'éclaircir. Vous savez qu'il s'est passé un événement que, moi, personnellement, je qualifie d'historique. Il y a plusieurs années, en 2002, nous avons complété l'intégration dans la communauté de près de 500 personnes qui vivaient à l'Hôpital Saint-Julien. C'étaient des gens qui avaient pour la majorité une déficience intellectuelle, un certain nombre, des problèmes de santé mentale. C'est une opération qui a été réussie. Les gens ont été intégrés

dans des ressources dans la communauté, aussi bien dans Chaudière-Appalaches que dans notre région, que dans d'autres régions du Québec, avec des services...

M. Copeman: C'est mieux que de dire «désinstitutionnaliser», parce que j'ai de la misère à le dire, là? Alors, allez-y avec «intégrer», c'est bien plus facile. On peut dire «désins», si on veut, mais ce n'est pas très français, mais...

M. Allaire (Jean-Denis): De «désins», bon. Mais, moi, j'aime mieux parler d'intégration dans la communauté de ces personnes-là. Cette opération-là s'est faite en ouvrant des ressources, en investissant dans la formation, en investissant dans des services pour permettre que les gens qui étaient désinstitutionnalisés ou intégrés puissent avoir des services. Cette opération-là a été financée à l'aide d'emprunt, et cet emprunt-là, c'est la région qui le supporte. Mais l'agence ne peut pas emprunter. Donc, on retrouve ici... le 3,5 millions, ça correspond en réalité au coût de remboursement des investissements faits pour réaliser l'intégration dans la communauté des résidents de l'Hôpital Saint-Julien et aussi pour soutenir le maintien des installations. Parce que ce sont des installations qui existent toujours, et ça coûte pas mal d'argent, les maintenir. Donc ça, c'est pour ce qui est de... Donc, en soi, le Centre de santé et services sociaux Arthabaska-Érable, il faut que ce soit clair pour tous les membres de la commission, est en équilibre budgétaire au 31 mars 2007.

M. Copeman: Excusez-moi, M. Allaire. La valeur de l'emprunt va paraître pour un certain nombre d'années à venir, là, j' imagine?

M. Allaire (Jean-Denis): Oui, exactement.

M. Copeman: On peut s'attendre, la prochaine fois qu'on se rencontre, en espérant que c'est...

M. Allaire (Jean-Denis): On va essayer de présenter l'élément avec un peu plus de précision pour ne pas induire, là, que l'établissement est en déséquilibre, ce qui n'est pas le cas. On comprend.

L'autre élément, donc, dont on parle, c'est... Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, si je ne me trompe pas, a terminé purement et simplement en équilibre budgétaire, donc... Et je veux saluer ce résultat parce que ça a été le dernier établissement à se mettre en équilibre budgétaire. Il a dû résorber au fil des années un déficit ou un excédent des dépenses sur les revenus important, et ça s'est soldé au 31 mars par un équilibre budgétaire et qu'on prévoit encore pour l'année 2007-2008.

M. Copeman: Merci, M. Allaire.

Le Président (M. Kelley): Alors, je suis prêt maintenant à céder la parole au député de La Peltre, le porte-parole de l'opposition officielle. La parole est à vous, juste en rappelant que, selon notre formule habituelle, il y a environ 53 minutes pour les députés ministériels, moins le temps que le député de Notre-Dame-de-Grâce vient d'utiliser, 45 minutes, et 40 minutes pour le deuxième parti de l'opposition. Si vous voulez, je peux vous aviser

à la mi-temps pour avoir les deux blocs comme hier. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous, M. le député de La Peltre.

M. Caire: Merci, M. le Président. D'abord, bienvenue à vous tous. Merci d'être là. C'est un plaisir de participer à cet exercice, qui est effectivement très important, sur la reddition de comptes. Je vais reprendre un peu là où mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce a laissé, sur les débats que nous pouvons avoir sur la pertinence des agences, sur l'action des agences, sur le modèle qui est en place, et référer au fait qu'on a parlé d'un système, au Québec, qui est effectivement décentralisé, puisqu'on a évidemment le ministère de la Santé et des Services sociaux. Chaque région a une agence, à l'exception de certaines comme la vôtre qui couvre deux régions administratives, plus 95 CSSS qui ont une responsabilité populationnelle locale.

Par contre, ce que je constate, puis vous pourrez peut-être réviser cette perception, c'est que la décentralisation, elle est théorique, puisque ce que je sais, ce que j'apprends, ce qu'on me dit, c'est que les agences ont un rôle de communication qui serait unidirectionnel, donc. J'ai même entendu parler d'agences qui étaient des sous-ministères en région. J'ai eu l'occasion cet été de visiter plusieurs établissements, dont celui de Shawinigan, de Trois-Rivières, de Drummondville, de parler avec la direction de ces établissements, bien en fait des CSSS, et on a une perception qu'il y a un problème de gouvernance. Et cette perception-là est renforcée par le dernier rapport du Vérificateur général, qui parle de confusion dans les rôles, dans les missions, qui souligne le fait que les conseils d'administration des agences sont des instances très théoriques, notamment du fait que le président-directeur général de l'agence est nommé par le ministre et non par le conseil d'administration.

J'aimerais vous entendre sur ces perceptions-là, sur les évaluations qu'en font le Vérificateur général du Québec, qui est quand même une instance extrêmement sérieuse dans son travail, dans son analyse, et que vous ayez peut-être l'occasion de clarifier certains éléments, notamment sur le rôle de l'agence. Vous avez parlé tout à l'heure de son rôle d'arbitre, oui, mais son rôle de représentation des régions vis-à-vis du ministère aussi. Moi, c'est ce que j'en comprends, puis ce que je constate sur le terrain, c'est que ça ne semble pas être le cas. On a parlé de picogestion, on a parlé de boîte à malle du ministère, c'est des termes qui étaient très durs qui étaient utilisés par des directeurs généraux de CSSS, là. J'ai l'impression que ces gens-là n'avaient pas un intérêt particulier à me dépeindre un tableau de la situation qui n'était pas ce qu'ils vivaient. Et ce que j'en recevais comme message, c'est que ça amenait une lourdeur inutile, une perte d'efficacité pour les CSSS dans leur mission, parce que beaucoup de demandes, beaucoup de redditions de comptes pas nécessaires à la bonne gestion.

Est-ce que vous avez, selon vous, un rôle qui est clair, un rôle qui est ciblé et un rôle qui répond vraiment à des préoccupations de bon fonctionnement de la région ou un rôle qui répond plus à des objectifs politiques du ministère?

Le Président (M. Kelley): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Merci, M. le Président. À nos yeux, il n'y a pas de doute, il n'y a pas d'ambiguïté quant au rôle qu'exerce l'agence. L'agence n'est pas un sous-ministère en région, c'est un organisme de coordination et de soutien à la mise en place d'un réseau, de réseaux locaux au sein d'un réseau régional cohérent. C'est une agence qui exerce ses responsabilités en tenant compte bien entendu des priorités qui peuvent venir du gouvernement, des crédits qui sont adoptés par l'Assemblée nationale, souvent avec des orientations à travers ces crédits-là, hein? On veut investir tant, par exemple, en soutien à domicile ou auprès des personnes qui ont un trouble envahissant du développement, etc. Et on doit le faire en tenant compte de la réalité de la région.

Je n'ai aucune... il n'y a pas d'ambiguïté quant au rôle. Ce rôle-là, donc c'est un rôle de coordination et de soutien. Ça signifie quoi concrètement? C'est... et j'ai donné des exemples et j'en donnerai d'autres, l'agence, avec les partenaires, dont les établissements, on se donne une vision ensemble, on convient de qui fait quoi, on se sert du levier financier dont nous disposons. Parce que les crédits que nous recevons du ministère, c'est une enveloppe, avec des orientations, mais après ça il y a des choix qui se font en région qui sont différents d'une région à l'autre. Nous nous servons de ces outils-là et d'autres outils pour soutenir les orientations et les priorités qu'on se donne en région, et on fait aussi du soutien d'autres façons: des programmes de formation, différentes activités qui font en sorte que ce réseau-là, en Mauricie et Centre-du-Québec, il vise à être cohérent et cohésif.

Et il n'y a pas de confusion de rôles quant à moi entre le rôle de l'agence et le rôle des CSSS. Les CSSS ont une responsabilité, ont été créés pour avoir une responsabilité de planification, d'organisation et de coordination des services dans leur territoire, de mise en réseau; ils ont une responsabilité par rapport à la population de leur territoire. L'agence a une population par rapport à la population de l'ensemble de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Et on doit s'assurer qu'il y ait une équité entre les territoires, on doit s'assurer que les pratiques soient relativement cohérentes d'un territoire à l'autre. On doit s'assurer qu'il y ait une bonne continuité des services, parce qu'il n'y a jamais un territoire qui est capable d'être autosuffisant. Il y a donc toujours une interrelation entre les territoires, et il y a ce rôle-là de gestion et de coordination. Oui?

● (10 h 40) ●

M. Caire: Je comprends ce que vous me dites, là, puis en théorie je ne peux pas être en désaccord avec ce que vous dites, mais dans la pratique... Je vous donne un exemple concret, l'hôpital de Drummondville qui demande un centre mère-enfant depuis des années, qui a été promis en campagne électorale par le premier ministre lui-même, et, au moment où on se parle, on ne voit même pas le début du commencement de la réalisation, alors que tout le milieu se mobilise, tout le milieu est derrière ce projet-là, toutes les instances locales sont... y compris évidemment le CSSS. Qu'est-ce que l'agence concrètement a fait auprès du ministère pour que ce projet-là, qui est nécessaire, hein — je pense qu'on le voit, là, on n'a pas un surplus de places pour les accouchements au Québec, là, je pense que

c'est une réalité — qu'est-ce que l'agence a fait concrètement pour que ce projet-là se concrétise, voie le jour en réponse à la demande et aux besoins du milieu?

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, dans le dossier du centre famille-enfant, le rôle de l'agence a été de pouvoir soutenir le centre de santé et services sociaux dans la préparation de son projet, notamment en ayant recours à des expertises externes pour soutenir le centre. Nous avons véhiculé les besoins auprès du ministère, et la réponse que reçoit le centre est une réponse qui est positive et qui s'inscrit, avec des réserves sur lesquelles je pourrai revenir, mais qui s'inscrit dans le processus qui a cours à travers le Québec pour les projets d'immobilisations.

Depuis maintenant deux ou trois ans tout au plus, avant qu'une construction puisse se réaliser on doit demander, on doit convenir de la pertinence du besoin. Ce besoin-là, il est pertinent. Qu'il y ait un centre famille-enfant, qu'il y ait un projet d'agrandissement à l'Hôpital Sainte-Croix, c'est un projet qui est pertinent et que l'agence a toujours, dans l'exercice de son rôle, promu auprès du ministère.

La réalisation de ce projet-là cependant doit emprunter le même parcours que tout autre projet: d'abord, reconnaissance de la pertinence, et il y a un avis... une demande d'avis de pertinence qui a été adressée au ministère, et la réponse a été de dire: Oui, c'est pertinent, mais on vous demande, dans la réalisation de l'autre phase qui est celle de faire ce qu'on appelle un PFT, là, une planification fonctionnelle et technique, de tenir compte d'un certain nombre de considérations, notamment de s'assurer que le volume, le nombre de lits requis, le nombre de places, emplacement des différentes installations, soient bien interreliés, et soient plus fonctionnels, et correspondent aux besoins d'aujourd'hui et de demain de la population de Drummond, qui est une population en croissance, hein. Dans notre région, c'est une des seules populations en croissance.

Donc, qu'a fait l'agence? L'agence a soutenu et a accompagné l'établissement dans ces démarches-là, a fait les représentations au ministère. Qu'entend faire l'agence dans ce dossier-là? Elle entend, l'agence — et nous sommes déjà en travail avec la direction générale, avec la direction de cet établissement-là — aider et accompagner, faire en sorte que le projet fonctionnel et technique, que n'importe quel projet au Québec doit produire, hein, n'importe quel établissement doit produire avant d'avoir l'autorisation de construire, qu'il soit conforme aux besoins à répondre et conforme aussi aux différentes balises qui ont cours à travers le Québec pour les services de pédiatrie, tenir compte des sages-femmes, etc.

Donc, le rôle de l'agence, c'est ce rôle, dans ce cas-là, d'accompagnement. Mais ce n'est pas que faire de l'accompagnement, ce n'est pas que faire de la promotion, c'est faire de l'arbitrage aussi, une agence.

Tantôt, je vous donnais... j'ai fait allusion — vous allez me permettre, M. le Président — aujourd'hui, on se targue d'avoir un Info-Santé performant, bien, si ça avait été des établissements à l'époque, en 2005, nous n'aurions jamais été en projet pilote. C'est l'agence qui, après avoir mené des travaux avec les établissements, a convenu qu'il y en aurait un, centre, qui ferait

l'Info-Santé 24/7, et qui a investi plus de 2 millions de dollars pour le soutenir. Et donc...

M. Caire: M. Allaire, M. Allaire...

M. Allaire (Jean-Denis): ...qu'on appelle ça une agence ou... Je complète en disant: Il y a toujours selon moi une nécessité d'un palier régional, et nous avons la conviction que ce n'est pas qu'être une boîte à malle. Nous ne sommes pas une boîte à malle.

M. Caire: Je ne conteste pas la pertinence d'un palier régional ni même le rôle d'arbitrage qui peut être joué à ce niveau-là. Par contre, ce qui m'interpelle, bon, on parlait du centre mère-enfant, puis ce que j'en comprends, c'est que les étapes que vous décrivez ont été franchies il y a longtemps, ce que j'en reçois de la direction générale même de l'hôpital, c'est que ces étapes-là ont été franchies, et on ne s'explique pas les retards et on ne s'explique pas non plus un certain silence de l'agence. Je pense qu'on aimerait sentir que l'agence peut pousser dans un sens mais dans l'autre sens aussi.

Je reviens au rapport du Vérificateur général, qui souligne les problèmes de gouvernance, qui souligne la confusion des rôles et qui souligne le fait que le président-directeur général soit nommé par le ministre, bien c'est peut-être une hypothèque sur sa capacité justement à pousser dans l'autre sens. Vous en dites quoi, vous?

M. Allaire (Jean-Denis): Bien, moi, je pense que... d'abord, vous faites bien de circonscrire... Le rapport du Vérificateur général du Québec, ce qu'il parle, c'est du fonctionnement des conseils d'administration, hein, l'exercice des rôles de chacun. Ce n'est pas sur la pertinence ou non de l'un ou l'autre des paliers.

Écoutez, nous fonctionnons dans un mode où l'Assemblée nationale a adopté une loi qui a fait en sorte que les présidents-directeurs généraux sont nommés par le ministre. Nous avons, avec notre conseil d'administration, bien entendu pris connaissance des recommandations et des constats du Vérificateur général du Québec, et nous avons particulièrement regardé toutes les recommandations qui concernaient le fonctionnement même de l'agence et du rapport entre le président-directeur général et le conseil d'administration, et nous avons convenu d'un certain nombre d'éléments d'amélioration.

Il faut dire que ça fait des années qu'à chaque année on fait une évaluation avec le conseil d'administration en session intensive, on regarde qu'est-ce qui va, qu'est-ce qui ne va pas, qu'est-ce qu'on améliore, pour faire en sorte que le conseil d'administration joue son rôle, hein? Le conseil d'administration a un rôle important, de mettre son appui et d'adopter un certain nombre d'orientations qui sont significatives dans la région. Tantôt, j'ai parlé de néphrologie, bien ce sont des orientations régionales. Le conseil d'administration le porte.

Quand c'est porté par un conseil d'administration, on dira ce qu'on voudra, ça a une légitimité différente que lorsque ce n'est porté strictement que par un individu. Donc, le P.D.G. travaille avec le conseil d'administration. C'est certain qu'il est nommé par le ministre, tout comme les membres du conseil d'administration. C'est l'environnement dans lequel on est. Mais nous cherchons et,

je pense, nous obtenons assez bien un exercice des rôles du conseil d'administration où celui-ci joue le rôle qui lui revient d'être en vigie pour s'assurer qu'on mène, on prend les décisions qui sont les bonnes, qu'on mène les processus qui sont corrects, qu'on ait une équité entre les différents territoires, et qui vient mener des débats et interpeller, là.

Écoutez, le conseil d'administration, il n'y a pas très longtemps encore, interpellait le ministre sur justement la question des effectifs médicaux. Il ne s'est pas baïllonné pour ça. Il a pris des résolutions. Il a dit: M. le ministre, les effectifs médicaux chez nous, là, c'est un enjeu important puis il serait important qu'il y ait telle, telle, telle chose qui se fasse. Il y avait eu des recommandations du Département régional de médecine générale, de la Table des chefs de médecine spécialisée. Donc, on est dans cet univers-là. Et notre souci, c'est de regarder ce que nous avons fait, ce que nous allons continuer de faire, et bien entendu les recommandations du Vérificateur général, et de faire en sorte qu'on fonctionne de la façon la plus efficace possible dans le cadre dans lequel nous nous trouvons.

M. Caire: M. Allaire, je vais vous amener sur un autre sujet. Mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce l'a abordé brièvement, c'est l'hébergement. En consultant le rapport annuel, je n'ai pas vu combien vous aviez de places d'hébergement sur le territoire. J'ai peut-être manqué l'information, là, je ne dis pas que... Mais seriez-vous assez aimable pour me transmettre l'information?

M. Allaire (Jean-Denis): Bien, en fait, au tout début du document, là, on indique qu'au moment où on se parle nous avons 2 713 places d'hébergement de longue durée, auxquelles s'ajoutent 948 places de ressources de type familial et intermédiaire. C'est au 31 mars 2007. Vous retrouvez cette information au tout début, dans le portrait de la région. C'est pour ça peut-être, M. le député, vous... ça a peut-être passé inaperçu.

M. Caire: Qui est dans le document d'appui?

M. Allaire (Jean-Denis): On trouve ça en page 16 du document. Vous avez en haut, à gauche, là, le nombre d'installations de soins de longue durée, 449, 2 713 lits d'hébergement permanent, 42 lits d'hébergement temporaire, et, un peu plus bas, dans les puces, vous voyez les ressources intermédiaires type familial, là, qui totalisent 948 places pour ce qui est des personnes âgées en perte d'autonomie.

M. Caire: Parce que je regardais justement le document, où on disait, bon, qu'il y avait quand même certains délais d'attente au niveau de l'hébergement des personnes âgées. Si je vais justement à la page 46 du document — c'est bien ça — ...

M. Allaire (Jean-Denis): On parle du rapport annuel 2006-2007, M. le député?

M. Caire: On parle du rapport annuel...

M. Allaire (Jean-Denis): Merci.

● (10 h 50) ●

M. Caire: ...tout à fait, où vous parlez, bon: délai moyen d'attente de 27 jours, des délais qui varient selon les ressources concernées: 19,8 jours pour les CHSLD, 63,7 jours pour les ressources intermédiaires et 11,2 jours pour les... Donc, j'imagine qu'il y a des listes d'attente. Est-ce que vous êtes en mesure de nous dresser un portrait de la situation au niveau de l'attente dans l'hébergement pour votre région?

M. Allaire (Jean-Denis): De listes d'attente, je vais vérifier, je vais demander tout à l'heure au directeur des services sociaux, M. Lacour, s'il peut répondre sur cet élément-là. Ce que je veux vous dire, c'est que, moi, en tout cas, moi, je n'ai pas en mémoire, là, un nombre exact de personnes en attente. Ce que ça reflète cependant, ces chiffres-là...

M. Caire: Mais est-ce qu'il y a une liste d'attente? Premièrement, est-ce qu'il y a une liste d'attente? Et, si oui, on...

M. Allaire (Jean-Denis): On a un délai d'attente, hein. Ce qu'on constate, là, c'est que j'ai 19 jours... ou en tout cas des moyennes, avec un certain nombre... avec des délais d'attente qui sont différents selon les catégories de ressources. Est-ce que j'ai un nombre exact de personnes en attente? On a traité, la dernière année, 1 617 demandes d'hébergement. Je vais demander à M. Lacour s'il peut nous dire si on a des gens en attente au moment où on se parle.

Le Président (M. Kelley): M. Marc Lacour.

M. Lacour (Marc): Oui, M. le Président. Actuellement, nous, on suit de façon quotidienne et on fait un rapport hebdomadaire sur l'ensemble des délais d'attente, particulièrement dans la région métropolitaine de Trois-Rivières où on a une pression plus forte. Au moment où on se parle, c'est-à-dire hier, il y avait 17 personnes qui étaient en attente d'hébergement pour un CHSLD, et la durée moyenne pour admettre quelqu'un était de 10 jours. Actuellement, nous avons des standards qu'on a convenus avec les établissements qui visent à faire en sorte que dans 80 % des situations on puisse admettre les personnes âgées en hébergement dans un délai inférieur à 72 heures, particulièrement chez les personnes âgées qui ont reçu un congé hospitalier et qui sont en fin de traitement actif.

M. Caire: Merci. Parce que je vois aussi que vous avez une augmentation importante... Bon. Vous faisiez référence tout à l'heure à certaines difficultés qu'il pouvait y avoir au niveau des urgences, et ce que je vois à la page 70... 72 du document, qu'il y a une augmentation importante des personnes âgées à l'urgence. Donc, si je regarde le pourcentage des séjours de 48 heures sur civière, là, vous êtes passés de 2,6 % à 3,7 %; les séjours de 48 heures pour les personnes de 75 ans et plus, on passe de 4,5 % à 7,2 % dans les urgences. En fait, ma question, c'est: Est-ce que ça, ça ne traduit pas un manque de lits d'hébergement dans la région?

Le Président (M. Kelley): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Merci, M. le Président. Ça reflète en partie cet élément-là, mais pas uniquement cet élément-là. D'abord, premier constat, hein: les gens qui se présentent dans les urgences des hôpitaux et qui ont un état de santé qui demande à ce qu'ils soient mis sur civière, plus souvent qu'autrement, en bonne partie, ce sont des personnes âgées. Quand j'ai une décompensation d'un système dans mon corps, bien il y en a d'autres, puis là ça devient complexe. J'ai à travailler donc avec un bon nombre de personnes... nous avons à travailler avec un bon nombre de personnes âgées. Nous avons mis beaucoup, beaucoup, beaucoup d'emphase pour augmenter et assurer la bonne fluidité des services autour des hôpitaux. Tout à l'heure, je vous disais que nous avons investi dans ce domaine-là. Je mentionne par exemple: au cours des quatre dernières années, en hébergement, nous avons investi 6,6 millions de dollars et nous avons investi 7,8 millions pour le soutien à domicile. Nous avons donc permis aux établissements de développer des places, et surtout des places de type intermédiaire, parce que, vous le voyez, M. le député, les attentes sont surtout de ce côté-là.

M. Caire: Je comprends par contre justement — puis c'est assez intéressant, ce que vous dites — parce que vous dites avoir investi dans ces domaines-là, par contre en même temps vous dites, page 47 du document: Le maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel, donc les soins de maintien à domicile, les cibles de 2006-2007 ne sont pas atteintes, et les délais d'attente les plus significatifs, 63,7 jours, sont au niveau des ressources intermédiaires. J'aimerais savoir: le ratio de lits par population dans votre région, est-ce que ça tourne aux alentours des cibles ministérielles, 3 par mille?

M. Allaire (Jean-Denis): Au moment où on se parle, nous avons au total — attendez une seconde, je regarde mes chiffres — on est à environ 3,2 lits de soins... de places en CHSLD par... et en ressources non institutionnelles, nous sommes, au moment où on se parle, aux environs de 1,1 à 1,2. Nous visons, en 2010... en réalité, nous avons devancé les investissements cette année, donc d'ici la fin de l'année nous aurons une capacité d'offre d'hébergement de 4,5 places par 100 personnes âgées dans la région. Mais c'est pour ça... J'en profite, M. le Président, pour dire: Il y a une question de disponibilité de services, j'ai une question aussi de prise en charge médicale, de bonne fluidité au sein même de l'hôpital. Tout ça, si on n'avait pas des problèmes d'effectifs médicaux, au moment où on se parle, nous avons des places qui pourraient être utilisées pour l'hébergement des personnes âgées, mais, à cause de notre manque de médecins, nous ne sommes pas capables d'assigner un médecin pour faire l'hospitalisation... pas l'hospitalisation, l'hébergement.

M. Caire: J'essaie de...

Le Président (M. Kelley): Est-ce que vous êtes au mi-chemin? Vous pouvez continuer, mais...

M. Caire: Une dernière. Une petite dernière, M. le Président, une pour la route. J'essaie de comprendre, je vois ici le directeur général CSSS

Arthabaska-des Érables qui déclare dans un hebdo local qu'il y a une fermeture, 62 lits en places d'hébergement qui sont fermés parce qu'il y a un virage qui va se faire vers les soins à domicile. Donc, on ferme des places en hébergement parce qu'on s'en va vers les soins à domicile, mais, les soins à domicile, on n'atteint pas les cibles, puis en ressources intermédiaires on n'a pas les places nécessaires pour assurer le service adéquat. J'essaie de comprendre la logique administrative de tout ça, là.

M. Allaire (Jean-Denis): D'accord. Dans Arthabaska-Érable, si on complète bien le portrait, c'est que l'établissement a adopté son plan d'action, qui prévoit l'ouverture de 91 places en ressources non institutionnelles, la réduction de 61 places en CHSLD, donc une augmentation nette de 30 places.

M. Caire: Comment est-ce que vous pouvez me situer? Parce que les places...

M. Allaire (Jean-Denis): Les places...

M. Caire: Est-ce que les places vont être fermées au moment où les... après que les autres places soient ouvertes...

M. Allaire (Jean-Denis): Exactement, exactement.

M. Caire: ...ou si on va commencer par fermer les places, puis après ça on va en ouvrir d'autres?

M. Allaire (Jean-Denis): Non. On est dans une opération, on accompagne... On se demande: C'est quoi, le rôle d'une agence, hein? C'est quoi, le rôle d'une agence? C'est un bon exemple, ça. Nous sommes en discussion avec l'établissement, on convient de son plan d'action, et nous savons qu'il y a des coûts de transition. Il faut ouvrir les places des ressources non institutionnelles avant de fermer des places de CHSLD. Il y a des coûts de transition, hein, j'ai des doubles coûts pendant un certain temps, un an, disons, à titre d'exemple. Bien, ces coûts de transition là, c'est l'agence qui supporte l'établissement. Quand on fait une opération comme celle dont parle le directeur général du CSSS, qu'est-ce qu'on fait? D'une part, on améliore les lieux d'hébergement, parce que ces lieux d'hébergement là aussi vont connaître des changements, des améliorations, des rénovations fonctionnelles, grâce aux investissements que l'établissement fait, avec le soutien de notre agence. Deuxièmement, on fait qu'il y ait une gamme de ressources, dans ce territoire-là... moins diversifiée que dans d'autres, plus diversifiée, pour faire que les gens... On se rend compte, par exemple, que les ressources intermédiaires, c'est une bonne place pour les gens qui ont des troubles cognitifs. Il manque de places, ils vont en ouvrir. Troisièmement, l'établissement fait l'équité. Il y a un territoire qui s'appelle la MRC de l'Érable et la MRC Arthabaska... va avoir une offre assez équilibrée. Quatrièmement, il renforce son maintien à domicile.

● (11 heures) ●

Au total, j'ai plus de places d'hébergement, j'ai plus de places d'hébergement adapté, une offre plus adaptée, j'accrois mon soutien à domicile et j'accrois la

qualité même des milieux d'hébergement, des installations de ce territoire. C'est ça, le plan de travail du CSSS Arthabaska—Érable.

Le Président (M. Kelley): Ça va pour le moment?

M. Caire: Une petite, petite...

Le Président (M. Kelley): Une dernière dernière?

M. Caire: Une vraie dernière dernière, M. le Président. Je comprends ce que vous me dites; par contre, vous dites vous-même que la région Mauricie et Centre-du-Québec est une population plus vieille, de façon générale, que la moyenne du Québec, et donc on peut penser que vous allez être frappés par le vieillissement de la population d'une façon plus importante.

Ce que je comprends aussi, dans l'allocation des ressources, c'est qu'on va envoyer en CHSLD, par exemple, des gens qui nécessitent trois heures soins ou plus, donc des cas qui sont lourds, ce qu'on n'enverra pas en ressources intermédiaires, idéalement. Je ne vous dis pas que c'est impossible, mais idéalement ce n'est pas dans les politiques, si j'ai bien compris.

Donc, vous, en ayant une population plus vieille que la moyenne, donc frappée plus lourdement que la moyenne, est-ce que les places en CHSLD que vous fermez maintenant pour aller vers des ressources intermédiaires, des ressources intermédiaires qui vont vous renvoyer ces personnes-là, parce qu'à un moment donné c'est extrêmement dommage, mais le cycle de la vie fait que la santé ne s'améliore pas, et donc vont devenir des cas plus lourds, alors, ou vous donnez aux ressources intermédiaires plus d'outils ou vous gardez en place les places en CHSLD... Mais est-ce que vous n'êtes pas en train de créer aujourd'hui la pénurie de demain, là?

M. Allaire (Jean-Denis): Je croirais que non. D'abord, on se rappelle... Puis, c'est partagé partout, hein? Les gens veulent rester à domicile le plus longtemps possible, et ça va être de plus en plus vrai. Les gens souhaitent aller, lorsqu'ils ne peuvent pas rester à domicile, dans des ressources qui s'apparentent le plus à un milieu naturel.

Nous avons une transformation qui est en cours. Je crois que le défi auquel on est confrontés, ce n'est pas de maintenir ouvertes des places de CHSLD, je pense que la stratégie générale qu'on prend... d'abord, permet de rejoindre plus de personnes, maintenir à domicile des gens plus lourdement hypothéqués dans leur état de santé... Et, même dans les ressources intermédiaires, les gens, ce n'est pas nécessairement un passage automatique, c'est-à-dire: je passe du domicile à la ressource type familial, à ressource type intermédiaire, au CHSLD. Dans la grande majorité des cas, on tente d'accompagner les gens jusqu'à la fin de leur vie dans la ressource où ils se trouvent, et à ce moment-là se fait l'ajustement progressif. Et ça, c'est le rapport qu'a le CSSS avec la ressource pour faire en sorte que le soutien accordé à la personne en question par la ressource intermédiaire et éventuellement même par des ressources professionnelles qui viennent du CSSS puissent graduer et progresser en fonction de la détérioration de la santé.

On est confronté avec un vieillissement de la population qui dit: Est-ce qu'il faut construire des places de CHSLD ou maintenir toutes celles qu'on a pour pouvoir y faire face? Nous, le pari qu'on a pris... pas le pari, parce que ce n'est pas un pari, ça fait comme un jeu, ce n'est pas un jeu, le choix qui a été fait dans la région... Puis vous le voyez, hein? Quand on regarde la proportion de ressources non institutionnelles qu'on a dans la région, là, c'est près de 1 000. Puis là je parle seulement des personnes âgées, hein? J'en ai dans d'autres secteurs. Il y a un choix de fait d'avoir des ressources les plus proches possible des milieux de vie aussi, hein? Une ressource intermédiaire, là, souvent ça peut être plus proche des localités d'origine des personnes. Nous, on pense qu'il faut investir davantage de ce côté-là, que l'avenir va être aussi à renforcer davantage de soutien à domicile, là où les gens demeurent, à domicile, dans les résidences privées pour personnes âgées, dans les ressources intermédiaires, et, oui, se servir du CHSLD vraiment en fin, en fin de vie.

Mais il y a un équilibre à faire dans l'offre, dans les services qu'on offre à la population, et je crois qu'on n'est pas nécessairement en train de créer un problème; au contraire, on est en train de développer des solutions, notamment le rapprochement des CSSS avec les résidences privées, dans le cadre de la certification, d'après moi, d'après nous et d'après les dirigeants des CSSS, va amener un... nous sommes déjà... les CSSS font déjà du soutien à domicile dans ces résidences-là, mais à un accroissement du soutien des personnes dans ces résidences-là, parce que, vous comme moi... je vais placer peut-être plus moi... quand je vais être en perte d'autonomie, je vais d'abord souhaiter de recevoir des services où je demeure. Je crois que notre défi, il est là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Beauharnois.

M. Deslières: Merci, M. le Président. Madame, M. Allaire, messieurs, bienvenue à cette commission. D'entrée de jeu, vous avez souligné, et pour cause, l'apport des hommes et des femmes qui à chaque jour s'investissent sept jours par semaine, 24 heures par jour, et vous leur avez rendu hommage. Et je veux les saluer, de notre part et bien sûr de l'ensemble de nos collègues, saluer ces personnes, ces hommes et ces femmes qui font un travail extraordinaire dans notre réseau, dans des situations parfois excessivement difficiles, et les saluer et également leur rendre hommage. Vous l'avez fait, puis j'ai senti, tout au long de votre intervention, que c'était au coeur de vos préoccupations, ces hommes et ces femmes qui sont en fin de compte le réseau de santé, et je tiens à souligner leur apport.

M. le Président, pour poursuivre sur la lancée de mon collègue, on parle de région... d'une des régions ou la région — vous me corrigerez, là, M. Allaire, là — qui est une des plus âgées du Québec. On me dit, de mémoire, là, que d'ici 2026 les personnes de 65 ans et plus auront doublé par rapport à aujourd'hui. Or, c'est énorme! C'est aujourd'hui, ça, 2026, et, mon collègue, vous avez répondu, mais, de façon très amicale, vos réponses ne me satisfont pas. Je voudrais aller beaucoup plus loin, si vous me permettez, parce que c'est, un, je

pense, en tout cas à l'analyse de l'ensemble des documents que j'ai devant moi, que j'ai pu parcourir, puis tout ça, et puis vous l'avez mentionné dans votre intervention, c'est un défi colossal, là, que vous avez, et vos réponses, vous semblez dire: Correct, c'est la bonne voie, et, si la tendance se maintient, si, aujourd'hui, elle est plus âgée, si elle vieillit plus rapidement, donc forcément cette population va être plus âgée au cours des prochaines années. Et on me dit que l'accélération du vieillissement est majeure, là, c'est important, là, c'est très important chez vous, en Mauricie et Centre-du-Québec.

Ma question bien précise: Est-ce que, au moment où on se parle et au cours des prochains mois, des prochaines années... je vais dire des prochains mois, vous avez vraiment un plan, là, un plan d'action, une stratégie globale et colossale pour faire face à ce défi-là en termes — je reviendrai à d'autres constats ou d'autres défis que vous avez fait mention tout à l'heure; en termes de — main-d'oeuvre? Parce que ça va prendre de la main-d'oeuvre, ça va prendre des investissements, ça va prendre des... Tout ça pour répondre aux besoins de nos personnes âgées. Est-ce que vous avez une stratégie, là, globale, effective, des plans systématiques qui vont nous conduire, là, au cours des prochaines années, à faire face à ce défi majeur?

M. Allaire (Jean-Denis): Nous...

M. Deslières: Dites-moi donc... 30 secondes, si vous me permettez, M. le... Dites-moi donc, sans en faire une explication, là, majeure, mais là quelles sont les causes du vieillissement, chez vous? Je comprends que les gens vieillissent naturellement. Est-ce qu'il y a plus de femmes que d'hommes? Est-ce que les jeunes quittent la région, ce qui fait augmenter? Bien sûr, le temps, là, je comprends.

Le Président (M. Kelley): Alors, pourquoi est-ce qu'on vieillit?

M. Deslières: Non, non, non: plus rapidement.

Le Président (M. Kelley): Grande question existentielle.

M. Deslières: Est-ce que les jeunes... Est-ce que les jeunes quittent la région de façon importante, ne reviennent pas? Une courte explication, là.

M. Allaire (Jean-Denis): Mais, écoutez, très brièvement, là, je ne suis pas sociologue ou démographe, ce que je vous dirais, c'est que, d'abord, hein, le phénomène que vous nommez, en 2026, nous allons avoir 30 % des personnes de 65 ans et plus. Le Québec, ça va être 25 %. Le Québec aussi, ça double. Hein, on double tous, on double tous. Bon. Dans la région...

M. Deslières: ...accélération chez vous.

M. Allaire (Jean-Denis): ...c'est inégal. Disons, la majorité des territoires de la région sont en stabilité démographique, quand je regarde. Donc, qu'est-ce que ça veut dire? C'est que j'ai un renouvellement, mais je

n'ai pas l'ajout de personnes. Les zones qui sont en développement sont davantage dans le sud, notamment le territoire de Drummond, qui a une population croissante, comme le phénomène qu'on retrouve dans la ceinture de Montréal. Donc, et ça, à quoi c'est lié? Bon, bien, ça peut être lié à différents facteurs économiques ou de dynamique. Je ne peux pas aller beaucoup plus loin dans ma réponse.

M. Deslières: Ça va. Maintenant, votre plan d'action.

● (11 h 10) ●

M. Allaire (Jean-Denis): Oui, le plan, d'accord. Oui, nous avons un plan qui est en action. Tout à l'heure, je vous ai mentionné qu'en décembre 2005 nous avons adopté le plan d'action pour faire face au vieillissement. Dans ce plan d'action là, on parle aussi bien de prévention, des services de santé physique, des services de réadaptation, du maintien à domicile, de l'hébergement, de la formation du personnel, du soutien aux proches, d'un certain nombre de mesures qui sont dans ces plans-là et que nous actualisons. Quand, cette année... ou quand je regarde, par exemple, les quatre dernières années, en incluant les crédits de cette année, je vous parle d'investissements de 14 millions de dollars, là; c'est qu'on met sur la table l'argent pour que ça marche. Par exemple, en décembre 2005, on s'était dit, comme objectif, qu'on allait augmenter de 25 % les budgets, d'ici 2010, les budgets consacrés au soutien à domicile. Nous sommes au début de 2008, on a déjà 75 % du chemin parcouru. Nous avons dit que nous allions augmenter les ressources notamment d'hébergement au total par une transformation, on y a fait allusion tout à l'heure. Cette année, nous avons complété les investissements pour le permettre. Je vous signale aussi que, lorsque nous donnons de l'argent, lorsque l'agence attribue de l'argent au territoire, c'est sur des bases qui tiennent compte des profils de population. Donc, si un territoire a une population plus âgée, bien il y a plus de ressources qu'un autre qui a moins de population âgée, toutes proportions gardées, toutes choses étant égales par ailleurs, il y en a un peu moins, ça tient compte du profil populationnel.

Nous venons de mettre en place 30 places de soins posthospitaliers pour faire en sorte que des personnes âgées dont les soins actifs sont finis à l'hôpital puissent avoir une phase de transition pour leur convalescence ou leur réadaptation et compléter leur évaluation.

Le plan d'action du CSSS d'Arthabaska-Érable, dont on a parlé tout à l'heure, bien c'est la réalisation. Quand vous me dites: Est-ce que c'est en mouvement? Bien oui, c'est en mouvement. Mais comment ça se passe? L'agence fait un plan régional, donne un certain nombre d'enlèvements convenus avec les établissements: renforcement des centres de jour, renforcement de l'hébergement temporaire, renforcement du répit aux familles, renforcement des services ambulatoires gériatriques, convient des standards qu'on doit atteindre, investit l'argent, ce qui a été fait cette année et les années passées; et, après, c'est dans le travail des CSSS. On a dit que les CSSS avaient une responsabilité locale, bien c'est les CSSS qui actualisent.

Donc, au moment où on se parle, M. le Président, tous les territoires sont à réaliser concrètement, au

quotidien, le plan de travail, le plan de match qu'on s'est donné pour l'horizon 2005-2010 pour faire face au vieillissement, et avec d'assez bons résultats. Ils ne sont pas parfaits, on en convient, on a parlé tantôt sur des délais, puis on vit aussi avec notre pénurie de médecins. Mais, quand même, moi, je pense qu'on peut témoigner d'une bonne desserte de, personnes et un bon niveau d'intensité des services, puis une diversification des services qui s'accroît.

M. Deslières: M. le Président, je veux poursuivre sur un autre défi que vous avez mentionné, pratiquement un cri du coeur que vous nous avez fait ce matin, en termes de pénurie d'effectif, de médecins, et vous avez globalisé en disant: Écoutez, ce n'est pas une question de médecins, de professionnels, c'est l'ensemble de la main-d'oeuvre pour faire face à nos défis, là, qu'on lance un cri du coeur. Vous nous parlez bien sûr de spécialistes, de médecins, vous nous parlez de l'ensemble de la main-d'oeuvre, vous nous parlez également, et je sais pour avoir parcouru des documents, là, même en termes d'effectif ambulancier et de pharmaciens professionnels, alors ça semble être généralisé, cette pénurie. Est-ce que vous avez sensibilisé des autorités gouvernementales? Et est-ce qu'il y a des choses qui sont, si la tendance se maintient, s'améliore, dans l'ensemble, pour faire face aux défis?

M. Allaire (Jean-Denis): D'une part, le portrait que nous avons dans notre région est probablement comparable, avec parfois un petit peu plus, un peu moins d'une région à l'autre; le phénomène est partout pareil. Deuxièmement, est-ce que nous avons sensibilisé le ministère? Bien sûr, nous avons sensibilisé le ministère. Dans différents dossiers que nous gérons, nous travaillons en étroite collaboration avec le ministère, qui, je vous le rappelle, a mis sur pied différents comités de travail nationaux avec tous les partenaires, qu'ils soient syndicaux ou des autres réseaux.

Je vais aller plus au niveau régional, qu'est-ce qui se passe, puis vous me dites: Est-ce qu'il se passe quelque chose par rapport à ça? D'une part, je vais vous dire que, comme région et, encore une fois, comme agence qui assume correctement son rôle avec l'ensemble des directeurs généraux et des directeurs de ressources humaines, au cours de la dernière année, on a convenu d'un plan de travail assez agressif, merci, pour faire face à la pénurie.

Et pour ça il faut agir sur plusieurs créneaux à la fois. Si vous permettez, M. le Président, je donnerai deux ou trois exemples. Il y a d'abord le créneau... d'abord, on s'est donné des règles du jeu entre nous: il y a des règles de non-maraudage, des règles d'éthique convenues formellement entre tous les établissements de la région. Deuxièmement, on s'est donné un plan de match, de dire: Il faut, par exemple, qu'on améliore notre promotion de la région, on le fait. Il faut qu'on commence à intéresser les jeunes tôt. Se tenait, pas plus tard que les 28, 29 et 30 novembre dernier, à Drummondville, le Salon des carrières et professions en santé et services sociaux, auquel ont participé, je crois, 2 000 jeunes de tout le milieu scolaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, un salon monté avec les établissements, avec le milieu de l'éducation, l'Emploi, la Solidarité.

Nous avions 200 employés du réseau qui étaient là et qui permettaient de sensibiliser les jeunes aux emplois, parce qu'ils commencent à être dans leur choix de carrière: Ah! C'est ça, être archiviste! Ah! C'est ça, être infirmière! Puis là... Nous avons en place, donc... puis ça, ça en est un exemple.

Un autre exemple, c'est les travaux qu'on mène. On n'a pas besoin que personne nous le demande, nous avons, en région, des comités de travail avec les autres ministères justement pour la meilleure gestion des stages, pour le recrutement, avec le ministère de l'Emploi tant de la Mauricie que du Centre-du-Québec, ils ont fait de la santé leur priorité.

Mais je veux aller sur un autre exemple, M. le Président, qui donne des résultats aussi à court terme. Vous savez, pour faire face à la pénurie de main-d'oeuvre, là, il faut faire de la promotion et du recrutement. Ça, c'est une chose. Mais il faut retenir les gens. Là, c'est de travailler sur le climat organisationnel, sur l'offre de services, et il faut faire en sorte que les gens font les bonnes choses. Une grosse partie de la clé pour faire face à la pénurie de main-d'oeuvre appréhendée ou aux problèmes de disponibilité, hein... Parce que des fois on parle de pénurie, mais parfois on a du personnel, mais — c'est bien, les gens partent en congé de maternité — j'ai un problème de disponibilité. J'en ai, des ergothérapeutes, puis c'est correct, là, qu'on ait des enfants, on souhaite que notre... mais donc on a les professionnels, mais ils ne sont pas disponibles. Donc, comment on peut faire face à ça? C'est notamment et beaucoup par la réorganisation du travail.

Donc, notamment dans le document d'appui à la commission, de présentation, en page 88, on énumère un certain nombre de projets — et ce n'est pas complet — de révision de l'organisation du travail, qui fait qu'on s'assure que l'infirmière fait vraiment le travail d'infirmière, que le travail qui doit être fait par une infirmière auxiliaire soit fait par une infirmière auxiliaire, etc., pour baisser la pression sur certains types d'emplois. Et ces travaux-là ont cours. Par exemple, je regarde le département de néphrologie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, qui a fait une révision complète de l'organisation du travail, en incluant ses médecins spécialistes: bien, avec les mêmes ressources, ils ont été en mesure de recevoir une capacité, un nombre de personnes accru avec les mêmes ressources.

On parlait des urgences tout à l'heure. Les urgences, là, ce n'est pas rien qu'un problème de disponibilité de ressources à l'externe, hein, c'est un problème de gestion interne à l'hôpital. Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières est à travailler, a travaillé tout au cours de l'été, en collaboration avec les syndicats locaux, à faire la réorganisation du travail au sein même de son urgence pour que, encore une fois, selon les types d'emplois, les préposés aux bénéficiaires fassent des jobs de préposés aux bénéficiaires et non pas les infirmières. C'est tout ça qui va faire qu'on va diminuer la pression. Et il y a d'autres mesures sur lesquelles... Bon, la relève des cadres. Nous avons été agressifs dans la région et, avec les établissements, avec la collaboration de l'Université Laval, on a mis en place un programme de formation de relève des cadres qui a donné comme résultat que 359 personnes ont participé jusqu'à maintenant au micro-programme de formation en gestion. C'étaient soit des

professionnels intéressés, soit de jeunes cadres. Quels sont les résultats de ça, M. le Président? Deux résultats. La plupart des gens et des professionnels qui ont suivi cette formation-là sont devenus des cadres — parce qu'on a une pénurie du côté des cadres — et, d'autre part, la formation est tellement bien adaptée que les établissements ont souhaité et ont demandé à l'agence qu'on l'élargisse à tous les cadres, même ceux qui n'étaient pas en relève. Différentes formations. Donc, j'arrête là pour ne pas prendre trop de temps. Mais est-ce qu'il y a des choses qui se font au moment où on se parle pour faire face à la pénurie appréhendée ou réelle actuelle de ressources humaines? Oui.

Je terminerai peut-être avec les pharmacies. Les pharmacies, vous savez, pour faire face à la situation de pénurie de pharmaciens, là, il faut agir d'abord, première chose, sur l'organisation du travail. Il faut que les pharmaciens cessent de faire des jobs qui ne sont pas de leur champ professionnel d'expertise. Donc, nous avons développé avec tous les établissements de la région un plan de travail, et chacun des établissements revoit l'organisation du travail de ses services de pharmacie.

● (11 h 20) ●

Deuxièmement, une façon de diminuer, c'est l'automatisation. Nous allons investir, nous avons eu des confirmations du côté du ministère et, comme agence, nous allons investir plusieurs centaines de milliers, et ça dépasse le million de dollars, au cours de la prochaine année pour doter nos services de pharmacie de tous les établissements d'appareils qui automatisent, qui diminuent la demande de ressources humaines. Ce sont là des exemples concrets qui permettent de faire ça.

La mise en réseau informatique, c'en est une autre. Vous pourriez demander au Dr Gervais comment il trouve ça, lui, d'avoir ces données, les données de laboratoire ou d'examen de ses patients, sur son écran, au lieu que ce soit saisi par quelqu'un d'autre, là, puis que ce soit... puis que ça prend du temps de secrétariat et autre.

M. Deslières: M. Allaire, je comprends votre réponse, là, sauf que, malgré tout ce que vous me dites, ma question est claire: Est-ce que vous êtes en pénurie de pharmaciens sur l'ensemble de votre territoire?

M. Allaire (Jean-Denis): Dans certains établissements.

M. Deslières: Dans certains établissements, vous confirmez?

M. Allaire (Jean-Denis): Dans certains établissements, on est en situation plus délicate. Et on a demandé, compte tenu de la dynamique qu'on a, à ce que les établissements se donnent ce qu'on appelle un plan de contingence et conviennent entre eux d'ententes, de dire: Bien, écoute, si jamais, moi, mon seul pharmacien quitte, est-ce qu'on convient que tu vas me couvrir avec ton équipe? Donc, que les équipes des établissements plus dotés puissent, en cas de bris de service, couvrir ceux qui sont moins dotés. Ça n'empêche pas cependant chacun de faire son travail de révision de l'organisation du travail pour faire en sorte que le pharmacien soit bien... utilisé à bon escient.

M. Deslières: Juste pour revenir, il semble y avoir un désaccord entre l'agence et les paramédics concernant les services ambulanciers. Est-ce que cette situation perdure ou si elle est en voie de solution?

M. Allaire (Jean-Denis): Je vais commencer à répondre, M. le Président, puis je demanderai à M. Hudon de compléter. Nous sommes... Nous avons l'impression que la situation devrait rentrer dans l'ordre. Il ne faut pas perdre de vue qu'en réalité ça s'adonne que les ententes avec les techniciens ambulanciers, les ententes de convention collective ont été signées à travers le Québec. Il restait deux syndicats, celui d'Urgences-Santé et celui d'un des syndicats de notre région. Il y a eu une entente de principe avec Urgences-Santé, avec les ambulanciers paramédics, et probablement que ça va inspirer les discussions qu'il pourrait y avoir à la table — je ne suis pas à cette table de négociation là — avec les syndicats paramédics, d'ambulanciers paramédics. Donc, il y a probablement une bonne partie des insatisfactions manifestées qui vont probablement se résorber de cette façon-là.

Cela dit, nous demeurons dans une gestion très serrée des transports ambulanciers, de la qualité, de la répartition des transports. Puis je demanderais peut-être à M. Hudon de compléter sur la situation qui prévaut avec les ambulanciers de notre région.

Le Président (M. Kelley): M. Hudon.

M. Hudon (Gilles): Oui. Sans en ajouter davantage, je ne veux pas répéter ce que M. Allaire a dit non plus, il y a une entreprise ambulancière dans la région Mauricie—Centre-du-Québec, qui s'appelle la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie, qui n'a pas à ce jour signé la convention collective. Ils ont un syndicat qui est différent de celui des autres partenaires de la région. Ils attendaient, vous en conviendrez, que les techniciens ambulanciers d'Urgences-Santé et leur syndicat conviennent d'une entente pour, dans la mesure du possible, aller chercher davantage de bénéfices que les autres syndicats en avaient obtenus, et à ce jour Urgences-Santé est toujours en attente des textes pour la signature. Il y a eu une entente formelle qui a été convenue, et c'est une question de temps pour que la coop chez nous, communément appelée la CAM, signe la convention collective avec l'employeur.

M. Deslières: Mais, au-delà de la négociation, M. le Président, là, ma question... je comprends votre réponse, là, c'est pertinent, mais, au-delà de ça, est-ce que vous convenez qu'il y a un manque d'effectif ambulancier sur l'ensemble de votre territoire?

M. Allaire (Jean-Denis): Est-ce que M. Hudon peut répondre?

Le Président (M. Kelley): Gilles Hudon.

M. Hudon (Gilles): Oui. Écoutez, on est très conscients qu'on est en pénurie au niveau des techniciens ambulanciers paramédics, comme c'est le cas, M. Allaire le soulignait, dans d'autres types de professions. Soyez assurés que ce qu'on envisage dans la région

Mauricie—Centre-du-Québec, c'est, par exemple, de recentrer les techniciens ambulanciers sur les appels urgents. Et j'image mes propos en vous signifiant que, par exemple, pour les transports interétablissements, donc entre deux installations, des établissements de santé du réseau de la santé, pour des types de transport dits moins urgents, on évalue actuellement la possibilité d'utiliser un autre type de transport que le transport ambulancier, évidemment ce qui permettrait encore une fois de recentrer le technicien sur les appels urgents.

Le Président (M. Kelley): Alors, M. le député, vous êtes également à mi-chemin de votre enveloppe, voulez-vous...

M. Deslières: Ça va. Je reviendrai.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait. Moi, peut-être, je peux revenir sur le tableau que mon collègue de La Peltre a mentionné, sur la page 71 de votre document d'appui. Et c'est juste le portrait de la situation dans la salle d'urgence. Moi, je regarde surtout le premier... l'augmentation dans la demande, la colonne à droite complètement, sans les chiffres. Très important, préoccupant, parce que ça démontre... souvent, on essaie toujours de trouver des moyens de dévier les patients de la salle d'urgence. Notre objectif, si on peut trouver une clinique externe, si on peut avoir un meilleur accès aux médecins de famille, peut-être il y a d'autres moyens.

Quand on regarde, il y a un net décroissement dans les patients en santé mentale de 48 heures: moins 20 %. Il y a des mesures que vous avez expliquées pour réussir à dévier cette clientèle à un autre endroit pour les soins, pour les services.

Mais, juste d'une façon très générale, je sais que c'est lié aux pénuries des omnipraticiens, et tout le reste, mais est-ce qu'il y a moyen de nouveau de trouver les mesures qu'on peut utiliser pour réduire l'achalandage dans vos salles d'urgence ou est-ce qu'on est condamnés qu'il faut toujours agrandir les salles d'urgence?

Parce qu'avec le vieillissement de la population je pense qu'on peut prévoir... souvent, quand on rentre dans une salle d'urgence — là, c'est juste un témoin non professionnel, le député de Jacques-Cartier — mais, quand j'entre dans la salle d'urgence dans l'hôpital dans mon comté, il y a beaucoup de personnes qui ont 70 ans, 75 ans, 80 ans, et on sait, dans votre portrait démographique, ça, c'est une clientèle grandissante dans votre région. Alors, c'est quoi, la solution, ou c'est quoi, l'avenir d'un plan d'action?

Parce que, si je regarde vos chiffres, malgré les efforts exceptionnels, avec un nombre de patients qui ne cesse d'accroître, les défis pour les années à venir, j'imagine, sont très importants. Alors, avez-vous des réflexions sur cette situation?

M. Allaire (Jean-Denis): Oui, M. le Président. Je demanderai au Dr Gervais sûrement de compléter par un exemple dans son territoire sur ce que je vais vous parler. C'est certain, là, que nous ne sommes pas heureux de la situation, là. Nous souhaiterions avoir des performances... pas des performances, mais faire en sorte que les gens aient un service plus rapidement, que les séjours sur civière soient plus courts, qu'on ait moins

de 48 heures, etc. Et je peux témoigner que les établissements, le corps médical des établissements, les CSSS, le centre hospitalier régional, tout le monde, travaillent très fort pour essayer de mieux répondre possible.

Mais il y a deux secteurs tout au moins, là, fondamentaux qui interviennent, puis après ça je vous dirai quelles solutions on peut envisager. Un, c'est certain que le vieillissement de la population fait en sorte que les gens... quand tu vieillis, tu as plus d'épisodes de soins. Mais ce n'est pas vraiment... c'est une réponse, mais ce n'est pas satisfaisant. La vraie réponse, c'est le fait... du fait de notre manque de médecins omnipraticiens, et particulièrement je parle dans le Trois-Rivières métropolitain, on n'est pas en mesure d'avoir des services de première ligne qui font en sorte que quelqu'un qui a une maladie chronique, qui a son médecin de famille, qu'il puisse être suivi. Je peux me présenter à l'urgence des fois tout simplement parce que je n'ai pas de médecin de famille ou j'ai de la difficulté à avoir accès à mon médecin de famille. Je n'ai pas non plus, même si j'ai des urgences plus mineures à Trois-Rivières, donc l'ancien Cap-de-la-Madeleine, à Louiseville et à Nicolet, je n'ai quand même pas beaucoup de lieux pour des services avec et sans rendez-vous ou des cliniques le soir, les fins de semaine, aux heures qu'on dit ingrates, hein, sans rendez-vous, qui ferait en sorte que les gens se rendraient sûrement là plutôt que de se rendre à l'urgence. Donc, qu'on le veuille ou non là, nous, ça nous tire dans le pied pas mal. Et c'est pour ça qu'à la fin de mon allocution je réitérais l'importance qu'on accordait aux effectifs médicaux. Donc, une partie de réponse, elle est, nous espérons, à venir par le recrutement des effectifs médicaux.

Mais je vais vous donner quand même... et je vais demander au Dr Gervais d'illustrer comment un territoire qui est organisé peut-être un peu différemment peut envisager de réduire la pression vécue à l'urgence de l'hôpital du territoire par justement... lorsque j'ai une organisation de cliniques médicales ou de groupes de médecine de famille sur le territoire qui peut prendre les choses en main.

● (11 h 30) ●

Le Président (M. Kelley): Dr Gervais.

M. Gervais (Benoît): Bonjour. Oui, effectivement, je pense que le problème des effectifs médicaux est très important. Pour être un médecin de famille qui est actif en pratique effectivement et pas juste en administration, on le vit à tous les jours. C'est extrêmement lourd d'avoir beaucoup de patients qui appellent à la clinique et qui demandent d'avoir des rendez-vous, dans un contexte de pénurie où il n'y a pas beaucoup de monde. J'ai fait moi-même la salle d'urgence pendant 18 ans, ça fait peu de temps que j'ai cessé d'en faire, je connais aussi très bien la problématique. Je pense que dans les faits, nous, pour notre pénurie, qui est bien connue et qu'on tient vraiment à vous dire, et à vous redire, et à vous sensibiliser vraiment sur cette pénurie-là, parce qu'au quotidien c'est extrêmement difficile d'organiser les choses, de débourrer les salles d'urgence, de soigner les gens quand ils sont rendus dans les centres de longue durée et à tous les niveaux de soins, donc une des stratégies qu'on a prises, c'était, entre autres... Vous avez remarqué, la Mauricie-Centre-du-Québec, on est la deuxième région au Québec pour le nombre de GMF, finalement. Donc, à ce jour, on a 17 GMF

et on a même un 18e, là, qui est en attente d'approbation avec un autre groupe de médecins, qui est en travail et en réflexion pour devenir groupe de médecine de famille.

Donc, je vous dirais que les groupes de médecine de famille sont une belle solution, sont un grand pas en avant, et, pour être moi-même un médecin responsable d'un GMF à Drummondville — GMF AJC, en fait — c'est un pas dans la bonne direction, et, particulièrement dans notre région, à Drummondville, pour répondre à la question que vous faites, en fait on a l'impression qu'on pourrait aller beaucoup plus loin finalement, et on est en réflexion actuellement, comment on pourrait exploser du cadre GMF, comment on pourrait se mettre, par exemple, tous les médecins d'un CSSS ou d'un réseau local ensemble, et comment on pourrait se réorganiser la tâche. C'est vrai que, quand on est en pénurie de médecins, mes joueurs à moi, chez nous... Là, je suis ici aujourd'hui, mais j'en ai un qui est de garde à l'hôpital pour moi puis j'ai des collègues du bureau aussi qui sont à l'urgence en fait aussi. Donc, comment on peut se concerter ensemble pour offrir peut-être un deuxième point d'accès qui ne nécessiterait pas, par exemple, une salle d'urgence et tout le support en fait que ça demande en arrière, donc peut-être trouver des manières de rendre le service avec une structure plus soft. Mais, quand même, ce qu'on est à travailler, c'est sûr qu'il va falloir épauler les médecins de famille, il faut leur donner un peu plus de support que ce que le GMF donne maintenant.

Je ne sais pas si je sors du cadre, mais un GMF, c'est l'équivalent de 10 médecins équivalents à temps plein qui soignent approximativement une clientèle de 15 000, et on donne comme ajout de personnel deux infirmières pour un 15 000 personnes. Ça rend des services, c'est excellent, mais peut-être qu'on pense que dans l'avenir il faudra peut-être aller un peu plus loin, et ça va probablement permettre aux médecins d'être capables d'en prendre un peu plus, de prendre les patients plus à domicile ou au bureau plutôt qu'à la salle d'urgence, évidemment les cas qui ne demandent pas un plateau technique intense, là, parce que...

Le Président (M. Kelley): Non, non, et parce que je regarde... Votre population, depuis 2003, est plutôt stable, mais 10 % d'augmentation du nombre de patients, 12 %, augmentation de personnes qui arrivent en ambulance... Pour une population qui n'augmente pas, le nombre de personnes qui font affaire avec votre réseau augmente d'une façon, disons, très importante.

Pour revenir... On a parlé des effectifs médicaux, mais, dans tout ce domaine, une des choses préoccupantes, c'est le nombre de... les questions de recrutement des infirmières. Et avez-vous des plans précis pour les infirmières? Parce qu'on a cité... D'une façon nord-américaine, les prévisions pour les pénuries des infirmières à travers l'Amérique du Nord pour les années à venir sont... Les chiffres que nous avons vus... il y avait une conférence des parlementaires américains ici, à Québec, cet été, et c'étaient des milliers d'infirmières par État, dans le nord-est américain, qui souvent ne sont pas assujettis au code d'éthique sur le maraudage et qui vont venir chercher les infirmières ici. Alors, dans le cas précis des infirmières, avez-vous des prévisions, avez-vous des plans pour le recrutement ou encourager des

personnes d'embarquer dans une carrière d'infirmière dans votre agence... ou dans votre région, pardon?

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, donc, oui, la situation... D'ailleurs, la page 84 du document, là, indique nos zones de vulnérabilité. Une partie de la solution, je l'ai mentionné tout à l'heure, c'est dans la réorganisation du travail, faire en sorte qu'on ait moins de pression sur les infirmières elles-mêmes puis qu'on les utilise à meilleur escient. Donc, ça va être une des façons de faire face à cette situation-là.

Mais, si vous le permettez, M. le Président, je demanderais à M. Beauchamp — Serge Beauchamp est directeur général adjoint à l'agence santé et services sociaux et est responsable du dossier des ressources humaines réseau, donc en réseau avec les établissements — de compléter ma réponse.

Le Président (M. Kelley): M. Beauchamp.

M. Beauchamp (Serge): M. le Président, effectivement, lorsque vous avez consulté le document à la page 84, vous avez constaté que le premier type d'emploi, la première discipline en priorité, en termes de préoccupation, en termes de perspectives de pénurie de main-d'oeuvre, ce sont les infirmières. Donc, on estime devoir remplacer, au cours des trois prochains exercices financiers, à peu près 500 infirmières dans notre réseau. Il faut travailler, bien entendu...

Le Président (M. Kelley): Sur combien?

M. Beauchamp (Serge): Hein? Au niveau des effectifs, au niveau des infirmières, je n'ai pas le...

Le Président (M. Kelley): Mais environ... 500 sur?

M. Beauchamp (Serge): Ça doit être à peu près... Je n'ai pas l'information. Je m'excuse.

Le Président (M. Kelley): Non, non, ce n'est pas grave. C'est juste...

M. Beauchamp (Serge): ...mais je n'ai pas l'information. Je suis désolé. Donc, on travaille bien entendu à faire la promotion de la profession, donc ça, c'est très important, M. Allaire en fait état tantôt, avec des activités telles qu'un salon de promotion de la profession; on va aussi bien entendu être omniprésents dans les différents salons de l'emploi, O.K.?: on est aussi... on travaille beaucoup sur le volet de la réorganisation de travail pour faire en sorte de s'assurer que les infirmières assument véritablement le rôle qui soit attendu d'eux dans les différents départements, donc c'est la complémentarité, l'interdisciplinarité entre les fonctions des infirmières dites cliniciennes, des infirmières de niveau technique, les infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires.

On va bien entendu aussi introduire des infirmières praticiennes spécialisées — ça aussi, c'est un aspect qui vient contribuer à la filière promotionnelle, qui peut s'avérer intéressant pour les infirmières qui veulent faire carrière dans le réseau de la santé — et venir bien entendu compléter l'offre de service en soins infirmiers,

notamment au niveau des services de première ligne en GMF ou en CSSS.

Par ailleurs aussi nous allons faire en sorte qu'on puisse revoir les modes d'organisation de travail de façon spécifique. Un secteur qui est ciblé, par exemple, ce sont le recours aux infirmières auxiliaires au bloc opératoire, parce qu'effectivement il y a eu des expériences probantes qui ont démontré qu'il y avait une pertinence d'introduire les infirmières auxiliaires, à condition qu'elles aient une formation appropriée, donc un programme de formation qui est en élaboration et qui va être dispensé au cours des prochaines années pour faire en sorte de réintroduire des infirmières auxiliaires au bloc opératoire et dégager de ce fait un même nombre de... le nombre équivalent d'infirmières pour les concentrer sur des fonctions qui soient plus au niveau attendu de leur part en termes de contribution professionnelle. Voilà.

Le Président (M. Kelley): Et je ne sais pas, M. Beauchamp, parce que, de façon générale, et je ne sais pas si c'est pertinent dans ce domaine ou non, mais on nous demande de regarder la possibilité des retraites progressives. Peut-être il y a des infirmières qui ne veulent pas travailler cinq jours par semaine, 35-40 heures par semaine, mais peut-être il y a un intérêt de travailler deux, trois jours par semaine. Est-ce que ça peut aider si... Parce qu'il y a toujours un impact sur les fonds de pension et tous les autres avantages sociaux, alors il faut considérer tout ça dans l'ensemble.

Mais je pense qu'il y a une demande d'autres métiers dans la société et que, si on peut envisager des retraites progressives, ça peut être intéressant pour convaincre un certain pourcentage des 500 qui sont identifiés dans votre tableau... Oui, je suis tanné d'aller au travail cinq jours par semaine, mais, mardi, mercredi, jeudi, peut-être que ça fait mon affaire, et je peux, comme ça, continuer à travailler un petit peu, mais moins exigeant qu'un fardeau à temps plein qui... Les personnes ont décidé que c'est moins intéressant. Est-ce que ça peut être une avenue qui peut vous aider? Est-ce que c'est possible que, sur les 500, il y en a quelques-uns qui veulent continuer mais pas à temps plein?

● (11 h 40) ●

M. Beauchamp (Serge): Alors, M. le Président, effectivement c'est une des dimensions sur lesquelles il faut travailler, c'est les conditions d'exercice de travail, donc d'une part, l'instrumentation, l'organisation, le soutien et aussi la confection des horaires de travail, la flexibilité, et ça, on sait que c'est un enjeu majeur pour les infirmières, particulièrement pour le renouvellement de la main-d'oeuvre, où les infirmières vont vouloir, elles aussi, fonder une famille, etc., donc il y a la conciliation travail-famille qui est à prendre en compte. Et nous sommes en train de procéder, nous, à une analyse spécifique de notre région, de ce que les gens attendent et qu'est-ce qu'on peut mettre en place, comme direction d'établissement, pour répondre à ces attentes-là, pour concilier ces différents enjeux là. Donc, il faut travailler sur les conditions d'exercice du travail, notamment en soins infirmiers, il faut travailler aussi sur les conditions de travail. Déjà, le ministre a reconnu, par des mesures particulières, un rehaussement de certaines conditions qui assurent une certaine rétention de la main-d'oeuvre en soins infirmiers.

Et c'est le paradoxe: si effectivement on accorde des retraites progressives, comme vous le soulevez, c'est le paradoxe, dans les faits, c'est que ça peut, à sa face même, donner l'impression qu'il va y avoir moins de disponibilité, mais ça peut avoir l'effet de rétention qui est souhaité. Donc, il va falloir travailler sur l'ensemble de ces mesures-là pour faire en sorte qu'on puisse composer adéquatement avec la pénurie appréhendée.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Beauchamp. Peut-être une dernière question, M. Allaire. Hier, Dr Baron, de l'Agence de l'Estrie, a donné un chiffre de 79 % de la population qui a accès à un accès à un médecin de famille. Avez-vous un chiffre semblable dans votre région ou... Il a avoué, hier, que c'était difficile de confectionner ce chiffre, mais, selon certains sondages qu'ils ont fait, de mémoire, ils sont arrivés avec environ 79 % de la population de l'Estrie ont accès à un médecin de famille. Vous n'avez pas un chiffre semblable?

M. Allaire (Jean-Denis): Bien, j'ai accès... Nous avons accès, M. le Président, comme les autres, aux résultats du récent sondage qui a été publié. Dans notre région, nous avons regardé le résultat, et avec étonnement on a vu que la réponse était 85 %. Vous comprenez notre étonnement compte tenu des propos que nous vous tenons ce matin. Ce qui nous amène à dire: Bien, ce serait bon, puis je ne suis pas sondeur, mais c'était quoi la question exactement qui était posée? Est-ce que c'est: Avez-vous un médecin de famille, ou Vous avez accès à un médecin? Est-ce que vous avez eu accès à un médecin? Parce qu'aussi, hein, les gens étaient interrogés sur les services qu'ils avaient reçus. Donc, nous, ce résultat-là de 85 %, on le prend avec beaucoup, beaucoup, beaucoup de réserve, et ça ne va pas dans le sens des autres analyses qu'on peut avoir.

Cela dit, M. le Président, malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de livrer un taux. Ce qui est certain, ce que je vous mentionnais tantôt, c'est qu'au moment où on se parle nous avons le tiers de la population de la région qui est inscrite dans un groupe de médecine de famille, donc c'est évident que... mais on n'a pas vraiment un recensement complet qui nous permettrait de vous donner des chiffres fiables.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Peut-être juste un dernier commentaire avant de céder la parole au député de La Peltre. J'ai bien compris votre plaidoyer, dans votre présentation, de maintien et renforcement des règles régulant l'installation des médecins au Québec. Mais je dois réagir un petit peu comme député montréalais aussi, juste souligner que, sur l'île de Montréal, on estime à 300 000 personnes qui n'ont pas accès à un médecin. Des problèmes de recrutement même sur l'île de Montréal, ce n'est pas évident non plus. Alors, je comprends et je ne veux pas nécessairement faire le débat, mais je veux juste quand même... On a la prétention que, sur l'île de Montréal, il y a des médecins partout, il y a des infirmières partout. Il y a des graves problèmes de recrutement, il y a également un problème d'être concurrentiel avec d'autres grandes villes, parce que souvent le choix, malheureusement, n'est pas Montréal ou Trois-Rivières, c'est Montréal et Chicago, ou Calgary, ou des autres endroits.

Moi, je me rappelle, au moment des discussions avec médecins spécialistes, un des présidents des associations est également un de mes électeurs, et il est venu me voir pour demander que le Québec soit concurrentiel avec l'Alberta dans les salaires. Et, quand on trouvera le pétrole ici, on va être en mesure de le faire, mais, malgré nos 60 barils par semaine dans le Gaspé, je ne pense pas que c'est la ruée vers... ruée d'or encore qu'on peut trouver, malgré ces 60 barils en production dans le Gaspé. Mais, quand même, on a des enjeux. Je comprends votre plaidoirie, ici, pour s'assurer qu'on a la plus grande équité dans l'offre sur le territoire du Québec, mais je veux juste souligner que ça soulève d'autres problèmes à Montréal, où souvent on perd des effectifs médicaux vers d'autres provinces, des États américains aussi qui sont concurrentiels. Alors, il faut doser ça. Mais de prétendre que, sur l'île de Montréal, tout va bien, je pense, au nom de mes collègues de l'île de Montréal, on a des défis qui sont très importants à cet égard aussi.

M. Allaire (Jean-Denis): Je comprends bien, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de La Peltre, il vous reste une quinzaine de minutes.

M. Caire: M. le Président, je suis toujours étonné de voir à quel point le temps file. Vous êtes sûr? Vous avez... Oui?

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Caire: On ne peut pas vous négocier ça? M. Allaire, je veux revenir sur un sujet que mon collègue a abordé tout à l'heure rapidement, c'est-à-dire tous les services préhospitaliers. Mon collègue faisait mention d'un conflit, qui existe encore, avec un transporteur ambulancier. Moi, je voudrais y aller de façon peut-être un peu plus générale, parce qu'à l'étude des crédits de l'année dernière j'ai eu l'occasion d'interroger le ministre de la Santé et des Services sociaux sur le fait que les véhicules, à l'exception d'Urgences-Santé, les véhicules ambulanciers du Québec n'étaient pas dotés de GPS, ce qui m'étonne toujours un peu, parce que, moi, mon remorqueur, il en a un, O.K.? Ça fait que je me dis: Si c'est intéressant d'en avoir pour faire du remorquage ou de la plomberie, j'imagine que, pour faire du transport ambulancier, ce ne serait pas bête.

Depuis cet automne, les 125 députés de l'Assemblée nationale, aux frais de l'État, peuvent doter leur véhicule d'un GPS. Alors, la question qu'on se posait, c'est: En cas d'urgence, est-ce qu'il faut appeler son député? Bon, vous comprendrez que la réponse à ça, c'est non. Et j'ai encore une fois interrogé, cet automne, le ministre de la Santé sur le fait de doter les véhicules de GPS, parce qu'il avait donné, le printemps 2007, l'autorisation à ce qu'on aille de l'avant avec ça, et il m'a répondu que c'était fait ou en voie de se faire. Il a corrigé la situation après en disant que finalement on était en appel d'offres.

Est-ce qu'aujourd'hui vous pouvez me donner un état de situation pour les véhicules ambulanciers dans votre région?

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, je solliciterais donc la collaboration de M. Hudon pour répondre à cette question.

Le Président (M. Kelley): M. Marc Hudon.

M. Hudon (Gilles): Oui. Alors, M. le Président, en novembre 2005, on a eu, dans la région Mauricie—Centre-du-Québec, un projet pilote avec un système de GPS et de terminaux véhiculaires dans nos véhicules ambulanciers. On avait fait l'essai avec le secteur de Trois-Rivières. Malheureusement, pour des questions de technologie, le projet pilote n'a pas été concluant. Et, au moment où on se parle, on a en branle actuellement dans la région, dans les secteurs plus précisément de Grand-Mère, de Louiseville, de Victoriaville, de Saint-Tite et de Lyster, qui est à la frontière, là, de la région de Chaudière-Appalaches, un projet pilote avec une nouvelle technologie, équipement permettant évidemment aux véhicules ambulanciers d'être dotés d'un GPS pour que le centre de communication santé, évidemment, qui reçoit les appels pour les services d'ambulance, puisse être en mesure de localiser le véhicule le plus près du lieu d'intervention.

M. Caire: Là, j'ai un problème avec votre réponse, là. Vous êtes en train de me dire qu'au moment où à peu près tout le monde, même le simple citoyen, peut aller s'acheter un GPS pour 300 \$ aux anciens RadioShack, nous, on est encore en train de faire des projets pilotes pour savoir s'il y a une technologie qui peut être... Je ne comprends pas, là. Puis, de toute façon ma question était à l'effet que, selon l'information qu'on a reçue du ministre, on était en appel d'offres, on n'était pas à l'étape d'évaluer s'il y avait des technologies applicables, on était à l'étape de les acheter. Ça fait que, là, ce que vous me dites, c'est que, vous autres, dans votre région, vous n'êtes même pas à l'étape d'acheter, vous êtes encore à l'étape d'évaluer?

M. Hudon (Gilles): On n'est pas à l'étape d'évaluer. La technologie qu'on a actuellement, évidemment on a validé, avec le deuxième projet pilote, la convivialité des équipements qu'on a dans les véhicules. Mais comprenez qu'un GPS, ce n'est pas seulement pour indiquer le chemin pour avoir accès à un lieu d'intervention; le but premier, c'est de localiser le véhicule le plus près du lieu d'intervention.

On a une région, dans la Mauricie—Centre-du-Québec, très sinueuse. Quand je prends la 155 entre le secteur de Grand-Mère et La Tuque, vous conviendrez que le système de GPS, malheureusement, ne permet pas en tout temps d'avoir le positionnement du véhicule. Et, quand je vous parle de projet pilote, bien évidemment on essaie de trouver un palliatif pour s'assurer qu'on a une réponse qui se rapproche le plus près possible du 100 % des cas.

M. Caire: Écoutez, moi, j'ai un ami plombier, là, qui sillonne le Québec, qui a un GPS dans son véhicule qui permet à son employeur de savoir où est le véhicule exactement. Alors, je peux peut-être vous donner sa carte pour...

● (11 h 50) ●

M. Hudon (Gilles): Écoutez, on...

M. Caire: ...voir quelle technologie il utilise, là, parce que je ne comprends vraiment pas. Mais ma question, ma question était à l'effet que ce que... la réponse qu'on a reçue du ministre, c'était: Nous sommes, «nous» étant le réseau de la santé, à l'étape des appels d'offres. Êtes-vous à l'étape des appels d'offres, et, si oui, êtes-vous à l'étape d'acheter une technologie et de doter vos véhicules d'une technologie?

M. Hudon (Gilles): Écoutez, si vous permettez que je complète?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): M. Hudon, après ça M. Allaire.

M. Hudon (Gilles): Écoutez, je ne voudrais pas reprendre les propos que j'ai tenus, là. La technologie qu'on a actuellement, elle a été retenue. On tente tout simplement de s'assurer d'avoir la meilleure couverture possible, et, avant de déployer le système dans l'ensemble des véhicules ambulanciers de la région de Mauricie et du Centre-du-Québec, on est à l'étape actuellement, comme je vous dis, avec cinq entreprises ambulancières de la région, à faire des essais pour s'assurer que ce sera concluant.

M. Caire: Donc, vous allez comprendre mon interrogation, parce que dans votre réponse vous me dites: Oui, on est à l'étape de retenir une technologie et, oui, on est à l'étape d'essayer la technologie pour savoir si elle satisfait à nos besoins. Je ne sais pas, moi, avant de retenir une technologie, puis je le dis en tout respect, je ferais le processus inverse, je dis: Est-ce que la technologie convient à mes besoins? Et, si oui, je vais retenir cette technologie-là. Je ne fais pas les deux choses en même temps, là. Alors, je veux juste essayer de comprendre: vous autres, vous êtes à quelle étape? Étudier la technologie ou retenir et acquérir et doter vos véhicules de cette technologie-là?

M. Allaire (Jean-Denis): Nous sommes à...

Le Président (M. Kelley): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, nous sommes à l'étape... Je pense que M. Hudon l'a bien indiqué, notre première responsabilité, c'est de s'assurer que ce qu'on met en place fonctionne. C'est la vie des gens, hein? Moi-même, je peux avoir un GPS, puis ça ne me dérangerait pas qu'entre telle et telle localité le son ne rentre pas, puis qu'on ne peut pas me rejoindre, tu sais, c'est... J'ai une responsabilité par rapport à 485 000 personnes qui vivent dans toutes sortes de lieux, dans des lieux plats, des lieux vallonneux, des lieux montagneux, etc. Nous avons fait un premier test, une première expérience, en 2005, dans le sens que vous dites: Est-ce qu'on a la bonne technologie? Ça n'a pas été concluant. On regarde la seconde technologie, qui nous apparaît correcte. Nous sommes dans les derniers tests pour s'assurer, pour bien confirmer notre choix. Et, la meilleure façon

avant de faire un déploiement, là, à tout le monde, hein — parce que c'est beaucoup d'argent, puis c'est une infrastructure à faire — on fait les derniers tests en choisissant des territoires, et M. Hudon l'a dit, qui sont un peu répartis un peu partout en Mauricie et au Centre-du-Québec, donc toutes sortes de configurations, pour s'assurer que, la technologie qu'on s'apprête à prendre, on est bien certains qu'en Mauricie et le Centre-du-Québec elle passe la route. Elle pourrait tout à fait passer la route à Montréal; à Montréal, c'est une île, puis c'est assez dense, mais peut-être qu'en Mauricie et au Centre-du-Québec, ou peut-être en Estrie, même, qui est encore plus montagneux, je pourrais avoir des problèmes avec cette même technologie là, et ça me demanderait d'avoir ce qu'on appelle des répartiteurs, des relais d'information. Donc, on en est là, M. le député.

M. Caire: M. Allaire, ça, je comprends. Ça, je comprends ça parfaitement, M. Allaire, puis d'ailleurs je respecte ce processus-là. C'est clair qu'on ne veut pas acheter une technologie qui va nous donner plus de problèmes que de solutions. Ceci étant dit, ce que je comprends, on est en 2008, 2005, 2006, 2007, 2008, ça ne vous apparaît pas un peu long avant de trouver la bonne technologie? Est-ce que c'est parce que vous n'aviez pas, avant ça, les incitatifs nécessaires à faire les démarches? Parce que... qu'est-ce qu'il s'est passé entre 2005 puis 2008 pour que vous soyez encore à l'étape de faire des essais, alors que le ministre nous annonce, à l'Assemblée nationale, qu'on est à l'étape des appels d'offres, hein?

Puis je pense que vous allez comprendre mon interrogation, là, quand on voit qu'à peu près tous les véhicules de service du Québec sont dotés d'un GPS, donc ils ont franchi l'étape de faire les essais, de l'appel d'offres, d'installer ces technologies-là dans leurs véhicules, et ça, ça s'est fait depuis très longtemps. Puis, moi, ce que je comprends, c'est que les véhicules ambulanciers du Québec, au moment où on se parle, quand on a un appel d'urgence, ils sortent leur carte routière encore une fois avec le lexique pour savoir à quelle adresse il faut qu'ils s'en aillent. C'est ça, la réalité des ambulanciers du Québec, là, c'est un peu inquiétant, là. Si, moi, je suis en arrêt cardiaque, là, je n'ai pas envie que mon technicien ambulancier, il soit en train de gossier après sa carte, là. Je veux qu'il sache où aller, puis ça presse, là. Alors, je ne comprends pas, là, ça fait quatre ans que vous êtes dans ce processus-là. Le ministre me donne une information, vous m'en donnez une autre. Moi, j'essaie juste d'avoir l'heure juste là-dedans, là.

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, je demanderais à M. Hudon de compléter. Qu'est-ce qu'il s'est passé depuis? Il y avait une pièce manquante, il y avait une pièce importante, M. le Président, à avoir en place dans la région: c'est ce qu'on appelle un centre de communication santé, un centre de communication santé qui est le lieu qui reçoit les appels du 8-1-1 et qui fait la répartition des ambulances en tenant compte de leur positionnement, du plus proche, en fonction du niveau d'urgence. Ce centre de communication santé là a été démarré dans notre région en 2005. Par la suite, il y a eu donc les tests. Et là je vais laisser M. Hudon

compléter, mais en disant tout de même une chose: Ce n'est pas une question d'incitatifs de la part du ministère. Comme agence, nous gérons le préhospitalier d'urgence avec toute la rigueur que l'on peut, avec toute la compétence mais en faisant des bons coups puis des fois en ayant des choses à corriger. Ça, là, c'est comme tout le monde. Mais ce n'est pas une attente ministérielle. D'ailleurs, on le disait, en 2005, on était dans un test pour avoir la bonne technologie. Et, où on est rendus, comme vous je partage le souhait ou la préoccupation, dire: J'aimerais bien mieux que ce soit déjà fait. C'est clair.

Je vais demander à M. Hudon, maintenant, de nous dire: Est-ce qu'il y a un élément particulier qui explique qu'on soit rendus, à l'orée, au début de 2008, dans cette situation-là, par rapport peut-être à d'autres régions ou d'autres territoires.

Le Président (M. Kelley): M. Hudon.

M. Hudon (Gilles): Oui, merci, M. le Président. Rappelons, d'une part, que le GPS, je le répète, n'est pas nécessairement l'outil pour que le technicien ambulancier puisse trouver sa route. Ça fait partie du travail, évidemment, du technicien ambulancier de connaître le territoire où il exerce ses fonctions. Le but premier du GPS encore une fois est de permettre au centre de communication santé de localiser le véhicule le plus près possible du lieu de l'intervention. Dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, ce n'est pas la même réalité qu'à Montréal, évidemment, la plupart des techniciens ambulanciers, où ils exercent, ce sont des milieux qu'ils connaissent très bien. Donc, la réalité d'avoir de la difficulté à trouver une adresse civique, en tout cas du moins à ma connaissance, on n'a pas cette problématique-là dans la région Mauricie-Centre-du-Québec.

Quant au volet du temps qui s'est écoulé entre la fin 2005 et la mise en place du projet pilote, à l'automne 2007, dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, je ne vous cacherai pas que les techniciens ambulanciers de la Coopérative des ambulanciers de la Mauricie, où évidemment avait lieu le projet pilote... Tout à l'heure, M. le député soulevait des problématiques de conflits de travail en lien avec des négociations de conventions collectives, alors c'est ça qui est venu perturber la finalité de la première phase du projet pilote.

M. Caire: Merci, M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Il vous reste à peu près trois minutes, M. le député, à peu près trois minutes.

M. Caire: On peut-u s'entendre pour quatre? O.K. M. Hudon, vous allez peut-être pouvoir répondre à une question. Je vois que votre région a été l'endroit pour l'implantation d'un projet pilote de télé-métrie. Ce que je comprends, c'est que le projet pilote a été concluant, et je crois comprendre qu'il y a une volonté d'implanter ces technologies-là au niveau des véhicules ambulanciers. On parle de 12 transports qui ont fait l'objet d'une dérivation, ce qui a probablement permis, sinon de sauver une vie, de faire en sorte que le traitement a été plus efficace parce que plus rapide. À votre avis, ça va prendre combien de temps avant d'implanter

cette technologie-là dans les véhicules ambulanciers de votre région?

Le Président (M. Kelley): M. Hudon.

M. Hudon (Gilles): Si vous permettez, M. le Président, le délai... Actuellement, nous avons, juste pour la gouverne de l'ensemble des députés, là, des défibrillateurs semi-automatiques dans l'ensemble des véhicules ambulanciers. Pour permettre de faire de la télémétrie, évidemment on a besoin d'un appareil dit plus performant. Dans la région Mauricie-Centre-du-Québec, les appareils qu'on a actuellement, ça fait huit ans qu'on les a, ils sont en fin de durée de vie utile au moment où on se parle, et nous sommes avec le ministère en projet d'appel d'offres provincial pour renouveler la flotte de moniteurs défibrillateurs semi-automatiques, qui seront dotés du module de télémétrie pour être en mesure de le faire. Vous en conviendrez, la région de Montréal est la priorité pour le ministère. Ça devrait se déployer au printemps, début été 2008, et la région Mauricie-Centre-du-Québec est prévue pour l'automne 2008.

M. Caire: Merci.

Le Président (M. Kelley): Ça va?

M. Caire: Est-ce que j'ai encore du temps?

Le Président (M. Kelley): Oui, une minute.

● (12 heures) ●

M. Caire: Oui, M. Allaire, bien peut-être M. Hudon aussi, vous pouvez peut-être me dire: Le taux d'assurance salaire chez vos paramédics, ça ressemble à quoi? Parce que, Montréal, on parlait d'au-dessus de 30 %, Québec, on est aussi entre 20 % et 30 %. Vous en conviendrez, quand on parle d'un taux d'assurance salaire, dans le reste du personnel, qui est à 5,80 %, je pense, dans votre cas, vous admettez que ce sont des niveaux d'assurance salaire extrêmement alarmants, qui traduisent une réalité dans les conditions de travail des paramédics et qui peuvent expliquer en bonne partie les problèmes de pénurie qu'on vit au niveau des paramédics, au-delà du fait qu'il en manque puis qu'il faut en former plus, là.

Est-ce que vous avez ces chiffres-là? Est-ce que vous avez aussi, conséquemment à ça, un plan d'action pour corriger une situation qui est assez alarmante, vous en conviendrez?

M. Allaire (Jean-Denis): Personnellement, je n'ai pas l'information. Est-ce que, M. Hudon, vous l'avez?

M. Hudon (Gilles): Malheureusement, je n'ai pas cette information non plus.

M. Caire: Ah! O.K. Donc, j'imagine que conséquemment à ça il n'y a pas non plus de plan d'action pour remédier à une situation qui par ailleurs est catastrophique au niveau provincial, là. Donc, j'imagine que la région n'échappe pas à ça, là.

M. Allaire (Jean-Denis): C'est probablement, je suppose... Donc, nous n'avons pas l'information. Cette

information normalement est gérée par d'abord l'entreprise, hein? On a 12 ou 13 entreprises?

Une voix: ...

M. Allaire (Jean-Denis): 13 entreprises ambulancières dans la région.

M. Caire: Vous dites 12 dans...

M. Allaire (Jean-Denis): 12? Bon.

M. Caire: Ah! ce n'est pas grave.

M. Allaire (Jean-Denis): Je suis allé de mémoire. On a une très grosse entreprise, une seconde qui a une certaine importance, à Drummondville, Dessercom, et les autres sont de plus petites entreprises. Il faudrait voir aussi quel est le taux selon les entreprises, mais malheureusement nous ne disposons pas... Si on peut mettre la main sur ces chiffres-là, il nous fera plaisir, M. le Président, de vous les faire suivre.

Et j'imagine cependant que chaque entreprise, parce que, quand même, il y a des employeurs là, fait la gestion de son personnel pour dire: Bien, qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce que je fais avec ça?

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. On a pris bonne note. Et, si vous trouvez la réponse à la question, si vous pouvez acheminer ça à Mme la secrétaire de la commission, je pense que ça peut être très utile et ça va compléter un genre de portrait régional de ces enjeux.

M. Caire: ...y aller d'un bref commentaire?

Le Président (M. Kelley): Très bref, s'il vous plaît.

M. Caire: Très bref. Vous dire ma pré-occupation par rapport à la réponse que j'ai obtenue. Étant donné que le ministre nous réfère continuellement aux agences pour obtenir ce genre d'information, je considère que le ministre lui-même considère qu'il est de votre responsabilité d'avoir ce genre d'information là et de faire le suivi de ces situations.

M. Allaire (Jean-Denis): Et donc c'est pour ça qu'on va vous la fournir. Sauf qu'au moment où on se parle, ce matin, ce n'est pas une information qu'on a à portée de main.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Allaire. M. le député de Beauharnois, il vous reste une vingtaine de minutes.

M. Deslières: Merci, M. le Président. Je voudrais faire un survol rapide de différents programmes et enjeux qui sont de votre responsabilité. Dans les documents qu'ils nous ont fournis, particulièrement dans votre rapport 2006-2007, et je viens à la déficience physique, on nous indique qu'il y a eu, en termes d'interventions, soutien à domicile offert aux personnes et à leurs familles, 18 — j'arrondis le chiffre — 18,6 interventions.

Mais on nous fait un commentaire qui m'a fait sursauter, en disant: Écoutez, si, par différents calculs, on mentionnait toutes les interventions, on serait à 76 interventions par personne. Je pense que ça demande un peu une explication. L'écart est énorme, vous en conviendrez.

M. Allaire (Jean-Denis): Vous avez raison. Donc, M. le Président, on me permet? Effectivement, c'est que les données dont vous disposez, les données qui apparaissent dans nos rapports annuels correspondent à des indicateurs qui sont définis, qui sont suivis de façon comparable à travers le Québec. Donc, essentiellement ce qui est relaté, ce sont les interventions réalisées par du personnel à l'emploi des CSSS.

Cela dit, une personne handicapée reçoit aussi, a accès aussi à d'autres formes de services soutenus financièrement par le réseau de la santé mais pas... des services qui ne sont pas donnés nécessairement des employés. Je fais allusion notamment aux 1 150 000 heures données par les entreprises d'économie sociale d'aide domestique de notre région, qui est... ou encore à la modalité qu'on appelle le chèque emploi-services, qui fait que j'ai des gens qui vont venir faire des activités d'aide à la vie quotidienne ou à la vie domestique, qui contribuent à mon soutien à domicile, qui est une condition importante. Parce que souvent les personnes handicapées, lorsqu'elles demeurent à domicile, ont besoin soit d'aide pour les repas, soit d'aide pour l'habillage, soit d'aide pour les déplacements. Et ce sont des interventions ponctuelles, le matin, une fois par jour, deux fois par jour, trois fois par jour, quatre fois par jour, des fois c'est moins que sur une base quotidienne.

C'est pour ça que, nous, lorsqu'on veut refléter quel est le soutien offert par le réseau de la santé, on doit d'une part témoigner des interventions du personnel des CSSS et des établissements de notre réseau mais aussi des interventions qui sont soutenues financièrement et défrayées par le réseau de la santé pour des services d'aide à domicile comme ceux dont je viens de vous parler. C'est ce qui fait qu'on se dit: Bien, si je combine les deux... Parce que c'est cette combinaison-là qui permet le maintien à domicile, hein? J'ai des personnes handicapées qui ont besoin jusqu'à 40, 45 heures d'aide à domicile par semaine, et ça ne prend pas 45 heures d'infirmière, ça ne prend pas toujours des services professionnels. Ça prend, oui, certains services professionnels mais aussi des services d'aide comme ceux que je vous décris. Donc, c'est à cette réalité-là qu'on réfère dans le document.

M. Deslières: Est-ce que l'ensemble des groupes, des organismes communautaires, qui assistent sûrement à vos réunions et qui sont en référence à vous, se plaignent ou demandent plus de ressources et plus de budget pour faire face justement à leur travail, à leurs tâches, à leurs responsabilités? Parce que ça, on entend ça un peu partout au Québec, là, par ces groupes, par ces organismes.

M. Allaire (Jean-Denis): Si vous me permettez, M. le Président, je vous dirai que... je vais vous parler... je vais vous répondre sur les organismes communautaires, mais ce dont on vient de parler, ce ne sont pas des organismes communautaires, ce sont des entreprises

d'économie sociale et domestique, ou chèques emploi-services, c'est des ententes de gré à gré. Les organismes communautaires de notre région, au nombre de 222, sont très peu dans ce créneau-là, si je peux m'exprimer. Cela dit, oui, vous avez raison, les organismes communautaires revendiquent un soutien à la consolidation de leur financement, puis nous sommes très sensibles comme agence à cette réalité-là, et c'est pour ça, tout à l'heure, d'ailleurs que, lorsque j'ai fait mon allocation, je vous signalais qu'on a fait passer le soutien aux organismes communautaires de 22 à 26 millions, là, de mémoire, je n'ai plus mon texte devant moi.

M. Deslières: Sur une période?

M. Allaire (Jean-Denis): De trois ans, une augmentation de 23 %, alors que le budget régional, lui, a augmenté de 17. Et cette tendance-là, je vais vous dire, elle est là depuis 1996. Depuis 1996, en Mauricie et Centre-du-Québec, de façon générale, on consolide le financement des organismes communautaires à un rythme toujours plus élevé que la consolidation du réseau. Encore une fois, cette année... tout à l'heure, on disait: Ah, une agence, là, c'est tous des messages téléguidés puis des priorités téléguidées. Je suis désolé, mais le conseil d'administration de l'agence a décidé d'investir, encore cette année, 1 millions de dollars en consolidation à la mission de base des organismes communautaires de la région, qui s'ajoutent aux sommes que je vous ai déjà mentionnées, parce qu'il estime qu'il est important de le faire. Puis il le fait en tenant compte de l'ensemble des priorités qu'il avait à gérer puis des orientations puis des ressources budgétaires dont il disposait.

Donc, nous sommes très sensibles, nous avons un rapport avec le milieu communautaire dans la région que je qualifierais d'excellent. Puis ça ne m'appartient pas, ça appartient à l'équipe, ça appartient à ma prédécesseure, à M. Lacour qui depuis 10 ans est dans ce domaine-là. Et nous sommes tout à fait sensibles, puis c'est pour ça que d'année en année nous travaillons au renforcement de la consolidation du financement des organismes communautaires. Nous sommes en discussion avec eux dans d'autres chantiers pour les aider, par exemple, au niveau... Parce qu'un des éléments qui joue peut-être contre les organismes communautaires, c'est ce qu'on appellerait la reddition de comptes. Quand nous venons, aujourd'hui, on est en mesure de vous dire: Il y a eu tant d'interventions. Les organismes communautaires, c'est beaucoup plus disparate. Nous travaillons avec eux pour dire: Est-ce qu'on peut se donner des cadres communs qui puissent nous permettre d'évaluer et de témoigner de l'action des organismes communautaires? Nous sommes même...

M. Deslières: Là, vous touchez au principe de l'autonomie.

M. Allaire (Jean-Denis): Oui, c'est ça. Mais là, à un moment donné, on est dans une réalité où il faut faire des choix, hein? Et je pense que les organismes communautaires ont évolué et sont aussi eux-mêmes dans ce mode de réflexion là, de dire: Écoute, à un moment donné, si on veut faire valoir notre réalité, il faut qu'on puisse...

M. Deslières: Évaluer les résultats.

M. Allaire (Jean-Denis): ...l'illustrer avec deux ou trois chiffres qui se tiennent, qui sont comparables pour tout le monde.

M. Deslières: M. le président, avant de passer aux structures et au budget, je veux poursuivre sur l'ensemble des secteurs et des services qui nous ont été présentés dans votre rapport. Dans l'ensemble, vous aviez 66 cibles, de mémoire, à toucher. Vous en avez réalisé ou en voie de réalisation une quarantaine ou une cinquantaine. Mais je m'aperçois qu'il y a des différences énormes entre les différents secteurs. J'en prends un — vous me voyez venir — concernant les urgences, par rapport aux cibles, par rapport aux résultats et par rapport... il y a une différence énorme. Je prends comme exemple, on prend toujours les urgences: pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière, bien sûr la cible pour 2010 est zéro, la cible 2006 était 2, et là le résultat, en 2006-2007, est 3,7 pratiquement le double. Puis je pourrais poursuivre comme ça, là. Le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière, pour les personnes de 75 ans et plus, 3,5. On est à 7,2, deux fois plus que la cible. Comment expliquez-vous la situation?

● (12 h 10) ●

M. Allaire (Jean-Denis): Bon.

M. Deslières: Parce que c'est énorme, vous n'en convenez pas, là, elle n'est pas ratée de peu, la cible, là.

M. Allaire (Jean-Denis): Non, non, vous avez...

M. Deslières: Elle est énorme.

M. Allaire (Jean-Denis): Vous avez tout à fait raison. M. le Président, d'ailleurs, tout à l'heure, je le disais, là: Nous ne sommes pas heureux de la situation. Je veux quand même d'abord rendre justice aux établissements en cause. Ce que vous avez, ce sont des données régionales qui viennent... qui sont un agrégat de performances ou de situations vécues dans différentes urgences. D'entrée de jeu, dans mon allocution, hein, je vous disais clairement: Sur les quatre urgences majeures, il y a deux urgences qui sont un petit peu plus en difficulté, deux qui fonctionnent relativement bien ou qui peuvent...

M. Deslières: Rappelez-moi lesquelles, M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Donc, les urgences qui ont moins de difficultés, ce sont celles d'Arthabaska-Érable et de Drummond.

À Shawinigan, le problème est davantage sur deux volets, le volet de la santé mentale. Il faut savoir que, dans la région de Shawinigan, j'ai un ancien hôpital psychiatrique, donc, dans la communauté, une présence de personnes. Et ce qu'on constate, un phénomène émergent que l'établissement, avec notre collaboration, analyse, c'est les situations de comorbidité: alcool, drogue, problèmes de santé mentale, de plus en plus. Et ça, là, ça nous interroge et ça vient jouer beaucoup sur la pression que vit l'établissement. Et l'autre élément, dans la région de Shawinigan, c'est notre territoire qui a déjà

plus de 20 % de personnes de 65 ans et plus dans son territoire.

L'autre territoire, c'est celui de Trois-Rivières, je vous en ai parlé, qui est aussi vieillissant.

M. Deslières: Et qui va doubler d'ici 2026.

M. Allaire (Jean-Denis): Puis qui va doubler d'ici 2026. Pour Shawinigan, ce sera peut-être... lui, il ne doublera pas, parce qu'il est déjà rendu assez avancé, mais globalement on va doubler. Et, la région de Trois-Rivières, bien je ne reprendrai pas nécessairement les explications. J'ai eu d'autres phénomènes qui peuvent avoir joué en cours de route. J'ai eu... nous avons eu — quand je dis «j'ai»... ça ne m'appartient pas; nous avons eu — comme réseau, des périodes d'éclosion du C. difficile qui ont été contrôlées. Les établissements ont pris les mesures pour corriger. Tout à l'heure, j'ai indiqué les investissements que nous avons faits là-dessus, à cet égard.

Et c'est pour ça d'ailleurs que, cette année, nous avons les mêmes préoccupations que vous et c'est pour ça que, cette année, nous avons décidé, en 2007-2008, de réinvestir encore massivement sur les services. On a complété les investissements du côté de la lutte aux infections nosocomiales; nous avons investi de façon importante dans les services de première ligne en santé mentale justement pour prendre en charge les gens qui ont des troubles mentaux, pas un petit problème, là, des gens qui ont une maladie mentale, nous avons consolidé pour 2 millions de dollars, cette année, dans ce secteur-là, parce que ce sont des gens qui se présentent; et, je vous mentionnais, nous avons investi, cette année, pour 6,4 millions de dollars en soutien à domicile et en hébergement.

Et je termine ma réponse, M. le Président, en vous disant qu'une des mesures — j'y ai fait allusion tout à l'heure, mais je la reprends de façon un petit peu détaillée — nous avons convenu d'outiller chacun des territoires de lits posthospitaliers. De quoi s'agit-il? C'est que quand quelqu'un, une personne âgée en perte d'autonomie, est hospitalisé, souvent il y a plusieurs de ses systèmes vitaux qui se décompensent. À un moment donné, ses soins actifs sont terminés. Et, si on faisait l'évaluation de l'orientation de la personne à partir du lit d'hôpital, deux fois sur trois, on va se tromper, on va l'envoyer en CHSLD, alors que, si on en faisait l'évaluation dans un milieu plus adéquat, on se rendrait compte que la personne n'a pas perdu tant de ces capacités-là, elle est tout simplement dans un milieu de soins. Ou encore il y a des personnes qui ont besoin d'une forme de convalescence ou d'une réadaptation après être passées à l'hôpital, avant de revenir soit à domicile ou dans une ressource de type intermédiaire ou dans une ressource privée. Donc, nous avons mis en place, et elles sont maintenant en fonction, 30 places de soins posthospitaliers dans la région. Nous en avons cinq à Victoriaville, cinq à Shawinigan, cinq à Drummondville et 15 en région de Trois-Rivières, et, ces choix-là, vous voyez notre souci d'équité et d'outiller pareillement l'ensemble de notre territoire, d'avoir le même coffre à outils pour pouvoir faire face à ces situations-là. Donc, n'en doutez pas, les établissements, les professionnels travaillent énormément pour faire face à la situation.

Je vais vous donner un autre exemple. Je termine vraiment là-dessus. Dans la région de Trois-Rivières, nous avons convenu avec les directions générales d'établissement, c'est l'agence qui a initié, c'est l'agence qui a soutenu et s'est assurée, elle a convenu avec les directions générales qu'on ait un mécanisme de coordination qui réunit à la fois le CHRTR et tous les CSSS environnants, pour avoir la meilleure fluidité, la meilleure continuité de services et faire en sorte que les gens ne restent pas indéfiniment, longtemps à l'urgence ou dans les lits d'hôpitaux.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Deslières: M. le Président. Je vous amène, M. Allaire, sur... les autres personnes peuvent répondre aussi, là, toute la question du jeu pathologique, parce qu'on sait que vous vivez une situation particulière avec le nouveau centre Ludoplex, là, qui a été inauguré. Et je constate, avec les éléments que vous nous avez donnés, qu'il y a de plus en plus de personnes touchées, et qui est en augmentation constante. Vous prévoyez une cible, pour 2010, de 584 personnes qui éventuellement seraient touchées, demanderaient intervention, et tout ça.

Est-ce que vous croyez, avec l'incidence du fameux centre Ludoplex, être en mesure d'atteindre la cible? Et est-ce que cette cible-là est encore réelle, au moment où on se parle, avec l'incidence dont je viens de parler, du fameux centre Ludoplex, où il y a 200 appareils de jeu qui ont été installés au même endroit, connexe avec l'Hippodrome de Trois-Rivières?

M. Allaire (Jean-Denis): Je me permettrai un premier bout de réponse et je demanderai à M. Lacour de compléter. La venue d'un Ludoplex n'est pas sans nous préoccuper, en tout cas, notre directeur de santé publique, lui, l'est, pour dire: Vous voyez, est-ce que... Nous sommes avec un salon de jeu, on a une diminution de l'offre d'appareils, surtout les jeux vidéo, là, poker, ces affaires-là, mais on a une préoccupation, et notre directeur de santé publique a affirmé publiquement, en exerçant correctement son rôle, disait qu'on allait suivre de près la situation, d'autant plus que le Ludoplex est près de certains quartiers plus vulnérables, selon nous.

Cela dit donc, d'un côté, nous exprimons, par notre directeur de santé publique, une préoccupation, et le directeur de santé publique a émis un certain nombre de recommandations, dont une partie ont pu être mises en place, d'autres seront mises en place plus tard ou non. Je vous donne, par exemple: Est-ce que les gens pourraient avoir un guichet automatique sur place? Tu sais, c'est plus tentant, hein, quand tu es... les distances entre les lieux de jeu et les lieux de consommation d'alcool, etc. Donc, le directeur de la santé publique a fait un certain nombre de recommandations à l'opérateur du Ludoplex pour essayer de diminuer les facteurs à risque.

Parallèlement à ça, nous devons quand même... on dit ça; ça, c'est une chose, mais il faut aussi s'occuper des gens qui peuvent avoir des problèmes, donc nous avons confié au Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières la responsabilité d'offrir sur place des services pour les personnes. Donc, je vais demander à M. Lacour de répondre à deux volets de la question, donc: Qu'est-ce qu'on fait par rapport à ça?, donc peut-être

décrire l'intervention du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, et, dans un deuxième temps: Jusqu'à quel point la venue du Ludoplex... Est-ce qu'on est en mesure de dire: est-ce que ça a un impact sur la hauteur de la cible, notre atteinte, ou même son fondement? Si vous permettez, M. Lacour...

Le Président (M. Kelley): M. Lacour.

M. Lacour (Marc): Merci, M. le Président. D'abord, le Ludoplex, pour être très honnête, là, il ne contribue pas nécessairement à augmenter le nombre d'appareils dans la région, hein? C'est une concentration...

M. Deslières: Ce n'est pas ça que j'ai dit.

M. Lacour (Marc): Mais c'est juste pour être bien au fait, là. Il y a une concentration dans un lieu, puis au total il y a une diminution du nombre d'appareils dans certains quartiers plus défavorisés.

Ceci étant dit, je discutais justement avec le directeur général du Ludoplex la semaine dernière et il m'indiquait que les prévisions d'achalandage étaient revues à la baisse parce qu'il n'y avait finalement pas autant de gens que ça qui fréquentaient ses installations.

Maintenant, quand on a des inquiétudes, on prend les moyens aussi pour limiter, réduire les dégâts, etc., donc la région vit, entre autres, une expérience pilote d'autoexclusion des bars et des endroits où on peut avoir accès à des appareils de loterie. Donc, des clients qui sont inquiets de leur comportements peuvent participer à ce programme et avoir accès à des conseillers. On a déjà au-delà d'une trentaine d'individus qui sont inscrits dans ce projet pilote, qui va faire l'objet d'une évaluation par l'Université Laval.

● (12 h 20) ●

Mais revenons au Ludoplex lui-même. Le Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières s'est vu confier par l'agence le mandat d'expérimenter une intervention directement dans les lieux du Ludoplex et avec une capacité d'intervention en situation de crise qui permet d'agir dans un délai de moins de 30 minutes. Donc ça, c'est une intervention qui est faite à l'intérieur des installations. Le projet est parti il y a déjà quelques semaines. Et le projet aussi va permettre de faire de la prévention, des activités de promotion et de prévention à l'intérieur des installations et également dans les quartiers qui sont vus comme plus vulnérables. Donc, c'est un projet de 200 000 \$ sur une base annuelle, et puis on va voir les résultats que ça donne. À date, on est au démarrage.

Pour ce qui est des taux de... le nombre de joueurs et les cibles, je voudrais vous informer que malheureusement on assiste à une diminution, et on a demandé à l'établissement qui est responsable d'offrir ces services spécialisés de faire des campagnes de promotion pour faire connaître les services, et on a même demandé de façon systématique à conseiller aux conjoints l'existence des services, etc. Donc, je peux vous dire qu'il n'y a aucune liste d'attente au moment où on se parle, et des activités de promotion des services sont envisagées. Possiblement qu'on n'atteindra pas la cible. Ce n'est pas en soi une mauvaise nouvelle,

remarquez. Si on observe une diminution, on en est bien contents.

Le Président (M. Kelley): Dernière question, M. le député?

M. Deslières: Oui. Mais concrètement, là, concrètement, là, en termes de ressources, là, vous avez parlé de montants, là, mais vous avez ajouté combien de personnes, combien de professionnels, concrètement? On m'indique ici «une travailleuse sociale à temps partiel». Peut-être que mon information n'est pas tout à fait actualisée. Qu'est-ce que ça veut dire, là, concrètement, là, en termes de ressources humaines? Quels professionnels vous avez engagés? Quelle sorte de professionnels?

M. Lacour (Marc): Écoutez, on parle de sommes quand même assez considérables, là. Si mon souvenir est bon, c'est au-delà de 500 000 \$ qui a été investi, là, depuis les dernières années dans l'offre de service en jeu pathologique. Je vous ferais remarquer cependant que nous, la région, on ne donne pas de services spécialisés avec hébergement. Contrairement à certaines régions au Québec où il y a aussi de l'hébergement, nous, ce sont des services sur une base externe qui sont donnés; on a au-delà de neuf points de service dans la région. Mais c'est quand même des sommes significatives, là. On ne parle pas d'intervenantes à temps partiel, là.

Le Président (M. Kelley): M. Allaire, un complément?

M. Allaire (Jean-Denis): M. le Président, nous n'avons pas entre les mains le plan d'effectif ou les effectifs exacts. Vous faites allusion surtout à l'intervention par le Centre de santé et services sociaux de Trois-Rivières autour du Ludoplex? Est-ce que c'est à ça que vous faites allusion, M. le député?

M. Deslières: C'est ça, exact, exact, exact.

M. Allaire (Jean-Denis): Ce qu'on va faire, si vous me permettez, M. le Président, nous allons recueillir l'information et nous la ferons parvenir.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. On va prendre note de ça et...

M. Deslières: M. le Président, juste m'indiquer combien est-ce qu'il me reste de temps.

Le Président (M. Kelley): Comme une minute, deux minutes, au gros max.

M. Deslières: Je vais aller au niveau des structures. Je voulais aller au niveau des budgets, mais je vais aller au niveau des structures. On a mentionné que c'est la seule région où il y a deux régions pour une agence, et on sait qu'il y a eu création d'une nouvelle région il y a quelques années. Comment entrevoyez-vous l'avenir? Ma question directe: Est-ce qu'on peut penser, imaginer qu'à court terme chaque région, c'est-à-dire le Centre-du-Québec et la Mauricie, aura sa propre agence?

Le Président (M. Kelley): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Vous comprendrez, M. le Président, que cette réponse ne relève pas du président-directeur général.

M. Deslières: Non, non. Non, mais je comprends, mais...

M. Allaire (Jean-Denis): Tout ce que je peux vous témoigner, c'est: ça fait déjà un bon nombre d'années que ça existe. Le rapport, d'abord, avec le réseau est bien vécu. Avec nos partenaires, notamment les conférences régionales des élus, nous avons de nombreux lieux de collaboration, de nombreuses ententes spécifiques. Quant à nous, notre mandat, c'est essentiellement de gérer une région sociosanitaire avec une accessibilité, une équité dans l'accessibilité des services pour chacun des huit territoires. Donc, est-ce qu'on pense, à court terme, qu'il va y avoir une agence pour la région Centre-du-Québec? Je ne saurais répondre. Je serais plutôt porté — puis là, c'est plus une réflexion d'ordre personnel — à dire: S'il y avait des mouvements à faire, est-ce que c'est de multiplier le nombre de paliers ou peut-être faire des regroupements de régions?

Alors, nous, on a deux régions administratives, on fait la démonstration depuis un bon nombre d'années qu'on est capables de gérer avec deux conférences des élus, avec deux dynamiques, en respectant les deux dynamiques, mais en réseau cohérent qui à ce moment-là bénéficie d'une force: on est 500 000 de population. On n'est pas la huitième ou la 12e région du Québec, on est la cinquième. Sur cette base-là, on a un centre de radiothérapie, on a des services de neurochirurgie, on peut avoir, en néphrologie, une équipe assez forte pour avoir des unités décentralisées. Ça, c'est l'avantage, hein, il y a un avantage des fois à se réunir. Et, dans ce sens-là, je crois que, de façon bien humble, en reconnaissant qu'il y a des choses à améliorer, j'en suis convaincu, qu'on a fait la preuve jusqu'à maintenant qu'il est possible et même pertinent... En tout cas, ça a bien fonctionné, en d'autres mots. Donc, je ne suis pas en mesure de vous donner d'autres réponses que celle-là, M. le député.

M. Deslières: Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Il me reste juste à dire, au nom des membres de la commission, merci beaucoup pour votre témoignage ici, aujourd'hui. On a touché beaucoup de sujets très intéressants, toute la question d'effectifs médicaux, les problèmes liés aux pénuries de main-d'oeuvre à venir — je pense qu'on a vu l'effet bénéfique du campus de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, qui a aidé à donner un oxygène dans le système — les problèmes liés au vieillissement de la population, les questions liées à la gouvernance, le progrès qui a été fait, les défis à venir.

Alors, je pense que c'est vraiment un portrait très intéressant de votre région, que je connais un petit peu parce que dans une vie antérieure j'ai visité les quatre réserves autochtones, et surtout la route à Manawan, c'est éloigné, ce n'est pas à la porte. Alors, je comprends l'immense territoire que vous avez.

Alors, merci beaucoup. Merci également pour la qualité des documents qui ont été fournis pour les membres de la commission aussi. Alors, je ne sais pas si, en guise de conclusion, vous avez un mot de la fin?

M. Allaire (Jean-Denis): Bien, je vous remercie beaucoup, M. le Président. Soyez convaincus que, pour nous, c'est un exercice qui est essentiel, ce qu'on fait ce matin. On est dans une démocratie, et c'est ça que ça donne comme avantage, c'est de rendre compte à des élus sur comment les choses vont, poser des questions. Nous avons tenté d'y répondre avec le plus d'honnêteté — ça, il n'y a pas de doute — le plus de clarté. Peut-être que certaines de nos réponses ont pu vous satisfaire, parfois d'autres moins, mais nous avons... nous nous sommes préparés à cet exercice et nous avons participé vraiment avec plaisir et avec le ferme souhait d'éclairer le mieux possible les membres de la commission. Donc, merci de votre accueil, et à la prochaine.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Allaire. Alors, juste un point d'intendance, on va revenir dans cette même salle. Alors, si le monde veut laisser les documents ici, on peut le faire, la salle va être barrée. Alors, sur ce, je vais suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures, pour entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Merci beaucoup, tout le monde.

(Suspension de la séance à 12 h 27)

(Reprise à 14 h 4)

Le Président (M. Kelley): Bonjour, mesdames et messieurs. Je constate à nouveau quorum des membres de la Commission des affaires sociales. Alors, je déclare donc la séance ouverte. Je vais rappeler le mandat de la séance de cet après-midi: le mandat de la commission est de procéder à l'audition de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion de 2003-2004 à 2006-2007 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. MacMillan (Papineau) remplace M. Sklavounos (Laurier-Dorion).

Le Président (M. Kelley): Alors, c'est un grand honneur pour nous autres d'avoir le député de Papineau avec nous, ça souligne l'importance que le député trouve dans ces questions pour sa région préférée. Alors, bienvenue, Dr Morissette, et félicitations, parce que quand nous avons distribué, ce matin, un ordre du jour, on a parlé d'un directeur général par intérim, alors, si j'ai bien compris, M. Morissette, vous êtes maintenant directeur général, point, alors félicitations pour votre nomination. Et, sur ça, je vais vous céder la parole. Vous avez un droit de parole d'environ 30 minutes, après ça nous allons passer à une période d'échange avec les trois groupes parlementaires. Il y aurait une formule qui donne environ une cinquantaine de minutes à ma droite,

45 minutes à l'opposition officielle et 40 minutes au deuxième groupe d'opposition, plus ou moins. Sur ça, la parole est à vous, Dr Morissette.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (ASSS-Outaouais)

M. Morissette (Guy): Merci, M. le Président de la commission, Mmes et MM. les députés, c'est avec plaisir que l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais vous présente la synthèse de ses rapports de gestion 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007. Évidemment, présenter un bilan de quatre années de réalisations en quelques dizaines de minutes seulement est assez difficile. Il s'est passé beaucoup de choses dans notre réseau pendant cette période. Vous comprendrez alors que je mette davantage l'emphase sur les événements significatifs les plus récents, d'autant plus que notre réseau, en Outaouais, fait l'objet d'un important exercice de redressement qui s'est enclenché en 2006-2007 et qui se poursuit en 2007-2008.

Mais permettez-moi d'abord de vous présenter l'équipe de direction de l'agence, soit: M. Denis Chénier, directeur de la gestion des ressources; Dre Lucie Lemieux, directrice de la santé publique; M. Bernard Guindon, directeur de la coordination du réseau et des ententes de gestion; M. Christian Gagné, directeur de l'organisation des services; derrière moi, M. Gérard Turcotte, directeur des ressources informationnelles. M. Martin St-Louis, agent d'information à l'agence, nous accompagne également. J'assume pour ma part également temporairement les fonctions de directeur régional des affaires médicales et de la santé physique pour l'agence.

La région de l'Outaouais compte près de 350 000 habitants. Un noyau urbain constitué par la ville de Gatineau regroupe près de 70 % de ses résidents. Sa population est l'une des plus jeunes au Québec et est en croissance. Quatre MRC rurales entourent la ville de Gatineau, quelque 30 % des citoyens de l'Outaouais y habitent. La population de nos milieux ruraux est en général plus âgée. Le nombre de résidents y est stable ou en léger déclin. Sur le plan socioéconomique, la situation de l'Outaouais est dans son ensemble plutôt favorable. Le taux de chômage y est inférieur à la moyenne québécoise, le revenu familial moyen y est comparable. La pauvreté touche cependant trois de nos MRC rurales; ces MRC ont été durement touchées par la restructuration de l'industrie forestière. Certains secteurs de la ville de Gatineau abritent également une population plus pauvre.

L'état de santé de notre population est à bien des égards similaire au reste du Québec. Il se distingue néanmoins sur certains points. Le taux de mortalité de notre région est à la baisse; il demeure cependant plus élevé que la moyenne québécoise. L'espérance de vie à la naissance est à la hausse mais reste sous la moyenne québécoise. La moitié de notre population présente un excès de poids. Cette proportion est comparable au reste du Québec. Le taux de tabagisme en Outaouais demeure supérieur à la moyenne. Il peut expliquer la prévalence élevée de certains problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires et le cancer du poumon. Par contre, ce taux s'est amélioré sensiblement dans notre région, passant de 38 % en 1998 à 29 % en 2005.

En lien avec l'état de santé de la population de l'Outaouais, notre agence a consacré ses énergies des quatre dernières années à la mise en oeuvre du plan régional en santé publique. Pour l'application du plan d'action, notre Direction de la santé publique profite d'un excellent partenariat intersectoriel avec le domaine de l'éducation et le monde municipal. La lutte contre l'usage du tabac a grandement profité de ce partenariat. En 2004, notre agence, de concert avec la ville de Gatineau, plaide pour que le gouvernement du Québec autorise la ville à adopter une réglementation interdisant l'usage du tabac dans les lieux publics. L'adoption par l'Assemblée nationale des modifications à la Loi sur le tabac proposées par le ministre de la Santé et des Services sociaux a étendu cette interdiction à tout le Québec. Nous espérons que la nouvelle loi aura un effet rapide et positif sur certains des indicateurs de santé de notre région. D'ailleurs, l'augmentation significative des fumeurs qui ont utilisé les services de nos centres d'abandon du tabagisme est sans aucun doute une des premières preuves des effets bénéfiques de la nouvelle loi.

● (14 h 10) ●

Toujours dans le domaine de la santé publique, l'implantation des services de prévention destinés à la petite enfance, notamment pour les familles en situation de vulnérabilité, s'est poursuivie. L'offre de service universelle de rencontres prénatales et de visites post-natales à domicile pour l'ensemble de la population a été également accrue. La lutte à une éventuelle pandémie d'influenza a été l'occasion d'une importante mobilisation de notre réseau. Notre conseil d'administration a adopté un plan régional de lutte à une pandémie d'influenza. Ce plan dote notre région des principaux outils nécessaires pour faire face à une telle éventualité. Cette mobilisation nous a également permis de consolider nos liens avec les partenaires concernés par la sécurité civile. Le contrôle des infections nosocomiales, notamment du *Clostridium difficile*, aura également requis une attention de tous les instants de la part de l'agence et de notre réseau. Le taux d'incidence en Outaouais se situe dans la moyenne provinciale. La situation est demeurée sous contrôle chez nous. Nous sommes satisfaits de la façon dont nos établissements gèrent cette problématique. Nous maintiendrons évidemment une vigilance permanente dans ce dossier.

J'aimerais maintenant vous entretenir de notre réseau. Nos institutions évoluent évidemment dans un contexte frontalier particulier. La phase II du rapatriement des services en Outaouais, qui s'est terminée en 2001, nous a permis d'accentuer nos efforts dans ce domaine. La présence du réseau ontarien, qui inclut des institutions de haut niveau, notamment de niveau universitaire, pose cependant un défi permanent en Outaouais tant en termes de planification de la main-d'oeuvre que d'habitude de consommation, et ce, tant pour les services médicaux de première ligne que des services médicaux spécialisés.

L'Outaouais compte cinq centres de santé et de services sociaux et cinq établissements régionaux spécialisés. Ces établissements gèrent une soixantaine d'installations. Deux CHSLD privés conventionnés s'ajoutent à nos établissements publics. Ces établissements se partagent, en 2007-2008, des crédits budgétaires totaux de 477 millions de dollars. Les 139 organismes communautaires financés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires ont reçu une enveloppe de 21,5 millions en 2007-2008.

Les dépenses régionales en santé et services sociaux s'élèvent à plus de 556 millions de dollars en 2007-2008. Ces crédits budgétaires sont en hausse de près de 111 millions depuis l'année 2003-2004. Il n'y a jamais eu autant d'argent dans notre région. Notre région s'est de plus engagée, en 2005-2006, dans un processus d'équité intrarégionale de manière à assurer à terme une répartition budgétaire plus équitable entre les territoires de nos cinq CSSS. Ces budgets de développement de plus de 30 millions de dollars ont été consentis à l'Outaouais depuis 2003-2004. Ils ont principalement été investis dans la consolidation des services de première ligne. Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie et les services en santé mentale sont les deux programmes qui ont le plus reçu... qui ont reçu le plus d'investissements.

D'autre part, d'imposants projets d'immobilisations ont été lancés dans la région de l'Outaouais. Le projet du centre de cancérologie de l'Hôpital de Gatineau a été mis à exécution en décembre 2006, et les travaux devraient débiter sous peu. Ce projet de 30 millions confirme l'Outaouais comme pôle d'excellence en cancérologie pour l'Ouest du Québec. Nous sommes d'ailleurs fiers de respecter nos engagements en termes de délais pour la dispensation des traitements en radio-oncologie.

De plus, les citoyens du CSSS de Papineau se sont grandement réjouis, en 2007, du début des travaux de rénovation de l'Hôpital de Papineau, notamment de son urgence. La phase I de ce projet requiert un investissement de 27 millions de dollars. Les résidents du territoire de la Petite-Nation, bien qu'ils soient desservis également par l'Hôpital de Papineau, pourront être fiers de la rénovation de l'urgence du CLSC de Saint-André-Avellin, qui a également commencé cette année.

Plusieurs autres projets d'immobilisations majeurs ont également progressé depuis quatre ans. La mise à l'étude de la rénovation des urgences des hôpitaux de Hull et de Gatineau a été annoncée. Ces projets représentent respectivement des investissements de 18,7 et de 23,5 millions de dollars.

Notre région a aussi reçu 19,1 millions en cinq ans pour le maintien des actifs immobiliers. Un investissement de 4,4 millions de dollars a été fait pour les rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD et de 6,1 millions pour les installations autres que CHSLD. Près de 17 millions de dollars ont été investis pour l'achat d'équipements médicaux spécialisés depuis 2003-2004, avec notamment un investissement inégalé de plus de 8,1 millions cette année. Un financement de 12 millions a également été consenti à notre région pour la réalisation de rénovations majeures dans nos CHSLD, et un important projet de reconstruction du CHSLD du territoire du Pontiac a été annoncé.

Ces investissements en immobilisations nous permettront d'être mieux outillés pour offrir des services de qualité à notre population. Ces services ont eux-mêmes connu une évolution significative depuis quatre ans.

Parlons d'abord des organismes communautaires de notre région, qui demeurent des partenaires privilégiés de notre réseau. L'agence a adopté, au mois de juin 2007, un nouveau cadre de référence de relations et de soutien financier pour les organismes communautaires. Ainsi, l'agence s'est engagée à allouer aux organismes communautaires, sur une base annuelle, une part significative de l'enveloppe de développement dont elle contrôle

l'affectation, de garantir le maintien des acquis et de consolider le financement à la mission globale des organismes déjà existants tout en procédant à l'indexation paramétrique. Les sommes de développement pour les organismes communautaires pour l'année 2007-2008, qui ont atteint un montant sans précédent de 1,6 million de dollars, ont principalement été allouées pour des services aux personnes démunies dans le domaine de la sécurité alimentaire et du support communautaire.

Le développement des services aux personnes âgées aura d'autre part retenu notre attention prioritaire depuis quatre ans. L'Outaouais présente une population jeune. Comme le reste du Québec, notre région est tout de même confrontée au défi du vieillissement de notre population. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans en Outaouais augmentera rapidement, soit plus de 16 % d'ici 2010. Notre plan d'action 2006-2010 sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie a été élaboré dans cette perspective. Les mesures de notre plan visent entre autres à ce que les personnes âgées maintiennent leurs activités dans la communauté et près de leur milieu de vie dans une perspective d'autonomie et d'autodétermination. Nous souhaitons également ajuster et moduler l'offre de services aux besoins des personnes âgées et des proches aidants.

La prévention est le premier volet qui a retenu notre attention. Pour atténuer la pression du vieillissement sur les services de santé, nous devons garder nos aînés en santé et autonomes le plus longtemps possible. Les programmes PIED et Vie active visent cet objectif. Depuis 2003-2004, près de 6,2 millions de dollars ont été alloués pour rehausser les services liés à la perte d'autonomie, principalement dans le soutien à domicile et l'hébergement. Le nombre de personnes en attente d'hébergement qui occupent un lit de courte durée dans nos hôpitaux a baissé depuis quatre ans, passant en moyenne de 89 patients en 2003-2004 à environ une vingtaine de patients à l'heure actuelle.

Nos investissements ont permis d'augmenter depuis quatre ans l'intensité des services infirmiers en CHSLD, laquelle est passée de 2,97 en 2003-2004 à 3,06 heures-soins en 2006-2007. Plus de 130 places en ressources intermédiaires ont été créées depuis 2004-2005 en Outaouais. Ce secteur demeurera une priorité de développement pour les prochaines années. Notre agence s'est évidemment associée aux visites d'appréciation de la qualité dans les CHSLD et les ressources d'hébergement non institutionnelles. Neuf installations en CHSLD ont notamment fait l'objet d'une visite depuis 2004. Nous avons été satisfaits de la réponse de nos établissements. Ils ont produit des plans d'action précis et pertinents. Ces plans ont été rapidement mis en oeuvre.

Notre agence a d'ailleurs mis sur pied un processus dynamique de suivi de ces recommandations. Nous constatons que les services de base sont adéquats. Les milieux sont sécuritaires, et une réelle culture dite de milieu de vie se développe dans nos installations. Le CSSS des Collines a par ailleurs été choisi pour l'implantation d'un projet pilote d'informatisation du dossier-patient des personnes âgées du territoire. Ce projet s'est avéré un succès. Notre région a d'ailleurs posé sa candidature pour jouer le même rôle dans la deuxième phase du projet.

● (14 h 20) ●

Quant au soutien à domicile, notre région a pu augmenter l'intensité des services, qui est passée de 19,55 interventions par personne-année en 2003-2004 à 23,4 interventions en 2006-2007. Nos CSSS sont également engagés dans un processus d'uniformisation des différents services en soutien à domicile entre les différents territoires. Enfin, le processus de certification de nos quelque 75 résidences privées pour personnes âgées va bon train, et nous espérons certifier nos premières résidences dans quelques semaines. Ces résidences offrent plus de 2 200 unités locatives aux aînés de l'Outaouais.

Le développement des services en santé mentale est également un élément important du bilan de nos quatre années. Ce programme a notamment un impact significatif sur le fonctionnement des urgences de nos hôpitaux. Des investissements de plus de 4,2 millions ont été réalisés dans ce secteur depuis cinq ans. L'hébergement et l'accès aux services de soutien, d'évaluation et de traitement en première ligne ont été prioritaires. L'agence oeuvre à consolider avec nos établissements, notamment nos CSSS et le Centre hospitalier Pierre-Janet, le modèle d'organisation de services. Notre objectif est d'assurer une meilleure hiérarchisation des services, de reconfigurer les ressources d'hébergement et de réviser le soutien communautaire. À ce titre, notre région s'est dotée, en 2007, de nouvelles orientations régionales en santé mentale pour les services destinés aux jeunes ainsi que de nouvelles orientations pour la clientèle adulte. Nous anticipons de bons résultats pour l'avenir. Nos indicateurs en santé mentale, notamment pour les urgences, illustrent d'ailleurs une amélioration en 2006-2007. Les services aux personnes atteintes de trouble envahissants du développement ont été un autre secteur d'investissement prioritaire. L'intervention comportementale intensive pour les enfants de moins de six ans a été implantée. En 2006-2007 et en 2007-2008, nous avons également alloué des budgets pour la bonification des services offerts aux enfants de six à 12 ans.

L'Outaouais est caractérisée par une offre de jeu complète: casino, hippodrome, parc complet d'appareils de loterie vidéo. Bien que cette présence génère des retombées économiques, elle provoque également des problèmes sociaux et des problèmes de santé. L'application du Plan d'action régional en jeu pathologique 2004-2006 a donc été une priorité incontournable en Outaouais. Dans ce cadre, une première campagne régionale de prévention fort originale a été réalisée. Les services en externe et en interne ont été créés ou consolidés par le Centre Jellinek, de la formation a été offerte à divers intervenants du réseau, des initiatives de dépistage ont été amorcées, comme le projet novateur de sentinelles. Ce projet vise à rejoindre et à accompagner les personnes de 60 ans et plus qui manifestent ou sont à risque de manifester des problèmes de jeu.

Toujours dans le secteur des dépendances, l'Outaouais est aussi une région pilote pour le programme de formation Opération réseau pour prévenir la propagation du VIH et du VHC auprès des personnes toxicomanes.

L'Outaouais se classe en tête de peloton en ce qui a trait aux services offerts en protection de la jeunesse. La gestion des listes d'attente et des délais d'intervention est très performante. Cette situation positive résulte aussi d'un bon partenariat avec les équipes du CSSS, des organismes communautaires et du secteur de l'éducation, ainsi que d'une gestion très rigoureuse.

Nous avons également été l'une des régions pionnières pour l'implantation de l'équipe intervention jeunesse. En milieu urbain, tout près de 100 % des plans individualisés de services sont réalisés pour les jeunes de ce territoire qui ont besoin de services. Les PSI sont des mécanismes de coordination clinique régionale fort utiles pour les jeunes présentant des problématiques multiples; la même chose peut être affirmée du programme Qualification jeunesse, qui vise à supporter les jeunes manifestant d'importantes difficultés d'intégration dans leur passage à l'âge adulte.

Je vous disais au début de mon allocution que nos services offerts dans le secteur de la santé physique faisaient actuellement l'objet d'un ambitieux redressement depuis l'année 2006-2007. La nécessité d'entreprendre ce redressement nous est apparue plus particulièrement en 2005-2006, alors que les résultats de plusieurs de nos indicateurs n'étaient pas à la hauteur de nos attentes, notamment en santé physique. Cette situation concerne particulièrement le CSSS de Gatineau. Cet établissement dessert en première ligne près de 70 % de la population de l'Outaouais; il est également responsable de la plupart des services médicaux spécialisés pour la région, sauf en psychiatrie; il accapare près de la moitié du budget régional. Le CSSS de Gatineau a donc un impact statistique important sur les résultats de l'ensemble de notre région.

Cet important exercice de redressement doit être mis dans le contexte de la situation très particulière qui est celle de l'Outaouais, un contexte frontalier et un contexte de pénurie de main-d'oeuvre. L'Outaouais est aux prises avec l'une des plus importantes pénuries de médecins de famille au Québec. Toutefois, au cours des trois dernières années, un certain espoir renaît: les nouveaux plans régionaux d'effectifs médicaux ont en effet bénéficié grandement à l'Outaouais. En effet, pour la première fois depuis près de 10 ans, la région a pu connaître un solde net positif de recrutement, et ce, en 2005, 2006, 2007 et, selon toutes les probabilités, également en 2008. Une vingtaine de nouveaux médecins omnipraticiens par année ont choisi l'Outaouais comme lieu de pratique.

Nous sommes cependant encore loin d'avoir résorbé cette pénurie. Voilà pourquoi d'autres mesures à plus court terme ont dû être mises en oeuvre pour pallier, en partie, les effets de la pénurie pour nos citoyens. Le département régional de médecine générale, de concert avec le service Info-Santé, a mis sur pied un système d'identification et de prise en charge de la clientèle vulnérable; ce mécanisme nous a permis d'offrir un suivi médical à plusieurs centaines de personnes les plus en besoin de services médicaux. D'autre part, un septième groupe de médecins de famille a été accrédité en 2007, et de l'intérêt a été signifié pour quatre autres projets. Près de 50 000 personnes sont déjà inscrites à l'un de nos GMF. Notre objectif est que chacun de nos cinq territoires ait au moins un GMF et que notre région en compte 12.

Afin d'encadrer nos travaux futurs, nous avons adopté en 2006-2007 de nouvelles orientations régionales pour les services médicaux première ligne; ces orientations ont été élaborées en consultation avec les médecins et le réseau. Elles guideront les CSSS dans la constitution de leur réseau local de services médicaux de première ligne.

Malgré cette pénurie, l'agence a réussi à consolider les équipes médicales des hôpitaux ruraux; les services médicaux dans les urgences ont été ainsi stabilisés. Le redressement connu au CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau est à ce titre remarquable. Le modèle de pratique médicale communautaire dans le territoire du CSSS du Pontiac a aussi permis de mitiger les impacts de la pénurie pour la population de ce territoire rural. Le défi de la pénurie de médecins de famille demeure de taille. Nous estimons nous être mieux outillés pour y faire face, mais des efforts supplémentaires devront être faits.

Les services médicaux spécialisés ont également connu d'importantes transformations depuis trois ans. En 2004, le ministre accordait exceptionnellement à l'agence, et ce, à sa demande, le mandat de revoir l'organisation des services médicaux spécialisés aux hôpitaux de Hull et de Gatineau du CSSS de Gatineau dans l'optique d'une meilleure intégration et d'une meilleure complémentarité des activités des deux installations. L'Outaouais, l'agence, le CSSS de Gatineau et les équipes médicales peuvent être fiers que l'exercice soit pratiquement complété. L'opération peut être qualifiée de succès. Nous pouvons enfin tourner la page sur des décennies de conflits. Nous pouvons miser sur les forces des deux hôpitaux offrant chacun des pôles majeurs d'excellence reconnus. On ne peut sous-estimer l'ampleur de cette réussite et ses effets bénéfiques à long terme sur notre réseau, notamment sur le recrutement de médecins spécialistes.

La pénurie de plusieurs professionnels, notamment des infirmières, demeure aussi importante en Outaouais. Notre région est l'une de celles où la pénurie est la plus forte au Québec. L'offre de formation dans le domaine de la santé y est aussi limitée. Notre région ne peut actuellement être autosuffisante en matière de main-d'oeuvre. Nous devons donc recruter une partie significative de notre main-d'oeuvre à l'extérieur de l'Outaouais, ce qui accentue nos difficultés de rétention de personnel. Nos établissements déploient tous les efforts possibles pour pallier à cette pénurie. Par exemple, le CSSS de Gatineau a terminé l'année 2006-2007 avec un solde de recrutement positif de 30 infirmières, un bilan inégalé depuis de nombreuses années. Mais l'ampleur de la pénurie demeure fort importante.

● (14 h 30) ●

La pénurie de main-d'oeuvre ne nous empêche pas d'améliorer nos services, comme, par exemple, pour les personnes âgées et en santé mentale. Nous développons également de nouveaux services, comme un projet de déploiement d'unités satellites en hémodialyse pour mieux desservir nos territoires ruraux. Mais il y a une limite à ce que nous pouvons accomplir seuls dans le contexte de concurrence frontalière qui est le nôtre, contexte qui est unique au Québec.

Je suis le premier à dire que les premiers efforts pour faire face à ces défis particuliers doivent venir de notre région elle-même. Il nous appartient de faire preuve d'innovation et de rigueur, de gérer efficacement et de placer la performance de nos organisations au coeur de nos préoccupations. Mais notre situation unique appelle des moyens particuliers, et ce, afin que les résidents de l'Outaouais puissent bénéficier d'un niveau de service qui se compare aux niveaux de service offerts par les régions

comparables à la nôtre. Et c'est ce à quoi veut s'attaquer le Plan d'action Outaouais dévoilé par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 4 juin dernier.

Ce plan, qui se déploiera sur plusieurs années, s'articule selon trois axes: d'abord, assurer un meilleur accès aux services cliniques et médicaux afin de mieux prendre en compte la pénurie de médecins et de professionnels dans nos établissements; ensuite, s'attaquer à différentes problématiques liées aux ressources humaines, notamment en augmentant l'offre de formation pour les professions du secteur de la santé en Outaouais; enfin, notre plan d'action prévoit la poursuite à un rythme plus soutenu de l'amélioration de nos infrastructures. Bien qu'il soit trop tôt pour en faire un bilan définitif, nous commençons à voir les résultats positifs de ce redressement à plusieurs niveaux. Nous poursuivons nos efforts afin d'augmenter les volumes d'activité en chirurgie. Il n'y a en ce moment pratiquement aucun patient dont le délai d'attente dépasse six mois pour les chirurgies de la hanche ou du genou, et nous avons pu augmenter de près de 30 %, en 2006-2007, le nombre de chirurgies de la cataracte réalisées en Outaouais.

La situation dans les deux urgences des hôpitaux du CSSS de Gatineau, qui s'était dégradée en 2005-2006, est en voie d'amélioration. Nos quatre indicateurs généraux de performance se sont améliorés sensiblement en 2006-2007. La même chose peut être dite de nos cibles de résultats à l'urgence en santé mentale. Nous espérons que tous les efforts déployés avec le CCNU et les investissements en première ligne en santé mentale et pour les services aux personnes âgées permettront au CSSS de Gatineau de confirmer cette tendance à l'amélioration. Nous avons d'ailleurs connu l'une de nos meilleures périodes des fêtes cette année.

Voilà donc les grandes lignes, exposées très succinctement, de la situation des services de santé et de services sociaux en Outaouais. Les priorités pour les années à venir, notamment en 2007-2008, s'actualiseront dans le prolongement de la réalisation des dernières années, notamment dans la poursuite de la mise en oeuvre du Plan d'action Outaouais. Nous poursuivons évidemment nos travaux sur l'organisation des services en santé mentale et sur l'organisation des services aux personnes âgées. L'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux tant de première ligne que spécialisés requerra beaucoup d'attention. Notre Direction de santé publique s'attardera à la mise en oeuvre de la politique gouvernementale sur les habitudes de vie avec ses différents partenaires. Le mot «accessibilité» demeurera donc au coeur de notre discours, de nos actions et de nos décisions. Sans nier les défis importants que doit relever notre région, je m'autorise un optimisme prudent quant à l'avenir, car notre réseau est en action comme jamais auparavant.

Dans le cadre du Plan d'action Outaouais, nous travaillons sur tous les plans. Lutter contre les pénuries de main-d'oeuvre, améliorer nos infrastructures, améliorer notre efficacité et notre performance, c'est un engagement que partagent l'ensemble des quelque 9 000 employés et médecins de notre réseau. Il n'y a jamais eu une telle mobilisation à Québec et en Outaouais pour améliorer les services dans notre région, et ce, de la part de tous les acteurs de notre réseau et de tous nos partenaires. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Morissette. Et vous êtes la troisième agence. Nous avons vu l'Estrie hier après-midi, et la Mauricie-Centre-du-Québec ce matin, et vous êtes le premier président-directeur général à respecter le temps de parole de 30 minutes. Alors, félicitations. Et, sur ça, je vais céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et adjoint parlementaire...

M. Bergeron: Il a atteint la cible.

Le Président (M. Kelley): Exactement! Premier indicateur, c'est une réussite. Alors, l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux et le député de Notre-Dame-de-Grâce, la parole est à vous.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Ça augure bien, Dr Morissette. Merci pour votre présentation. M. Chénier, M. St-Louis, Dr Lemieux, à mon tour de vous souhaiter la bienvenue à cette commission parlementaire au nom de la députation ministérielle. Vous assistez à un événement important pour les parlementaires, c'est-à-dire un processus de reddition de comptes qui est essentiel dans notre système démocratique, dans notre système parlementaire. Là, on traite de quatre années. Ça indique à quel point, malheureusement, la Commission des affaires sociales est capable de s'acquitter de ses mandats statutaires. C'est une commission qui est fort chargée normalement, alors ça nous empêche de s'acquitter de cette tâche annuellement, ce qui est un peu malheureux. Je ne jette pas le blâme ni sur le président si aux membres de la commission, je suis un ancien président de commission pendant quatre ans, et c'était la même chose précédemment. Mais je le dis en toute franchise: c'est un peu regrettable, parce que nous avons, comme vous le savez fort bien, et je commence à répéter la même chanson pour toutes les agences, mais c'est une réalité pareil, nous avons un système de santé très décentralisé. Comme agence, vous avez des pouvoirs importants sur la priorisation des soins et des services dans l'Outaouais. Et ça nous donne l'occasion, nous, les parlementaires, de vous interroger, d'échanger avec vous sur l'allocation des crédits que le Parlement du Québec vote pour votre région.

Je vais peut-être concentrer quelques remarques et questions sur la situation globale financière de la région. Comme je l'ai dit ce matin, c'est un peu difficile de commencer toujours avec des chiffres, parce que les chiffres paraissent froids, comment ça se traduit en services donnés, mais je pense qu'il est important de faire le point sur la situation. Et évidemment chaque occasion, dépendamment parfois, je ne dis pas tout le temps, mais parfois, où on s'assoit à côté de la table, le même verre d'eau peut paraître soit plein à deux tiers et vide de l'autre tiers. Alors, on peut mettre l'emphasis où on désire. Moi, je vais peut-être plus concentrer sur le fait que le verre est plein à deux tiers et non pas vide au tiers. Je vais laisser ça à mes collègues de l'autre côté de la table, dont, je suis certain, vont mettre un peu d'emphasis sur le tiers qui manque et non pas le deux tiers qui est rempli.

La situation budgétaire, vous l'avez dit, M. le président-directeur général, j'ai pris note...

Une voix: ...

M. Copeman: Pas du tout, c'est une observation, on verra. Si ça ne s'avère pas de même, on verra. Vous l'avez dit: «Il n'y a jamais eu autant d'argent dans notre région.» C'est un commentaire, je pense, assez frappant. Ça dénote quant à moi la volonté d'un gouvernement d'investir dans la santé, investir, je dirais, massivement, qui vous a permis à vous, dans l'Outaouais, de faire une progression budgétaire importante. Vous faites référence dans votre allocution à 111 millions. Moi, j'avais des informations plutôt à 128 millions sur la même période. Mais bref, même entre le ministère et l'agence, parfois ils ont une façon différente de calculer les choses. Mais je pense qu'on s'entend tous pour dire qu'il y a une progression importante dans les ressources qui sont mises à la disposition de l'agence de l'Outaouais pour l'organisation des services, peut-être autour de 30 %, qui dépasse évidemment de loin ce qu'on appelle les coûts de système, qui vous permet de faire du développement et qui vous permet également de maintenir des actifs dans la région.

Je comprends que vous avez d'autres défis comme région, avec lesquels nous sommes très familiers, entre autres le recrutement et rétention de personnel. Mais peut-être pouvez-vous nous parler un tout petit peu de cette progression dans les budgets, dans le budget global de la région et grosso modo qu'est-ce que ça vous a permis de faire pour améliorer la santé... l'offre de santé et de services sociaux dans l'Outaouais.

Le Président (M. Kelley): Dr Morissette.

● (14 h 40) ●

M. Morissette (Guy): Écoutez, effectivement il y a eu une progression des crédits qui ont été alloués à l'Outaouais. Cette progression s'est effectuée dans des secteurs prioritaires, a touché la santé mentale, a touché les personnes âgées en perte d'autonomie, et ça nous a permis progressivement de mettre en place des programmes, des plans d'action pour répondre aux besoins de la population à cet égard-là.

M. Copeman: Le volet maintien des actifs, qui est relativement nouveau, c'est-à-dire le financement au niveau qu'on connaît actuellement, est-ce que vous croyez que c'est un volet important? Est-ce qu'on investit, on consacre des ressources à la bonne place quand on mise, entre autres, le maintien des actifs?

M. Morissette (Guy): Pour le maintien des actifs, c'est extrêmement important. On sait que, que ce soit au niveau des parcs d'équipement, que ce soit au niveau de nos installations, il y a une certaine désuétude qui s'installe. On doit à tout prix maintenir, je veux dire, ces éléments-là. Souvent, c'est oublié. On pense beaucoup en termes de services, mais il faut maintenir nos installations. Et effectivement on a consenti, depuis les cinq dernières années, tout près de 19,1 millions de dollars au maintien des actifs, au cours de ces cinq dernières années là. La dernière année, l'année en cours, c'est 6,3 millions. Alors, c'est important. Ça nous permet de faire en sorte que nos installations sont à la hauteur pour permettre aux équipes cliniques de faire le travail qu'ils ont à faire.

M. Copeman: Peut-être une dernière question avant de céder la parole au porte-parole de l'opposition officielle, plus précisément sur la situation financière au CSSS de Gatineau. J'ai noté, nous avons noté tous, je pense, à la page 93 de votre rapport annuel de gestion, les chiffres qui sont là, qui indiquent une augmentation — je cherche un adjectif approprié — importante, significative dans le déficit du CSSS de Gatineau, qui est responsable quand même de la vocation plus importante de centre hospitalier, si j'ai bien compris, de la région. Quand même, de passer d'un exercice financier avec un déficit, en 2005-2006, de 6,6 millions de dollars à 10,5 millions pour la fin de l'année 2006-2007 mérite, je pense, d'avoir des clarifications.

On comprend tous par contre qu'évidemment, quand un établissement de santé fait un déficit, c'est qu'ils ont livré des services. On comprend bien que le gouvernement... Et d'ailleurs la notion de déficit autorisé fait partie des politiques retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux, précisément parce que nous savons que, quand on fait un déficit, généralement on livre des services supplémentaires. Mais quand même, si vous avez des éclaircissements quant au niveau de déficit élevé du CSSS de Gatineau, ce serait bien apprécié.

M. Morissette (Guy): Ça a été pour nous l'occasion de regarder, avec le CSSS de Gatineau, la mise en place de mesures de redressement. On est tout à fait conscients qu'on a des responsabilités, les établissements, le réseau public a des responsabilités quant à la saine gestion de ses dépenses. On sait que ça représente beaucoup de sous. Vous avez raison de dire qu'il y a des services qui ont été donnés, mais, en fonction de différentes analyses et du fait que le déficit était croissant, on a opéré, avec la direction du CSSS de Gatineau, un redressement — il y avait des attentes à cet égard-là — un redressement qui ne touchait pas les services. Ce qu'on faisait, c'est qu'on voulait faire en sorte qu'on puisse répondre aux besoins de la population en maintenant les services, mais avec une plus saine gestion. Alors, ce que ça nous a permis de faire, c'est, par exemple, le recours aux agences privées — on savait qu'il y avait là un recours élevé aux agences privées — la réduction du temps supplémentaire. Il y a différentes primes qui existaient, on a regardé ça. On a travaillé au niveau de l'amélioration de la performance, l'augmentation des revenus. Alors, ce sont tous des éléments qu'on a regardés avec le CSSS de Gatineau. On a voulu faire en sorte qu'il y ait un redressement qui s'opère en maintenant les services, et c'est ce qui est cours, c'est ce qu'on continue à faire actuellement.

Si vous parlez de déficit, actuellement le déficit autorisé pour l'année en cours est de 2,2 millions de dollars, et, si vous regardez là... si on prend le chiffre que vous avez manifesté, là, le 10 millions, maintenant 2,2 millions, c'est ce avec quoi on travaille, au niveau du CSSS de Gatineau, et on a bon espoir d'atteindre cette... Ça nous indique que d'ici, là, la fin de l'année financière on aura respecté le 2,2 millions.

M. Copeman: Si j'ai bien compris, vous croyez être capables, dans l'année courante, de ramener le déficit du CSSS de Gatineau au niveau du déficit autorisé?

M. Morissette (Guy): Le redressement qu'on a opéré était effectivement à cet égard-là, était la cible autorisée, le déficit était de 2,2 millions. Évidemment, l'année est en cours, alors, je veux dire... Mais, nos indicateurs, on accompagne très étroitement l'établissement et on a bon espoir qu'on va réaliser cette cible-là de 2,2 millions de déficit, le respect de cette cible-là.

M. Copeman: Je vous le souhaite, également à la direction du CSSS de Gatineau, ce serait un redressement assez spectaculaire, si vous réussissez à le faire. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci, le député de Notre-Dame-de-Grâce. M. le député de La Peltre.

M. Caire: Merci, M. le Président. Alors, bonjour à vous tous. Merci d'être là, merci de participer à cet exercice, comme le soulignait mon collègue, qui est extrêmement important pour une démocratie. Vous êtes effectivement la troisième agence que nous rencontrons dans le cadre de cet exercice-là, et il semble y avoir des façons de faire qui se dégagent.

Et donc je continuerai dans la continuité de ce que mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce avait amorcé, d'abord sur le fait que, bon, je pense que tous les parlementaires ont un devoir de surveillance, je pense que tous les parlementaires, quelle que soit leur formation politique, ont d'abord et avant tout l'intérêt commun à coeur, et dans ce sens-là il n'appartient pas à un ou à l'autre de faire du jovialisme ou du négativisme. Donc personnellement je ne me poserai pas la question: Où est rendue l'eau dans le verre? Je vais vous laisser ça... je vais laisser ça à mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce. Par contre, depuis que j'ai été nommé comme porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et services sociaux, je vous avoue qu'on entend généralement parler de l'Outaouais, et malheureusement c'est rarement pour recevoir des bonnes nouvelles. Or, j'ai entendu dans votre présentation une série de bonnes nouvelles, ce qui amène chez moi deux réactions. D'abord, je trouve ça bien, je trouve ça bien de savoir qu'il y a des bonnes nouvelles en Outaouais. Par contre, l'interrogation que ça soulève aussi, c'est: Avez-vous un constat qui est clair de la situation dans votre région? Ou, avons-nous, nous, ici, une perception qui est faussement négative de la situation? Mais vous comprendrez que, quand je lis l'ensemble de la revue de presse où on me dit qu'en gynécologie obstétrique ça ne va pas bien, qu'au niveau des ressources humaines ça ne va pas bien, qu'au niveau des urgences ça ne va pas bien, en fait sur l'ensemble des soins de santé... en santé mentale, le Protecteur du citoyen qui fait des interventions, et que j'écoute ce que vous me dites, bien là je me dis: Est-ce qu'il y a vraiment deux visions aussi diamétralement opposées d'une même situation?

Et ça amène mon premier sujet, qui est la gouvernance. C'est un sujet que j'aborde systématiquement avec les responsables d'agence de santé, parce qu'à ce que je viens de vous dire s'ajoute aussi le rapport du Vérificateur général, qui nous qu'il y a un problème de gouvernance au niveau des agences, quant au rôle de chacun, et là j'ajouterais peut-être, dans votre cas particulier, quant aux perceptions.

On parlait d'un financement historique tout à l'heure avec mon collègue, alors que je lis dans les hebdomadaires locaux que les travailleurs du terrain, les gens qui oeuvrent sur le terrain parlent d'un sous-financement de 150 millions. Remarquez, mon objectif n'est pas de... êtes-vous suffisamment financés? Bon, il vous appartient de savoir si vous avez les argents nécessaires pour faire votre travail, mais encore là la question que ça amène, c'est: Est-ce que l'instance décisionnelle que vous êtes est bien connectée avec son milieu? Comment est-ce que vous pouvez expliquer une perception aussi diamétralement opposée de l'agence versus les gens qui sont sur le terrain, qui se sont regroupés, comme vous le savez sans doute, notamment avec la coalition l'Outaouais à l'urgence-phase 2, de différents médecins qui pratiquent tant à l'Hôpital de Gatineau que Hull, sur les conditions de pratique? Alors ça, je vous avoue, moi, ça m'interpelle, puis j'aimerais ça vous entendre là-dessus.

• (14 h 50) •

M. Morissette (Guy): Écoutez...

Le Président (M. Kelley): M. Morissette.

M. Morissette (Guy): Merci. On ne nie pas les problèmes qui existent en Outaouais, et c'est pour ça qu'on vous dit: Il y a un redressement qui est en cours. Beaucoup d'efforts, beaucoup d'énergies ont été consacrés au cours des dernières années, de travail avec les établissements, avec les différents... les médecins et les professionnels pour faire en sorte que la situation s'améliore, et c'est pour cette raison-là qu'il y a un redressement en cours. Nous, on a l'impression que c'est bien engagé, la direction du CSSS de Gatineau a notre appui, nous avons confiance en cette équipe-là. Oui, on sait qu'il y a beaucoup de travail encore, mais il y a eu une mobilisation dans le réseau dans les derniers mois, dans la dernière année, qui fait en sorte que cette situation-là va changer, ça va changer la perception que les gens ont de notre service de santé.

M. Caire: Je vous fais part d'une expérience personnelle. Cet automne, on travaillait quelques dossiers, notamment le nombre de places en lits de courte durée qui étaient occupées par des personnes en attente d'hébergement et/ou autre traitement. Or, le service de recherche, qui avait le devoir de s'identifier — là, je tiens à le préciser — a fait la tournée des agences pour poser cette question-là, et je vais vous demander de commenter, parce que nous avons reçu de l'agence de l'Outaouais une réponse qui, moi, m'amène un questionnement, où on a dit à notre service de recherche: Bien, on fait un bilan quotidien de ça et on rend compte aux députés libéraux de la région, mais je ne sais pas si on est autorisé à vous donner cette information-là.

Ça m'a tenté... j'ai été vraiment tenté de poser la question au ministre en Chambre, parce que je ne sais pas s'il est au courant de cette situation-là. J'aurais voulu, mais je me suis dit: Bon, probablement pas responsable de toutes les réponses que tous les employés de tout le ministère peuvent donner. Ça fait que l'occasion m'est donnée de vous poser la question. Vous pourriez peut-être m'expliquer le sens de cette réponse-là. Ça m'échappe, je vous avoue.

M. Morissette (Guy): Pouvez-vous préciser la question?

M. Caire: La question qu'on a posée, c'était: Combien y a-t-il... Mais je vous dirais que la question est plus ou moins importante, autant que la réponse. Comment se fait-il que, quand le service... Puis, comme je vous dis, là, il y avait l'obligation de s'identifier, on ne faisait pas de cachette, là, ce n'était pas *Caméra cachée*, on ne se faisait pas passer pour des vendeurs de lits, là; il y avait obligation de s'identifier comme le service de recherche de l'opposition officielle, et on posait la question sur le... Puis je reviendrai sur le nombre de personnes qui occupent des lits de courte durée, là, puis qui sont en attente d'hébergement, c'était ça, la question, qui m'apparaît assez simple, mais la réponse était d'un employé, et je cite à peu près dans le texte, là, qu'on faisait un bilan de ça quotidiennement et qu'on en faisait référence aux députés libéraux de la région, mais que la personne ne savait pas si elle était autorisée à nous donner cette information-là. Alors, j'aimerais vous entendre principalement sur la réponse plutôt que sur la question. Je vous reposerai la question plus tard.

M. Morissette (Guy): Écoutez, c'est une information qui est publique et qui doit être diffusée aux gens à qui de droit. Alors, je ne sais pas, là, exactement, là, quelles ont été les suites qu'il y a eu suite à votre demande, mais c'est une information qui est disponible, alors je serai très heureux de partager ça avec vous, là, dans les minutes qui suivent.

M. Caire: Je me dois d'être honnête dans l'ensemble du processus, ce qui a d'ailleurs évité au ministre d'avoir à me répondre, mais nous avons reçu l'information. Ça a pris quelques jours avant que nous recevions l'information. Mais c'est surtout sur l'idée de la réponse et de la gouvernance. Je vous avoue que, moi, ça m'a interpellé, là. Mais effectivement vos services nous ont fait parvenir la réponse.

Toujours sur la question de gouvernance, et on reviendra plus tard sur les questions d'hébergement, toujours sur la question de gouvernance, j'aimerais vous entendre sur le rapport du Vérificateur général, qui est quand même assez dur à l'endroit des agences, de la gouvernance des agences, quant au rôle de l'agence, quant à la confusion qui existe dans le rôle des agences.

J'ai eu l'occasion d'aller visiter les CSSS de votre région, et je pense que le rôle, en tout cas ce que, moi, j'ai perçu, ce que j'entends, c'est que le rôle de l'agence n'est pas clair ou apparaît plutôt comme un rôle de défenseur du ministre plutôt que de défenseur de sa région. Je vous fais grâce de tous les termes que j'ai entendus puis que je répète un peu à chaque fois, là, mais ce n'était pas à l'avantage des agences. Comment vous expliquez cette perception-là? Et comment vous expliquez que cette perception-là soit cautionnée, d'une certaine façon, dans une certaine mesure, là, j'en conviens, par le Vérificateur général dans son rapport?

M. Morissette (Guy): Écoutez, moi, je peux répondre pour l'Outaouais. Ce que je peux vous dire, c'est qu'en termes de gouvernance on a fait des travaux

particuliers au cours des dernières années. Pour nous, la gestion et l'administration du réseau est très importante. Nous avons travaillé avec les conseils d'administration, autant de l'agence que des établissements, à faire en sorte qu'ils soient bien informés, qu'ils sachent quel est leur rôle et qu'on puisse discuter avec eux. Alors, on a eu des sessions de formation avec eux où on partageait, selon évidemment la législation en vigueur, leur rôle et ce qu'ils devaient faire. Alors, pour nous, c'est un élément important. On sait qu'il y a des réflexions à cet égard-là, on a accueilli les réflexions du Vérificateur général et les recommandations du Vérificateur général d'une façon très positive, et on travaille avec eux à mieux définir leur rôle, qu'ils comprennent mieux leur rôle. Et, comme je vous dis, déjà on était sensibilisés à cet égard-là parce qu'on avait déjà fait des sessions de formation avec eux pour définir ça.

M. Caire: O.K. Toujours dans la gouvernance, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé, dans la région de l'Outaouais, des projets importants pour redresser la situation, projets pilotes, notamment les primes aux infirmières, et tout ça. Vous avez été les premiers à avoir. On parle de 40 millions qui ont été investis, semble-t-il, dans ce programme-là de relance.

Par contre, encore une fois — et je vous cite ce qui est écrit dans *Le Droit* — quand on entend le Dr Josée Bussièrès dire: Nous autres, on n'a pas vu passer l'argent, ça n'a rien changé, la situation est toujours la même, comment, au niveau de l'agence, vous expliquez le fait qu'on ait un plan d'action qui en apparence est très agressif mais qu'au niveau des donneurs de services, du personnel soignant, la conclusion de ça, c'est: On n'a pas vu passer l'argent? Bien, on ne peut pas investir 40 millions dans des services d'urgence, notamment, puis on sait que le programme des infirmières touche les urgences...

Une voix: Entre autres.

M. Caire: ...etc., mais quand même, et que la conclusion de tout ça, c'est: On n'a jamais vu passer l'argent, là?

M. Morissette (Guy): Écoutez, le Plan d'action Outaouais, qui est élaboré depuis l'été et avec lequel on travaille dans les derniers mois, touche une multitude de secteurs et touche autant au niveau de l'accessibilité aux services, l'urgence, mais d'autres services: services chirurgicaux et autres, les services diagnostics, la question de la pénurie, la question des immobilisations. Alors, il y a plusieurs secteurs qui sont touchés par le plan d'action, et nous sommes convaincus...

On voit des changements qui se produisent dans nos urgences: les gens qui séjournent sur civières plus de 48 heures, on a des résultats très concrets qui sont apparus, là, dans les dernières semaines, dernières journées, urgence dans laquelle travaille le médecin à qui vous faites référence; alors, pour nous, c'est un plan progressif, c'est un plan qui a déjà donné des résultats concrets au départ. On a eu 50 places, ouverture de 50 places de ressources intermédiaires dans le dernier mois, on a dégagé un grand nombre de lits qui étaient occupés par

des personnes âgées de plus de 65 ans, qui étaient en attente de lits d'hébergement. Alors, il y a une série de mesures, que je vous illustre, qui font en sorte que progressivement ces résultats-là vont devenir de plus en plus apparents pour l'ensemble des secteurs d'activité.

M. Caire: Bien, écoutez, une dernière question sur la gouvernance. Je ne voudrais pas avoir l'air de vous harceler, mais quand même vous admettez avec moi que ça peut nous interpeller comme élus quand on lit des déclarations comme celle-là, quand on lit même une déclaration du ministre, qui admet que l'Outaouais... «admet une fois de plus que le système de santé de la région est en difficulté», qui fait des constats quand même assez clairs, là, et le discours qu'on entend. Donc, d'une part, il y a un discours officiel qui dit... pas «tout va bien», là, je ne vous ferai pas dire ce que vous n'avez pas dit, là, mais quand même on s'entend que vous avez un discours qui est assez... qui met en relief les points très positifs, et, d'autre part, des gens qui travaillent en CLSC, qui travaillent dans les hôpitaux, qui travaillent en CHSLD, qui se sentent obligés de se regrouper dans une coalition, qui sont extrêmement actifs, tant du côté du gouvernement, que de l'opposition officielle, que du deuxième groupe d'opposition, pour dire: Écoutez, on est en train d'étouffer. J'ai vraiment l'impression qu'il y a deux bilans, qu'il y a deux univers parallèles qui n'ont pas l'air à se rencontrer, là.

● (15 heures) ●

M. Morissette (Guy): On a fait le constat qu'il y avait... on ne nie pas les problèmes. On a fait le constat qu'il y avait moyen de mieux desservir, répondre aux besoins de la population. Nous, on a la prétention de dire qu'on avait une situation particulière qui commandait des outils particuliers pour répondre à ce besoin-là, pour que nos citoyens aient le même niveau de service qu'une région comparable. Alors, le constat a été fait. Il y a un plan d'action qui a été... il y a un statut particulier qui a été octroyé, il y a un plan d'action qui a découlé de ce statut particulier là, et c'est une mesure progressive. On sait qu'on a à travailler pour... Le redressement qui est en cours ne s'étendra pas sur quelques mois, il va s'étendre sur quelques années. On a confiance. Il y a une mobilisation dans le réseau actuellement, les gens travaillent ensemble, que ce soient les gestionnaires d'hôpitaux, les syndicats, l'agence, les établissements, le ministère. Alors, il y a une mobilisation qui fait en sorte que ce portrait-là va changer.

M. Caire: Puisque vous abordez le sujet du statut particulier, on va continuer dans cette même veine. Un des problèmes importants que vit la région — j'y ai fait référence — par les programmes qui ont été amenés avec le ministère, c'est la pénurie de ressources. La proximité de l'Ontario amène une dimension qui est particulière à votre région, principalement Gatineau, parce qu'on comprend que la communication entre Gatineau et Ottawa, c'est assez facile, merci, là. D'ailleurs, je constate que c'est, quoi, c'est 6 millions, là, qui a été demandé en remboursement par le gouvernement ontarien — c'est-à-dire ça, 6 millions? oui, c'est ça — 6 millions de remboursement qui a été payé en partie par la RAMQ et par votre agence. Je vous vois froncer les sourcils, là...

M. Morissette (Guy): Non, c'est parce que je vous entendais mal. Excusez-moi.

M. Caire: Ah! Je suis désolé. Alors, selon le rapport de gestion, donc on comprend qu'il y a quand même eu un volume de soins important qui a été donné à des patients québécois en Ontario, mais ce qu'on nous rapporte, c'est qu'il y a aussi beaucoup de Québécois qui partent de l'Outaouais pour aller travailler en Ontario, et ça, ça amène une dynamique qui est particulière. Vous gérez ça comment? Parce qu'on me disait, à titre d'exemple, qu'une finissante en soins infirmiers à Gatineau pouvait aller faire un stage en Ontario mais que l'inverse n'était pas vrai. Je ne sais pas. Y a-tu des mesures comme ça que vous entendez prendre pour faire en sorte de faire que la fluidité se fasse dans les deux sens, là?

M. Morissette (Guy): C'est justement un des volets importants du Plan d'action Outaouais. Étant donné la situation particulière, ça nous permet de pouvoir travailler des solutions, ça commande des solutions particulières. Alors, on a élaboré une série de mesures, comme des primes de rétention, on a regardé la formation de la main-d'oeuvre, comment on pouvait retenir les gens. Vous savez, en Outaouais, les gens doivent aller à l'extérieur pour se former. L'offre de formation en Outaouais, elle n'est pas à la hauteur des besoins. Alors, ça commande des solutions particulières. On a, entre autres, travaillé à une mobilisation du réseau de la santé avec l'Éducation, avec l'Emploi, pour créer ce qu'on appelle le Campus santé. Alors, le Campus santé, c'est une des réponses à la question de la rétention et du recrutement, c'est de former les gens chez nous. On sait très bien que, si on forme des gens en Outaouais, on a beaucoup plus de chances de retenir ces gens-là en Outaouais. Et en même temps ça va permettre à notre population, parce qu'on sait qu'on a plusieurs citoyens en Outaouais qui vont étudier à l'extérieur, bien ça leur permettra, s'ils se forment en Outaouais, de pouvoir rester dans leur milieu.

M. Caire: Dans votre perspective de diplomation, parce que ce qu'on constate dans la province, c'est que la profession n'attire pas, la profession d'infirmière n'attire pas... On a de la difficulté, voire même dans certains cas on n'arrive absolument pas à combler, dans les facultés de sciences infirmières autant qu'au niveau collégial, l'ensemble des postes qui sont disponibles pour des formations. Est-ce que c'est un problème que vous vivez dans la région, et, si oui, est-ce que vous avez dans votre plan un maillage à faire avec le réseau de l'éducation pour dynamiser la profession et faire en sorte qu'elle soit plus attrayante?

M. Morissette (Guy): Dans les mesures qu'on a mises en place pour les ressources humaines, pour la rétention ou la formation, il y a des mesures qui s'adressent justement à ça. Que ce soit intéresser les jeunes à aller dans la profession, que ce soit une fois qu'ils sont introduits dans le... je vous dirais, dans le giron, là, de la formation, comment faire, tu sais, qu'ils poursuivent? Parce qu'on voit qu'en cours de route il y a plusieurs qui lâchent leur formation. Alors, tu sais, c'est de voir la situation, de voir pourquoi ils lâchent puis pourquoi on est capable de continuer avec eux, comment

les intéresser à la profession infirmière ou les autres professions, là, du milieu de la santé. Alors, c'est un peu ça.

M. Caire: Dans votre rapport annuel, vous parlez d'un taux d'assurance salaire de 6,82, ce qui m'apparaît élevé et ce qui doit certainement contribuer de façon significative à ajouter une pression sur l'ensemble du personnel, parce que nécessairement ce sont des gens qui sont à remplacer, et, comme on est en pénurie de personnel, on peut comprendre assez aisément que ce sont les gens en place qui remplacent les gens, donc plus de temps supplémentaire.

Comment vous expliquez d'une part ce pourcentage-là? Et est-ce que ce pourcentage-là est aussi une explication au fait que dans votre région le recours aux agences privées représente des sommes extrêmement importantes?

M. Morissette (Guy): Écoutez, il est certain que, je veux dire, dans un contexte de pénurie, ça met une charge supplémentaire au niveau des gens qui sont en place, et nous ne sommes pas surpris de voir, je veux dire, que le taux d'absence maladie est élevé. Nous avons mis en place, avec les différents établissements, des plans, des objectifs à atteindre à cet égard-là, des moyens qui font en sorte que, je veux dire, on réduise cette pression-là sur les gens, sur le personnel en place.

Le recours aux agences, je vous dirai que... au cours de la dernière année, a diminué. On a diminué de... On voit les chiffres, on a travaillé, on a mis des choses en place pour faire en sorte qu'on ait moins recours aux agences privées. Alors, à cet égard-là, on a une réduction du nombre d'heures qui est consacré, là, ou que, disons, les agences doivent faire, là, pour... dans le milieu, dans le réseau.

M. Caire: Vous pouvez nous dire, vous êtes à... Parce que je vois qu'en 2006-2007, là, c'est 118 000. Vous dites que vous diminuez les montants...

M. Morissette (Guy): C'est que ce que...

M. Caire: ...c'est 8 millions, 8 118 000 \$.

M. Morissette (Guy): Parce que ce que...

M. Caire: J'essaie de voir, là. C'est parce que, moi, je vois une augmentation ici, là.

M. Morissette (Guy): Non, il y a eu une augmentation. Le plan d'action, toutes les mesures de redressement ont été, disons, là, élaborées il y a un an, un an et demi. Alors, les chiffres que vous voyez, ce sont les chiffres qui étaient au moment où est-ce qu'on a dit... on avait à faire quelque chose à cet égard-là. Mais, quand on regarde actuellement, si on regarde, à ce moment-ci, la période de l'année passée, la période 8 de l'année passée et la période 8 cette année, on a réduit de 12 500 heures le recours aux agences privées, et ce qui équivaut à peu près à 1 million de dollars.

Alors, on est conscients que les chiffres que vous voyez au niveau du rapport sont importants, mais là on voit les effets de ce qui a été fait pour réduire le recours aux agences privées.

M. Caire: O.K...

Le Président (M. Kelley): Vous pouvez continuer, mais...

M. Caire: J'arrive à la mi-temps.

Le Président (M. Kelley): ...on arrive à la mi-temps.

M. Caire: Bien, une dernière question, parce que mon collègue me fait part d'un article publié dans *Le Droit* où on parle de remboursement plutôt de 64,4 millions plutôt que 6 millions, que je vois dans votre rapport annuel. Vous allez me dire que c'est juste un quatre, là, mais, placé où il est placé, il a quand même son importance! Alors, vous pouvez peut-être m'expliquer ça, là, parce qu'entre 6 millions puis 64 millions ça fait quand même un montant intéressant, là.

M. Morissette (Guy): Oui. Ce à quoi vous faites référence, c'est deux notions. Il y a la notion du coût des services pour l'ensemble des services qui sont donnés en Ontario, qui touche les médecins, qui touche les établissements et pour... de toutes catégories. Quand on parle du 6 millions, ça, c'est plutôt du... C'était 6 millions, que vous avez dit? Ça, c'est...

M. Caire: ...ce qui est écrit dans votre rapport annuel, là.

M. Morissette (Guy): O.K. Oui. C'est ce qui représente... On a un programme particulier qui est le remboursement des soins médicaux en Ontario pour des services qui sont non disponibles en Outaouais, et ça commande un financement différent de celui de l'ensemble des services pour les gens qui, d'une façon libre, vont à Ottawa pour recevoir leurs services. Alors, il y a un programme particulier, et ce programme-là, c'est le montant que vous avez donné.

● (15 h 10) ●

M. Caire: Si je comprends bien, on a payé 6 millions pour des services que vous n'offrez pas et on a payé environ 58 millions à l'Ontario pour des services que vous offrez normalement mais que vous n'avez pas été en mesure de dispenser?

M. Morissette (Guy): Le 6 millions, c'est la différence de coût entre ce que paie le Québec et ce que paie le régime ontarien. Alors, nous, ce programme-là rembourse pour des services qu'on juge non disponibles, qui sont établis, au niveau de l'agence, comme étant non disponibles pour répondre à ce besoin-là. Et ça touche principalement le remboursement médical. Quand on regarde l'ensemble des services de toutes natures, alors ça représente quelque chose comme 58 millions; ça inclut les coûts globaux des services non disponibles en Outaouais. Alors, vous avez... La différence de coût, je vais donner un exemple, pour la chirurgie cardiaque est peut-être de 500 \$, entre le Québec et l'Ontario, mais le coût global de ce service-là est peut-être, disons, 2 000 \$ ou 3 000 \$. Alors, il faut calculer...

M. Caire: ... millions, c'est ce qu'on a payé en plus parce qu'on l'a fait faire en Ontario plutôt qu'au Québec?

M. Morissette (Guy): Oui, c'est ça. Exactement.

M. Caire: Ce qu'on a payé au total, la facture était de 64 millions, en Ontario?

M. Morissette (Guy): C'est la facture globale qu'on paie. C'est ça.

M. Caire: Mais effectivement on a payé cette facture-là en Ontario parce qu'on n'était pas en mesure de donner le service au Québec, j'imagine?

M. Morissette (Guy): Parce que le service était jugé non disponible au Québec.

M. Caire: O.K. Merci. Ça va être tout pour l'instant.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Verchères.

M. Bergeron: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, j'aimerais remercier le Dr Morissette de sa présentation. Je veux vous saluer évidemment, saluer votre collaboratrice, les collaborateurs qui vous accompagnent et à travers vous également toutes ces femmes et ces hommes qui au quotidien se dévouent sans compter, personnel soignant, personnel de soutien, personnel administratif, pour le mieux-être de leurs concitoyennes et concitoyens. Malgré toutes les difficultés que rencontre le réseau dans des régions ou sur l'ensemble du territoire, je pense que ça ne minimise ou banalise en rien l'investissement, le dévouement des hommes et des femmes qui travaillent dans le réseau de la santé et services sociaux. Et je veux évidemment les saluer à travers vous.

Évidemment, on pourrait passer l'après-midi à s'autocongratuler sur les réalisations, mais je pense que nous ne ferions pas notre travail, ni vous ni nous, si on ne se contentait simplement que de faire ça. Je pense qu'il faut identifier là où il y a encore des problèmes et de telle sorte d'éventuellement être en mesure d'y apporter les correctifs qui s'imposent. Alors, dans ce sens-là, il y a effectivement des correctifs qui sont en voie d'être apportés. Et je crois comprendre, puis vous me corrigerez si je fais une synthèse un peu grossière de vos propos, mais ce que je comprends de votre présentation, c'est qu'on reconnaît qu'il y a eu au cours des dernières années de nombreux problèmes qui ont affecté le réseau en Outaouais, que depuis un certain nombre de mesures ont été mises en place au niveau régional, et il y a des interventions également au niveau national qui ont été faites qui risquent d'amener une amélioration de la situation, amélioration dont on ne perçoit pas encore complètement les effets au moment où on se parle aujourd'hui.

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. Bergeron: Bon. Alors, cela étant dit, revenons à votre présentation. Je lis, à la page 9 de la présentation, vous dites: «Cet important exercice de redressement doit être mis dans le contexte de la situation très particulière qui est celle de l'Outaouais, un contexte frontalier et un

contexte de pénurie de main-d'oeuvre.» Je me permets ici de faire une petite parenthèse concernant la discussion qu'on vient tout juste d'avoir par rapport aux 64 millions de dollars, 64 et quelques, et des poussières, qui ont été remboursés à l'Ontario, qui constituent une augmentation substantielle par rapport à l'an dernier. Alors, même s'il y a eu des ajustements qui, depuis un certain nombre de mois, sont mis en place pour essayer d'accroître la rétention de la clientèle au Québec, il y a une fréquentation plus importante, l'année dernière par rapport à l'année précédente, de la clientèle québécoise en Ontario. Je pense qu'on parlait d'un remboursement de 48 millions l'année précédente et on parle de 64 millions pour la dernière année.

Alors, vous dites, je reviens là-dessus: «Cet important exercice de redressement doit être mis dans le contexte de la situation très particulière qui est celle de l'Outaouais, un contexte frontalier et un contexte de pénurie de main-d'oeuvre.» Cette phrase m'a accroché non pas parce qu'effectivement ce n'est pas un fait avéré, c'en est un, mais en quoi est-ce que l'exercice de redressement qui tient compte d'un contexte qui prévalait auparavant, à savoir la situation frontalière de l'Outaouais et le contexte de pénurie de main-d'oeuvre, en quoi cet exercice de redressement, en prenant en compte ce contexte qui prévalait auparavant, en quoi est-ce que cet exercice risque de produire de meilleurs résultats dans le futur que ce qu'on a obtenu comme résultats dans le passé, considérant que ce contexte est le même?

M. Morissette (Guy): Je vous dirai qu'en fonction de ce qu'on identifiait comme étant particulier à la situation de l'Outaouais ça commande des outils particuliers, et dans des secteurs très précis, pour que notre population puisse avoir accès aux mêmes services qu'ailleurs. Alors, les mesures qui ont été identifiées et qu'on a mises en place répondent justement à cette situation particulière là. La frontalité, d'être à côté d'un centre universitaire qui offre, je veux dire, des services très spécialisés, ça fait en sorte — c'est un élément; ça fait en sorte — que, je veux dire, la population a de la difficulté à recevoir ces services équivalents en Outaouais québécois. Au niveau de la formation, ça change tout, parce que peut-être qu'au cours des années on s'est dit... ou on s'est laissé faire un petit peu par l'Ontario, qui formait, qui avait plusieurs écoles de formation. Nous, on n'a peut-être pas mis assez d'emphase au niveau de la formation, du côté québécois.

Alors, quand on parle de redressement, c'est dans son sens large. On mobilise les gens, d'essayer d'atteindre un niveau d'autosuffisance au niveau des services, et pour ce faire on doit s'équiper pour le faire: alors, s'équiper autant en termes d'équipements médicaux, d'actifs, mais aussi en termes de main-d'oeuvre, et c'est ce qu'on veut faire.

M. Bergeron: Donc, si je comprends bien, vous avez le sentiment qu'avec les mesures qui ont été mises en place au niveau régional puis au niveau national on va être en mesure de mieux faire face que par le passé à ce contexte particulier à la fois de frontalité, comme vous le dites, et ce contexte de pénurie de main-d'oeuvre?

M. Morissette (Guy): Nous, on est convaincus que ce sont des mesures qui vont faire en sorte que notre population va pouvoir avoir des services équivalents à ceux d'autres régions. Et, oui, on est convaincus de ça.

M. Bergeron: Bon. Vous ne m'en voudrez pas de reprendre des éléments évoqués ou invoqués par la Coalition Outaouais à l'urgence-phase 2, qui soulève un certain nombre de faits inquiétants. Ils le sont tous, ils sont tous préoccupants. Je ne veux pas faire une nomenclature exhaustive de tous ces faits inquiétants, mais je vais en relever quelques-uns simplement pour voir en quoi, avec les actions qui ont été posées, on pense être en mesure de corriger les situations.

On parle, par exemple, de pathologies telles maladies du cœur, maladies pulmonaires, obésité, cancer, diabète et tabagisme, qui ne font pas l'objet de programmes de prévention suffisamment organisés et adéquatement financés.

M. Morissette (Guy): Oui.

M. Bergeron: Est-ce que, dans cet exercice de redressement auquel vous faisiez référence dans votre présentation, on pense pouvoir mieux répondre à ce fait inquiétant soulevé par la coalition, par exemple?

M. Morissette (Guy): Oui, nous sommes convaincus que nous sommes en mesure de répondre à ça. Peut-être que je demanderai à la directrice de la santé publique de nous faire part de certains éléments au niveau de promotion-prévention.

Mme Lemieux (Lucie): Oui. Alors...

Le Président (M. Kelley): Mme Lemieux.

Mme Lemieux (Lucie): Merci. Dans le cadre du plan d'action régional de santé publique, il y a des programmes qui vont être mieux structurés, qu'on a réussi à mettre en place en collaboration évidemment avec le réseau et en collaboration avec les partenaires intersectoriels, qui permettent de changer les activités qui sont en place, le comportement des personnes, les environnements dans lesquels ils se trouvent. Souvent, ce sont des gestes qui prennent quand même un certain temps avant d'obtenir un résultat. Je pense que de citer l'exemple, qu'on a donné dans le discours tout à l'heure, de la Loi sur le tabac, ça ne donne pas des résultats du jour au lendemain, mais ça amorce un changement qui au fil des années va faire une différence dans la sorte de maladies qu'on rencontre dans notre territoire. Je pense qu'il faut également comprendre que la réforme, la mise en place des CSSS demande une harmonisation des services, y compris des services de prévention qui sont donnés par les centres de santé et de services sociaux, et que ça aussi, ça ne peut pas se faire du jour au lendemain. On sait également que depuis quelques mois a été annoncé le plan d'action gouvernemental pour améliorer les habitudes de vie des Québécois, et c'est des travaux qui vont se faire en partenariat avec les gens des autres secteurs, qui demandent aussi qu'on donne un peu de temps à voir les effets de ces choses-là.

Mais c'est clair pour nous qu'il y a une belle collaboration dans notre région autant avec les autres secteurs que dans la perception grandissante du réseau par rapport à son rôle en prévention et promotion.

M. Bergeron: Je me permets de soulever un autre fait inquiétant. Rassurez-vous, je ne vais pas, comme je le disais, faire une nomenclature exhaustive, mais on souligne également que la MRC de Papineau — et ça va intéresser particulièrement notre collègue de la circonscription de Papineau — n'a aucune permanence médicale de type 24 heures sur 24, sept jours sur sept, alors qu'on souligne qu'on y retrouve pourtant une permanence en médecine vétérinaire.

• (15 h 20) •

M. Morissette (Guy): Je vous dirai que, dans le secteur du CSSS de Papineau, dans ce CSSS là, il y a des services médicaux 24 heures par jour, sept jours par semaine qui sont disponibles à l'Hôpital de Buckingham, le... Hôpital de Buckingham du CSSS de Papineau, je peux vous assurer de ça, et depuis de nombreuses années. Alors, c'est...

M. Bergeron: Ce serait donc, pour ainsi dire, un fait inquiétant erroné.

M. Morissette (Guy): Bien, moi, ce que je vous dis, c'est qu'au CSSS de Papineau, Hôpital de Buckingham, il y a des services qui sont donnés, depuis des années, 24 heures, 24/7, qui sont là depuis longtemps.

M. Bergeron: Bien, à la bonne heure! Si tel est le cas, vous m'en voyez ravi. Écoutez, on a soulevé tout à l'heure une problématique toute particulière sur laquelle j'aimerais vous entendre, celle de gynécologie obstétrique au CSSS de Gatineau, où on a vécu une situation potentiellement dramatique à la toute fin du mois de décembre, à la toute fin de l'année dernière, où on disait que faute d'obstétriciens à l'Hôpital de Gatineau il n'y aurait aucun accouchement possible pendant un week-end. Quelle a été la situation, puis comment compte-t-on éventuellement la redresser pour l'avenir?

M. Morissette (Guy): Plusieurs éléments ont fait en sorte qu'il y a eu une journée — pour préciser, là, ce que vous dites; il y a eu une journée — où les services étaient à ce moment-là en difficulté. Plusieurs efforts de recrutement sont faits. On sait très bien qu'il y a un certain nombre de postes disponibles, au plan d'effectif, pour les obstétriciens gynécologues. Accoucher, c'est une affaire qui touche autant les spécialistes que les omnipraticiens; alors, les efforts de recrutement qu'on a faits — on a rencontré des gens, tout ça, dans les derniers mois puis de façon continue, là, depuis plusieurs mois — font en sorte qu'on veut créer un milieu, au CSSS de Gatineau, qui permette justement aux femmes de pouvoir accoucher puis aux médecins de venir.

Alors, il faut travailler sur l'environnement de travail. On sait que les médecins, maintenant, souhaitent, particulièrement... gynéco, pouvoir travailler ensemble, pour travailler en collaboration avec des omnipraticiens. Il y a aussi des médecins étrangers, dont on a eu des contacts, et on sait qu'ils sont peut-être intéressés à venir s'installer. On a rencontré il y a un

certain nombre de semaines, là, deux ou trois semaines, cinq finissants en obstétrique-gynécologie qui veulent venir s'installer. On a fait appel à des médecins dépanneurs. Il y a, disons, une entente, qui a eu lieu à la mi-décembre, qui faisait en sorte qu'on bonifiait le travail de médecins qui venaient dépanner — c'est une situation transitoire, c'est une solution transitoire; qui venaient dépanner — pour les journées qu'on s'attendait à avoir des difficultés au niveau de la couverture, et qui vont aussi... d'autres sortes de primes qui vont faire en sorte qu'il y a des médecins qui vont vouloir s'installer en Outaouais pour travailler.

Alors, si on travaille au niveau de l'environnement de travail, c'est-à-dire regrouper les médecins, travailler ensemble à l'hôpital pour pouvoir donner des services, si on fait en sorte que la collaboration entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes, elle est favorisée, si on les incite à venir, ceux qui veulent venir temporairement pour nous donner un coup de main, et pour ceux qui veulent s'installer définitivement, on a espoir et on s'attend à avoir des changements. On sait déjà qu'il y a un certain nombre de médecins qui va venir, cet été, appuyer... deux médecins omnipraticiens qui vont venir appuyer l'équipe qui est en place et qui vont faire en sorte que leur... pas en sorte, mais qui vont faire que leur principale activité va être l'accouchement.

M. Bergeron: Poursuivons sur la question de la pénurie de main-d'oeuvre. On en a parlé d'une façon un peu générale tout à l'heure, mais, d'une façon plus particulière, vous me permettez, une dernière fois, de soulever les préoccupations de la coalition. On parle de pénurie de main-d'oeuvre évidemment, outre le personnel soignant, médecins, infirmières, on parle de pénurie de main-d'oeuvre en termes de pharmaciens d'hôpitaux, on parle de pénurie de main-d'oeuvre en termes de nutritionnistes, travailleurs sociaux, agents de pastorale, physiothérapeutes. Quelles sont les perspectives pour les prochains mois au niveau de ces différentes catégories professionnelles?

M. Morissette (Guy): Bien, nous, avec la mesure du Campus santé qu'on a, tu sais, qui est en élaboration ou qui est en activité, là, depuis les derniers mois, on a des objectifs, on travaille au développement de programmes, en Outaouais, qui vont pouvoir répondre à un certain nombre de ces pénuries-là. Il y a d'autres secteurs, par exemple, où on va avoir des collaborations pour des stages. Alors, on travaille actuellement avec des hôpitaux du RUIS-McGill et les hôpitaux d'Ottawa pour développer des milieux de stage pour les gens, où la formation de base est donnée, tu sais, à l'extérieur de notre région mais dont les stages se déroulent en Outaouais. Alors ça, ça fait en sorte qu'on va être capables de combler progressivement, tu sais, des postes dans ces secteurs-là. Au niveau des infirmières, on a plusieurs mesures, dépendant des infirmières, pour les infirmières auxiliaires, des programmes qui vont faire en sorte qu'on va être capables de former plus d'infirmières auxiliaires, de former des infirmières cliniciennes à partir du fait qu'elles soient infirmières auxiliaires. Des infirmières praticiennes, il y a une collaboration qui se fait avec l'Université du Québec et avec les hôpitaux du RUIS-McGill. Alors, on est en train maintenant de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins, mais ça dépend de chacun des secteurs.

Au niveau pharmacie, actuellement ce qu'on a mis en place comme mesures incitatives fait en sorte qu'il y a de nouveaux pharmaciens qui viennent s'installer en Outaouais. On vient de recruter, tout récemment, un chef pharmacien au CSSS de Gatineau. Ça faisait deux ans qu'on cherchait un chef pharmacien. Alors, ce sont des mesures qui font en sorte qu'on répond progressivement aux différentes pénuries. Vous avez possiblement vu, dans la revue de presse, qu'on a annoncé récemment de la formation en Outaouais pour les techniciens ambulanciers. On regarde aussi en inhalothérapie, on est très avancés dans un projet avec le ministère de l'Éducation pour qu'on puisse former des inhalothérapeutes en Outaouais. Alors, ce sont des exemples de mesures qui sont, oui, qui sont rattachées au niveau du Campus santé mais qui en même temps nous permettent de répondre à la pénurie dans différents secteurs.

M. Bergeron: Toujours au chapitre de la pénurie, et là je vous assure que c'est vraiment la dernière fois, mais on parle aussi de manque de 223 lits de courte durée, 444 lits de soins prolongés, 323 millions d'argent du budget brut en santé et services sociaux, en Outaouais, pour avoir l'équité à l'égard du reste du Québec. Est-ce que c'est quelque chose que vous pensez être en mesure de mettre en oeuvre au cours des prochaines années?

M. Morissette (Guy): Écoutez, nous, ce qu'on regarde, ce sont la réponse aux besoins de la population. On regarde les besoins, on voit où on a des déficits ou des pénuries à cet égard-là, et, à ce moment-là, on a procédé à une analyse de notre situation qui fait en sorte qu'on a été en mesure d'élaborer un certain nombre de mesures pour répondre à ça. Alors, on regarde quel est le déficit, quelle est la problématique et on travaille avec ça. Il y a plusieurs éléments qui sont derrière ça et qui nous permettent... Par exemple, on a une population jeune. Alors, une population jeune fait en sorte qu'on a moins besoin de CHSLD. Par contre, on a besoin de travailler l'obstétrique-gynécologie, par exemple, parce qu'il y a plus de femmes qui accouchent. On a un boom de croissance, là, en Outaouais, alors il faut qu'on place les mesures, les mesures appropriées à cet égard-là.

M. Bergeron: Puisque vous abordez la question, juste pour éclairer ma lanterne, c'est une question plus anecdotique mais qui a quand même son importance. Vous avez souligné, à la fois dans votre présentation puis vous venez de le faire à l'instant, le fait que la population de l'Outaouais était relativement jeune, toutes proportions gardées, par rapport aux autres régions du Québec. Or, vous évoquez dans votre présentation que le taux de mortalité de la région est plus élevé que la moyenne québécoise. À première vue, il semble y avoir un paradoxe: population plus jeune mais taux de mortalité plus élevé. Comment est-ce qu'on peut expliquer cet apparent paradoxe?

M. Morissette (Guy): Dre Lemieux, pouvez-vous répondre?

Mme Lemieux (Lucie): Oui. Alors...

Le Président (M. Kelley): Dr Lemieux.

Mme Lemieux (Lucie): En fait, ce n'est pas... Ce sont deux questions un peu différentes. La croissance démographique est plus en lien avec la structure de la population, à ce que la proportion des personnes qui sont en âge d'avoir des enfants est peut-être plus grande dans l'Outaouais qu'ailleurs au Québec. Et il y a également un apport de personnes qui immigreront vers l'Outaouais en provenance d'autres régions du Québec, parfois en provenance d'autres régions du Canada. Donc, ça crée un bassin de population plus jeune que si on regarde le reste du Québec, où la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est plus élevée que dans l'Outaouais.

Par ailleurs, l'Outaouais est marquée par effectivement une mortalité plus importante qu'ailleurs au Québec, particulièrement par maladies cardiovasculaires, par maladies pulmonaires, qui sont en lien avec le taux de tabagisme, dont on a parlé tout à l'heure, et qui peuvent entraîner des décès chez des personnes un peu plus jeunes. Mais il ne faut pas vraiment mettre les deux aspects dans la même phrase, là, c'est vraiment des phénomènes un peu séparés.

● (15 h 30) ●

M. Bergeron: J'apprécie la précision.

Le Président (M. Kelley): Vous arrivez vers le mitan de votre enveloppe, M. le député. Vous pouvez continuer, mais juste pour votre gouverne.

M. Bergeron: Plutôt que d'être interrompu dans mon élan, je vais plutôt revenir plus tard.

Le Président (M. Kelley): C'est votre choix. Parfait! Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée: Alors, Dr Morissette, bienvenue. Bienvenue à toute l'équipe de l'agence à Québec, parmi nous. Ça me fait plaisir d'être ici avec vous, puis merci de votre présentation. Je comprends que le but de notre exercice cet après-midi vise à se questionner sur les travaux de l'agence. Je comprends que le but n'est pas de faire du jivalisme, mais par contre je crois que c'est important pour la population qui nous écoute aujourd'hui justement de souligner ce qui se fait. Parce qu'il y a eu plusieurs cris d'alarme qui ont été lancés dans les journaux, dans les hebdomadaires régionaux, et je pense qu'il est important aujourd'hui de faire le point tel que vous l'avez fait précédemment.

Faire le point sur une situation qui n'était pas rose il y a à peu près un an et qui, à mon grand étonnement et pour le plus grand bonheur des collègues de l'Outaouais, semble progresser positivement. Et là-dessus je pense qu'il est important, certain, cette progression va de pair évidemment avec des annonces majeures qui ont été faites, mais également va de pair avec une concertation de tous les acteurs de la région dans le domaine de la santé. Et, pour moi, c'est important de le souligner, c'est important de vous féliciter pour le travail qui est fait. Vous le faites avec rigueur et avec un sérieux, et on voit un vent de changement, et un changement positif sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais. Parce que l'Outaouais, il n'y a pas juste l'urbain, il y a également le rural, et j'en suis une fière représentante.

J'aimerais, Dr Morissette, vous entendre, parce que vous avez effleuré la question de la santé mentale. Je regarde le rapport, les documents qui ont été remis aux membres de la Commission des affaires sociales, et, selon l'évaluation, il y avait des questionnements, à savoir: Est-ce que les cibles qui étaient les vôtres étaient trop élevées? Est-ce qu'il était possible pour l'agence de les atteindre? Et j'aimerais savoir: Depuis le dépôt de votre rapport annuel et entre le moment de votre rapport annuel et moment actuel, qu'est-ce qui a été fait au niveau de la santé mentale pour améliorer, pour réduire les délais d'attente des patients qui sont admis et qui ont une problématique de santé mentale et qu'est-ce qui a été fait sur l'ensemble du territoire pour cette clientèle-là qui a un besoin très particulier?

M. Morissette (Guy): La santé mentale représentait un défi important pour l'Outaouais. Il y avait, il y a quelques années, un ensemble d'éléments qui faisaient en sorte qu'on était convaincus qu'on pouvait mieux organiser nos services. Et la réponse à ce besoin-là s'est faite de plusieurs façons. Il a dû y avoir une mobilisation, il a fallu créer une mobilisation importante des acteurs en santé mentale qui regroupait, je veux dire, les établissements, les différents établissements, l'établissement spécialisé, tout ça, pour qu'on puisse faire en sorte qu'on réponde aux besoins de la population tant en milieu rural qu'en milieu urbain, et ça aussi, c'était particulier. On a une situation en Outaouais qui fait en sorte qu'on a un centre spécialisé qui regroupe l'ensemble des psychiatres et qui a une influence importante au niveau du réseau.

Alors, a fallu travailler, a fallu... puis ce qu'on a fait, c'est qu'il y a eu des investissements qui ont été faits pour faire en sorte qu'on renforce la première ligne. Il y a des efforts qui ont été faits, importants, pour recruter, pour intéresser des médecins à la pratique en santé mentale. On a travaillé au niveau de l'organisation de services, la hiérarchisation, il a fallu qu'on détermine, qu'on dise qu'est-ce qui était fait par les CSSS, qu'est-ce qui devait être fait dans un milieu spécialisé. On a adopté des orientations régionales qui ont guidé, disons, les différents CSSS à répondre aux besoins. Par exemple, pour les enfants, c'est une dynamique très différente, ce qui doit être fait pour les enfants et ce qui doit être fait pour les adultes. Alors, ce sont des éléments sur lesquels on a travaillé. On a dû consentir des sommes d'argent assez importantes pour renforcer ces équipes de première ligne.

On a aussi... on savait qu'on partait d'une situation où les services étaient principalement pilotés par l'établissement spécialisé, l'établissement de deuxième ligne. Alors, ce qu'on a opéré comme changement, c'est de travailler pour que ça puisse se faire au niveau de la première ligne, qu'on puisse avoir un guichet d'accueil unique qui fasse en sorte qu'à partir de ce guichet d'accueil là on puisse mieux utiliser les ressources qu'il y avait en place. Alors, il y avait des lacunes autant au niveau, je vous dirais, de l'organisation de services que des effectifs qui pouvaient répondre aux besoins.

Mme Vallée: Croyez-vous que les cibles prévues pour les... les cibles 2010 qui sont prévues, qui sont en plan, est-ce que c'est trop demander que de les

atteindre? Croyez-vous qu'elles sont atteignables, ces cibles-là?

M. Morissette (Guy): Je vous répondrai dans un sens général: Ce sont des cibles qui répondent à des besoins identifiés de population, de consommation normale. Alors, moi, je vous dirai qu'il y a deux ou trois ans ces cibles-là semblaient très loin de ce qu'on pensait pouvoir faire, et je vous dirai qu'actuellement, à voir de la façon qu'on a organisé les services collectivement et voyant la progression, je vous dirai que ce sont des cibles réalistes, de façon globale, qu'on souhaite et qu'on veut atteindre.

Mme Vallée: Il y a un petit peu moins d'un an j'étais, dans une autre vie, procureur et je travaillais beaucoup avec les jeunes des centres jeunesse, et, dans la région de la Haute-Gatineau, il y avait un problème majeur de listes d'attente pour les services en santé mentale pour les jeunes qui bénéficiaient... malgré le créneau d'excellence et le centre d'excellence au niveau des centres jeunesse en Outaouais, les jeunes de la Haute-Gatineau avaient de la difficulté à obtenir des rencontres, des rendez-vous avec les pédopsychiatres, avec les services de santé mentale.

Pouvez-vous, puisque je ne suis plus dans le milieu, je n'ai pas accès aux mêmes données, pouvez-vous me dire si la situation a évolué, dans la dernière année, à ce niveau-là?

M. Morissette (Guy): Elle a évolué parce qu'on a clairement identifié qu'il y avait un problème, et on a consenti des argents en développement, 140 000 \$, pour que des intervenants puissent répondre, pas nécessairement en Haute-Gatineau mais pour l'ensemble du territoire, pour mieux répondre aux besoins. Il y avait, oui, effectivement, des listes d'attente, et on va commencer à voir les fruits, là, de l'embauche de deux professionnels qui vont se dédier, qui vont dédier leurs activités à la clientèle jeunesse. Et je peux vous dire que, oui, c'est fait; on l'avait reconnu, ce besoin-là qui était criant, et on est en voie de répondre à ce besoin.

Mme Vallée: Est-ce qu'au moment où on se parle on est en train de voir les fruits de ça ou est-ce que les listes d'attente sont toujours existantes actuellement?

M. Morissette (Guy): Bon, les listes d'attente réduisent lentement, mais la mesure va être pleinement opérationnelle dans les prochaines semaines ou prochains mois, et c'est à ce moment-là qu'on va voir les résultats attendus d'une telle mesure.

Mme Vallée: Êtes-vous en mesure actuellement de nous indiquer à peu près le délai d'attente pour un jeune, pour pouvoir avoir accès aux services? Il se situe à peu près à combien de jours ou de mois maintenant?

M. Morissette (Guy): Je n'ai pas cette donnée-là.

Mme Vallée: Parce qu'on parlait...

M. Morissette (Guy): Je pourrai l'acheminer à la secrétaire de la commission, si vous voulez, là. Je dois vérifier ce nombre-là. Je ne l'ai pas en mémoire.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. C'est noté qu'on va transmettre l'information pour l'ensemble des membres de la commission. Merci beaucoup, Dr Morissette. Mme la députée.

Mme Vallée: Oui. Il y avait également, dans le rapport que nous a soumis la Commission des affaires sociales, le service de recherche, un constat quant à la baisse... parce qu'en Outaouais on a une situation aussi où on a un casino, et il y avait un constat quant à la baisse des joueurs traités, des joueurs qui avaient une pathologie. Est-ce qu'il y a eu une explication pour cette baisse-là? Est-ce que la situation a évolué depuis le dépôt du bilan? Là, je comprends qu'il y a quand même un six mois, plus de six mois qui s'est écoulé, là.

M. Morissette (Guy): Je vous dirai qu'on a noté une faible sollicitation de demandes de services pour ça. On pense que là... On analyse ça, et le constat qu'on fait, c'est qu'on va peut-être adopter une autre stratégie pour, disons, identifier et repérer la clientèle qui pourrait avoir ce besoin-là. Ce besoin-là est existant, il est là, et on a l'impression que l'analyse qu'on en fait puis le constat qu'on fait, c'est qu'on doit regarder d'autres mesures pour répondre aux besoins de joueurs qui auraient une difficulté, là, à cet égard-là.

Mme Vallée: Donc, si je vous comprends bien, les gens ayant besoin des services ne sont pas portés à se rendre vers les services?

● (15 h 40) ●

M. Morissette (Guy): Il n'y a aucune attente pour ce service-là, et le service est connu, est connu des intervenants. On a une entente avec le casino, par exemple, pour que des équipes de notre centre de réadaptation en toxicomanie interviennent. Tous ces éléments-là sont là, les outils sont là. La diffusion de leur existence est là aussi. Alors là, on va vouloir changer... Ce qu'on est en train d'analyser actuellement, c'est de changer notre stratégie pour répondre à un besoin qui est clairement là.

Le Président (M. Kelley): Juste sur cette question, avant de passer la parole à mon collègue de Papineau. Est-ce qu'en partie, est-ce qu'il y a une influence des jeux en ligne? Parce que, moi, je regarde, j'ai des enfants, des jeunes dans la vingtaine, et une couple de leurs amis sont vraiment pris avec des problèmes de jeu, mais c'est le jeu en ligne. Alors, une entente avec le casino, dans un mode plus traditionnel des jeux de hasard... Mais la présence de plus en plus importante de choses comme *Texas Hold'em*, et tout le reste en ligne, est-ce qu'il faut imaginer d'autres approches pour trouver ces clientèles et les attirer vers les services qui sont offerts par l'agence?

M. Morissette (Guy): Le domaine du jeu est en constante évolution. Les gens cherchent, les promoteurs,

si vous voulez, de jeux, cherchent à intéresser les jeunes ou en tout cas leur public cible d'une façon différente. Alors, nous, on doit s'ajuster à ça avec des experts, avec les gens qui connaissent le milieu. Je ne vous dirais pas précéder les gens qui imaginent les jeux, mais il faut certainement se pencher à cet égard-là. Alors, la Direction de la santé publique, le secteur de l'organisation de services qui s'occupe des jeux se penche sur ça, mais je vous dirai que c'est en effervescence tout le temps et puis qu'il faut s'adapter aux nouveaux jeux qui apparaissent.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Papineau.

M. MacMillan: Merci, M. le Président. Dr Morissette et les gens qui se sont joints à vous, bienvenue à Québec. Je suis content qu'on ait la chance... Depuis 2003, je pense, qu'on n'a pas eu la chance de discuter des problèmes et de l'avenir de la santé de l'Outaouais. Mais, avant de commencer, quand vous avez écrit votre texte, est-ce que vous avez pensé à moi quand vous avez dit que la moitié de la population présente un excès de poids? J'espère que ce n'était pas visé, là, Dr Morissette. Je ne sais pas qui a écrit votre discours. Si c'est vous... J'ai perdu 15, 20 livres depuis ce temps-là.

M. Morissette (Guy): Vous avez perdu 15, 20 livres depuis ce temps-là. Bien, on va changer... Vous avez un impact important au niveau des statistiques.

M. MacMillan: Dr Morissette, moi, depuis 1989 que j'ai le plaisir de représenter Papineau, dans l'Outaouais, il y a eu beaucoup de choses qui s'est passées dans la santé, dans l'Outaouais. Quand on recule en 1989, il y avait la bataille du rapatriement. M. Guindon va se rappeler de ça. Il y avait Mme Hutton qui était à votre place dans ce temps-là. Et, tantôt, on parlait de 50 millions, 62 millions d'argent, des services que les gens du Québec ne pouvaient pas avoir... qui étaient obligés... Mais, si je me rappelle, en 1989, le montant était plus élevé que le 50 millions. Je ne me rappelle pas, de mémoire, là, mais je pense que c'était comme 92 millions ou 100 millions, dans ce temps-là, d'argent qui était dépensé, en 1989, qui était dépensé pour les services médicaux, si vous voulez, du côté de l'Ontario, de ce côté-là, et il y avait eu tout un effort qui avait été fait à partir de 1989. Ça ne veut pas dire que c'est quand j'ai arrivé, là, mais c'était déjà parti avec... le temps, le ministre Marc-Yvan Côté pour rapatrier les soins.

Après ça, il y a eu les fameuses fusions — je vous donne un peu l'historique de la santé dans l'Outaouais — fusion qui est venue avec la demande du député péquiste du temps, M. Jean Alfred, qui a voulu avoir un hôpital à Gatineau. La décision a été prise par le gouvernement, le gouvernement du temps, d'avoir l'hôpital à Gatineau. Et cette fusion-là a causé beaucoup de problèmes, après cet hôpital-là. Je ne dis pas que ça a été une mauvaise chose. La ville de Gatineau maintenant a comme explosé en population. Dans le temps, on était, si je me rappelle, 200 000 ou 240 000, on est maintenant 360 000, depuis 15 ans ou 16 ans. Alors, il y a eu... L'Outaouais a changé. L'Outaouais a changé radicalement en fait de population, en fait de services, et, grâce à tous ces changements-là, mais qui a causé des problèmes. Fusion de l'hôpital de Hull et

Gatineau... Et je ne me gêne pas de dire que le problème, c'est le côté médical, que les gens qui ne voulaient pas travailler ensemble, pas aller à Gatineau, pas aller à Hull, vous avez connu ça, Dr Morissette. Vous étiez... Je ne vous dis pas que vous étiez dans le problème qui était là, là, mais il y a eu vraiment les gens qui étaient habitués de travailler à Hull puis les gens qui étaient habitués de travailler à Gatineau, puis là on a voulu... les gens ont voulu mettre tout ça ensemble pour avoir des meilleurs services, des services de spécialité à Hull, x, des services de spécialité à Gatineau, comme le cancer, etc., qui se sont développés, puis il y a eu, tout le temps de ça, des chicanes, chicanes énormes entre les médecins, même les gens, les infirmières, tout ça, qui voulaient — et qui était très normal; qui voulaient — travailler chacun chez eux, si vous voulez.

Et finalement, et je fais un peu l'historique, là, je ne veux pas vous ennuyer avec ça, mais je pense qu'il est important, parce que c'est depuis 2003 qu'on n'a pas eu la chance, dans une commission parlementaire, de vraiment mettre les choses, là, vraiment comme elles sont, finalement, au mois de juin, avec toute l'élection au mois de mars, tout le monde dans l'Outaouais parlait d'une chose, ils parlaient de la santé. La campagne électorale, pour nous et pour tous les partis, c'était sur la santé, qu'il y avait un problème dans l'Outaouais avec la santé. Ça m'a toujours mis un petit peu — il faut que je sois poli ici, là — en câline, là, de dire qu'il y avait un problème effectivement, chez nous, en santé, puis qu'il manquait de médecins, et qu'il y a eu une cause. Tous les gouvernements confondus qui ont été au pouvoir, Parti québécois ou nous, ont investi beaucoup d'argent dans l'Outaouais. On l'a mentionné, là, depuis 2003, et, dans le temps, c'était là, et cet argent-là n'a pas donné de résultats, en aucun temps, il y avait tout le temps des maudites chicanes sur un bord ou sur l'autre. Et, tout à coup, là, je sens, là, que, depuis le mois de juin, là... Puis là vous allez dire que je fais de la politique, mais le statut particulier qui a été déclaré à cause de notre système frontalier a fait des bébés depuis le mois de juin. Et ce n'est pas de la politique que je veux faire, là, je parle pour les gens de l'Outaouais, qui avaient un manque de services, pas de médecins, listes d'attente énormes, urgences énormes, on attendait longtemps. Et il faut comprendre, là, qui attendait dans les urgences. Ça, c'est une autre histoire. Un jour, je sais bien que ça va se régler, là.

Maintenant, là, moi, je sens, là, que... On vous a rencontré dernièrement, Dr Morissette et vos gens... Et j'ai oublié de dire, en passant, il faut... puis je veux me joindre à mon collègue de Verchères, de remercier les employés du service de santé de l'Outaouais et de l'agence, et de tous les médecins, même. Les chicanes qu'il y avait entre eux autres, ça n'a pas été facile, parce qu'on se tirait sur tous les bords, on se demandait... Les gens travaillaient des heures énormes, des heures énormes, des 50, 60, 75 heures par semaine pour donner du service à nos gens qui étaient malades, et on ne sentait pas qu'il y avait des résultats. Mais on dirait que, depuis cinq, six mois, on le sent, je ne veux pas... je ne lirai pas les articles qu'il y a eu, mais, dans *Le Droit*, dans nos hebdomadaires, qu'il y a une amélioration totale.

Et je pense que c'est l'ajout d'argent, mais, moi, je dirais que, depuis que le statut particulier qui a été...

et je veux avoir votre opinion là-dessus, Dr Morissette, on dirait que ça a donné comme un coup de vent aux gens qui travaillent dans notre système de santé. Puis je ne veux pas parler du centre hospitalier de Papineau, je vous en parlerai sûrement après. Ça, c'est mon bébé, on va parler de ça. Mais, quand on parle de l'Outaouais, je veux dire, Papineau, on fait partie de l'Outaouais, mais les gros problèmes étaient là. On en avait, des problèmes. On les a réglés en partie. Moi, je pense que le statut particulier qui a été mis sur la table par notre gouvernement et les montants d'argent qui ont été injectés, malgré qu'est-ce qu'ont dit la coalition... Et, en passant, la coalition, ce n'est pas des employés, c'est des gens de l'extérieur qui ont déjà travaillé en santé, plusieurs, et qu'on dirait qu'ils s'ennuyaient, là, ils étaient à la retraite puis ils voulaient revenir pour mettre des dossiers sur la table, qui nous ont aidés jusqu'à un certain point mais qui ont sorti des manques d'argent de 151 millions, qui a été répondu par l'agence, qui n'est pas vraiment réel. Mais on a injecté beaucoup d'argent.

Pensez-vous, docteur, vraiment que le statut particulier, depuis le mois de juin passé... Ça fait six mois, c'est ça?

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. MacMillan: Donnez-moi l'effet que ça a fait dans ces centres hospitaliers là et pour les gens de l'Outaouais, s'il vous plaît.

● (15 h 50) ●

M. Morissette (Guy): M. MacMillan, vous avez tout à fait raison de dire que ce qui s'est passé, ce qui s'est dit au mois de juin, là, l'annonce du ministre a eu un effet catalyseur, là, sur ce qui se passait. Déjà, on savait depuis quelques années qu'il y avait des choses qui avaient été mises en place. Alors, la création des CSSS, le plan d'organisation des services médicaux spécialisés au CSSS de Gatineau, c'étaient des éléments qui tranquillement se développaient et se mettaient en place pour qu'on puisse, tu sais, desservir la population au niveau de ses attentes puis au niveau des besoins.

Ce qui a par contre, je veux dire, fait en sorte qu'on a progressé dans les dernières semaines puis derniers mois, c'est l'annonce du statut particulier, qui, à ce moment-là, suite à une analyse des besoins puis de l'état de situation, là, de ce qui se passait, pourquoi on observait des résultats qui n'étaient pas à la hauteur des attentes de la population, de l'agence, de tout le monde qui était concerné, quand on a vu, je veux dire, que ça nous donnait des outils, ça nous permettait de pouvoir avoir des outils particuliers pour répondre à ces besoins particuliers là, ça a eu un effet de grande mobilisation au niveau du réseau.

Et je vous dirai qu'on n'a jamais vu, en Outaouais, tant de discussions ou de projets mis en place où il y a une collaboration autant des milieux syndicaux que des milieux de la gestion, des liens entre les agences, les établissements du réseau, et la population commence à voir les bienfaits de ça. Mais, je vous dirai, il y a une collaboration de tous les niveaux, quelque chose que, moi... écoutez, ça fait, je dois vous dire, là, une trentaine d'années que je suis dans le réseau, et je vous dirai que je n'ai pas vu ça en Outaouais dans les derniers 30 ans.

Alors, on a confiance, on voit que les gens ont espoir, on voit déjà des retombées au niveau du recrutement médical, du recrutement de certaines... on donnait l'exemple des pharmaciens, il y a des infirmières tout récemment, on a eu une tournée, là, dans la province, il y a une dizaine d'infirmières qui ont dit qu'elles venaient s'installer à la fin de leurs études en Outaouais. Alors, ça nous donne les moyens de pouvoir créer en Outaouais ce désir de venir s'installer ou de rester en Outaouais puis de pouvoir donner des services à la population.

M. MacMillan: J'écoutais, hier matin, un poste de radio, chez nous, dans l'Outaouais, il y avait un commentateur, qui a déjà fait de la politique et que son épouse est médecin, elle est urgentologue dans notre région, et je l'écoutais, et il s'est permis de critiquer la santé ouvertement comme commentateur, à un certain poste de radio, très négatif, très, très, très négatif, qu'il n'y avait pas eu d'amélioration depuis un an, qu'il n'y avait pas de changement dans les urgences, qu'il n'y avait pas de recrutement dans les urgentologues. Et en tout cas!

Et, tantôt, je veux que vous répondiez, je veux que vous répondiez à ce monsieur-là. Parce que j'ai passé proche d'appeler, je m'ai retenu. Une chance, parce que j'étais dans mon auto, et j'ai réalisé que mon téléphone, où j'étais, ne fonctionnait pas; c'était une bonne affaire, le bon Dieu était avec moi! Puis là, je change de poste, parce qu'il avait fini, je le mets à Radio-Canada, et là, Radio-Canada, eux disaient: Pour une fois, la santé, dans l'Outaouais, ça va bien. On a rencontré M. Rodier hier, puis il nous a dit que les urgences étaient mieux, qu'il y avait eu du recrutement, les gens qui étaient malades... Il faut se comprendre, là, quand on va à l'urgence puis qu'on est malade, si c'est le cœur, si c'est d'autre chose, je ne connais pas bien, bien ça, si tu as un mal d'oreille, si tu as mal au nez, si tu as mal aux dents, tu vas attendre un petit peu, sûrement.

Alors, un poste dit que ça va bien, puis l'autre poste, le monsieur qui est commentateur puis que sa femme est urgentologue a fait un petit peu de «bashing» du gouvernement: ça allait bien mal! Alors, qui a raison?

M. Morissette (Guy): Vous illustrez justement ce dont l'Outaouais a à travailler et confronter: la perception de la population face aux soins de santé. Et, moi, j'ai la prétention de dire qu'avec des résultats comme on commence à les voir la perception peut évoluer, peut changer. Et, moi, je suis convaincu, quand les gens vont attendre moins longtemps dans les urgences, quand les gens vont être en mesure de subir leur chirurgie à l'intérieur de délais reconnus, les gens vont dire: Oui, ça s'améliore.

Et de voir que justement on travaille ensemble, qu'il y a une concertation... Je vous dis, les milieux, ce n'est pas banal, là, ce qui se passe, le milieu syndical, le milieu de la gestion, le milieu... il y a une concertation, les gens veulent, ont ce souhait-là, ce désir-là de s'organiser pour mieux répondre aux besoins de la population. Ils font partie de la population, ils le savent que, je veux dire, les choses avancent. Et, moi, je vous dis que dans les prochains mois et pour les prochaines années, avec les mesures qu'on est en train de mettre en place, on est convaincus qu'on va rehausser de façon importante les services à la population.

M. MacMillan: Docteur... je ne sais pas comment de temps qu'il me reste dans ma partie?

Le Président (M. Kelley): Vous êtes à mi-temps du temps qu'il reste à votre parti.

M. MacMillan: O.K. Bien, juste 30 secondes, je reviendrai, on va encore d'autres... on a encore... je vais avoir la chance de parler du beau comté de Papineau après.

Mais je vous dis, Dr Morissette, puis je vous l'ai déjà dit: Vous, à l'agence, et les gens qui sont dans les centres hospitaliers doivent aider à donner le côté positif de ce qui se passe quand même. C'est correct de critiquer, là. Nous, on a un rôle de gouvernement, l'opposition officielle a un rôle d'opposition pour aider à avoir des meilleurs projets de loi, etc. C'est la même chose... Mais, quand je parle à la population, là, quand je dis, aujourd'hui, à la population de l'Outaouais, là: Oui, il y a eu un changement, je pense que c'est important que les gens de l'Outaouais, là, dans les cinq comtés, soient au courant qu'il y a du changement. On a commencé, là, dernièrement. Puis je vous le dis, j'ai vu les titres, je les ai effleurés tantôt: *Un grand coup, Un pas dans la bonne direction, Des changements dans les urgences*. Mais, si ça viendrait de vous, là, Dr Morissette, puis c'est la deuxième fois que je vous le dis, là, je ne vous demande pas de faire une conférence de presse, là, mais je vous demande d'aller voir ces gens-là dans les médias pour leur expliquer, puis on pourra peut-être revenir tantôt, là, puis j'en ai pour trois pages de ce qui a été fait depuis... Puis je pourrais tous les faire puis faire de la politique ici, là, mais, je veux dire, on a fait beaucoup de changements, côté positif, dans l'immobilier, dans l'équipement, dans les ressources humaines.

Un point qui est important, c'est que, la semaine passée, il y a des gens qui ont été au Lac-Saint-Jean, en autobus, puis ils ont recruté neuf infirmières. C'est vrai?

M. Morissette (Guy): C'est vrai.

M. MacMillan: Alors, c'est la première fois depuis 10 ans que j'entends qu'il y a neuf infirmières qui sont contentes de venir travailler dans l'Outaouais, parce que, depuis deux, trois ans, j'entendais plus que ça: Je veux m'en aller de l'Outaouais parce que ça ne va pas bien. Alors, il y a quelque chose qui se passe. Mais maudit que j'aimerais ça que ce soit reflété dans notre population puis que ça se refléterait tout partout ailleurs, docteur.

M. Morissette (Guy): Je suis très conscient que c'est la deuxième fois que vous me parlez de ça. On est en train de faire le bilan. Alors, vous savez, on a fait, je veux dire, les mesures, on les a imaginées, élaborées au cours de l'été, à l'automne. On sait très bien que les mesures donnent des résultats pas nécessairement au moment où on les applique, mais, je veux dire, un petit peu plus tard. Vous avez raison, la population de l'Outaouais a été critiquée à l'égard de son réseau de santé depuis des années...

M. MacMillan: Et de ses députés.

M. Morissette (Guy): Je vais vous le laisser dire! Et là on sent qu'il y a un changement. Il y a une

mobilisation à cet égard-là. On voit les premiers résultats. Et je vous dirai que ça fait partie de notre stratégie, là, on est en train de planifier une stratégie de communication à cet égard-là. On s'est déjà dit que les bons coups, on les annonce. Et, bon, vous allez voir dans les prochains mois, là, que...

M. MacMillan: On a été capables de dire qu'on avait des problèmes, là on est capables de dire que ça va un peu mieux, mais il faut que ça continue, «right»?

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. MacMillan: Merci. On reviendra tantôt. Je veux parler de mon comté.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Papineau, je constate que vous êtes toujours là. Alors, peut-être qu'il y a un message là aussi.

Pour l'intendance, il reste 23 minutes à la fois pour l'opposition officielle mais également pour le deuxième groupe d'opposition, et le restant du temps demeure toujours pour les députés ministériels. Alors, sans plus tarder, M. le député de La Peltre, la parole est à vous.

M. Caire: Merci, M. le Président. Docteur, je veux aborder avec vous la question de l'hébergement, qui de façon générale est un problème. Je regarde les chiffres que vous nous donnez au niveau du rapport annuel: pour ce qui est de l'hébergement et des soins de longue durée, vous parlez de 1 092 lits aux permis pour 1 139 lits dressés. Donc, ce que je comprends, c'est que vous avez plus de lits occupés que vous avez de lits aux permis. Alors, la question qui me vient immédiatement, c'est: Est-ce parce que vos besoins, du côté ministériel, ont été sous-évalués?

M. Morissette (Guy): On est en train... on développe... Au cours des dernières années, il y a eu des places temporaires, des places définitives qui ont été développées. Alors, ce qu'on est en train de faire, c'est, pour répondre, on a identifié quels étaient les besoins qu'on avait en hébergement. Et ce qui se fait, c'est qu'il y a eu plusieurs projets dans les deux dernières années où on a développé, tu sais, plusieurs places à cet égard-là. Alors, il y avait des places temporaires pour répondre à des besoins temporaires et il y avait des places définitives. Vous faites référence aux places en CHSLD ou vous faites référence à l'ensemble des besoins d'hébergement?

M. Caire: Je fais référence aux chiffres que vous nous donnez dans le rapport de gestion annuel: hébergement et soins de longue durée, nombre de lits aux permis, 1 092; hébergement et soins de longue durée, nombre de lits dressés, 1 139.

● (16 heures) ●

M. Morissette (Guy): Dans la comptabilisation des lits dressés et des lits aux permis, il y avait des mesures temporaires qui étaient mises en place pour répondre à des besoins particuliers, où on pensait, il y a quelques années, en ouvrant des lits d'hébergement temporairement, qu'on pouvait décharger les unités de soins dans les hôpitaux aigus de personnes qui étaient en attente d'hébergement. On avait un problème

important à cet égard-là. Alors, il y a eu différentes mesures au cours des dernières années, qui étaient temporaires, qui étaient mises en place pour pouvoir répondre à ce besoin-là, et, depuis un an, ce qu'on s'opère à faire, c'est de revoir tout ça pour faire en sorte que ce ne soient pas nécessairement des lits de CHSLD qui répondent — alors, le besoin de lits temporaires n'est plus là — mais que ce soient plutôt des ressources intermédiaires, des ressources de type familial. Alors, dans la comptabilisation, dépendant du temps où on prend la photo, il est possible que dans ces lits-là il y ait des lits qui soient temporaires et que ce ne soient pas des lits définitifs.

M. Caire: O.K., je comprends, mais sauf qu'avec les chiffres que vous me donnez dans le rapport annuel, là, moi, je comprends qu'il y a un besoin plus grand en lits que ce qui est aux permis.

Je vais continuer. Vous avez parlé tout à l'heure dans votre allocution de départ que vous aviez une vingtaine de lits de courte durée qui étaient occupés par des personnes qui étaient en attente d'hébergement. Dans le document qu'on a reçu de l'agence, le nombre total que je vois ici, moi, c'est 124, bon, qui se répartissent un peu de la façon suivante, donc: des patients qui sont hospitalisés dans une unité de... qui sont en attente d'un lit de soins palliatifs, qui sont en attente de soins pour convalescence en CHSLD, RNI, santé mentale. Donc, ce que je comprends, ici, c'est que c'est 124 lits de courte durée qui sont occupés par des personnes en attente d'hébergement. Si je me fie aux chiffres que j'ai ici, que j'ai reçus de votre agence, et les chiffres que vous mettez dans votre rapport annuel, c'est 20 %, ou en fait, pour être plus exact, 19 % de vos lits de courte durée qui sont occupés par des personnes qui sont en attente d'hébergement. Alors, je vous repose ma question: Est-ce que le nombre de lits qui vous a été attribué aux permis, est-ce qu'il est sous-évalué?

M. Morissette (Guy): Je vous dirai que notre évaluation, au moment où est-ce qu'on se parle, dit que le nombre de lits CHSLD qu'on a actuellement répond aux besoins. Nous, on regarde d'autres mesures. Depuis la dernière année, depuis la publication du rapport, il y a eu une évolution au niveau de notre réflexion, disons, des mesures qu'on était capables de mettre en place, et ce qu'on souhaite faire, c'est de... en même temps qu'on regarde quelle est la clientèle qui séjourne dans nos lits de CHSLD, en même temps on regarde comment on peut répondre aux besoins. Et on reconnaissait qu'il y avait un certain nombre de personnes qui séjournaient dans ces lits-là qui n'avaient peut-être pas besoin du plateau technique d'un CHSLD, du niveau d'intensité de soins qu'on avait en CHSLD. Et là on évolue vers, disons, le recours à des structures plus légères, en termes de besoins.

M. Caire: Je comprends. Mais vous admettez avec moi que 19 % d'occupation de lits de courte durée par des gens qui ont besoin d'un hébergement autre, c'est un pourcentage qui est quand même conséquent. Et je lisais dans votre rapport que vous vous tourniez aussi vers des ressources intermédiaires, mais je comprends aussi que la ressource intermédiaire s'adresse à des personnes qui ont besoin d'hébergement, oui, mais à

trois heures-soins ou moins. Or, le CHSLD, par vocation, devrait s'occuper des trois heures-soins et plus.

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. Caire: Alors, est-ce que je suis correct dans mon analyse quand je dis que ce 20 % là, c'est quand même très hypothéquant pour votre milieu hospitalier, et éventuellement ça peut aussi se traduire par des problèmes d'engorgement au niveau des urgences?

M. Morissette (Guy): Moi, là, je dois vous dire que le chiffre que vous évoquez, je ne sais pas à quelle période il fait référence, je ne le reconnais pas. À quelle date? Parce qu'il y a eu, disons, dans les derniers trois mois...

M. Caire: Le 5 novembre 2007.

M. Morissette (Guy): Bon. Depuis le 5 novembre 2007, justement, il y a eu l'ouverture de 50 lits de ressources intermédiaires. Alors, il y a 50 patients qui ont été transférés de lits actifs, O.K., des gens qui étaient en attente d'hébergement qui ont été transférés dans des ressources qui étaient appropriés à leurs besoins, qui sont des ressources intermédiaires. Alors, le portrait a beaucoup changé. Quand je vous dis qu'il y a des résultats, quand je vous dis que, tu sais, ça va vite... Et vous prenez l'exemple justement d'une mesure qui fait partie du Plan d'action Outaouais, qui est une mesure qui a été planifiée, élaborée à l'automne, et le déploiement de ces 50 lits là s'est fait dans les semaines qui ont suivi. Et en même temps on avait d'autres mesures de soutien à domicile qui ont fait en sorte qu'on a été capables de sortir... Et le chiffre auquel je fais référence, de 20 lits, autour de 20 lits, c'est le chiffre au CSSS de Gatineau dans la dernière semaine.

M. Caire: Je comprends. Mais le portrait de la région, si je soustrais, là, les 50 lits dont vous parlez, on parlerait plutôt de 74 personnes. Mais je comprends qu'il y a un plan et qu'on va, selon les orientations ministérielles, orienter les personnes vers des ressources intermédiaires. Par contre, vous comprenez que ma préoccupation, c'est que les ressources intermédiaires, tout à fait d'accord avec ça, mais le problème que ça apporte, puis je vous pose la question, si vous avez ce problème-là aussi, c'est que, oui, on les transfère en ressources intermédiaires, ce sont des personnes qui nécessitent trois heures-soins ou moins mais dont l'état de santé est susceptible de se dégrader, et malheureusement on les laisse souvent en ressources intermédiaires, où là on n'est pas nécessairement en mesure de donner les heures-soins nécessaires et où les sommes d'argent ne suivent pas. Et, malheureusement, il y a aussi une politique ministérielle qui dit: Pour une place en ressources intermédiaires qu'on ouvre, on ferme une place en CHSLD. Alors, je ne sais pas si vous êtes dans cette perspective-là, mais vous comprendrez que ma préoccupation, c'est: Est-ce qu'on crée aujourd'hui les listes d'attente de demain, là?

M. Morissette (Guy): Moi, ce que vous dirai pour répondre à votre préoccupation, c'est que ce n'est pas une mesure unique. Le recours à des ressources

intermédiaires est une mesure d'un ensemble de mesures. Le plan d'action pour les personnes âgées en Outaouais identifie plusieurs autres mesures, comme le soutien à domicile, comme la prévention, plusieurs éléments qui nous permettent justement de faire en sorte qu'on n'ait pas recours ou on ne se retrouve pas dans une situation où le besoin de CHSLD, d'être en CHSLD est important. On sait que, par exemple, si on agit même à partir du fait que la personne arrive à la salle d'urgence, se présente à la salle d'urgence, le fait qu'elle séjourne sur civière 48 heures avant d'être dans un lit, bien, je veux dire, déjà il y a des chiffres qui démontrent que cette personne-là va se retrouver institutionnalisée en CHSLD après un certain nombre de mois. Alors, si on travaille avec ça, si on est capable de repérer la clientèle au niveau du soutien à domicile et puis faire en sorte qu'en déployant ou en donnant certains services on ralentit cette évolution-là bien on est convaincus qu'on va avoir moins besoin de recours aux CHSLD.

L'autre chose, c'est qu'on se rendait compte, dans nos CHSLD, qu'il y avait une partie importante de la clientèle qui avait besoin de moins de trois heures-soins. Alors, c'est un autre élément sur lequel on a travaillé et puis pour que la clientèle qui se retrouve en CHSLD ait vraiment besoin du plateau technique du CHSLD, qui n'est pas, en passant, pas nécessairement trois heures-soins, hein? il y a des déficiences... on comprend qu'il y a des déficiences, c'est-à-dire que... Oui.

M. Caire: On s'entend que c'est la norme, ce n'est pas un absolu, là.

Vous m'amenez sur la question des soins à domicile. C'est un des indicateurs... En tout cas, sur les trois indicateurs, les soins à domicile... le soutien à domicile, c'est-à-dire, sur trois, il y en a deux où vous manquez la cible qui a été fixée, et, dans certains cas, où vous ne l'avez pas manquée juste un peu, là.

Quand vous dites que le soutien à domicile fait partie des solutions mises en place et qu'on voit que les cibles n'ont pas été atteintes, quel est le plan que vous mettez en place pour corriger rapidement cette situation-là? Parce que je comprends que c'est l'effet boule de neige, là: si vous manquez la cible là-dessus, il y a des chances qu'au niveau de l'hébergement des personnes qui le nécessitent, bien, ça ait un effet négatif.

M. Morissette (Guy): Oui, vous avez tout à fait raison. On regarde cette situation-là de très près. L'agence note que ça touche en particulier un établissement, au niveau des personnes âgées, et on accompagne l'établissement à cet égard-là. Il y a un plan d'action qui a été développé en Outaouais pour les personnes âgées, et, pour soutenir les gens à domicile, ça prend une série de mesures: il y a de la formation, il y a du repérage, tout ça. Alors, on a consenti les crédits pour pouvoir le faire. On se rend compte qu'on n'atteint pas la cible à cet égard-là, on accompagne l'établissement, et, pour nous, c'est important, atteindre cette cible-là. On le sait que le soutien à domicile, ça fait partie de notre plan, et on doit... Alors, c'est un des secteurs sur lesquels on a une surveillance importante à cet égard-là.

● (16 h 10) ●

M. Caire: Je comprends. Je vais vous apporter sur mon dernier sujet, qui est un sujet qui me préoccupe

particulièrement, qui est tout le secteur du préhospitalier. J'en ai discuté avec les agences avec qui on a discuté précédemment, notamment toute la question des GPS. Nous avons eu la confirmation du ministre, au printemps dernier, que les véhicules au Québec seraient dotés de GPS, ce qui m'apparaissait être un minimum, là, quand on sait qu'une remorqueuse a cet équipement-là, ou un plombier, là. Cet automne, le ministre nous avait dit que c'était fait, il s'est ravisé, il nous a dit que c'était en appel d'offres. Je voulais savoir, au niveau de la région de l'Outaouais, où est-ce que vous en étiez dans le processus. Est-ce que l'appel d'offres est complété? Est-ce que les véhicules ont été dotés de GPS? Est-ce que c'est déjà fait? Est-ce que c'est prévu de le faire? Quel est le calendrier d'action?

M. Morissette (Guy): Il est prévu de le faire. On a annoncé, la semaine dernière, je crois, disons, des crédits qui permettent justement au secteur préhospitalier de se mettre à niveau à cet égard-là et se conformer, tu sais, aux orientations ministérielles dans ce secteur-là. Peut-être, je demanderais à M. Guindon, qui est responsable du préhospitalier, de vous dire où on en est exactement dans le processus.

Le Président (M. Kelley): M. Bernard Guindon.

M. Guindon (Bernard): Effectivement, les ambulanciers sont en... pas les ambulanciers, mais les ambulances vont être dotées... ils sont en train de l'être, ils sont installés dans certaines ambulances, ils vont l'être dans l'ensemble de la flotte de 26 véhicules ambulanciers, là, très prochainement. Les crédits sont accordés pour ça. Il faut mentionner que depuis janvier 2007 les véhicules étaient équipés d'un GPS qui permettait à la centrale de localiser le véhicule, et, le cas échéant, s'il y avait difficulté de la part des techniciens ambulanciers de retracer un endroit où il devait se rendre, ils pouvaient communiquer avec la centrale, qui leur transmettait les informations pertinentes pour se repérer rapidement. Mais, à partir de la période qu'on vit actuellement, les ambulanciers pourront eux-mêmes, à partir d'un écran, repérer l'endroit où ils sont et se guider vers, comme on connaît le... se guider vers là où ils doivent aller.

M. Caire: Donc, je comprends que c'est une question de jours ou de semaines avant que l'équipement soit installé.

M. Guindon (Bernard): Exactement.

M. Caire: Il y a eu, dans différentes régions, des projets pilotes concernant des équipements de télémétrie. Avec les électrocardiogrammes, on sait que, dans ces cas-là très particuliers, le temps joue pour beaucoup dans le fait de sauver une vie ou même de s'assurer d'un traitement efficace qui ne laissera pas de séquelles, en fait on dit qu'il doit y avoir intervention à l'intérieur de 69 minutes, donc c'est important que le paramédic puisse être orienté vers le bon établissement très rapidement. Est-ce qu'il est prévu, de votre côté, de doter les véhicules ambulanciers d'équipement de télémétrie, et, si oui, avec quel calendrier de réalisation?

M. Morissette (Guy): Écoutez, on est... vous êtes... C'est une mesure qui est en train de s'actualiser actuellement. Je dois vous dire d'abord qu'on était sensibles à cette question-là ou à cette situation-là depuis quelques années. On avait déjà, pour le territoire urbain de l'Outaouais, pris des mesures qui faisaient en sorte qu'on pouvait rapidement répondre aux besoins des personnes qui avaient un infarctus ou qui avaient besoin de services à cet égard-là. Alors, il y avait déjà quelque chose qui avait été travaillé dans la dernière... je dirais, dans les deux dernières années à ce niveau-là, et tout en pensant que justement on pourrait utiliser des appareils de télémetrie, et on savait très bien que c'était ce qui était optimal pour pouvoir répondre à ce besoin-là. Et on a été dans les premières régions à vouloir se doter — il y avait un leadership qui était régional à cet égard-là; de vouloir se doter — de cette mesure-là. Et ce que je peux vous dire, c'est que, même, la formation est déjà débutée actuellement pour un certain nombre de techniciens ambulanciers. Ça doit se déployer dans les prochaines semaines, et ça a fait même l'objet d'une médiatisation, pour, disons, pour répondre aux besoins de M. MacMillan, ça a été médiatisé et les gens ont bien reçu ça, évidemment, et on va voir les bénéfices de ça dans les prochaines semaines.

Et, je pense, M. Guindon, que c'est d'ici l'été que l'ensemble des techniciens ambulanciers, des paramédics, là, auront été formés à cet égard-là.

M. Caire: Est-ce qu'on peut penser que d'ici cet été l'ensemble des véhicules auront été dotés de l'équipement pour lesquels...

M. Morissette (Guy): Oui. Oui.

M. Caire: Un autre sujet qui me préoccupe beaucoup au niveau des paramédics, c'est le niveau d'assurance salaire. Tout à l'heure, on disait que dans votre région le niveau d'assurance salaire du personnel soignant était de 6,8, à peu près. Or, les statistiques qu'on a au niveau des paramédics, statistiques au niveau du Québec, ça joue aux alentours de 30 %.

Je ne sais pas si, de votre côté, vous avez les chiffres d'assurance salaire au niveau de vos paramédics, mais vous admettez avec moi que, dans un contexte où on a une pénurie de paramédics, où... et évidemment qui a un impact majeur sur les temps réponse, le service, etc., et même sur le fait que certains désertent la pratique parce que ça amène un surcroît de travail et puis une charge de travail importante. Est-ce que vous êtes en mesure de nous dire, le portrait de votre région de ce côté-là, là, ça ressemble à quoi?

M. Morissette (Guy): Je n'ai pas le portrait à cet égard-là; je pourrai vous faire parvenir ça dans les prochains jours. Ce que je peux vous dire, c'est que, si on présume, puis notre analyse est bonne de dire qu'un secteur en pénurie, c'est un secteur qui est très sollicité puis qui va faire, disons, l'objet d'absences-maladie ou de mesures comme ça, bien, tu sais, je vous dirais que je voudrais être en ligne avec ça, mais je ne pourrais vraiment pas affirmer, tu sais, les chiffres et puis vous dire exactement ce qui se passe à ce niveau-là.

M. Caire: Puis je vous dirais que, personnellement, je dois, là, vous exprimer ma déception, parce que ça m'apparaît être une situation qui est préoccupante: on a reçu, à travers le Québec, de toutes les régions du Québec, un cri du coeur des paramédics, qui nous appellent à l'aide. Bon, vous avez sans doute suivi le conflit avec Urgences-Santé et, bon, ici, à Québec, la CTAQ, et au Saguenay—Lac-Saint-Jean, et un peu partout. Est-ce que vous ne pensez pas, docteur, qu'il serait fondamental que l'agence, qui a un rôle de leadership, soit en mesure d'avoir une information aussi sensible, surtout compte tenu de l'importance, de la résonnance que ça a au niveau du problème de services à la population?

Et je pense que vous allez être d'accord avec moi pour dire que les paramédics jouent un rôle essentiel dans les cas d'urgences, dans les cas où les soins doivent être prodigués très rapidement, et qu'au-delà des premiers répondants, qui sont un service qui peut être effectivement très utile mais qui en aucun temps ne saurait remplacer le travail des paramédics, quand on parle de 30 % d'assurance salaire, c'est une lumière rouge qui est allumée, là.

Puis je suis un peu surpris, là, que vous ne soyez pas en mesure, là, de confirmer ou d'infirmer le chiffre, soit dit en passant, parce que ce n'est peut-être pas le même portrait chez vous, là, mais il me semble que ça témoigne d'une moins grande préoccupation peut-être pour les paramédics, puis je ne comprends, je ne sais pas comment vous le justifiez, là.

M. Morissette (Guy): Je vais vous rassurer en vous disant qu'on a une très grande préoccupation pour nos paramédics, on travaille beaucoup avec eux sur plusieurs volets. Et, dans le cadre justement de ce qu'on a travaillé au niveau de la formation, on a annoncé la formation des paramédics, en Outaouais, à compter de septembre. On a eu plusieurs discussions avec eux. Il n'est pas apparu, et ce qu'on... dans ce qui a été identifié comme étant favorable était justement le fait que, oui, il y a certains postes vacants, mais ça diminuerait le stress qu'ils ont de vouloir, tu sais, donner des services. On ne peut pas dire qu'actuellement on a eu des ruptures de service, à cet égard-là, en fonction de l'absence-maladie.

Je vous dirai que, oui, je suis convaincu, pour avoir discuté avec eux à de multiples reprises, qu'il y a un stress au niveau de leur présence ou de leur prestation de travail. Les heures supplémentaires, on est très conscients de ça. Mais actuellement ce n'était pas apparu comme étant un frein — et je choisis mon mot, un frein — à la dispensation de services.

Par contre, je reçois votre préoccupation à cet égard-là. Je vais, à la suite du chiffre... le chiffre est certainement disponible, je ne l'ai pas avec moi. Mais, à la lumière de ça, on va regarder. Mais on a cette préoccupation-là pour l'ensemble de nos travailleurs puis de nos professionnels en Outaouais, et je vous dirai que si... je vous assure que, s'il y a un problème qu'on identifie à cet égard-là, on va lui donner la même attention qu'on donne à l'ensemble des autres professionnels puis des employés du réseau en Outaouais.

Le Président (M. Kelley): Dernière courte intervention.

● (16 h 20) ●

M. Caire: Oui. Oui, merci, M. le Président. J'apprécierais l'avoir, d'autant plus que c'est un chiffre qu'on a pour l'ensemble du personnel, sauf les paramédics, alors vous comprendrez mon étonnement.

Mais je voulais peut-être aussi vous ramener sur une rencontre que j'ai eue avec le chef des services préhospitaliers de la ville d'Ottawa, qui a été extrêmement instructif sur deux aspects: premièrement, sur le fait qu'il intervenait souvent sur le territoire de Gatineau — ça explique peut-être le fait que vous n'avez pas de rupture au niveau des services, mais ce qui n'est pas nécessairement une bonne nouvelle pour le service québécois, je pourrais peut-être vous entendre là-dessus — et sur le niveau de formation, qui est très différent, des paramédics de l'Ontario et du Québec, à un point tel que les paramédics de l'Ontario, lorsqu'ils interviennent sur notre territoire, peuvent poser beaucoup moins d'actes que ce qui leur est permis sur leur propre territoire.

Puis j'aimerais vous entendre sur le fait que: Est-ce que vous ne pensez pas que ce serait une bonne chose d'harmoniser nos services paramédics avec ce qui se fait en Ontario, dans la perspective de faire de nos ambulances des prolongations de l'urgence, ce qu'ils sont en Ontario, versus des taxis, ce que souvent on peut avoir la perception qu'on a, nous, au Québec?

M. Morissette (Guy): À la première question, vous faites référence, disons, à la complémentarité des services ambulanciers. C'est une réalité outaouaise de voir qu'il y a des... Je ne suis pas nécessairement contre qu'il y ait des interventions dans des situations très précises, très particulières, et c'est ce qui est discuté entre paramédics ontariens et québécois, dans certaines circonstances, qu'il y ait des interventions croisées ou des interventions entre les deux provinces. Je pense que, dans un contexte où on est en urgence, où est-ce qu'on a des standards à respecter, des normes à respecter de réponse, on veut répondre le plus rapidement possible à la population, il y a des situations où le temps de réponse serait élevé, serait hors normes, si on ne faisait pas appel aux paramédics ou aux ambulanciers ontariens.

Alors, d'emblée, je pense que, si on le balise, si on s'entend à cet égard-là de façon exceptionnelle ou de façon... dans des situations particulières, le recours, pour moi, il n'est pas nécessairement exclu. Et ça, on le voit dans tout ce qu'on travaille en Outaouais en termes de mesures d'urgence, que ce soit pour... à tous niveaux, où il y a une forte complémentarité entre les deux provinces, si vous voulez, ou les deux villes à cet égard-là.

La deuxième question, au niveau de la formation, vous faites appel là à un autre concept auquel je faisais référence il y a quelques minutes, où on doit voir au niveau de la formation. Là, on fait une première étape. On va former des technologues ou des paramédics en Outaouais. On va aussi mettre à niveau certains des... on va mettre à niveau la formation qui va... pour des paramédics, ici, en Outaouais, pour qu'ils puissent, bon, donner plus, faire plus d'actes, tout ça. Il n'est pas exclu que dans une autre étape, je veux dire, on voie à comment on peut harmoniser ça.

Vous comprendrez que ce n'est pas uniquement une décision outaouaise, qu'il y a des... il faut faire appel aux corporations, il faut faire appel à plusieurs autres instances que celles en Outaouais, mais, nous, on

est prêts à collaborer. On va travailler avec les instances du milieu, qui vont faire en sorte qu'on puisse peut-être aller, évoluer vers ça. Mais je vous dirai que, tu sais, sans être contre le principe, l'agence de l'Outaouais n'est pas le seul interlocuteur dans ce dossier-là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Verchères, il vous reste à peu près 23 minutes.

M. Bergeron: Alors, je vous remercie, M. le Président. Je vais poursuivre là où j'avais dû m'interrompre tout à l'heure. Je vais revenir sur la question de la pénurie de main-d'oeuvre. Je pense que vous avez judicieusement évoqué dans votre présentation les problèmes qu'on rencontre au niveau de la pénurie de main-d'oeuvre. Il y a comme trois facettes à cette problématique: d'abord, le pouvoir d'attraction de la région et du réseau dans la région; ensuite, les stratégies de recrutement — je vais y revenir tout à l'heure, mais mon collègue de Papineau faisait référence à cet autobus au Saguenay—Lac-Saint-Jean; et ensuite la capacité de rétention du réseau.

Vous avez évoqué tout à l'heure le fait qu'on avait finalement embauché un chef pharmacien. C'est fort bien d'avoir réussi à mettre la main sur un professionnel de cette nature, mais quelle est la capacité du réseau de retenir en emploi un professionnel de cette trempe, considérant que dans le privé, par exemple, on peut offrir de meilleures conditions, qu'il pourrait traverser la rivière puis aller en Ontario? Au-delà du problème de recrutement, qu'est-ce qu'on entend mettre en place, au-delà des mesures qui ont été annoncées dans le cadre du statut particulier, pour assurer la rétention du personnel qu'on aura réussi à recruter?

M. Morissette (Guy): Il y a plusieurs façons qu'on peut répondre à ça. Il est clair que les primes, c'est un élément important. Et ça, on est conscients qu'il peut y avoir une différence tarifaire entre les deux provinces... ou de conditions de travail, pas tarifaire mais de conditions de travail, si bien que c'est un élément important, mais ce n'est pas le seul élément.

Vous savez, on a parlé aux gens, on a parlé aux professionnels qui restent en Outaouais et qui font l'objet de pénurie. Et on leur a demandé, on a regardé avec eux: C'est quoi... qu'est-ce qui ferait que vous resteriez en Outaouais? Et on se rend compte que ce n'est pas uniquement des primes. On se rend compte qu'il y a toutes sortes d'autres éléments. Il y a l'encadrement clinique, il y a la formation, il y a le milieu de travail, alors l'environnement de travail; alors, des comités de relève, il y a du parrainage, il y a du mentorat. Alors ça, ce sont des exemples de mesures qu'on met en place qui favorisent la rétention. On a souvent dit, en Outaouais, jadis, qu'on était les champions de l'attraction. Alors, on réussissait à recruter beaucoup de gens. Notre problème ou un des problèmes importants qu'on avait, c'était la rétention de notre personnel, et, dépendant à quelle catégorie de personnel qu'on fait appel, les mesures qui peuvent faire en sorte qu'on va les retenir, bien elles sont variables. Je vous ai donné un peu des exemples tout à l'heure.

Mais on sait que ce n'est pas... Ce qui est important, ce n'est pas uniquement les primes. Oui, c'est

important, l'élément financier, mais c'est beaucoup, beaucoup au niveau de l'environnement de travail, et on déploie beaucoup d'énergie à cet égard-là pour favoriser l'environnement de travail, faire en sorte qu'ils sont dans un milieu, ils sont contents de venir travailler, ils sont contents de continuer à travailler pour nous, et c'est à cet élément-là qu'on... sur quoi on mise beaucoup.

M. Bergeron: Revenant sur l'élément formation, vous me corrigerez si je fais erreur, mais je crois vous avoir entendu dire qu'à quelque part on est un peu pris dans une dynamique par laquelle il y a un niveau de formation, au niveau académique, qui est plus élevé du côté ontarien que ce qu'on est en mesure d'offrir du côté québécois, en Outaouais, par la présence d'un centre universitaire, au niveau médical, de l'autre côté de la rivière, mais qu'on essaie de compenser par l'organisation de stages de notre côté de la rivière des Outaouais. Maintenant, est-ce qu'il n'y a pas un danger de se rabattre uniquement sur des stages et de ne pas tenter, avec le gouvernement, de développer davantage de formation au niveau académique, au niveau de la région. Parce qu'à partir du moment où un médecin, une infirmière est formé dans une, comment dirais-je, philosophie ou dans une façon de faire il y a peut-être là un élément d'attraction qu'on n'est pas capables d'exercer quand la formation se donne ailleurs.

M. Morissette (Guy): Et c'est pour cette raison qu'on a fait ou qu'on a développé le Campus santé, qui est justement... Campus santé, ce n'est pas du béton. Le Campus santé, c'est une mobilisation de différents acteurs dans la région de l'Outaouais. Puis je vous dirais: On s'associe, à ce campus-là, des éléments qui ne sont pas de la région nécessairement, ça peut être de Montréal puis ça peut être d'Ottawa, les associer pour justement qu'on devienne... qu'on forme les gens en Outaouais. Alors, les stages, c'était un exemple de ce qu'on peut faire. Et on sait très bien que, oui, ça peut être des stages, mais on travaille aussi pour la formation, je vous dirais, fondamentale. On le fait pour les infirmières, on va développer de la formation en Outaouais pour les infirmières praticiennes. On regarde, je vous disais tantôt, l'exemple pour les inhalothérapeutes, les technologues ambulanciers. Ça, c'est la création de programmes de formation en Outaouais.

Il y a d'autres secteurs, puis le réseau, à un moment donné, il n'est pas capable de développer tout en même temps. Alors, ce qu'on fait, c'est qu'on sait qu'il y a, par exemple, des lacunes importantes au niveau de catégories de professionnels comme des orthophonistes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, on sait qu'il y a des milieux de formation, à Ottawa et aussi à Montréal, qui ont besoin de milieux de stages, et bien souvent ce sont des résidents de l'Outaouais qui étudient à Ottawa ou à Montréal et qui souhaiteraient faire leur stage de formation en Outaouais. Alors ça, c'est un autre volet sur lequel on travaille à ce moment-là.

Alors, dépendant, on a dans le campus Outaouais... avec aussi un comité, à l'agence, qui regroupe l'ensemble des établissements de la région, on regarde chacune de ces catégories de professionnels là et, je vous dirais, on fait pratiquement un plan individualisé par profession à savoir quelle est la meilleure façon de répondre à cette

pénurie-là. En termes de formation, parce qu'il y a d'autres éléments aussi.

● (16 h 30) ●

M. Bergeron: Au chapitre du recrutement, on entendait aujourd'hui les gens de l'agence de Mauricie et Centre-du-Québec nous dire qu'ils avaient sinon initié du moins pris part à des espèces de salons de l'emploi. Est-ce que c'est le genre de chose auquel vous avez déjà pris part jusqu'à présent ou que vous envisagez de faire?

M. Morissette (Guy): Oui. Il est clair que les salons de l'emploi, c'est une des mesures privilégiée de recrutement. Et la visite récente à un salon de l'emploi nous a donné justement le bénéfice de pouvoir compter sur neuf nouvelles infirmières cet été. Il y a plusieurs autres salons de l'emploi qui sont, on le sait, qui sont annoncés, auxquels on assiste.

Et ce qui est important aussi, peut-être, les gens en Outaouais se sont rendu compte que, si on travaillait ensemble, l'ensemble des établissements, puis si on répondait de façon régionale aux besoins, on s'organisait de cette façon-là, qu'on avait plus de chances d'attirer les gens en Outaouais. Alors, ce qui est intéressant, ce qu'on a vu se développer dans la dernière année, c'est justement, pour certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, une concertation régionale de stratégies de recrutement. Alors, on recrute ensemble pour l'Outaouais. L'établissement, bien c'est en deuxième, et on recrute principalement pour l'Outaouais. Et, en fonction des souhaits, des aspirations, de la spécialisation ou, disons, des affinités des individus, bien là ils sont dirigés, à l'intérieur de l'Outaouais, plus en milieu rural, plus en milieu urbain, plus en milieu spécialisé. Alors, c'est un élément important qui fait en sorte, qui va donner, on est convaincus, des résultats de recrutement régional.

M. Bergeron: On va passer aux résultats que contient le rapport de gestion en termes d'atteinte de cibles ou non. Mais j'entendais mon collègue de Papineau, tout à l'heure, souhaiter que la perception de la population — puis je pense que vous faisiez écho un peu à ses propos; que la perception de la population — soit en phase avec la réalité. Or, je constate, puis peut-être que c'est une façon un peu, je dirais, partielle de faire ce constat, mais il n'y a peut-être pas nécessairement adéquation entre... ou peut-être y a-t-il effectivement adéquation entre la perception et la réalité, considérant que de toutes les cibles qui ont été identifiées près de la moitié seulement ont été atteintes. Donc, il y a encore beaucoup de travail. C'est donc dire qu'il y a possiblement encore une part de vrai dans la perception que les gens ont de la qualité du réseau en Outaouais.

Ceci dit, il y a, semble-t-il, un vent de renouveau qui souffle, il y a une dynamique positive, puis on espère qu'elle va porter ses fruits, mais il n'en demeure pas moins qu'il semble y avoir effectivement, disons, adéquation où la perception semble être en phase avec la réalité sur la base des cibles qui ont été identifiées et de l'atteinte ou non desdites cibles.

Prenons-en quelques exemples. Par exemple, il y a un certain nombre de cibles concernant, par exemple, les services psychosociaux, les troubles envahissants du développement, en termes de soutien à domicile, jeunes

en difficulté, où on constate qu'il y a un plus grand nombre d'individus et de familles desservies mais qu'en contrepartie il y a un nombre moyen d'interventions qui est allé à la baisse. Alors, est-ce que ces résultats ne tendent pas à démontrer que ce qu'on a réussi à obtenir d'une main, on l'a comme perdu de l'autre, là?

M. Morissette (Guy): C'est définitivement une préoccupation que l'on a. On note ce que vous dites, évidemment. Quand on analyse qu'il y a des cibles... Je vous répondrai d'une façon globale, mais vous comprendrez qu'en même temps chacun des secteurs que vous soulevez a sa propre dynamique, tout ça. Mais on observe qu'on peut donner plus de services ou de façon plus intense, dépendant de l'indicateur auquel vous faites référence. Et ça, ça indique, à plusieurs niveaux, qu'on a une pénurie de main-d'oeuvre. Et en même temps, au niveau de l'organisation de services, il y a des secteurs qui doivent... par exemple, on a plus de difficultés à repérer la clientèle. Alors ça, il faut mettre en place des éléments qui nous permettent de mieux repérer la clientèle pour pouvoir après ça la desservir. Alors, dépendant de l'indicateur auquel vous faites référence, il y a, disons, des éléments qui contribuent à cette réalité-là.

Ce que je peux vous dire, c'est que l'agence, elle est engagée à faire en sorte que les cibles qui sont identifiées soient respectées et qu'on prenne les moyens pour ce faire. Et on travaille avec chacun des établissements, et ça, encore une fois, c'est différent pour chacun des établissements, mais on travaille avec eux pour identifier les raisons pour lesquelles on n'atteint pas ces cibles-là et qu'est-ce qu'on doit faire pour le faire. Il y a des éléments, on parlait de repérage, on parlait... Alors ça, ça fait appel à l'organisation des services, comment on repère la clientèle, comment on identifie les gens qui ont besoin de ces services-là. En contrepartie, on sait qu'il y a d'autres secteurs où c'est en lien avec la pénurie, ce sont des secteurs bien souvent qui font appel... où un professionnel absent pour quelques semaines ou quelques mois fait une très, très grande différence au niveau de nos résultats. Les masses critiques de clientèle ne sont pas comme dans un milieu très urbanisé comme Montréal, très peuplé, je devrais dire, pas urbanisé mais peuplé, où, pour desservir la clientèle, on a plus de marge de manoeuvre pour faire appel à combler un départ, une absence temporaire ou quelque chose comme ça.

Alors, il y a des secteurs où on est très vulnérables parce que c'est un professionnel ou un demi-professionnel, puis le fait qu'il n'est pas là, ça a un impact majeur sur nos résultats. Alors, on regarde ces éléments-là. Mais ce que je peux vous dire, c'est que l'agence suit de très près ces éléments-là, on regarde chacun des indicateurs par territoire, on voit... Et je vous dirais: par territoire et aussi par établissement, parce qu'il y a des services spécialisés là-dedans. Et on applique les mesures qu'il faut qu'elles soient faites puis on supporte, on soutient les établissements pour atteindre ces cibles-là.

M. Bergeron: Vous me permettrez d'insister. Depuis hier, les agences qui ont comparu se félicitent, et à juste titre d'ailleurs, en termes de repérage de clientèles, d'avoir, par exemple dans tel ou tel secteur,

plus de personnes suivies que lors des années antérieures. Puis je pense qu'il y a tout lieu de se réjouir de cela. Mais, si la conséquence, c'est que le nombre de personnes plus important qui sont suivies reçoivent moins d'heures en termes de suivi, est-ce qu'on n'a pas perdu au change?

M. Morissette (Guy): Je ne dirais pas qu'on a perdu au change, il y a des ajustements à faire et c'est exactement ce qu'on veut faire dans les prochaines semaines, prochains mois, c'est-à-dire de s'ajuster au fait que... Vous savez, c'est rétrospectif bien souvent, alors il faut s'ajuster. Puis on voit les effets que de donner plus de services à un groupe, bien ça diminue l'intensité, ou le contraire, et on doit s'ajuster à cet égard-là. Et c'est dans ce contexte-là qu'il y a des responsabilités que les établissements ont de pouvoir répondre à cette réalité-là. Et nous, on fait la surveillance de ça et on cherche les solutions avec eux.

M. Bergeron: On constate dans votre rapport que, par rapport à certaines cibles, il y a une indication à l'effet qu'on n'a pas atteint la cible, mais on reste un peu sur notre faim parce qu'il n'y a pas d'explications ou il n'y a pas davantage de détails sur les raisons ayant fait en sorte qu'on n'a pas atteint la cible. Et là ça nous amène à nous poser la question: Est-ce simplement parce qu'on n'a pas vraiment identifié les raisons qui ont fait en sorte qu'on n'a pas atteint la cible ou parce que c'est... je pense notamment aux indicateurs qui se rapportent au service de soutien à domicile ou aux urgences, il n'y a pas d'explication qui sont données au niveau du rapport ou d'explications très exhaustives qui sont données au niveau du rapport? Alors, comment est-ce qu'on peut expliquer que, sur certains éléments, par exemple, on retrouve peu d'arguments ou peu d'explications pour justifier le fait qu'on n'ait pas atteint la cible?

M. Morissette (Guy): Mais je vous dirai qu'on connaît les raisons. On procède à l'analyse de tous les résultats de ces indicateurs-là, on met en place des plans d'action pour pouvoir le faire. Mais ce que je vous dirai, c'est qu'on connaît les raisons, et on travaille à l'intérieur de plans d'action élaborés, précis, avec les établissements pour répondre à ça.

● (16 h 40) ●

M. Bergeron: Au niveau des problèmes qu'on rencontre avec l'urgence, les rapports de presse tendent à indiquer que la situation s'améliore légèrement ces derniers temps, et c'est heureux qu'il en soit ainsi. On aurait peut-être souhaité que dans le rapport on soit plus explicite quant à la problématique des urgences. Mais une question qui me vient à l'esprit toujours concernant les urgences, il y a ce projet de rénovation, d'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Hull. On en parle beaucoup, mais ça semble être un projet ou une réalisation qui semble être remise. Quel est l'échéancier de réalisation du projet en vertu...

M. Morissette (Guy): Je vous dirai que le coup de départ a été donné juste avant Noël. On a eu l'autorisation de procéder à l'appel d'offres pour la réalisation de cette urgence-là et on estime qu'à la fin 2009, début 2010, on devrait avoir une urgence opérationnelle

à l'Hôpital de Hull, une nouvelle urgence opérationnelle à l'Hôpital de Hull.

M. Bergeron: On a eu tendance, au niveau de l'agence, à régler très superficiellement le problème de pénurie de main-d'oeuvre, par exemple au niveau des infirmières, en ayant recours de façon croissante sinon exponentielle aux agences, aux agences privées. Je sais qu'il y a une volonté, au niveau de l'agence régionale, de réduire. Or, les derniers résultats indiquent qu'il y a plutôt une croissance. Comment est-ce qu'on compte effectivement freiner ce recours croissant aux agences privées en termes d'infirmières?

M. Morissette (Guy): Il y a déjà un an, un an et demi, on avait mis en place un plan d'action pour réduire le recours aux agences. Vous comprendrez qu'à moyen terme la formation ou le recrutement de personnel va faire en sorte qu'on aura moins recours aux agences. Par contre, le plan d'action contenait des mesures et fait en sorte qu'on a des résultats. Je vous dirai, pour un point de repère, période 8 il y a un an et période 8 cette année, on a diminué de 12 500 heures le nombre d'heures, sur un total de... je vous dirais, de... On avait 83 000 heures, et maintenant 71 000 heures, c'est une économie de 1 million. Alors ça, c'est ce qui est de plus récent que je peux vous objectiver. Et vous dire qu'on suit ça de très près avec les établissements pour faire en sorte qu'on continue de réduire le recours aux agences. Mais là on a des résultats concrets.

M. Bergeron: Et je vous remercie. Je crois qu'il reste à peu près, cinq... quatre, cinq minutes?

Le Président (M. Kelley): Quatre, mettons.

M. Bergeron: Quatre. Alors, je vais peut-être vous lancer trois questions en rafale, histoire...

Le Président (M. Kelley): ...parlementaire expérimenté.

M. Bergeron: ...histoire de couvrir un large éventail. Il y avait un projet de clinique-réseau dont on nous dit depuis un bout de temps qu'il est pour bientôt. Il est pour quand? Alors ça, c'est ma première question. On parle de 30 % des Gatinois qui sont sans médecin. Qu'est-ce qu'on entend faire pour corriger la situation? Et j'aimerais que vous fassiez le point avec nous sur le transfert de l'oncologie, radio-oncologie, chimiothérapie à Gatineau. Où est-ce qu'on en est?

M. Morissette (Guy): Alors, la première question, clinique-réseau. Il y a un projet...

Le Président (M. Kelley): Des réponses en rafale aussi, parce que je ne veux pas prendre le temps de mes collègues...

M. Morissette (Guy): Parfait. Clinique-réseau, les discussions sont en cours actuellement. Je ne peux pas vous donner d'échéancier précis, parce qu'il y a un élément qu'on ne contrôle pas, c'est la volonté des médecins impliqués. Mais je vous dirai que les discussions sont

très avancées à cet égard-là avec une clinique-réseau dans le secteur Aylmer de la ville de Gatineau, et on a bon espoir de voir, en 2008, les activités de clinique-réseau. Elles sont déjà GMF, pour vous dire que ça facilite un peu le travail.

Deuxième chose, la pénurie de médecins de famille. On a adopté, il y a environ deux ans, un plan régional d'organisation de services médicaux de première ligne qui définit... À l'intérieur de ce plan-là, il y a plusieurs mesures qui font en sorte qu'on favorise la prise en charge des clientèles vulnérables. Par ailleurs, on travaille aussi à recruter... et nos cibles de recrutement, dans les dernières années, ont été atteintes à 100 % sinon à 105 % l'année passée. Et l'autre élément de réponse à cet égard-là, c'est qu'on travaille très, très étroitement avec les CSSS pour pouvoir avoir des éléments alternatifs aux médecins de famille, c'est-à-dire d'appuyer le médecin de famille dans la prise en charge des clientèles. C'est très succinct, ce que je vous dis, mais...

Troisième chose, c'est le centre de cancérologie. Vous demandiez le transfert des activités? C'est un transfert... Déjà, il y a des activités, à l'Hôpital de Gatineau, qui... Toute la réflexion qui entoure la programmation, le côté administratif de la cancérologie se fait déjà à l'Hôpital de Gatineau. De par les spécialités qui sont dans chacun des deux hôpitaux, il y a des activités cliniques qui se font soit à l'Hôpital de Hull ou soit à l'Hôpital de Gatineau, si bien que les activités vont pouvoir être transférées. Il y a un certain niveau d'activités ambulatoires, les gens pour leur chimiothérapie, tout ça, ça va pouvoir se faire à l'Hôpital de Gatineau, avec la construction du centre, là, qui est en train de... qui a débuté et qui va s'actualiser d'ici deux ans. Mais en même temps il va y avoir un peu d'autres activités très précises qui vont continuer à se faire à l'Hôpital de Hull, comme la chirurgie pour le cerveau, la chirurgie pour le cancer du poumon. Ça, ça fait partie des choses qui se font actuellement à l'Hôpital de Hull. Alors, il y a un plan de déploiement, O.K., ou de migration des activités ambulatoires vers l'Hôpital de Gatineau, et ça va culminer à l'ouverture du centre régional, qui est prévue à la fin de la construction, là, qui est en cours actuellement.

M. Bergeron: Est-ce que ça pourrait vouloir dire qu'un patient...

Le Président (M. Kelley): Je pense...

M. Bergeron: ...très, très, très bref...

Le Président (M. Kelley): 30 secondes.

M. Bergeron: ...qu'un patient pourrait être opéré à Hull puis ensuite transféré à Gatineau pour...

M. Morissette (Guy): Ça se fait déjà, ça se fait déjà, depuis plusieurs années.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée: Oui. En fait, j'aimerais savoir un petit peu... Je sais qu'on a, dans le comté de Gatineau,

particulièrement dans la vallée de la Gatineau, un programme en orthophonie où il y a eu des belles réalisations, en orthophonie. Et je me demandais... Parce qu'on m'indiquait que les services en orthophonie pour les jeunes sur le territoire de l'Outaouais étaient un petit peu embourbés. Quelle est la situation — un point clair, là — sur les services orthophoniques qui sont offerts aux jeunes sur le territoire de l'Outaouais? Et est-ce qu'il est possible d'importer les belles réalisations de la Haute-Gatineau ailleurs sur le territoire de l'Outaouais?

M. Morissette (Guy): La situation en orthophonie est reliée aux difficultés qu'on a à avoir des professionnels, O.K., des orthophonistes pour donner des services. On est en compétition avec le privé à cet égard-là, si bien que la disponibilité de professionnels pour donner des services dans le réseau public, tu sais, est limitée. On a dû faire des ajustements à cet égard-là, travailler avec le centre de réadaptation concerné pour développer des nouvelles modalités de traitement, et ça, on va le voir, là, se concrétiser de plus en plus. Tu sais, il y a déjà des éléments en place, mais ça va se concrétiser dans les prochains mois, où on fait du travail de groupe, où est-ce qu'il y a de nouvelles approches de traitement orthophonique, pour qu'on puisse justement utiliser les orthophonistes au niveau des services spécialisés, vraiment lorsqu'ils sont requis, en traitement un pour un. Alors, il y a des mesures qui... On travaille sur la pénurie, on travaille en même temps au niveau des alternatives, disons, au service qui n'est pas donné de façon optimale, puis on a bon espoir que ça va se concrétiser, là, prochainement.

Mme Vallée: Au niveau du recrutement de la main-d'œuvre en orthophonie, quelles sont les démarches qui ont été faites? Est-ce qu'on s'attend à du nouveau, du sang neuf parmi l'équipe d'orthophonistes de l'Outaouais?

M. Morissette (Guy): Le recrutement en orthophonie, vous savez, il n'y a pas beaucoup d'orthophonistes qui graduent au Québec, et, je vous dirais, les prérequis pour être orthophoniste font en sorte que, bon, il y en a un nombre limité. Alors, ça fait partie des éléments de recrutement général, c'est-à-dire, on est en lien avec les milieux de formation, on intéresse, on les invite à venir en Outaouais pour venir nous voir. Et on est convaincus que, encore une fois, si on forme des gens au moins au niveau des milieux de stage, si on forme des gens en Outaouais, bien, qu'on a de bonnes chances de recruter. Vous savez, en orthophonie, ce n'est pas des dizaines d'orthophonistes qui sont recherchés, c'est un nombre limité, et ça a un impact majeur au niveau des services qu'on dispense.

Mme Vallée: J'aimerais vous entendre... Je vais sauter dans un autre sujet. Parce que dans votre présentation vous avez mentionné qu'en juin dernier vous avez réorganisé la façon — si je comprends bien votre présentation; la façon — dont vous avez octroyé la répartition des sommes qui vont vers les organismes communautaires. Vous avez... Et quelle... De quelle façon vous avez fait cette répartition-là? Vous vous basez sur quels paramètres pour établir les sommes qui seront réparties à travers la région pour les différents organismes? Je regardais, là, à certains niveaux, il y a des organismes

qui ont reçu moins de financement qu'ils n'en avaient eu l'année précédente. Et je ne cacherai pas que je fais référence à certains organismes des milieux ruraux, notamment le groupe Halte-femmes de la Haute-Gatineau, Impact-Rivière Gatineau. Qu'est-ce qui explique cette baisse de subventions pour des organismes qui oeuvrent dans des milieux hautement défavorisés?

● (16 h 50) ●

M. Morissette (Guy): Je vous dirai qu'au niveau des organismes communautaires on a adopté un cadre de référence qui parle, entre autres, O.K., je veux dire, de la répartition des sommes. Et ce qu'on a dit, ce qu'on a adopté, notre plan, là, notre cadre de référence, ce qu'il dit, c'est qu'on octroie un pourcentage de 10 % pour des argents de développement qui ne sont pas ciblés dans des secteurs très précis. Alors ça, c'est déjà une mesure qui fait en sorte qu'on assure un certain financement au niveau des organismes communautaires.

Deuxième chose, il y a une indexation habituelle, annuelle des sommes qui sont consenties au niveau des organismes communautaires. Ce que notre cadre de référence dit par ailleurs, c'est qu'on s'engage dans un processus où on va revoir le besoin avec l'organisme communautaire, sa place dans l'organisation de services, dans les projets cliniques. Et c'est un travail qui s'engage à longue haleine. Et ce qu'on souhaite faire, c'est de justement répondre de façon appropriée à ce que les organismes communautaires identifient comme étant leurs besoins, pour répondre aux besoins qui... aux services qu'ils dispensent, là, tu sais, là, aux gens.

Alors, ce sont des éléments qui font en sorte qu'on va revoir le financement avec eux, avec leur accord. Ils participent à l'exercice avec nous.

Mme Vallée: Donc, tous les organismes communautaires qui actuellement reçoivent un financement sont approchés afin de revoir leurs besoins particuliers de financement?

M. Morissette (Guy): Ils vont être revus... Je ne vous dis pas que ça va être fait prochainement. Ça fait partie du cadre de référence... auquel les organismes communautaires ont été très heureux de voir, là, que c'était adopté. Et on va regarder ça avec eux, c'est clair. C'est un travail qui va se faire avec eux.

Mme Vallée: Et, pour revenir à ma question précédente, à la page 112 de votre rapport, la mission globale par programme, dans le secteur Programme de soutien aux organismes communautaires, Développement social et sécurité alimentaire, est-ce que la baisse aurait été attribuable à cet exercice-là, la baisse que je dénote? Parce que je vois que la plupart des organismes ont reçu des augmentations sur leur budget de l'année précédente, alors que certains, certains organismes particuliers ont reçu une diminution de leur subvention. Alors, ma question portait sur la raison de cette diminution de subvention.

M. Morissette (Guy): Écoutez, il y a 100 quelque chose, 130 organismes communautaires. Les paramètres qui font l'objet, là, disons, là, tu sais, de hausses ou de baisses, je ne les connais pas en fin détail pour chacun de ces organismes-là. Mais ce que je peux vous dire,

c'est que ce travail-là est fait en collaboration avec eux, et, s'il y a eu une baisse, il y avait une raison. Est-ce que c'est en fonction de services qu'ils délaissaient? Est-ce que c'est en fonction... Je ne pourrais pas vous répondre. Je pourrais peut-être trouver une réponse à certains organismes particuliers auxquels vous faites référence, puis là je pourrais vous faire parvenir ça. Mais je peux vous dire que ça fait l'objet d'une analyse individualisée, par organisme.

Mme Vallée: Au moment où les subventions avaient été accordées, en 2006-2007, est-ce que cet exercice-là se faisait, ou cet exercice-là est nouvellement mis en place par l'agence?

M. Morissette (Guy): Je vous dirais qu'il y a toujours eu un exercice. Ce qu'on fait... le cadre de référence, il y a plusieurs volets, mais un des volets, c'est l'assurance de développement et en même temps d'une révision plus globale, O.K., je veux dire, de leur place à l'intérieur de leur financement, puis voir comment ils répondent aux besoins de leur population.

Mme Vallée: Merci. Je vais céder la parole à mon collègue, qui est impatient de s'adresser à vous.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Papineau.

M. MacMillan: Merci, M. le Président. Pour terminer, on approche l'heure de la fin, à 5 heures, avec... je veux vous féliciter parce que trois heures... je pense que, Dr Morissette, c'est votre première fois en commission parlementaire comme le...

M. Morissette (Guy): ...à titre de P.D.G., oui.

M. MacMillan: ...comme le porte-parole, si tu veux, je peux vous dire que vous avez bien fait ça. Vous aviez l'air, au commencement, un petit peu nerveux, quand je vous ai vu, en entrant, mais là vous vous êtes replacé rapidement. Félicitations, j'en suis très fier, de vous avoir comme D.G. chez nous, pas par intérim mais à temps plein. Puis je vais vous donner congé, si vous voulez, ce soir jusqu'à 8 heures, demain matin, au nom du Dr Couillard.

M. Morissette (Guy): Parfait. Je vous remercie.

M. MacMillan: Trois petits points avant de finir. Je veux parler du beau comté... un des plus beaux comtés du Québec: Papineau. J'ai dit «un», «un des plus beaux comtés». Il y en a d'autres qui disent que c'est le seul comté, mais le mien, c'est un. Il y a trois choses qui se passent chez nous, puis j'en suis fier...

Une voix: ...

M. MacMillan: Oui. Le 27 millions qui est dépensé dans l'urgence, la première urgence dans l'Outaouais, qui est commencée en construction, qui va bien. La deuxième urgence, dans la Petite-Nation, dont on a fait référence, 2 millions, qui avance et qui est commencée...

M. Morissette (Guy): C'est exact.

M. MacMillan: ...dont j'en suis très fier. Et bientôt une autre annonce de 55 lits, dans un avenir pas rapproché mais que les débuts de... comment on dirait ça, de phase de construction, de 55 lits pour personnes âgées, j'en suis très fier aussi.

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. MacMillan: Il y a juste une petite chose qui me fatigue dans tout ça, puis je dois vous poser la question parce qu'il y a des gens chez nous, depuis... dans le secteur de la Petite-Nation, et dont je suis fier de les représenter, qui disent qu'il y a beaucoup de gens qui vont chercher des services à Hawkesbury. Est-ce que, depuis la fusion des services de la Petite-Nation, CLSC, etc., l'urgence, et avec le centre hospitalier de Papineau, est-ce qu'il y a une amélioration?

M. Morissette (Guy): Il y a une amélioration. Ce qu'on peut dire, c'est que le fait qu'il y ait un CSSS fait en sorte qu'il y a un déploiement de médecins qui étaient dans le secteur Lelièvre, le secteur Buckingham, vers la Petite-Nation, alors il y a une couverture augmentée. On a aussi, à l'urgence du CLSC Saint-André-Avellin... on a augmenté la couverture d'une journée, et on prévoit, dans la prochaine année, le recrutement d'autres médecins qui vont... il y a deux médecins qui doivent, au minimum, là, qui doivent arriver sur le territoire du CSSS de Papineau. Mais, dans le fait justement de travailler en CSSS, il est entendu que ces médecins-là vont donner des services au niveau de la Petite-Nation. Alors, c'est à l'urgence de Saint-André-Avellin ou dans un cabinet privé.

M. MacMillan: Excusez-moi de vous interrompre. Est-ce que ça veut dire que, si jamais la Petite-Nation deviendrait, comme il y en a qui veulent, indépendant du centre hospitalier de Papineau, les médecins actuellement qui sont là... moi, mes statistiques et mes questions que je pose au D.G. de Papineau, ils me disent qu'il y a quatre médecins, depuis 2003, depuis la fusion, il y a quatre médecins à temps plein qui travaillent, qui donnent le service à la Petite-Nation et quatre autres qui sont à temps partiel.

M. Morissette (Guy): C'est ça.

M. MacMillan: Si on sépare ça, ils deviennent indépendants, l'hôpital, ça veut dire que ces huit médecins là peuvent retourner travailler à Buckingham, et ils ne sont pas obligés d'aller travailler dans la Petite-Nation.

M. Morissette (Guy): Écoutez, on n'a pas d'emprise sur les médecins quant à leur lieu de pratique. Mais ce que je vous dirai, c'est que le fait de travailler en CSSS, pour l'ensemble du territoire, a favorisé, a fait en sorte que ces médecins-là se sont installés sur le territoire. Et je vous dirai qu'en même temps le fait de ne pas avoir nécessairement à avoir à trancher entre deux CSSS, si on le veut, fait en sorte que, je veux dire, il y a une circulation plus facile des médecins d'un secteur vers un autre secteur d'un territoire.

M. MacMillan: Puis, quand vous parlez de recrutement, je suis fier de vous annoncer que vous allez en avoir deux autres de plus, que j'ai recrutés moi-même, pour l'an prochain.

M. Morissette (Guy): C'est d'ailleurs pour ça que j'ai dit «au minimum deux médecins», je savais que vous aviez quelque chose dans votre poche, alors...

M. MacMillan: Non. Mais juste prendre 30 secondes, comment j'ai fait ça? Dans nos sorties qu'on fait, les députés, les fins de semaine, je pose la question aux gens: Connaissez-vous quelqu'un dans vos familles qui est à l'université en médecine? Puis j'ai commencé ça deux, trois ans passés, juste par pratique. À un moment donné, j'ai dit: Peut-être qu'on peut avoir... Le résultat, j'ai pu contacter cinq personnes, dans les familles du comté de Papineau, qui étaient étudiants, je n'ai pas pu tous les recruter, mais quand même il y en a au moins deux qui vont être recrutés juste en faisant ça. Puis c'est juste une petite anecdote, là, qui n'est pas... mais qui est importante, je pense, qu'on peut faire dans chacun de nos comtés, et qui donne des petits résultats, mais qui donne des résultats. Puis, quand je les recrute, je me mets le premier sur la liste en tout cas que je perds mon docteur!

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, Dr Morissette.

M. Morissette (Guy): Puis juste pour appuyer ce que vous dites, là, on est au courant et on sait très bien qu'il y a des... on parle de quelques dizaines de résidents de l'Outaouais qui étudient dans les facultés de médecine du Québec et en Ontario, et on est très, très conscients de ça, et je vous remercie de l'appui que vous faites au recrutement.

Le Président (M. Kelley): Il ne me reste juste, en guise de conclusion, à dire merci beaucoup aux membres de votre équipe et à vous-même, Dr Morissette, pour un premier baptême au niveau de la reddition de comptes devant la Commission des affaires sociales. Nous allons suivre avec grand intérêt vos défis, notamment le défi unique d'être frontaliers avec une autre province, et toutes les complexités de la tâche que ça amène pour votre équipe. Alors, merci beaucoup.

Je vais également dire merci beaucoup aux membres du service de recherche de la Bibliothèque, l'Assemblée nationale qui ont préparé les documents pour les membres de la commission. Alors, je ne sais pas si vous avez un mot de la fin que vous voulez offrir aux membres...

M. Morissette (Guy): Bien, le mot de la fin, c'est que j'espère d'être ici trois ans, peut-être pas quatre ans, mais avec les membres de mon équipe pour vous parler de réalisations qu'on aura faites à la suite de ce qu'on vous a annoncé.

Le Président (M. Kelley): Alors, merci beaucoup. Et, sur ça, je vais ajourner nos travaux au mercredi le 30 janvier, à 9 h 30, pour entendre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Merci beaucoup aux membres de la commission.

(Fin de la séance à 17 heures)