ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente des affaires sociales

Examen des rapports annuels 1993-1994 et 1994-1995 de certaines régies régionales (1)

Le mercredi 24 janvier 1996 — N° 33

Président: M. Roger Bertrand

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

115 $ débats de la Chambre — 10 $ Index
325 $ débats des commissions parlementaires
105 $ commission de l'aménagement et des équipements
75 $ commission du budget et de l'administration
70 $ commission des institutions
65 $ commission des affaires sociales
60 $ commission de l'économie et du travail
40 $ commission de l'éducation
35 $ commission de la culture
20 $ commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation
5 $ commission de l'Assemblée nationale

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
5, Place Québec, bureau 195
Québec, (Qc) téléphone: 418-643-2754
G1R 5P3 télécopieur: 418-528-0381

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 24 janvier 1996

Table des matières

Remarques préliminaires
M. Jean Rochon 2
M. Pierre Marsan 2

Auditions
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais 2
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie 26
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie—Bois-Francs 48

Remarques finales 63

Autres intervenants

M. Robert Perreault, président
M. André Gaulin, président suppléant

M. Russell Williams
M. Guy Julien
M. Robert Middlemiss
M. Régent L. Beaudet
Mme Claire Vaive
Mme Lyse Leduc
Mme Solange Charest
M. Claude Boucher

* M. Serge Forget, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
* M. Alain Tremblay, idem
* Mme Géraldine Hutton, idem
* M. Marcel Reny, idem
* Mme Diane Roy, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
* M. Jean-Pierre Duplantie, idem
* M. Claude Lavoie, idem
* M. Robert Courchesne, idem
* M. Jacquelin Audy, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie—Bois-Francs
* M. Paulin Dumas, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 24 janvier 1996

Examen des rapports annuels 1993-1994 et 1994-1995 de certaines régies régionales

(Neuf heures quarante-deux minutes)

Le Président (M. Perreault): À l'ordre, s'il vous plaît! On va commencer. Je déclare ouverte cette séance de la commission des affaires sociales et je souhaite la bienvenue à tout le monde. On est relativement nombreux. Je vois que la délégation de l'Outaouais est venue en force.

Avant de commencer, d'abord, Mme la secrétaire, je pense qu'on a quorum, bien sûr. Est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Cusano (Viau) sera remplacé par M. Middlemiss (Pontiac).

Le Président (M. Perreault): D'accord. Deuxièmement, peut-être régler juste une ou deux questions de détails avec mes collègues de la commission, avant de commencer. Nous avons eu comme deux mandats de l'Assemblée nationale, si je comprends bien, le 11 avril 1995 et le 13 décembre 1995. Dans un premier temps, ça portait sur les rapports 1993-1994. Depuis ce temps, les rapports 1994-1995 ont été déposés. Moi, ce que je crois comprendre, à moins que vous soyez en désaccord, c'est que, dans le fond, cette commission, au fur et à mesure qu'elle entendra les régies, va aborder à la fois les années 1993-1994 et 1994-1995 et, si on était d'accord, on pourrait y aller dans ce sens-là. Il n'y a pas de problème? Pas de problème? M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui, M. le Président. Comme vice-président de la commission et pendant la période entre Noël et cette journée, j'ai eu la chance de parler avec la secrétaire. Effectivement, je pense que ça va être utile de discuter le rapport annuel de l'année qui a été déposé, mais aussi on veut expliquer et discuter toutes les questions présentes et peut-être futures aussi. Parce qu'on peut profiter d'un échange. Nous avons le privilège d'avoir les interlocuteurs de la région, nous avons aussi le privilège — au moins, nous avons le ministre ici — d'avoir une bonne discussion entre nous. Avec ça, effectivement, j'espère que nous allons avoir un climat assez amical pour les discussions pendant les trois présentations d'aujourd'hui.

Le Président (M. Perreault): D'accord. Et je crois également comprendre... Nous avons la présence du ministre. L'Assemblée nationale avait donné le mandat clair que le ministre fasse partie de la commission pour l'ensemble de nos discussions, si on est d'accord là-dessus.

Alors, comme ordre du jour, nous avons aujourd'hui, à 9 h 30 — on est un petit peu en retard — la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Nous entendrons cet après-midi, à 14 heures, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie et, à 16 heures, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie—Bois-Francs.

Alors, au niveau de la répartition du temps, on n'a pas eu l'occasion d'en reparler, mais je pense que le principe, c'est le suivant. On a, en gros, deux heures par régie. Peut-être accepter que chacune des parties, la partie ministérielle et le parti de l'opposition, puisse prendre la parole au début, peut-être cinq minutes dans un premier temps, et céder ensuite la parole aux gens de la régie pour une vingtaine de minutes, l'organisme concerné, ce qui nous laisserait à peu près 1 h 40 min pour des échanges de part et d'autre, à tour de rôle. J'ai comme l'impression qu'en posant des questions... Je pense qu'on pourrait peut-être convenir qu'on fait cinq ou sept minutes d'un côté et cinq, 10 minutes de l'autre, et on y va comme ça, en questions et réponses. Est-ce que cette méthode vous convient?

M. Williams: M. le Président, effectivement, nous n'avons pas eu la chance de discuter de ça pendant le comité de lecture. Il me semble que l'exercice est d'écouter les régies régionales. Je pense que, de ce côté, nous n'avons pas besoin de cinq minutes d'introduction. Je voudrais en profiter pour écouter leur présentation. Après ça, nous allons «spliter» le temps entre nous. Parce que je pense que c'est un exercice...

Le Président (M. Perreault): D'accord.

M. Williams: Ce n'est pas comme... Parce que, n'oubliez pas, nous avons toujours demandé au ministre d'avoir une chance de parler avec le vrai monde. Malheureusement, nous n'avons pas souvent eu cette chance. Je voudrais profiter de cette expérience tout de suite et je préfère embarquer dans la discussion avec les régies le plus tôt possible.

Le Président (M. Perreault): D'accord.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): D'accord. Alors, je suis sûr que le ministre n'est pas opposé de parler avec le vrai monde.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Non? D'accord. Peut-être, simplement, dans ce cas-là, avant de céder la parole à nos invités, rappeler que c'est un peu une première qu'on le fait, effectivement. Vous me permettrez, comme président, de le souligner. C'est l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui nous permet comme parlementaires, pour la première fois, de rencontrer ce que le député de Nelligan appelait le vrai monde et, donc, ceux qui, dans le fond, sont responsables sur le terrain de l'application mais aussi parfois d'une bonne partie du travail, qui est celui de dépenser les fonds publics et également de fournir les services. Donc, c'est le premier mandat de cette commission que nous remplissons en vertu de cette modification à la loi, donc c'est un peu un moment historique

Alors, sans plus tarder... M. le ministre, vous avez deux mots à dire avant de commencer? Sinon je cède la parole à...

Remarques préliminaires

M. Jean Rochon

M. Rochon: Très, très brièvement, M. le Président. Je devrai d'abord m'excuser pour une courte absence que je devrai faire à 10 heures, pour être au Conseil des ministres pour une courte question, pour commencer, et je reviendrai probablement vers 10 h 30.

Permettez-moi de prendre vraiment deux minutes pour souligner ce que vous venez de dire. C'est effectivement une première que je trouve très importante. J'avais déjà eu l'occasion, dans des discussions qu'on a eues soit ici, en commission, ou même à l'Assemblée nationale, de dire que, effectivement, comme le souligne mon collègue, le député, ce que je ne pouvais pas faire comprendre et clarifier avec mes humbles moyens, la journée où on rencontrerait le vrai monde, tout le monde, y compris l'opposition, comprendrait beaucoup de choses très rapidement. Alors, je suis très content qu'on en soit rendu là.

Les régies régionales, vous le savez mais il faut le rappeler, c'est des entités légales qui ont leur propre existence autonome, qui ont un mandat très clair, donné dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, d'organiser des services de santé et des services sociaux, de les coordonner sur leur territoire et d'assurer la participation de la population. Et ce travail-là ne se fait pas seulement pour donner des services à des clients — il y a ça, bien sûr, qui est très important — mais il y a une responsabilité de l'état de santé d'une population. Ça va donc au-delà d'une clientèle qui se présente pour des services et ça rejoint le champ très vaste de la prévention et de la promotion de la santé. C'est des équipes techniques très compétentes qui sont là, qui sont des employés de la régie, et c'est aussi et surtout un conseil d'administration qui prend des décisions et ce sont des gens qui sont issus de la population, qui sont désignés par différents groupes de la population et qui agissent à titre bénévole pour faire ce travail-là. Il y a donc une représentation importante démocratique de la population.

Et l'exercice qu'on fait — je conclus là-dessus — fait partie de toutes les mesures qu'on souhaite — disons que c'est le ministère, mais c'est le gouvernement — développer pour renforcer le plus possible l'imputabilité des décideurs régionaux que sont les régies régionales, de sorte qu'elles puissent vraiment remplir leur mandat complètement, qui en est un d'une responsabilité qui est une décentralisation par une délégation importante qui est au niveau administratif, qui n'est pas politique, mais qui est au niveau administratif et qui peut aller très loin. Et je peux vous dire que, si on n'avait pas eu ça l'an passé, on ne serait pas rendu où on est rendu dans l'exercice de transformation du réseau, et ce sera très important pour l'avenir.

• *(9 h 50)* •

Je suis convaincu que, s'il y a des aspects que moi, en tant que ministre, ou que mes collègues ne peuvent pas trouver sous l'angle plus politique, on a une de nos collègues, Mme Vaive, qui connaît très bien cette région-là puis qui nous aidera aussi à s'assurer que tout est clair pour tout le monde quand on aura fini cet exercice. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le ministre. D'autres commentaires? Oui, monsieur...

M. Pierre Marsan

M. Marsan: Simplement pour souligner le fait que c'est une première dans nos annales et que nous apportons notre contribution. Nous souhaitons apprendre des choses, nous avons des questions à poser. On se souvient que l'excellent ministre libéral, Marc-Yvan Côté, avait créé les régies régionales, il leur avait donné des mandats. Ça va nous permettre maintenant de vérifier avec certaines régies — nous avons la chance d'en avoir trois aujourd'hui — la façon dont ces différents regroupements, ces régies, se sont acquittés de leur mandat, et nous apprécions qu'on puisse, dans le cadre de nos activités parlementaires, avoir le loisir de poser l'ensemble des questions que nous voulons. Nous apprécions également que vous nous permettiez de poser des questions sur une période de deux ans, donc ce qui rouvre aux discussions. Alors, nous, sans hésiter, on aimerait entendre les gens de la Régie régionale de l'Outaouais.

Auditions

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député de Robert-Baldwin. Alors, j'invite M. Serge Forget, qui est le président. C'est bien ça?

M. Forget (Serge): C'est ça.

Le Président (M. Perreault): Alors, bienvenue, M. Forget, et peut-être que vous pourriez nous présenter vos collaborateurs. Vous avez la parole pour une vingtaine de minutes.

M. Forget (Serge): Merci beaucoup, M. le Président. M. le Président et M. le vice-président, M. le ministre, Mmes et MM. les députés, en particulier M. Middlemiss et Mme Vaive, qui sont des députés de notre région, mesdames, messieurs, je vais dire que c'est à la fois avec beaucoup de plaisir et d'émotion que l'Outaouais a l'honneur de participer à cette commission d'être les premiers à participer à ce précédent historique.

Ça nous fera plaisir d'être un livre ouvert et de répondre à toutes vos interrogations sur la réalisation de nos mandats. Pour ça, bien sûr, j'ai avec moi quelques ressources, parce que l'humble président — malgré son volume — en face de vous ne pourrait pas répondre à l'ensemble de toutes les questions et connaître l'a b c de tous les départements. Alors, bien sûr, il y a M. Alain Tremblay, qui est le vice-président du conseil; Mme Géraldine Hutton, qui est à la fois secrétaire générale, comme le prévoit la loi, du conseil et directrice générale de la Régie; M. Marcel Reny, qui est administrateur à la Régie mais aussi président de la Commission médicale régionale; et M. André Renaud, qui est administrateur et président d'une de nos tables régionales dont on va reparler en cours de séance.

En même temps, on a amené avec nous, j'allais dire l'ensemble... oui, c'est presque l'ensemble de nos directions, de sorte que, si vous avez des questions plus pointues en termes de nombres, en termes de... bon, peut-être d'une technicité plus grande, quand on parle, par exemple, de santé publique... Quand on va parler de santé physique, etc., ils sont avec nous à la table en arrière et pourront nous fournir, nous sortir les informations dont vous aurez besoin.

Avant d'arriver à la période de questions et d'échanges, je vais essayer de vous faire un tour d'horizon de l'Outaouais pour vous permettre de vous approprier notre région et ses particularités. M. Tremblay va m'assister dans cette présentation de chacun des éléments qui devraient cadrer notre journée.

D'abord, la Régie régionale en Outaouais, c'est quoi? Bien sûr, c'est une adhésion à la mission générale du réseau de la santé et des services sociaux, mais c'est aussi la formulation d'une mission qui lui est spécifique. Cette mission précise que notre Régie veut centrer l'ensemble de ses préoccupations et de ses actions sur le citoyen, ses droits, mais aussi ses responsabilités. La Régie de l'Outaouais veut travailler avec l'ensemble des partenaires du réseau pour une population qui se distingue quelque peu, de par sa situation géopolitique, du restant du Québec. Dans ce sens, elle veut assurer une organisation et une gestion du système de santé et des services sociaux qui se veut de qualité et adapté aux caractéristiques propres de la région et à chacun de ses territoires. On va revenir sur ce concept-là un peu plus tard.

Enfin, l'ensemble de la Régie se considère comme étant partie prenante d'un ensemble sociopolitique qui doit faire la promotion des intérêts de la région auprès des diverses instances régionales et provinciales. La Régie régionale a en outre précisé sa vision du système de santé et de services sociaux dans une philosophie de services dont l'actualisation tient compte des ressources disponibles. Elle a également défini des orientations qui la guident dans ses décisions, ses actions à l'égard des citoyens, de leur santé, de leur bien-être, ainsi qu'à l'égard du système de santé et de services sociaux.

Pour remplir cette mission et exercer ses fonctions, la Régie de l'Outaouais compte sur plus d'une centaine de bénévoles — et, ça, c'est important, on ne le souligne, à mon sens, jamais assez — qui participent à son assemblée régionale, à son conseil d'administration, à ses commissions, à ses comités. Elle compte également sur une centaine d'employés oeuvrant au sein de cinq directions, dont trois directions reflètent l'approche par programme préconisée par notre Régie. Cela inclut, évidemment, la Direction de la santé publique.

Au plan budgétaire, la Régie régionale compte sur des revenus d'environ... en fait, c'est un petit peu moins que 7 000 000 $ dans son fonds d'exploitation... et gère plus de 25 000 000 $ dans une trentaine de fonds affectés à diverses activités du réseau régional. Le budget, quant à lui, qui se dépense dans l'Outaouais, est de 307 000 000 $ en 1995-1996.

Maintenant, quelques minutes pour jeter un coup d'oeil sur la fameuse région 07, qu'on appelle 07, l'ouest du Québec — des fois, on oublie de l'appeler, point, depuis des années. Cette région compte une population autour de 300 000 personnes. Ce qui est important, c'est de considérer que 65 % de cette population habite la zone urbaine, mais que 35 % habite aussi la zone rurale. Cette population est distribuée dans 79 municipalités qui vont de quelques centaines de population à 105 000 pour la ville de Gatineau. Ces municipalités appartiennent soit à la Communauté urbaine de l'Outaouais ou à une des quatre MRC. Vous avez devant vous un peu l'ensemble de la répartition de notre région et des territoires.

Pour diverses raisons, la Régie régionale de l'Outaouais travaille surtout avec une répartition par district de CLSC ou par territoire de sa population régionale. Dans l'Outaouais, on compte neuf districts de CLSC, et la Régie régionale a établi, en concertation avec ses partenaires, cinq territoires sociosanitaires. En termes démographiques, la région de l'Outaouais représente à peu près 4 % de la population totale du Québec. Bien sûr — je fais un aparté pour vous situer — 65 % demeure dans le bas de la région, la CUO, Hull, Gatineau, Aylmer, Buckingham, Masson; ensuite, le restant est réparti dans l'ensemble du territoire, ce qui crée des problèmes de dichotomie importants, une coupure entre le rural vieillissant et l'urbain qui, lui, est en plein développement depuis 15, 20 ans.

À ce chapitre, l'Outaouais connaît, dans l'ensemble, une croissance supérieure à celle du Québec. Celle du Québec est autour de 6 %, l'Outaouais connaît une croissance de 11 %. Cependant, cette augmentation s'observe surtout dans la zone urbaine et cache une autre réalité: la faible hausse et même la perte de population de certains secteurs ruraux. Alors, pendant qu'une ville comme Gatineau s'est accrue depuis 10 ans de 30 000 habitants, il y a des villages, du Pontiac, de la Petite-Nation, qui vieillissent en âge et dont les jeunes vont étudier en ville et demeurent en ville pour travailler; ils ne reviennent plus. C'est le problème qui est courant au Québec.

Au plan linguistique — ça aussi, c'est une autre notion importante — 15 % de la population est d'expression anglaise. On note une croissance significative de la population issue aussi des diverses communautés culturelles. Ce sont des clientèles pour lesquelles les services doivent être adaptés afin d'en assurer leur accessibilité.

Pour ce qui est du réseau de la santé et des services sociaux, il compte 35 établissements et près d'une centaine d'organismes communautaires. La population peut également compter sur 450 médecins répartis en 275 omnipraticiens et 175 médecins spécialistes. Enfin, pour les services préhospitaliers d'urgence, l'Outaouais compte cinq entreprises ambulancières.

• *(10 heures)* •

Donc, voilà une brève présentation de la Régie régionale et de l'Outaouais. On pourra vous fournir avec plaisir beaucoup plus de détails, si ces questions vous intéressent, lors des deux heures qu'on aura ensemble.

Maintenant, quelques minutes pour faire part des principales réalisations de la Régie au cours des dernières années ainsi que des perspectives d'avenir. Bien sûr, on va parler de la réforme; naturellement, des priorités de santé et de bien-être, du rapatriement de la clientèle qui se faisait soigner en Ontario et de la transformation du système et du programme de santé mentale. M. Tremblay va m'aider tantôt à parcourir cet ensemble de sujets. Ça va vous permettre de vous distraire un peu de ma voix, M. le Président.

Donc, la réforme du système. Dans le contexte de la dernière réforme, comme nous l'avons souligné au départ, la Régie de l'Outaouais s'est dotée d'une mission et d'orientations spécifiques et elle a adopté des structures et des mécanismes de participation qui permettent à la Régie régionale de se rapprocher des principaux partenaires ainsi que de la population desservie. C'est une priorité chez nous, se rapprocher du monde. Des fois, nous-mêmes, on pense qu'on n'est pas tout à fait le vrai monde. Il faut se rapprocher du vrai monde, comme on disait tantôt.

Dans l'élaboration de ses structures et mécanismes de participation, la Régie de l'Outaouais a privilégié l'implication des citoyens, le partenariat, la concertation, l'imputabilité — et c'est important — la multisectorialité, souplesse et transparence en plus. Parmi ces structures et mécanismes, mentionnons la Commission régionale de santé et de bien-être, 16 membres, 16 citoyens; la Commission régionale d'intégration de services, 17 membres; la Commission médicale régionale, 11 membres. On n'a pas répondu à la question: Sont-ils ordinaires ou pas, encore, eux autres, pour eux autres? Peut-être que Marcel pourra vous le démontrer tantôt. Ces commissions avisent le conseil d'administration dans ses décisions à l'égard de la santé et du bien-être de la population de l'Outaouais et de l'organisation des services.

En plus, la Régie a mis en place un certain nombre de comités-conseils reliés aux diverses directions. Parmi ces comités-conseils figurent celui sur les droits des usagers, celui sur l'accès aux services pour la population d'expression anglaise, celui sur l'accès des services pour les communautés culturelles. On a également un comité-conseil sur la condition de vie des femmes et un comité régional de développement des ressources humaines.

Dans une perspective d'adaptation des orientations régionales aux particularités des milieux de la région, la Régie a également subdivisé la région de l'Outaouais en cinq territoires, dont chacun devait se doter d'instances de concertation et de coordination des services de santé et des services sociaux. Ces instances territoriales regroupent essentiellement les représentants d'établissements, d'organismes communautaires, des partenaires hors réseau locaux et territoriaux. M. Renaud, que je vous présentais tantôt, est le président d'un de ces territoires, celui de la Haute-Gatineau. Ces instances territoriales participent de près à la planification et à l'organisation des services en agissant à titre d'instances consultatives auprès de la Régie régionale de l'Outaouais. Ça permet, entre autres, de respecter la dichotomie démographique dont je vous parlais tantôt, urbain-rural.

Pour ce qui est des priorités, en 1991, suite à une vaste consultation des partenaires, on adoptait neuf priorités de santé et de bien-être, d'ici l'an 2000, pour notre région. Les forums qui ont été amenés à identifier ces neuf priorités à partir de 25 problématiques retenues regroupaient alors autant de représentants du réseau de la santé et des services sociaux que des autres réseaux, tels l'éducation, les municipalités, le milieu du travail et autres secteurs, publics ou parapublics. Suite à l'adoption de ces priorités de santé et de bien-être, la Régie régionale a travaillé à un plan d'action régional qui, à ce moment-là, tenait compte des orientations et stratégies préconisées par la politique de santé et de bien-être du Québec. Ce sont ensuite les instances territoriales qui ont été appelées à proposer des plans d'action arrimés aux mesures de transformation du système.

Pour éclairer les instances territoriales dans leurs travaux, la Régie régionale a diffusé de nombreuses informations sur l'état de santé et de bien-être de la population et sur l'identification des moyens d'action jugés efficaces pour agir sur les problématiques. La Régie compte continuer, d'ailleurs, son travail de développement d'indicateurs de santé — et le conseil met beaucoup de pression là-dessus — et de bien-être, pour être capable de mesurer et de faire le suivi des plans à

l'égard de ces priorités régionales de santé et de bien-être, de mesurer notre efficacité.

Sur les actions du réseau, les mesures doivent être arrimées avec les orientations et les principes de la transformation du système afin d'assurer le service approprié aux besoins, au meilleur coût possible. Quant à l'action intersectorielle, la Régie régionale développe des liens serrés avec ses partenaires régionaux, dont la Commission administrative régionale, le Conseil régional de développement et d'autres aussi, et supporte les instances territoriales dans leurs initiatives intersectorielles avec les partenaires locaux.

Les neuf priorités, donc, sont les suivantes. En santé physique: la mortalité par maladies cardio-vasculaires, la mortalité par cancer du sein et du poumon. En santé mentale: les problèmes de santé mentale et le suicide. En adaptation sociale: alcoolisme et autres toxicomanies, jeunesse en difficulté, abus et négligence envers les enfants et violence conjugale. Je disais tantôt qu'on est une région avec 11 % de taux de développement; ce n'est pas un hasard qu'on a beaucoup de priorités qui concernent la jeunesse. En intégration sociale: la perte d'autonomie et l'abus auprès des personnes âgées. Et, enfin, une autre priorité qui ne se rattachait à aucun champ d'activité particulier, mais auquel tenait la Régie régionale: la désintégration démographique des communautés rurales, dont je vous parlais tantôt.

Maintenant, je vais vous permettre de vous reposer de ma voix, et Alain va continuer avec le rapatriement des clientèles qui se faisaient soigner... pour nous, c'est l'autre bord de la rivière, pas Lévis, mais l'autre bord de la rivière, c'est à Ottawa.

Le Président (M. Perreault): Alors, M. Tremblay.

M. Tremblay (Alain): Alors, au plan du rapatriement des clientèles, en 1982-1983, avant l'actualisation du projet de rapatriement, plus de 40 % des hospitalisations des résidents de l'Outaouais avaient lieu dans des centres hospitaliers de l'Ontario. Certains se souviendront qu'à la première phase de rapatriement la Régie régionale s'est donné comme objectif de diminuer à moins de 20 % cette consommation de services en Ontario. Ce projet de rapatriement permettait, d'une part, de consolider les services dans l'Outaouais et, d'autre part, de réaliser des économies substantielles pour le gouvernement du Québec. Cette première phase a été réalisée avec succès, et les objectifs ont été atteints. Toutefois, il demeure que près de 50 000 000 $ étaient dépensés dans les centres hospitaliers ontariens pour offrir aux résidents de l'Outaouais des services qui auraient pu être rendus, dans la majorité des cas, dans l'Outaouais.

Dans une deuxième phase, la Régie régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux se sont entendus sur l'objectif de réduire la consommation de services en Ontario aux seuls services requis d'urgence et aux services qui ne sont pas disponibles dans l'Outaouais. Cette orientation fait en sorte que la consommation de services en Ontario ne devait représenter que 4 % à 5 % des hospitalisations des résidents de l'Outaouais. Pour ce faire, la Régie régionale compte sur deux stratégies: la poursuite de la consolidation des services dans l'Outaouais et une gestion plus efficace de l'accès aux services de santé en Ontario. Ces stratégies sont présentées dans le plan stratégique du rapatriement de 1995 à 1998, qui opérationalise cette deuxième phase du rapatriement annoncée par MM. Parizeau et Rochon à l'été 1995. Dans ce contexte, il faut noter que la Régie régionale insiste sur la complémentarité des ressources sur son territoire ainsi que sur la transformation des services qu'elle rapatrie dans l'Outaouais. Il faut également souligner que, pour favoriser le rapatriement des clientèles, la Régie a travaillé intensément à la consolidation de ses effectifs médicaux.

En ce qui touche la transformation du système, suite aux orientations livrées par le ministre Rochon aux régies régionales en janvier et février 1995, la Régie de l'Outaouais s'est tout de suite mise au travail, en collaboration avec ses partenaires du réseau, pour proposer un plan stratégique de transformation du système pour 1995-1998. Ce plan stratégique de transformation a été adopté en mai 1995 et suivi de la préparation de plans d'action territoriaux par les instances territoriales, de mai à novembre. La Régie, de par son plan, a défini les cibles de transformation et les résultats attendus. Elle a par la suite mandaté ses instances territoriales à définir les mesures précises ainsi que les responsables. Le conseil d'administration de la Régie a fait l'analyse de ces plans d'action territoriaux et poursuit ses travaux avec les partenaires territoriaux afin de mettre en oeuvre les mesures de transformation et ainsi atteindre les cibles fixées pour la région.

Aussi, la Régie régionale de l'Outaouais travaillera très prochainement avec ses partenaires à la transformation des structures du réseau en vue de déterminer l'organisation de la gouvernance du réseau la mieux adaptée à la transformation des services en cours. Le travail de la Régie, dans ce contexte, a également été marqué par deux objectifs majeurs: l'équité intrarégionale entre les territoires de la région et la mise en place d'un système de monitoring efficace des mesures de transformation du système.

• *(10 h 10)* •

Pour ce qui est de la santé mentale dans l'Outaouais, nous voulons ici vous parler brièvement des initiatives prises par la Régie régionale de l'Outaouais dans le programme santé mentale. Dès 1985, l'Outaouais se dotait d'une planification régionale d'organisation des services en santé mentale. Il s'agissait d'un modèle unique par lequel le Conseil régional d'alors est allé chercher le consensus de tous les partenaires et de tous ses territoires. On y privilégiait l'approche par programme, on insistait sur l'importance de l'action des organismes communautaires, on soulignait aussi l'importance d'offrir des services dans le milieu de la personne concernée et on proposait une gestion décentralisée des budgets qui devaient y être consacrés.

Une alliance s'est créée dans ce contexte entre les établissements du réseau, les organismes communautaires et la Régie régionale. Des services diversifiés se sont implantés dans tous les territoires, et le réseau a réussi, avec les moyens qu'il avait à sa disposition, à offrir le maximum de services de qualité à sa clientèle. Préoccupée par les objectifs de résultats, la Régie et ses partenaires ont mis de l'avant deux processus d'évaluation, dont l'un portant sur l'implantation de la planification et un deuxième sur les résultats obtenus. Dans ce contexte, la Régie travaille toujours à consolider les alliances entre les différents partenaires du réseau et à développer de nouvelles alliances en vue d'améliorer le système et le rendre encore plus performant. L'Outaouais doit s'assurer d'une plus grande équité entre les divers programmes clientèles de la région, dont celui de la santé mentale. Dans le cadre des réallocations régionales, une attention particulière sera apportée à ce programme longtemps évalué comme nécessitant de nouvelles ressources.

Je vous remercie de votre attention et, maintenant, je redonne la parole à M. Serge Forget.

M. Forget (Serge): En terminant, cinq perspectives pour les prochaines années. La première, c'est qu'on va être évidemment mobilisés par la mise en oeuvre de la transformation du système. On est là-dedans puis il ne s'agit pas d'arrêter. Il faut continuer à mettre en oeuvre ce qu'on a identifié pour la région

Deuxièmement, il va falloir travailler très fort, avec des partenaires et le ministère, sur les mesures de rapatriement des clientèles qui consomment des services. Par année, il y a 8 000 000 $ pour le Québec là-dessus, de bénéfice net, récurrent, en plus de l'autonomie pour l'Outaouais.

On devra travailler à améliorer le fonctionnement des instances territoriales qu'on a mises sur pied, qui travaillent fort, qui donnent des résultats. Il va falloir peaufiner cette dimension-là.

Mettre l'accent de plus en plus aussi sur une concertation entre le réseau de la santé et les autres réseaux de la région.

Pour agir efficacement sur le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des ressources d'une région afin d'agir non seulement sur les conséquences, mais aussi sur les déterminants.

Voici donc le portrait de l'Outaouais. Je vous remercie des trois minutes de plus sur les 20 minutes. Ça vous donne un portrait d'ensemble. Et, maintenant, ça va nous faire plaisir d'essayer de répondre à toutes vos questions, en admettant qu'on n'a pas la vérité, mais qu'on est en train de réaliser une autre étape de ce qu'on a commencé au début des années soixante.

Le Président (M. Perreault): Alors, je vous remercie, M. Forget. Et puis, vous savez, vous n'avez même pas dépassé de trois minutes, vous étiez à peine à une minute du temps. Alors, je vous remercie pour cette présentation.

Je ne sais pas lequel des membres de la commission souhaite y aller d'une première intervention. Bien, le ministre nous a signalé qu'il devait s'absenter quelques minutes. J'imagine qu'il aura sûrement le goût de participer au débat lorsqu'il reviendra.

Est-ce que, madame... Y a-t-il quelqu'un qui souhaite prendre la parole le premier, poser une question?

M. Marsan: Si je peux...

Le Président (M. Perreault): Oui, M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Ça me fait plaisir. Je vous remercie de votre exposé. Vous avez parlé que vous avez un plan triennal 1995-1998 suite aux coupures décrétées par le ministère de la Santé. Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez nous expliquer de quelle façon vous avez fait votre plan triennal, comment vous avez réparti les coupures entre les CLSC, les centres d'accueil, les hôpitaux, entre les différentes clientèles? Je commencerai d'abord avec cette question-là. J'en aurai d'autres ensuite.

M. Forget (Serge): C'est une longue histoire, on va essayer de répondre brièvement. C'est une histoire qui a commencé il y a un an et demi. On a commencé d'abord par une vaste consultation sur ce que devait être notre stratégie, pour se donner un plan stratégique d'intervention dans la restructuration de l'ensemble des services sociaux et de la santé de la région. Cette consultation-là a été faite auprès d'un ensemble de réseaux, que ce soient les travailleurs de la santé, que ce soient les syndicats, que ce soient les médecins, que ce soient les territoires, les groupes socioéconomiques dans la région. On a abouti à se donner un plan stratégique qui a été adopté il y a maintenant un an... pas tout à fait un an.

Une voix: Au mois de mai.

M. Forget (Serge): Au mois de mai de l'an passé. Bon. Je suis rendu au printemps trop vite, là. Il y a huit mois, mettons, au mois de mai. Et ce plan-là, il définissait ce qu'on veut faire, nos objectifs. Ce plan a ensuite été fourni aux instances territoriales, les organisations de territoires, qui, elles, ont travaillé à définir sur leur territoire comment on devait réaliser ces objectifs-là, pour, ensuite, déterminer — puis elles nous ont soumis ça, à chaque fois, elles soumettent au conseil — qui, en termes d'établissements, de clientèles et de main-d'oeuvre, allait devoir bouger. Ça, c'est en train d'être complété jusqu'à la fin février. Mme Hutton peut peut-être compléter, là.

Le Président (M. Perreault): Oui, Mme Hutton.

Mme Hutton (Géraldine): Un complément d'information. Au niveau de la répartition des argents ou des cibles d'argent, on a aussi, depuis plus d'un an et demi, travaillé sur un dossier qui s'appelle «Équité à l'intérieur de notre région». Donc, on n'a pas fait une répartition au niveau des établissements, on a fait une répartition au niveau des territoires. Les plus riches ont eu plus de compressions cette année et le plus pauvre n'en a pas eu du tout. O.K.? Donc, on a fait une division des disponibilités d'argent sur une base per capita, qui est pondérée au niveau de notre territoire à l'intérieur de la région, et, à ce moment-là, on a donné des cibles à ces conseils territoriaux dont M. Forget a parlé, pour regarder, avec notre plan, qui avait des cibles particulières, c'est qui et comment on va faire la transformation. Chacun des territoires nous a soumis les résultats pour la première année, et ils sont présentement en train de travailler pour les deux prochaines années.

M. Forget (Serge): En termes de chiffres, la première année, on parlait de 5 775 393 $ pour l'Outaouais. C'était réparti, par exemple... Je donne les deux extrêmes: 3 875 214 $ dans ce que nos indices donnaient comme région la plus riche, qui était ce qu'on appelle Grande-Rivière—Hull — donc, c'est un peu Hull, Aylmer — et zéro pour Petite-Nation—la-Lièvre, qui avait un indice de pauvreté élevé. En termes totaux, s'ajoutant aux compressions systémiques, coûts de conventions collectives, coûts de conventions, etc., ça fait un total de 9 057 000 $ pour la première étape.

M. Marsan: Est-ce que...

Le Président (M. Perreault): Oui, monsieur.

M. Marsan: Oui. Merci. Vous avez bien défini... Vous semblez démontrer vos objectifs de santé et de bien-être pour votre région. De l'autre côté, on doit faire face à un contexte économique difficile et vous recevez des coupures. Est-ce que vos objectifs, vous êtes capables de les réaliser en fonction des coupures que vous avez eues jusqu'à maintenant?

M. Forget (Serge): Oui. Maintenant, on n'a pas de problème à ce niveau-là. Il faut cependant doser nos transformations, les compressions puis les transformations qu'on fait, avec le rapatriement des clientèles. C'est la particularité de l'Outaouais. On a 21 000 000 $ en cours de rapatriement. Un de nos problèmes, par exemple: pas de centre de réadaptation physique en Outaouais. Il faut que tu ailles en Ontario pour en avoir. Bien, on va avoir 75 lits. Ça, ça s'ajoute. On avait des problèmes par rapport aux personnes âgées, l'hébergement: 95 lits de plus. Et, ça, en même temps, ça sauve de l'argent au Québec, parce que, en rapatriant... Par exemple, en faisant un développement pédiatrique à l'hôpital de Gatineau, ça coûte 465 $ par jour, l'hospitalisation à Gatineau, pendant qu'à l'hôpital pour enfants de l'Ontario, pour quelque chose qui n'est pas de niveau universitaire, troisième cycle, troisième niveau, ça coûtait 1 135 $ par jour. Alors, ce «slack» là, si vous me permettez l'expression, nous permet de pouvoir continuer sans modifier nos objectifs pour l'an 2002, si on réussit...

Nous autres, le problème, c'est l'arrimage des deux affaires. Ça, c'est une job, mais c'est une job qui est plus technique. Tu sais, il ne faut pas manquer la patente, parce que c'est comme les vaisseaux spatiaux qui s'arriment dans le ciel, s'ils manquent, ils passent tout droit puis, là, on recommence. Tu sais, quand on dit: Nous autres, on ferme — je n'aime pas l'expression, excusez-moi — 147 lits en Ontario... Mais, à Harris, il s'en ferme plus que ça. Ça fait une secousse que je suis là; là, ça va bien. En tout cas, entre 135 et 140 lits, en Ontario. Mais, nous autres, on hérite des clientèles de ces lits fermés. Il faut s'organiser. Et, dans la transformation du système que l'on fait, par exemple, la chirurgie d'un jour est importante dans ce contexte-là, il faut s'organiser pour être capable de les prendre, les chirurgies d'un jour qui se faisaient en Ontario, tout, en même temps... Comme on récupère des argents que la RAMQ ne paie plus à l'OHIP puis comme la RAMQ paie moins cher, ça nous permet de bonifier ces opérations-là. Mais, si on en manque une des deux, on est fait et on est poigné pour recommencer. Je ne sais pas si Géraldine a des choses à rajouter.

• *(10 h 20)* •

M. Marsan: Rapidement.

Le Président (M. Perreault): Juste peut-être Mme Hutton.

Mme Hutton (Géraldine): Oui, je voulais aussi indiquer que ce n'est pas la première étape au niveau du rapatriement. Déjà, 469 lits ont été utilisés en Ontario. On a sauvé ensemble, on peut dire — parce que vous êtes impliqués davantage là-dedans aussi — presque 23 000 000 $ déjà au niveau des coupures, si vous voulez, dans le budget hors Québec, avec le rapatriement des services dans l'Outaouais pour moins de coûts, à cause du fait que, quand on paie en Ontario, on paie presque le double du prix qu'on avait... des services, si on avait des services ici, dans notre région, dans l'Outaouais comme tel. Donc, la deuxième phase va aussi indiquer une injection d'argent dans la région avec, naturellement, les compressions de transformation également. Mais il y a aussi 8 000 000 $, sur une base récurrente, qui vont être sauvés en Ontario également. Donc, on essaie de balancer les deux.

Le Président (M. Perreault): Si vous me permettez — je ne veux pas que ça devienne juste un dialogue — juste avant de vérifier s'il y a d'autres questions puis on va revenir peut-être, si vous permettez. M. le député de Trois-Rivières.

M. Julien: Moi, je suis le député de Trois-Rivières, évidemment, puis le rapatriement, pour moi,

c'est quelque chose de... Je suis au courant un peu des frontières. J'aimerais ça concrètement... Vous avez prévu un objectif de 4 %. Parce que c'est énorme, 40 %, ou à peu près, vous parliez en... Là, vous prévoyez un objectif de 4 %. Concrètement, qu'est-ce que vous prévoyez faire dans les prochaines années?

M. Forget (Serge): Mme Hutton va aller dans le «fine tuning». Je veux juste vous dire que le 4 %, c'est important de savoir qu'il correspond à ce qu'on appelle le niveau 3, les services universitaires ultraspécialisés.

M. Julien: Ah! O.K. C'est important.

M. Forget (Serge): Ça, c'est ce qu'il y a de l'autre bord. Pour ce qui est des autres dimensions, on a beaucoup, beaucoup, beaucoup misé sur la complémentarité, l'interhospitalier. Vous savez, jusqu'en 1977, il n'y avait rien qu'un hôpital majeur, au niveau 2; le CHRO, ça a été décidé en 1977, mais il a été ouvert en 1983, à Gatineau. Puis là, maintenant, il y a le chaud sur un bord puis le froid sur l'autre, qu'on appelle en jargon. Par exemple, toute la question de la périnatalité, la question de la pédiatrie, la question de l'oncologie, la question de la radiothérapie — le chaud — c'est à Gatineau; et le froid — cardiologie, orthopédie, neurologie — c'est au niveau du CHRO. Et ces deux centres-là... On a l'hémodynamie maintenant, on s'en va vers l'angioplastie qui va se faire. Puis notre liste d'attente est meilleure que celle de l'Ontario. Même si ça ne fait rien qu'être ouvert depuis le mois de septembre. C'est moins long chez nous qu'en Ontario en soi.

M. Julien: Le sentiment d'appartenance.

M. Forget (Serge): Alors, ça nous permet, à ce moment-là, d'accélérer le développement. On est rendu qu'on a deux hôpitaux, j'appelle ça le niveau 2,5, moi, pour aller sur le 40 %. Parce que, jusqu'à il n'y a pas si longtemps, une amygdalite, on allait à l'hôpital pour enfants — beaucoup, beaucoup de familles — 1 135 $ par jour, le coût d'une chambre. Et, maintenant, on a un système d'autorisation — Mme Hutton va vous l'expliquer, je ne veux pas faire d'erreur là-dedans — de préautorisation. Tout ce qui se fait en Outaouais, la RAMQ rembourse l'OHIP le prix du Québec. Si c'est 435 $ par jour, c'est 435 $.

L'autre phénomène où on a travaillé aussi, c'est tout le phénomène communautaire, des groupes communautaires, les lits de santé mentale dans la communauté, sur le territoire. Je lui passe la parole.

M. Julien: Je vais y revenir, là-dessus.

Le Président (M. Perreault): Mme Hutton.

Mme Hutton (Géraldine): O.K. Au niveau des services de santé physique, nous avons, depuis presque 10 ans, 15 ans, je dirais — mais il y avait quelques erreurs — fait un monitoring au niveau de notre clientèle. On a toutes les données dans la région de l'Outaouais, à la Régie, de ce qui est utilisé totalement au niveau des services chez nous et aussi à Ottawa. Et, quand on a fait le premier démarrage, ce qu'on est allé chercher au niveau de la phase I du rapatriement, c'étaient des services presque primaires dans certains territoires, si on peut parler de Pontiac ou de Buckingham et Maniwaki, et on est allé chercher également des services de deuxième niveau comme tels. Maintenant, ça, ça nous a baissé de 449 lits à presque 140 lits et quelques, la première phase comme telle.

Avec la deuxième phase, ce qu'on va aller chercher, c'est d'autres services de pointe comme tels, où on parle de radiothérapie, de tout ce qui peut toucher les aspects de cardio-cathétérisation, tous ces éléments-là. Pourquoi? C'est parce que, encore là, au niveau des coûts-bénéfices, parce qu'il faut regarder ça sous un aspect de coûts-bénéfices, c'est plus payant de faire ça dans l'Outaouais que de charger à Ottawa.

Mais, par exemple, il reste des services. Et, quand on parle de 4 %, on parle d'à peu près une quarantaine de lits, l'équivalent d'une quarantaine de lits utilisés par la clientèle de l'Outaouais en Ontario. On peut parler de chirurgies cardiaques, les pontages, on peut parler également des grands brûlés, on peut parler de la traumatologie extrêmement élevée comme telle. Donc, on a à peu près une dizaine de diagnostics qu'on va toujours utiliser en Ontario parce que, au niveau des coûts-bénéfices et aussi au niveau de la clientèle, la qualité du service, on ne peut pas développer ça dans l'Outaouais.

Avec ça, on a mis un système de monitoring en marche dans la région, au niveau de la Régie et dans chacun de nos établissements dans la région. Qu'est-ce qu'on a? C'est un système d'information, des petits «computers», si vous voulez, à l'urgence de chacun de nos centres hospitaliers, dans les deux CLSC qui offrent des services 24/7 et aussi dans les bureaux des directeurs des services professionnels. À ce moment-là, chaque établissement doit indiquer ce qui est disponible. Exemple: s'il y a une madame à Maniwaki qui est enceinte et qui peut avoir des problèmes, les omnipraticiens, au lieu d'accoucher la madame... Ils veulent la transférer. Avant, ils la transféraient à Ottawa. Maintenant, ils peuvent vérifier si, au niveau de l'hôpital de Gatineau, il y a la disponibilité pour prendre le cas en main via ce système-là et, à ce moment-là, la transférer à Gatineau. Sinon, à ce moment-là, la cliente va être transférée à Ottawa, avec ce qu'on appelle un numéro d'autorisation pour payer le gros prix, qui est le prix chargé, intergouvernemental, les ententes intergouvernementales. Donc, c'est à peu près ça.

M. Forget (Serge): En termes de prix et de coûts, si on regarde 1995-1996, l'économie réalisée par le rapatriement — c'est sûr qu'on parle de cinq ans — est de 2 500 000 $, en gros, 2 593 000 $, pour un investissement de 6 000 000 $. Pour 1996-1997, c'est

une économie de 12 000 000 $ pour un investissement de 17 000 000 $. Pour 1997-1998, c'est 20 000 000 $ d'économie pour un investissement de 21 000 000 $. Et, ensuite, on reste à 21 000 000 $ d'investissement, ça va être nos lits de longue durée, c'est nos lits de réadaptation, etc., puis les changements dans les centres hospitaliers, l'angioplastie et tout ça. On reste avec une économie, pour 1999 et 2000 et suivantes, de 29 551 000 $ par année pour un investissement de 21 648 000 $. C'est là, les 8 000 000 $ que j'ai mentionnés deux fois tantôt. Après, s'il n'y a pas de problème, si c'est la vitesse de croisière, c'est 8 000 000 $ de moins de dépenses au Québec, par année.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Trois-Rivières, sur le même sujet, vous voulez continuer ou...

M. Julien: Oui, bien, j'aurais peut-être pu être un peu plus pointu, parce qu'on parle un peu de reconfiguration dans ce sens-là. Vous avez parlé des groupes communautaires tout à l'heure. Je voudrais savoir un petit peu c'est quoi, vos relations avec les groupes communautaires et les groupes syndicaux, entre autres, parce que, évidemment, ils font partie de la discussion.

M. Forget (Serge): Les groupes communautaires, actuellement, on en a, dans le domaine de la santé et des services sociaux, au-delà de 80 qui travaillent avec nous. Il y a évidemment beaucoup de manque de ressources à ce niveau-là. On a passé de 2 000 000 $ à 6 000 000 $ en trois ans en termes d'allocation qui leur est faite. Il y a le transfert, aussi, du programme Soutien aux organismes communautaires qui a été fait aux régies cette année, en cours d'année, pour nous permettre de bonifier un peu les aménagements financiers là-dedans, sauf qu'il y a des lacunes, bien sûr.

Cependant, dans notre plan triennal et dans les économies que l'on fait dans la restructuration, il y a des augmentations de ressources pour les groupes communautaires. Par exemple, tout le domaine de la prévention, on a des chiffres qui vont autour de 20 %, accentués de 20 %, en application aux groupes communautaires. Il y a tout le domaine de l'accompagnement, le domaine de l'«advocacy», la représentation. C'est tous des domaines qu'on a ciblés comme étant des ajouts là-dessus.

M. Julien: Les soins à domicile.

M. Forget (Serge): Ah oui! On a le comité de la Régie avec le Regroupement des organismes communautaires qui travaillent... Ça, c'est un regroupement chez nous, toute la gang, là, ce qu'on appelle le Regroupement des organismes communautaires de l'Outaouais, qui, en services sociaux, évidemment, ceux avec qui on travaille, parce qu'il y en a dans d'autres domaines aussi... Eux autres, il y a un comité avec la Régie qui travaille toute la stratégie, notre plan stratégique de trois ans, pour bonifier... Bien sûr, ils n'ont pas été, non plus... ils ont été épargnés dans la compression, parce que tu ne coupes pas ce que tu n'as pas — ha, ha, ha! c'est quasiment ça, là-dessus. Alors, ils ont été épargnés, mais ce n'est pas grand-chose d'épargné. Mais, au moins, on est rendu à 6 000 000 $. On compte beaucoup, beaucoup, beaucoup sur l'implication des groupes communautaires qui sont chez eux, dans tout le réseau, pour...

• *(10 h 30)* •

Les syndicats, les travailleurs, là-dedans, nous, on s'est engagés, dans notre plan stratégique, à replacer dans l'année les gens qui seraient laissés-pour-compte dans une transformation du système. Par exemple, si on ferme, à Maniwaki, 12 lits de longue durée qui coûtent 400 $ et quelques par jour, pour les envoyer à 150 $ dans un centre d'hébergement de longue durée, bien, il y a peut-être des infirmières qui travaillaient pour ces lits-là qui ne sont plus là. Bien, elles sont replacées, dans toute la nouvelle entente aussi qui a été signée. J'étais moi-même sur le comité provincial par rapport à la planification de la main-d'oeuvre, le comité de la Conférence des régies. Là-dessus, on s'est engagés, donc, dans l'année, à les reformer et à les resituer dans le réseau. Cet engagement-là nous a permis d'avoir un dialogue, une relation très ouverte, directe avec les comités syndicaux.

L'appareil, maintenant, est mis en place au niveau du comité régional, on attend bientôt les plans de main-d'oeuvre des établissements pour faire notre plan de main-d'oeuvre régional qui va nous permettre... Avec le rapatriement, il va y avoir aussi de l'input sur la main-d'oeuvre. Il va y avoir des carences à des places, des surplus à d'autres places. Ça va nous permettre de planifier l'utilisation de nos employés, ce qui nous permet, tout ce travail-là, en les associant, de ne pas... On n'est pas toujours d'accord. Je vais vous dire, des fois, ils viennent avec des pancartes, puis, bon... Moi, en plus, je suis un ancien président de la CSN de l'Outaouais, pendant huit ans, ça fait que des fois je me fais parler un peu. J'ai même eu ma petite chanson.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): J'ai même eu ma petite chanson, à un moment donné, un soir, qui parlait justement de 0,05 $, puis je connais tout le monde, tout le monde dans la salle me connaissait là-dessus. Mais, ça, ça va, je dis bien, pour le moment.

M. Julien: Juste une petite question.

Le Président (M. Perreault): Une dernière question, M. le député?

M. Julien: Oui, c'est sur la question des relations avec le syndicat. Bon, je comprends le plan de main-d'oeuvre, etc.; ça, ça va. Lorsque vous parlez de plan

stratégique où vous parlez de préparer les missions et autres, est-ce que les centrales sont associées à ce processus-là au tout début ou vous préparez ça en conseil d'administration avec d'autres comités consultatifs et, après ça, vous dites au syndicat: Voici le cadre, maintenant?

M. Forget (Serge): Il y a eu, sur le plan stratégique, plusieurs rencontres de consultation; je pense que c'est trois, de mémoire. On a même eu des représentants nationaux qui sont venus à nos rencontres de consultation. Ça m'a fait plaisir, c'étaient des vieux collègues que je n'avais pas vus depuis longtemps...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): ...et puis, parce qu'ils trouvaient que c'était intéressant, on nous a dit que notre document était utilisé ailleurs.

M. Julien: Parfait. Merci.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le président. M. le député de Pontiac, vous aviez levé la main? Non?

M. Middlemiss: Non.

Le Président (M. Perreault): D'accord. M. le député d'Argenteuil, dans ce cas-là. J'avais les députés de Pontiac, d'Argenteuil et de Nelligan, dans l'ordre, mais... M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. D'abord, je dois vous remercier pour votre présentation. Ça m'éclaire un peu sur la région, même si la mienne...

M. Forget (Serge): On n'est pas loin.

M. Beaudet: ...est tout à fait connexe à la vôtre, mais c'est des éléments sur lesquels on n'a pas toujours l'occasion de se rafraîchir. Par ailleurs, M. Tremblay mentionnait tantôt qu'en 1982-1983 il y avait 40 % des hospitalisations qui se faisaient en Ontario, si je comprends bien, à un coût de 50 000 000 $.

M. Forget (Serge): Plus que ça.

Mme Hutton (Géraldine): Non, c'était plus que ça. C'est 50 000 000 $ maintenant...

M. Forget (Serge): Qu'il reste.

Mme Hutton (Géraldine): ...qu'il reste.

M. Beaudet: Qu'il reste maintenant.

Mme Hutton (Géraldine): Il y avait presque 70 000 000 $ au niveau des coûts d'hospitalisation.

M. Beaudet: En 1982-1983.

Mme Hutton (Géraldine): Oui.

M. Forget (Serge): On a 20 000 000 $ de rapatriés dans ce qu'on appelle la phase I.

M. Beaudet: Si je pousse le raisonnement un peu plus loin, vous devriez tout envoyer en Ontario, contracter; ça coûterait moins cher, ça serait une économie. Mais ce n'est pas ça que vous cherchez, puis je comprends ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: J'ai un peu...

Une voix: Aïe!

M. Beaudet: Non, non. Je badine.

M. Forget (Serge): Oui, mais vous savez fort bien que l'acte médical coûte plus cher en Ontario. Là, au contraire, on pense qu'Harris va peut-être sous-contracter avec nous autres.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Ce n'est pas du tout ce que je cherche. Vous mentionniez tantôt...

Le Président (M. Perreault): Il ne faudrait pas changer de... Il ne faudrait pas... C'est la commission des affaires sociales, là, il ne faudrait pas changer de débat.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Vous mentionniez tantôt — et je suis un peu confus dans vos chiffres — des économies de 8 000 000 $ et de 21 000 000 $.

M. Forget (Serge): Non.

M. Beaudet: C'est lequel? C'est 8 000 000 $? C'est 21 000 000 $, actuellement?

M. Forget (Serge): C'est par rapport à l'investissement de 21 000 000 $. Parce qu'il faut investir. Là, on a à construire 75 places de réadaptation, 95 places d'hébergement de longue durée, alors ça prend de l'argent pour faire ça, ça prend de l'immobilier puis, ensuite, ça prend du coût d'opération. Alors, pour un investissement, après, récurrent, en opérations de 21 000 000 $, on a des économies de 29 000 000 $ actuellement, ce que ça nous coûte, les lits de l'autre

bord. Puis les gens qui ont le malheur d'avoir un accident, bien, il faut qu'ils aillent se faire réhabiliter de l'autre côté parce qu'on n'en a pas chez nous. Alors, ça fait 29 000 000 $ moins 21 000 000 $, c'est ça qui fait le 8 000 000 $. Puis, après, quand on va être rendu au maximum, on va atteindre le 8 000 000 $ et puis on va «rider» avec ça, puis ça devrait faire 8 000 000 $ si on n'a pas de «bad luck».

Le Président (M. Perreault): Mme Hutton, vous aviez quelque chose d'autre à ajouter?

Mme Hutton (Géraldine): Oui, j'aimerais peut-être vous indiquer: 75 000 000 $ en 1982-1983, et on a calculé que, si on avait gardé la situation, au niveau de la région, telle quelle, en 1990 on aurait payé annuellement 150 000 000 $ à l'Ontario à cause de l'augmentation des per diem annuellement que l'Ontario peut faire sans qu'on ait un mot à dire là-dessus.

M. Beaudet: Non, je badinais quand j'ai mentionné cette démarche-là, vous allez bien comprendre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vaive: Hé! je t'invite à venir rester avec moi...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Bien, c'est ce qu'on avait compris, bien sûr.

Mme Vaive: ...puis je vais te faire tomber malade. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): M. le député d'Argenteuil.

Une voix: Le député de Gatineau a déprécié son hôpital.

M. Beaudet: Je ne pense pas du tout qu'on doit envoyer toutes nos affaires en Ontario, loin de là.

Le Président (M. Perreault): Ha, ha, ha! Est-ce que vous souhaitez continuer à badiner? Ha, ha, ha! Allez-y.

M. Beaudet: Par ailleurs, vous avez développé la dilatation coronarienne en Ontario.

M. Forget (Serge): L'hémodynamie, oui.

M. Beaudet: Vous faites faire vos cas de chirurgie en Ontario, vous faites la dilatation coronarienne à Hull. Est-ce que vous concevez que les citoyens sont bien servis en faisant les dilatations alors que vous n'avez pas la chirurgie cardiaque sur place...

M. Forget (Serge): Oui.

M. Beaudet: ...ou si vous n'avez pas introduit un danger à cause des complications qui peuvent s'ensuivre?

M. Forget (Serge): Oui. Marcel va répondre à l'ensemble technique, mais il y a une chose aussi. Il faut dire qu'Ottawa n'est pas bien, bien plus loin que Gatineau de Hull, du CHRO, puis ça se fait à Hull, au CHRO. Puis ce n'est pas Montréal, là; il y a juste des ponts puis ils ne sont pas toujours bouchés. En termes de distance pour les urgences puis tout ça, c'est le même ensemble urbain, là-dessus. Et l'autre élément aussi, il ne faut pas oublier que, pour être capable d'assumer, par exemple, des chirurgies cardiaques — c'est vrai dans n'importe quel domaine — il faut un nombre critique, une masse critique d'interventions, et, si on n'a pas cette masse critique là, on a des problèmes à attirer des spécialités, on a des problèmes à garder nos spécialistes, etc.

Là-dessus, je passe ça au président de la Commission médicale avant de faire des gaffes, moi, là, dans les chirurgies.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): M. Reny.

M. Reny (Marcel): Pour répondre à deux points, le premier point, c'est de savoir si on peut faire de l'angioplastie si on n'a pas la chirurgie cardiaque. Techniquement, ça peut se faire, avec les nouvelles techniques, tout ça, puis, selon nos hémodynamiciens qui font ça, il n'y a pas de problème. Ils peuvent stabiliser le patient, puis ça prend une demi-heure pour le transférer à Ottawa, ou plus, puis... Mais, pour eux autres, il n'y a aucun problème à ce niveau-là.

Le deuxième point, c'est: Est-ce qu'on peut avoir la chirurgie cardiaque dans la région? C'est certain que ça prend une masse critique. Il y a déjà eu des gens qui ont fait des représentations là-dessus et qui pourraient prouver que, justement, on aurait la masse critique, mais, ça, c'est un autre débat, qui n'est pas commencé, la phase III du rapatriement. Là, on est dans la phase II.

M. Forget (Serge): J'avais l'habitude de dire, moi, qu'un garage qui se spécialise dans les transmissions — puis le monde m'a dit qu'il avait bien compris ce que ça voulait dire — puis qui en ouvre rien qu'une par semaine, il n'est pas efficace. C'est la même chose, ça: un centre de cardiologie qui ne fait pas la masse critique, bien, il n'est pas capable de garder ses spécialistes puis d'avoir le même niveau d'efficacité. Ça, c'est un long débat. Puis là il y a toute la question universitaire avec ça, puis de la recherche, puis tout le kit.

M. Beaudet: Bien oui, mais ça vaut pour la dilatation comme pour la chirurgie: il faudrait qu'il y ait

un nombre de dilatations suffisant pour permettre de maintenir la compétence dans le milieu.

M. Forget (Serge): Oui, oui! Mais, ça, on l'avait par les listes d'attente en Ontario. Par l'activité qui se passait en Ontario, on l'avait.

M. Reny (Marcel): Bon, pour le nombre de dilatations, il n'y a pas de problème, on a un hémodynamicien qui est surchargé. Là, il fait seulement de l'angiographie, il ne fait pas les dilatations, mais, avec le volume, je pense qu'il a envoyé, depuis trois mois, 60 ou 70 dilatations à Ottawa. Ça fait que, plus il en fait, bien, plus il en trouve, hein, qui doivent être dilatés.

Le Président (M. Perreault): D'autres questions ou commentaires, M. le député d'Argenteuil?

M. Beaudet: Non, merci.

Mme Vaive: En complémentaire, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Oui, allez-y, Mme la députée de Chapleau.

Mme Vaive: En complémentaire à M. Beaudet. Étant résidente de l'Outaouais, j'aimerais souligner ici que, même si nous avons une entente avec la province de l'Ontario pour les soins qu'on ne peut pas recevoir chez nous dans l'Outaouais, il reste quand même qu'il y a des coupures en Ontario, pareil comme on fait ici au Québec...

Une voix: Plus.

Mme Vaive: ...oui, plus, et que...

M. Beaudet: Deux réformes aussi.

Mme Vaive: ...nous, de l'Outaouais, on est toujours reculés et repoussés. On va desservir toujours la clientèle ontarienne avant nous autres. Et, quand j'entends mon collègue d'Argenteuil parler des soins cardiaques, je peux vous dire qu'il y a beaucoup de gens que je connais qui sont en attente, ce qui m'amène à dire que, nous, avec le rapatriement, nous avons besoin de spécialistes, nous avons besoin de gens qualifiés pour donner les soins, que ça soit au CHRO ou à l'hôpital de Gatineau, chez moi. Il y a la clinique du cancer et la clinique de cardiologie au CHRO; nous allons avoir besoin de spécialistes.

• *(10 h 40)* •

Je lève mon chapeau aux gens du conseil d'administration de la Régie, qui font un travail extraordinaire. J'ai déjà antérieurement critiqué les gens parce qu'il y a certains soins pour lesquels je me disais: Bien, ça n'a pas de bons sens, ils ne font pas leur job, bon. Mais, après avoir travaillé, avoir lu beaucoup et avoir siégé sur la réforme de la santé en commission, ici, l'année passée, je peux vous dire que je suis très satisfaite du travail du conseil d'administration. Mais il y a encore des petites lacunes. On a besoin d'une maison d'hébergement pour sidéens, on a besoin d'une maison d'hébergement pour les cas d'Alzheimer.

Tu sais, la clientèle, elle vieillit, chez nous, et, moi, j'ai à côtoyer à tous les jours, quand je suis dans l'Outaouais, les gens des soins prolongés — parce que j'ai un fils qui est handicapé, dans un état végétatif depuis 11 ans — et je vois qu'il y a des cas à l'hôpital, chez moi, qui n'ont pas à prendre place en soins prolongés, et ce sont des cas d'Alzheimer et des cas physiques qui pourraient être relocalisés ailleurs. Tout ça pour vous dire que je suis satisfaite du travail qu'ils font, et je lève mon chapeau, et je tenais à le mentionner.

Le Président (M. Perreault): Merci, Mme la députée de Chapleau. M. le député de Trois-Rivières.

M. Forget (Serge): M. le Président...

Le Président (M. Perreault): Oui, monsieur.

M. Forget (Serge): ...si vous permettez. Mme Vaive, d'abord, je la remercie de son témoignage. Mais il y a une chose, elle a mentionné l'hébergement sida. On a, dans un fonds, affecté 100 000 $ qui nous ont été attribués, à notre région, et maintenant on est en appel de propositions pour une maison d'hébergement pour sidatiques.

Le Président (M. Perreault): Alors, M. le député de Trois-Rivières.

M. Julien: Tout à l'heure, vous avez parlé du dossier de santé mentale. Pouvez-vous me décrire un peu plus où vous en êtes rendus? Parce que, chez nous, à un moment donné, on a parlé d'un centre en santé mentale, puis ça se parle beaucoup. Je voudrais profiter de votre expérience. Où vous en êtes chez vous à ce niveau-là?

M. Forget (Serge): On est encore — avant de céder la parole à la directrice — en rattrapage. Vous savez qu'on est la région qui a le plus... bas per capita au Québec en santé mentale. Il y a beaucoup de choses qui se font, et, sur le détail, je pense que notre directrice va pouvoir vous mettre au point à partir de la situation telle qu'elle était en 1993-1994, au début du rapport, jusqu'à aujourd'hui.

M. Julien: Puis ce que vous prévoyez.

M. Forget (Serge): Et ce qu'on prévoit, oui, là-dessus. On a aussi beaucoup d'attentes par rapport au comité ministériel, avec la Conférence des régies, sur l'équité interterritoriale.

M. Julien: O.K.

M. Forget (Serge): Déjà, il y a eu des pas de faits à ce niveau-là, et puis ça nous rend optimistes, le résultat de ce comité-là, parce qu'il devrait y avoir là-dedans, comme il y a déjà eu dans le passé, certains éléments qui vont favoriser cette équité-là, comme on essaie de le faire chez nous. Mme la directrice.

Mme Hutton (Géraldine): O.K. Au niveau de la santé mentale, tout a commencé il y a plusieurs années, dû au fait qu'on n'avait pas une transformation à faire. C'est qu'on manquait effectivement de lits, ou on pensait qu'on manquait de lits, au niveau de la santé mentale. Lorsqu'on a eu le développement de l'hôpital de Gatineau, il y avait 49 lits de prévus à ce moment-là, en partie de longue durée et en partie de courte durée. On a commencé à regarder ça juste avant la fin de la construction du centre hospitalier de Gatineau, puis on a réalisé que, même si on avait à développer des lits, on aurait un problème de pénurie de psychiatres, ce qui était assez difficile déjà avec notre centre hospitalier Pierre-Janet qui existait avec une centaine de lits déjà. Donc, on a essayé de regarder, avec notre PROS en santé mentale, ce qu'on pouvait faire pour offrir les services à la clientèle peut-être sans avoir de lits, à cause de notre problème de manque de psychiatres. Donc, on a fait un PROS en collaboration avec le réseau et aussi la population de l'Outaouais et, avec ce PROS là, on a pris le 5 000 000 $ qui était dédié à l'hôpital de Gatineau à ce moment-là, grâce à la collaboration ministérielle, et on a commencé à regarder ce qu'on pouvait faire.

On a mis presque 1 000 000 $ dans les services communautaires. Ça veut dire tout ce qui peut toucher les services à la clientèle au niveau de la base, que les organismes communautaires peuvent offrir, jusqu'à un centre de crise, qui est fait par un organisme communautaire au niveau de la région de l'Outaouais.

Deuxièmement — à ce moment-là, on n'appelait pas ça des territoires, mais c'étaient des sous-régions — on a décidé de voir si on pouvait mettre en place des services de base en collaboration avec des CLSC et des centres hospitaliers de courte durée au niveau des services psychosociaux, des infirmières et aussi dans chacun des territoires, en collaboration avec les omnipraticiens de la région, et ça a très bien marché. Jusqu'à ce moment-ci, on peut vous dire que la première ligne psychiatrie, si vous voulez, effectivement, ne devrait pas être faite en institution et se fait avec l'évaluation qu'on avait faite au niveau de chacun des territoires, et on a encore seulement le même nombre de lits qu'on a toujours eu au niveau de la psychiatrie.

C'est certain qu'il y a encore beaucoup de choses à faire, on n'est pas rendu loin, loin, loin, mais je pense qu'on a fait la transformation en faisant une transformation, à ce moment-là, avant de faire une ouverture de lits comme telle. Il y a encore certains problèmes, on manque encore de psychiatres au niveau de la région, et le centre hospitalier Pierre-Janet est présentement en train de développer encore des lits de longue durée, parce qu'on n'avait pas du tout des lits de longue durée. On en a créé 12 dans la communauté, mais maintenant il faut en créer à l'intérieur du centre hospitalier Pierre-Janet.

M. Julien: O.K. Merci, madame.

Le Président (M. Perreault): Merci, Mme la directrice générale. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. On va changer de vitesse un peu, mais, avant que je demande une de mes questions, je voudrais mentionner que je suis d'accord avec toutes les initiatives qui peuvent rapatrier nos ressources santé et services sociaux sur ce côté de la rivière Outaouais, toujours en respectant le libre choix des citoyens québécois dans le système canadien. Je pense que, stratégiquement, on doit avoir le service disponible le plus proche de la clientèle, et, si le Québec paie, particulièrement si le Québec n'a jamais signé l'entente de réciprocité, il me semble que c'est logique que nous ayons les services chez nous. Avec ça, j'espère que tu vas continuer cette démarche, toujours en respectant la liberté de choix de la vie quotidienne des résidents, là.

Mais j'ai plusieurs questions et je vais commencer — et je voudrais vous assurer que ce n'est pas une question plantée par le sous-ministre — avec les services à la jeunesse. M. le ministre est parti pour quelques minutes. J'ai sorti vos chiffres, et vous avez parlé un peu des listes d'attente pour l'évaluation de prise en charge. Vous avez mentionné les efforts que vous avez faits dans l'Outaouais sur cette question, mais, malgré les efforts, ça ne change pas beaucoup, selon mon information. Il y a des améliorations. Je voudrais que vous preniez quelques minutes pour expliquer ce que vous êtes en train de faire dans cette situation, et pour toutes mes questions ça va être comme ça. On approche le vrai monde, comme je l'ai mentionné, lentement mais sûrement, ici, à cette commission; vous avez une chance privilégiée, maintenant, de parler pour vos résidents de l'Outaouais. Avec ça, j'espère que vous pouvez, un, dire ce que vous êtes en train de faire, mais dire à l'opposition et au ministre ce dont vous avez besoin pour mieux répondre à cette question.

M. Forget (Serge): Mme Hutton va embarquer dans ce secteur-là, la jeunesse.

Mme Hutton (Géraldine): Avant de le faire, j'aimerais peut-être vous indiquer c'est quoi, la situation au niveau de la réciprocité, parce qu'il ne faut pas que la commission ici pense qu'on n'est pas correct au niveau de la réciprocité.

M. Williams: Mon intervention n'était pas du tout pour donner cette image. Avec ça, si vous avez pensé que j'ai voulu...

Mme Hutton (Géraldine): O.K. Je voulais juste peut-être... Pour informer la commission...

M. Williams: S'il vous plaît.

Mme Hutton (Géraldine): ...j'aimerais peut-être, à ce moment-ci, vous indiquer que, en ce qui concerne les services d'hospitalisation, le Québec a toujours, avec la Régie de l'assurance-maladie, suivi les ententes intergouvernementales au niveau de la réciprocité en ce qui concerne la facturation au niveau des hôpitaux. Il y a une entente qui a été signée en 1983 entre tous les gouvernements, le provincial avec le fédéral qui était là également, pour s'assurer de cette réciprocité.

• *(10 h 50)* •

Où on a une situation particulière, c'est le paiement des effectifs médicaux, et c'est une partie sur laquelle je peux vous dire que, à ce moment-là, le paiement des effectifs médicaux avait jusqu'à 80 % de différence au niveau de deux provinces par rapport aux autres. Et, quand vous avez des provinces comme le Nouveau-Brunswick, le Québec aussi, qui a fait un effort pour maintenir le cap au niveau de la rémunération des effectifs médicaux, il a été obligé de payer presque 80 % de plus au niveau de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, parce que c'était ça, la situation, à ce moment-là. Le Québec n'a pas signé la réciprocité, mais on ne peut pas dire, à ce moment-ci, que jamais un client de l'Outaouais et des autres secteurs du Québec n'a eu des problèmes au niveau d'avoir des services, des effectifs médicaux en Ontario.

M. Williams: Une petite parenthèse, juste pour clarifier ça comme il faut. Mon intervention n'était pas du tout un commentaire négatif. C'est un fait que, entre les gouvernements, il y a des différences de paiements pour les effectifs médicaux, et je sais qu'il y a des efforts dans le territoire de l'Outaouais sur cette question.

Quand les autres gouvernements pancanadiens décident de payer plus cher qu'on paie, il me semble que c'est logique qu'on doive avoir un certain contrôle de ces faits-là; ça fait que mon commentaire était logique. Je m'excuse si vous avez pensé que j'ai essayé de dire que... Je sais que la Régie régionale suit juste les règlements du gouvernement du Québec. Peut-être, plus tard, avec toutes les alliances avec la Régie, on peut discuter ces ententes pancanadiennes si on veut, mais il me semble que ça va être un autre débat, peut-être à l'Assemblée nationale.

Merci pour cette clarification. Je pense que c'est logique, et j'espère que nous allons continuer, nonobstant qu'il y ait deux provinces, de laisser cette liberté de choix, toujours en privilégiant un système de santé et de services sociaux au Québec.

Mme Hutton (Géraldine): Merci.

Le Président (M. Perreault): Alors, Mme Hutton, peut-être pour la deuxième partie de l'intervention.

Mme Hutton (Géraldine): Jeunesse.

M. Forget (Serge): Oui. J'aimerais dresser un portrait, parce que c'est un point très, très important de notre plan stratégique par rapport à l'intervention jeunesse, puis j'aimerais ça qu'on brosse un peu un tableau qui démontre comment on s'attache à cette priorité-là.

Mme Hutton (Géraldine): O.K. Au niveau de l'aspect jeunesse, peut-être que pour la commission on peut aussi vous indiquer que, à cause de notre situation particulière dans l'Outaouais... N'oubliez pas qu'au niveau de la jeunesse de l'Outaouais, et je peux vous dire les anglophones aussi, il y a des problèmes plus particuliers...

M. Williams: C'est pour ma deuxième question que...

Mme Hutton (Géraldine): ...à cause du fait que nous sommes dans une agglomération encore de 1 000 000 de population. Vous pouvez dire: On a seulement 300 000 de population, mais, quand vous avez la jeunesse qui a la capacité de traverser les rivières, avec les sept ponts entre notre côté de la rivière et l'autre côté de la rivière... Il y a des problèmes au niveau de la jeunesse et surtout au niveau de notre jeunesse anglophone. On a des études qui ont été faites au niveau de la Régie en collaboration avec l'Université du Québec pour regarder ce qu'on peut faire plus particulièrement au niveau de ces clients-là.

Maintenant, je vais commencer avec la liste d'attente au niveau de la DPJ. C'est présentement 30 personnes, à ce moment-ci, qui sont en attente, au niveau de la DPJ, seulement pour la région de l'Outaouais. On a eu jusqu'à 450 personnes. Justement, on avait un problème, effectivement, depuis quelque temps.

On a mis en marche avec les CLSC beaucoup de prises en charge de première ligne au niveau de notre jeunesse, depuis quelque temps, en collaboration avec le CPJ, le CHRO, qui sont maintenant un établissement comme tel, pour vraiment avoir une prise en charge à la base avant d'essayer de... On n'est pas rendu à la prévention-promotion, mais on est rendu au moins à des services primaires au niveau de la jeunesse, pour éviter justement la signalisation et la judiciarisation de nos clients jeunesse au niveau de la région comme telle.

Maintenant, au niveau des CLSC, il y a des projets qui sont avancés. On a certains résultats. On peut vous fournir également — parce que je pense qu'au niveau des autres régions du Québec aussi ça peut aider — ce qui a bien fonctionné au niveau de la prise en charge à la base. C'est certain qu'on est encore dans une situation où on a besoin de s'impliquer davantage, et vous avez vu aussi récemment qu'on a eu un problème plus particulier dans la bande indienne à Rapid Lake, au

niveau de la jeunesse amérindienne. Il y a de l'ouvrage à faire également là-dedans pour vraiment la prise en charge.

Je ne sais pas si ça répond. On peut vous donner des éléments plus corrects, plus précis.

M. Forget (Serge): Bien, selon le plan stratégique par exemple, on vise, pour 1998, d'augmenter de 50 % les interventions dans les milieux des jeunes. On veut revoir la distribution des services. Là, je vous cite le plan tel quel. On va augmenter dans chaque territoire le nombre des projets impliquant les partenaires réseau et les partenaires hors réseau. Ça fait partie de toute notre restructuration, la dimension jeunesse, qui est importante. On est conscient qu'il y a là un problème.

Et puis il y a en même temps le problème que Mme Hutton illustrait tantôt, la proximité d'Ottawa qui attire. Par ailleurs, il y a aussi les communautés rurales, où les jeunes sont de moins en moins nombreux. La population diminue, mais ils sont là pareil, puis il faut intervenir pareil à ce niveau-là. On a, par ailleurs, une ville comme Gatineau où les jeunes... C'est la ville la plus jeune au Canada, peut-être bien.

M. Williams: Pour les services résidentiels, l'hébergement plus spécialisé, est-ce qu'il y a souvent besoin de faire une référence hors de l'Outaouais, toujours au Québec? Est-ce que vous avez assez de services en plus...

M. Forget (Serge): Non. Je pense qu'on n'a pas de...

M. Williams: Vous avez assez de lits?

Mme Hutton (Géraldine): On a développé l'Héritage, à Hull...

M. Williams: Oui, O.K.

Mme Hutton (Géraldine): ...autant pour les filles que pour les garçons, au niveau d'un milieu fermé comme tel, et je pense que depuis ce temps-là on ne réfère plus les clients à l'extérieur.

Le Président (M. Perreault): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Ça va. C'est plus complémentaire, mais vous avez mentionné vous-même les services anglophones. Avant le 12 septembre 1994, j'ai eu beaucoup d'opportunités de travailler avec la Régie — le conseil régional et la Régie avant — et je voudrais vous féliciter pour votre travail sur ça. Mais est-ce qu'on peut profiter de cette première expérience devant la commission pour décrire un peu ce que vous êtes en train de faire? Encore une fois, c'est une opportunité privilégiée pour la Régie, si vous avez des suggestions pour le ministre, si le ministre... mais au moins pour le côté ministériel, de passer le message...

Le Président (M. Perreault): Le ministre s'excuse, il est à nouveau appelé au Conseil des ministres pour quelques minutes. Il va revenir.

M. Williams: ...parce qu'il me semble que, selon ma compréhension du problème, il y a encore beaucoup une tendance, pour les anglophones, comme vous l'avez mentionné, à traverser la rivière, mais aussi, selon ma compréhension du problème, il y a un besoin spécial pour les minorités. On doit ajuster, on doit adapter notre système pour ça. Je ne voudrais pas expliquer tout le problème d'accès, mais les grandes lignes puis ce que vous êtes en train de faire. Et, si vous avez des besoins spéciaux de la part du gouvernement, je pense que ça va être le temps de passer le message.

M. Forget (Serge): Mme Hutton.

Mme Hutton (Géraldine): O.K. Le programme d'action au niveau des anglophones pour la région de l'Outaouais, on vient de le réviser, encore une fois, avec un objectif, naturellement, au niveau du rapatriement aussi comme tel. Au niveau de ce qu'on fait, je pense qu'on a, avec le comité pour l'accès aux anglophones, à travailler très fort pour s'assurer que les établissements se prennent en main pour offrir des services bilingues. Je peux vous dire que, si on prend un centre hospitalier qui va être impliqué davantage dans la deuxième phase du rapatriement, le CHRO, il a engagé une personne en particulier pour travailler dans chacun des secteurs pour s'assurer qu'il y a des services qui sont offerts aux anglophones.

Le problème qu'on a présentement au niveau de la santé physique — je vais commencer avec celui-là — c'est un problème d'omnipraticiens, plutôt, dans la ville d'Aylmer, que présentement on n'a pas assez. On en a quelques-uns qui sont partis, et la tendance au niveau de la clientèle anglophone à Aylmer, c'est d'aller cogner, naturellement, de l'autre côté de la rivière. On a présentement un comité qui est en marche pour regarder ça avec les CLSC et aussi des omnipraticiens qui restent à Aylmer, pour voir ce qu'on peut faire pour développer des meilleurs services au niveau d'une clinique quelconque ou d'une double clinique, pour s'assurer que la clientèle anglophone n'ait pas tendance à retourner à Ottawa et qu'elle puisse avoir des services, surtout pour le 24-7 et également au niveau d'omnipraticiens dans le territoire d'Aylmer.

• *(11 heures)* •

Au niveau de tout ce qu'on peut parler pour la clientèle qui a besoin de réadaptation, c'est certain que, quand on parle d'orthophonie en français — c'est «speech therapist» en anglais — un orthophoniste francophone ne peut pas offrir un service à une clientèle anglophone pour des jeunes ni des personnes qui ont besoin de réadaptation de la parole. Donc, présentement, on a plutôt des problèmes avec le recrutement au centre d'accueil La RessourSe, pour avoir les spécialistes au niveau de l'orthophonie ou du «speech therapy» en anglais.

Présentement, on utilise encore les services du Children's, en Ontario, et aussi des services de réadaptation. Mais je peux vous dire que c'est un problème également, présentement, au niveau des services de réadaptation; on utilise encore beaucoup les services en Ontario, même pour la clientèle francophone. Donc, je pense que, avec la phase du rapatriement, on va mettre l'accent sur le rapatriement de tout ce qui peut toucher les services de réadaptation physique, autant pour les francophones que les anglophones, avec le centre d'accueil La RessourSe et le développement qu'on veut faire.

Au niveau de tout ce qui peut toucher les jeunes enfants qui ont des problèmes de bégaiement, on a un service d'apprentissage au centre hospitalier de Gatineau qui vient d'être développé. On a encore des problèmes aussi de ne pas avoir la capacité de prendre en main la clientèle anglophone, donc il y a une entente de services avec le Children's. Donc, ça vous donne un petit peu les éléments de base.

Au niveau de la clientèle anglophone de Pontiac, c'est certain qu'on a, pour Rapides-des-Joachim, qui est une petite partie de notre région qui n'a même pas une route de Québec... Donc, on offre des services par entente de services avec Deep River, en Ontario. Et, au niveau de tout ce qui peut toucher le secteur de Shawville, Campbell's Bay, il y a des services de première ligne qui sont offerts; les clients sont référés, par la suite, soit au CHRO ou à Ottawa, si c'est nécessaire, au niveau de la troisième ligne.

En ce qui concerne les personnes âgées, je pense qu'on a des services qui sont adéquats au niveau de tout ce qui peut toucher la clientèle anglophone.

M. Williams: Merci pour cette réponse, et continuez votre excellent travail dans ce dossier.

Le Président (M. Perreault): M. le président, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Forget (Serge): Si vous permettez, j'ajouterais que, dans notre structure, il ne faut pas oublier notre comité consultatif pour les services aux anglophones qui, lui, est actif de façon constante, permanente. Alors, on a donc les conseils de gens qui sont actifs dans leur milieu et qui nous signalent des choses comme, par exemple, à Aylmer, l'absence de médecins; on nous l'a signalée bien des fois. Il y a une collaboration là qui se fait de façon très belle et très facile.

Le Président (M. Perreault): Je pense que la députée de Mille-Îles avait l'intention d'intervenir.

Mme Leduc: Oui, bonjour. Alors, même si je suis députée de la région de Laval, je suis quand même une résidente à temps partiel de la région de l'Outaouais. Alors, je connais Mme Hutton, que je salue. Oui, dans la même région, la vallée de la Petite-Nation, c'est de là que je réfère aux services de votre Régie.

Moi, ce qui m'intéresse particulièrement, et votre dernière remarque m'amène là-dessus, vous avez dit que vous aviez un comité consulatif concernant... vous avez aussi dit que vous aviez un comité en condition féminine. J'aimerais savoir quelles ont été, à ce moment-là, les actions ou quel est leur champ d'action plus particulier, en quoi ça a peut-être influencé certains de vos plans. Quelles sont vos stratégies? J'aimerais plus particulièrement aussi avoir de l'information... J'ai lu ici que vous aviez un dossier de violence en milieu familial qui était à l'intention des écoles primaires. Alors, est-ce que vous auriez de l'information là-dessus? Ça serait peut-être intéressant de savoir comment ça fonctionne. Puis peut-être, compte tenu que, dans ma région, on doit aussi travailler à la restructuration, les soins à domicile, le maintien, j'aimerais savoir, avec vos CLSC, si vous avez pris des mesures ou comment vous enlignez ça pour pouvoir faire que les CLSC puissent répondre à la demande. Vous avez des choses particulières? C'est beaucoup, hein? Trois.

M. Forget (Serge): Je vais commencer par la fin.

Mme Leduc: Par la fin?

M. Forget (Serge): Pour ce qui est du maintien à domicile, les soins à domicile reliés, par exemple, à l'augmentation des chirurgies d'un jour, il y a un besoin là. Il faut dire que, sur 4 000 interventions, on a eu 6 %, 240 cas, qui ont nécessité des interventions de CLSC. Alors, là, il ne faut pas non plus dramatiser cette transformation-là, en tout cas, pas chez nous. Cependant, il y a des relations d'établies dans les hôpitaux avec du personnel de CLSC. Même au CHRO, il y a quelqu'un du CLSC qui va faire l'agent de liaison, si on veut — je ne sais pas si c'est ça, le titre d'emploi — pour connecter le monde tout de suite sur le CLSC, pour que, la personne, elle sache que c'est Mme Unetelle, infirmière, qui va aller la voir le lendemain pour changer son pansement, puis toute la patente, pour que ça se fasse avant qu'elle sorte.

Pour ce qui est du comité de la condition féminine, comme c'est un comité-conseil à la direction générale, je vais laisser la directrice générale parler de son plan de travail. Je pourrais vous parler des conditions particulières, par exemple, au niveau de la monoparentalité, au niveau de l'éducation des bébés quand on est seule, enfin des problèmes aussi de santé physique particuliers aux femmes et qui sont des champs d'intervention qui sont dans nos champs globaux puis qui peuvent être pris en charge par ce comité-là. Mme Hutton va pouvoir compléter l'ensemble du...

Mme Hutton (Géraldine): Oui. Au niveau du comité de la condition de vie des femmes, c'est un comité qui fonctionne depuis à peu près cinq à six mois, à ce moment-ci, au niveau de la Régie. Effectivement, le

comité peut offrir des avis au niveau de la direction générale en ce qui concerne tout ce qui peut toucher la santé des femmes. C'est ça, le mandat. On n'a pas identifié spécifiquement un mandat particulier au niveau d'un programme ou d'un autre, c'est dans tous les domaines comme tels. À ce moment-ci, on est présentement en train de travailler le dossier au niveau des maisons de femmes. Donc, vous l'avez vu dans les journaux récemment, il y a un développement à faire au niveau de ces aspects-là et des discussions qu'on est en train de faire.

Un autre dossier que le comité de la condition de vie des femmes va travailler très bientôt, c'est tout le dépistage du cancer du sein que chacune des régions, présentement, est en train de regarder en collaboration avec le ministère et les directions de santé publique, pour regarder comment on doit se prendre en main au niveau de tout ce qui peut toucher le dépistage du cancer du sein. Donc, c'est un autre dossier qui va être discuté très prochainement au comité de la condition de vie des femmes.

M. Forget (Serge): Il y a, par exemple, un organisme communautaire qui s'appelle Espace et qui travaille au niveau du développement chez l'enfant des habiletés à sentir et diagnostiquer une situation d'abus. Ils sont actifs depuis, mon Dieu, je dirais presque sept, huit ans dans la région, mais, maintenant, ils sont devenus un groupe qui fait partie de l'ensemble des groupes communautaires que l'on soutient puis qui permettent d'aider ces enfants-là à se développer, à développer des habiletés pour chercher de l'aide, aussi, à ce moment-là. C'est un autre secteur d'intervention qui intéresse, bien sûr, les femmes.

On pourrait penser à la santé mentale, aussi, des femmes vieillissantes, la solitude des femmes vieillissantes qui, souvent, vieillissent seules. Il y a toutes sortes d'aspects qui peuvent intéresser ce comité-là et qui sont particuliers dans nos priorités. Quand je parlais de santé mentale tantôt, quand je référais à nos priorités — la même chose pour le cancer du sein, c'est dans nos priorités — alors, il y a, dans nos priorités, beaucoup de place à l'action de ce comité-là, qui, semble-t-il, est motivé pour s'y intéresser.

Le Président (M. Perreault): Merci.

Mme Leduc: Si ça fait cinq ou six mois, on pourra revoir dans un autre tantôt ou en refaire le suivi pour voir comment ça fonctionne. Sur le programme, dans l'école primaire, c'est Espace, là? C'est ce programme-là, aux écoles primaires?

Une voix: Oui, oui, ça fait 10 ans.

Mme Leduc: O.K.

Le Président (M. Perreault): Dans l'ordre, j'ai le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Je vis un peu les mêmes problèmes que vous vivez en ce qui a trait à l'utilisation des soins de santé en Ontario, à cause de la proximité de Hawkesbury et de notre région. On a un avantage, actuellement, parce que l'Ontario a limité le nombre d'accueils de médecins étrangers. Donc, les médecins québécois qui venaient se faire une clientèle chez nous puis qui traversaient la rivière, ils appelaient leurs patients puis là, bien, c'est évident qu'ils s'en allaient de l'autre côté.

Tout en respectant ce qu'on appelle la portabilité du système, que ce soit en Ontario, que ce soit au Québec, il y a un échange. Ceci dit, est-ce que l'échange ne devra pas être limité à un caractère urgent ou à des contrats d'entente? Bon. Exemple, un patient qui décide qu'il s'en va voir son médecin à Hawkesbury ou à Ottawa ne peut pas le faire comme ça, spontanément, parce qu'il dit: Bon, bien, je vais aller voir pour mon «checkup». Je pense qu'on n'a pas introduit cette notion-là, mais je me demande jusqu'à quel point, vous qui vivez ça encore beaucoup plus intensément que l'OHIP à cause de la population... Est-ce qu'il n'y aurait pas de notion de limite? À savoir: Monsieur, madame, vous pouvez y aller s'il y a une urgence; s'il n'y a pas d'urgence, on ne reconnaîtra pas l'engagement que vous aurez fait à l'égard du médecin, ou de l'hôpital, ou de la clinique d'urgence que vous aurez visité. Parce que, moi, je me dis: C'est une exportation d'argent qu'on fait.

M. Forget (Serge): Chez nous, ça se fait à l'envers, c'est-à-dire que, si c'est des soins qui se donnent au Québec, c'est la RAMQ qui rembourse l'OHIP puis qui rembourse l'hôpital; si, eux autres, ça leur coûte 800 $ par jour, comme en général, c'est «just too bad», ils vont avoir 400 $.

M. Beaudet: Pour ça, je suis d'accord.

M. Forget (Serge): Puis ça risque de limiter un peu les excès.

M. Beaudet: Mais, pour le médecin...

M. Forget (Serge): Bon! Il y a...

M. Beaudet: ...il est moins payé avec la RAMQ du Québec qu'en Ontario.

M. Forget (Serge): Je vais refiler la question...

• *(11 h 10)* •

M. Beaudet: Mais disons que c'est une cerise sur le sundae, là, il en fait un peu plus.

M. Forget (Serge): C'est un peu ça qu'on dit. On a même eu de la publicité, dans notre fin de semaine, d'un député de l'Ontario qui disait qu'ils les perdaient quand même. On va passer la question d'un médecin à un autre médecin. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): M. Reny, Mme Hutton?

Mme Hutton (Géraldine): Je vais commencer, M. Reny va parler plus spécifiquement au niveau des médecins. Je voulais juste commencer au niveau de l'aspect légal comme tel, parce qu'on a fait l'étude de ça. On devient des experts là-dedans malgré qu'on soit seulement une régie.

Dans la loi fédérale, il y a un article, article 11, 3° paragraphe, qui indique que seulement la portabilité au niveau des effectifs médicaux, du paiement des effectifs médicaux, et sur le fait d'urgence ou que vous êtes parti avec vos bagages dans une autre province... C'est juste ça que la loi fédérale dit. On doit payer la tarification d'une province autre. O.K.?

Le seul problème dans la région de l'Outaouais, c'est que, peut-être, éventuellement, on peut arriver à ce que vous dites, mais il ne faut pas penser que les clientèles qui, depuis des années, ont utilisé des services à Ottawa, ont pensé que, nous... Après avoir fait des sondages auprès de la population, sur une base de volontariat, la population, de plus en plus, utilise nos services chez nous parce que c'est bon, c'est de qualité et qu'il y a des médecins là. Et les preuves sont là.

Donc, on a dit qu'il ne faut pas, peut-être, à ce moment-ci, sur une base politique, dire à notre clientèle de l'Outaouais, avec les sept ponts et 27 000 personnes qui traversent la rivière chaque matin pour aller travailler à Ottawa: Vous ne pouvez plus avoir vos services des médecins à Ottawa. C'est certain que, de plus en plus, ce n'est pas ça qui se fait et on fait un rapatriement. Mais, légalement, on peut faire cette coupure-là et dire: M. et Mme Ordinaire, vous ne pouvez pas avoir votre service en Ontario sans payer de votre poche comme tel.

M. Beaudet: Sauf si c'est une urgence...

Mme Hutton (Géraldine): Sauf si c'est une urgence ou...

M. Beaudet: ...ou si on ne donne pas le service dans la région de l'Outaouais...

Mme Hutton (Géraldine): C'est ça.

M. Beaudet: ...vous pouvez aller en Ontario...

Mme Hutton (Géraldine): Effectivement.

M. Beaudet: ...sans aucun problème. Mais, si le service vous est offert dans la région de l'Outaouais, Gatineau—Hull, bien, on ne reconnaît pas l'engagement que vous avez fait l'autre côté. Ma question: Est-ce qu'on devrait envisager une telle démarche? Moi, je vis la même chose à Hawkesbury, là. Les médecins s'en venaient, s'implantaient, se faisaient une clientèle et traversaient la rivière parce que c'est plus payant l'autre bord. Mais, maintenant, ils ne peuvent plus le faire, alors, là, ça va se temporiser.

Mme Hutton (Géraldine): C'est ça. Je pense que, si vous avez des bons services à Lachute — et je suis certaine que M. Giard est en train de faire ça avec son équipe — les clients vont rester chez eux, parce que, effectivement, le service, en Ontario, ce n'est pas tout à fait bilingue non plus, hein. Donc, des fois, nos clients...

M. Beaudet: Hawkesbury, là...

Mme Hutton (Géraldine): Ah! Hawkesbury, peut-être, mais à Ottawa, ce n'est pas toujours bilingue.

M. Beaudet: Non, non. Ça, je comprends.

Mme Hutton (Géraldine): Et on pense que notre clientèle, si les services sont disponibles, va rester chez nous. Déjà, on a des preuves comme telles. On n'a pas mis des barrières jusqu'à ce moment-ci. Au niveau des médecins, je laisserais M. Reny répondre.

Le Président (M. Perreault): M. Reny.

M. Reny (Marcel): Oui, M. le Président, juste pour dire qu'au niveau de la Commission médicale régionale on a discuté de ça et, un peu comme Mme Hutton le disait, on a trouvé que ce n'était peut-être pas le temps, non plus, de mettre des restrictions, parce que, d'abord, on n'a peut-être pas les effectifs médicaux, en «omnipratique», pour prendre tout ce monde-là. Au niveau des spécialistes, le plan de rapatriement, on est en train d'organiser ça, parce qu'il y a des spécialistes qui travaillent dans les centres hospitaliers. Donc, avec tout le plan de rapatriement, les gens devraient revenir dans nos centres hospitaliers.

Si on parle des bureaux privés — je pense que c'est un peu ça, votre question, là — en Ontario, des patients qui vont voir les médecins en Ontario, à ce moment-là, on trouvait que ce n'était peut-être pas le temps et, deuxièmement, que ce n'était peut-être pas une question régionale, mais plutôt provinciale et nationale, là, changer la politique, enlever ce qu'on appelle les «billing numbers» aux médecins qui pratiquent en Ontario et leur dire que, là, ils ne peuvent plus charger les patients du Québec. À ce moment-là, disons, un médecin qui reçoit 50 % de sa clientèle québécoise, en lui enlevant son «billing number», bien, là, il serait obligé de charger au patient. Le patient, automatiquement, bien, il n'y irait plus tellement longtemps. Mais là ça devient une politique plutôt nationale que régionale.

M. Beaudet: Oui, ça, je suis d'accord. Ce n'est pas à l'Outaouais à faire cette politique-là, mais c'est des suggestions que vous pourriez amener au ministère, de sorte que c'est un rapatriement de ressources, il ne faut pas se leurrer, là...

Une voix: Oui.

M. Beaudet: ...et un rapatriement important, là.

M. Reny (Marcel): Oui. Il y en a peut-être...

M. Beaudet: Parce que je ne le sais plus, là, combien, mais il y a quand même des sommes d'argent importantes qui s'en vont là.

M. Reny (Marcel): Dans votre cas, ça pourrait vous aider probablement, parce que, vous, vous ne voyez pas la différence de per diem, probablement, entre l'hôpital de Hawkesbury et l'hôpital de... Donc, que ça soit traité à Hawkesbury ou que ça soit traité à...

M. Beaudet: Un ou l'autre, ça marche.

M. Reny (Marcel): ...ça coûte le même prix au gouvernement, probablement, sauf que, vous, si vous rapatriez tous ces effectifs-là, ça fait plus...

M. Beaudet: Bien, c'est parce que, au lieu de faire travailler du monde au Québec, vous les faites travailler en Ontario.

M. Reny (Marcel): Exactement, exactement, c'est ça que ça fait.

M. Beaudet: D'autant plus que, dans la réforme qui est en implantation, il y a des infirmières qui vont perdre leur poste, puis là on leur cherche des jobs et on n'en aura pas, alors qu'on donne des jobs à des infirmières en Ontario. Je n'ai rien contre les Ontariens, mais j'en ai un peu plus pour les Québécois. Ça doit paraître normal, là.

Des voix: C'est normal. Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Merci de confirmer ma normalité. C'est une démarche que peut-être la région de l'Outaouais pourrait proposer au ministre, par une contrainte, dans des cas électifs, qu'on n'a pas accès à qui l'on veut. En tout cas, ça...

M. Reny (Marcel): Mais, comme je le disais, on en a déjà discuté puis on trouve l'idée bonne, sauf que, présentement, on n'a pas assez d'effectifs médicaux pour...

M. Beaudet: On n'a pas les ressources.

M. Reny (Marcel): ...embarquer là-dedans.

M. Beaudet: C'est une sous-question qui s'en vient, là, avec les effectifs.

M. Forget (Serge): On a un problème de plan d'effectif, actuellement, qui fait qu'il faut convaincre, par exemple, les spécialistes que l'Outaouais est une région de spécialités. Je pense que ça va se faire d'abord par la pratique, puis ça va se faire aussi par peut-être des incitatifs qu'on a mis. Mais, là, quand les clientèles reviennent, il faut être capable de les traiter. Là, on a Harris qui nous donne un coup de main, parce que, là, on ne parle plus qu'on est méchants, au Québec, pantoute, avec nos petites histoires depuis qu'ils sont entrés dans les hôpitaux à Ottawa... mais, là-dessus...

Le Président (M. Perreault): Est-ce vous pourriez répéter?

M. Forget (Serge): On ne parle plus qu'on est méchants.

Le Président (M. Perreault): C'est ma seule intervention. C'est ma seule intervention.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: M. le Président, au cas où vous ne le sauriez pas, c'est enregistré.

Le Président (M. Perreault): Je n'en doutais pas. Allez-y, M. le président.

M. Forget (Serge): Il y a une question aussi de marketing. Moi, je me rappelle que, ma fille de 13 ans, quand elle est venue au monde, son pédiatre était à Ottawa et, là, il est rendu à Gatineau, à côté de l'hôpital de Gatineau. Parce que les médecins, ça suit le marché. Là, le marché a évolué parce qu'on a développé des spécialités. Mais il faut le «marketer» aussi, il faut démontrer qu'on est bon et qu'on est capable.

Par exemple, actuellement, en hémodynamie, on vient de faire une action fantastique sur le marketing. On a démontré qu'on était capable d'opérer une autre dimension médicale, une spécialité, qu'on était capable de le faire plus vite qu'en Ontario puis encore mieux, parce qu'on a des équipements en retard et qu'ils viennent de rentrer. Sauf que, là, le problème, c'est qu'il faut trouver d'autres spécialistes. En connectant avec l'angioplastie, ça va peut-être nous le permettre. Mais il faut habituer le reste du Québec à dire: Bien oui, l'Outaouais, regarde donc, c'est la troisième zone urbaine au Québec; il pourrait peut-être y avoir des spécialistes qui vivent là itou.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le président. Si vous me permettez, vous avez certains de vos collègues qui ont également quelques questions. Bien, peut-être une dernière.

M. Beaudet: Bien, c'est parce que c'est connexe: Si vous cherchez un chirurgien cardiaque, peut-être que je serais disponible.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Bien non, tu as pris ta retraite.

M. Forget (Serge): C'est une idée, ça, on pourrait annexer Argenteuil dans l'Outaouais.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: J'accroche sur vos effectifs médicaux, et c'était le pendant de ce que vous avez mentionné tantôt. Est-ce qu'il y a des régions où, vraiment, il y a des besoins flagrants d'effectifs médicaux, que ce soient les omnipraticiens — on m'a dit tantôt, M. Tremblay disait 175 — et 225 spécialistes, est-ce qu'il y a des régions qui sont vraiment déficitaires...

M. Forget (Serge): Oui, puis on a des spécialités, mais ça...

M. Beaudet: ...en effectifs médicaux actuellement, nonobstant les spécialités?

M. Forget (Serge): Oui, ça, on va laisser ça à Marcel, cette affaire-là, parce qu'il y en a, et, dans le cas des effectifs, on a des objectifs aussi à combler.

M. Reny (Marcel): On va aller avec les spécialités aussi. Dans les spécialités, sur 30 psychiatres, on en a 20 sur le plan d'effectif, donc il nous en reste 10 à aller chercher. Les néphrologues, on en avait deux, il y en a un qui est parti, il en reste un. Il est seul, ça vient long, un peu. La néphrologie, on fait de l'hémodialyse. À ce moment-là, s'il n'est pas là, les autres sont moins familiers avec ce domaine-là. Allergies, ce qui nous coûte très cher dans l'Outaouais, on n'en a pas. On n'a pas d'allergologue.

M. Beaudet: Oui, il n'y en a pas dans la province!

M. Reny (Marcel): Donc, tous les tests d'allergie se font au gros prix, en Ontario. La physiatrie, on en a un, ça nous en prendrait deux.

M. Beaudet: Mais votre... vous allez attirer du monde.

M. Reny (Marcel): Avec les nouveaux 175 lits qu'on va construire en réhabilitation, ça va nous prendre des physiatres, là-dedans. Cardio: en hémodynamie, on en a un, sauf qu'il travaille fort et qu'il atteint le plafond. Bien là, naturellement, il trouve ça un peu pénible.

M. Beaudet: C'est nouveau, un plafond.

M. Reny (Marcel): C'est nouveau, en tout cas, on ne discutera pas de ça, mais le problème, c'est que ça nous en prend un autre. Ça nous prend l'angioplastie pour en attirer un autre, parce que, comme vous le disiez tantôt, s'il fait seulement de l'angiographie, il va perdre sa technique en angioplastie, puis, comme le disait le Dr De Larochellière, encore un autre six mois et il va être obligé de se recycler pour continuer. Mais ils peuvent faire l'angioplastie, c'est lui qui m'a dit ça, le Dr De Larochellière, qu'il n'y avait aucun problème avec les nouvelles techniques. Moi, je suis un omnipraticien, je ne pourrais vous expliquer tout en détail, mais il m'a assuré qu'il n'y avait pas de problème.

• *(11 h 20)* •

Anesthésie: il nous manque un anesthésiste à Gatineau et à Buckingham, je crois. Et chirurgie générale à Buckingham. Ça, c'est dans la spécialité.

Et en «omnipratique», juste pour finir, Maniwaki, Gracefield, toujours les régions un peu...

M. Beaudet: En manque.

M. Reny (Marcel): ...en manque ponctuel.

Le Président (M. Perreault): Alors, M. le député d'Argenteuil, ça vous fait un bon aperçu des postes vacants dans la région.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Alors, sur ce, avant de céder la parole à la députée de Rimouski, je voudrais juste vérifier quelque chose avec les membres de la commission et avec nos invités. On a commencé un petit peu en retard, je vois que Mme la députée de Rimouski et M. le député de Robert-Baldwin ont des questions, est-ce qu'on conviendrait qu'on pourrait peut-être aller jusqu'à 11 h 45? Il n'y a pas de problème? D'accord? O.K. Alors, Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Alors, bonjour et merci de tous ces détails. Par rapport à la répartition des effectifs médicaux, le monsieur qui est responsable de la Commission médicale régionale, comment vous avez exploré d'autres possibilités pour la répartition de vos spécialistes qu'il vous manque? Est-ce que vous avez évalué toute la question de l'itinérance, sur votre territoire, pour essayer de combler certaines lacunes? Est-ce que vous avez des pistes plutôt que d'engager, et d'engager, et d'augmenter...

M. Reny (Marcel): Non. Ça a été, disons, dans l'itinérance, exemple en néphrologie — parce qu'on en avait seulement un — ce domaine-là, en néphrologie, qui n'était pas peut-être le plus sensible, parce que les autres ne peuvent pas faire de l'hémodialyse et ne sont pas familiers avec ça. On a même essayé d'avoir des gens d'Ottawa qui étaient peut-être un petit peu...

Mme Charest: L'itinérance entre les régions et, à l'intérieur de votre propre région, entre les établissements.

M. Reny (Marcel): On a un néphrologue dans toute la région.

Mme Charest: Dans toute la région. O.K. Et interrégion, comment ça se passe?

M. Reny (Marcel): Interrégion, je sais que l'hôpital et le médecin lui-même ont fait des approches, mais... En passant, c'est récent, ça, là, l'autre néphrologue qui est parti — c'était notre DSP, qui est rendu au Royal Victoria — à ce moment-là, ça fait peut-être cinq ou six mois. Lui, il pouvait quand même tolérer la situation. Donc, maintenant, ils commencent à en vouloir un autre à plein temps, mais, en même temps, ils ont pris l'approche d'aller chercher de l'aide dans les autres régions.

Mme Charest: Est-ce que c'est quelque chose que vous favorisez, sur laquelle vous insistez, ou si c'est juste une solution ad hoc que vous envisagez, ou si ça peut être de façon...

M. Reny (Marcel): C'est une solution ad hoc. Ce qu'on veut avoir, c'est un autre néphrologue à plein temps. D'ailleurs, j'ai parlé au néphrologue. Pour lui, c'est vraiment une solution temporaire, l'histoire de l'itinérance, il veut avoir quelqu'un qui est là à plein temps. Les autres sont... Parce qu'on avait approché un peu d'avoir un statut particulier pour les médecins de l'Ontario qui viendraient pratiquer et qui ne sont pas membres de la corporation, mais qui pourraient avoir une espèce de nomination spécifique pour venir pratiquer à temps partiel du côté du Québec, pour dépanner. Le Collège, disons qu'il n'a pas répondu tellement favorablement encore à ça, parce qu'il faut quand même changer les règles. C'était une de nos approches, aussi. Par contre, avec notre plan de ressourcement qu'on a dans la région, on a instauré un plan de mesures incitatives où, justement, on donne un bonus d'un certain montant aux spécialistes, pour la première année, lorsqu'ils viennent en région. À ce moment-là, ça nous a permis d'en avoir deux.

Mme Charest: Merci.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui, j'aimerais vous demander: La partie de votre mandat qui consiste à assurer la participation de la population à la gestion du réseau et à assurer les droits des usagers, comment vous vous en acquittez compte tenu de l'ampleur des coupures qui sont imposées à la région de l'Outaouais actuellement?

M. Forget (Serge): Bon, les élections dans les établissements... Bon, il y a eu une année pour retomber, avec la loi n° 116, aux changements, mais ça, on s'assume et c'est couvert. Chaque établissement fait ses élections. À la Régie, on a ce qu'on décrivait tantôt, évidemment, le conseil plus les commissions diverses. Maintenant, il y a toute une dimension de consultations — ah! j'oubliais les comités consultatifs — qui se fait dans l'ensemble du territoire. Prenons, par exemple, un territoire comme celui de La-Lièvre—Petite-Nation, où on a annoncé que le plan de «retiming», transformation du réseau par rapport aux hébergements et soins de longue durée, impliquerait la fermeture du Centre de Ripon pour des causes de vétusté et des causes aussi de transformation vocationnelle, c'est-à-dire que la vocation change soit en soins à domicile ou soit qu'elle s'en va en soins de longue durée, avec l'oxygène, toute la patente, dans les murs.

Ça, on a travaillé ça avec le préfet de la MRC, on a rencontré les maires impliqués, on a rencontré les députés régionaux qui sont les porte-parole élus de la population en différents endroits là-dessus, parce qu'eux autres, forcément, ils ont eu comme des téléphones sur ce qui allait se passer. Notre table territoriale, maintenant, est ouverte à deux sièges de la MRC, c'est-à-dire que la MRC désigne deux personnes. Parce que le conseil d'administration de la Régie a adopté la recommandation qui était de fermer ce centre-là pour réallouer 1 600 000 $ ailleurs.

Ensuite, il y avait eu... Là, on me passe une note qui dit qu'il y avait eu un nombre de plaintes important par rapport au centre. Bon. C'est vétuste, c'est désuet. Il y a eu aussi, à ce moment-là, deux places de faites, parce que le C.A., le conseil d'administration, a adopté un amendement à sa résolution disant qu'il voulait, dans la réallocation du 1 600 000 $ dans le territoire pour les personnes âgées, tenir compte de l'impact socioéconomique, sur le village en question puis son entourage, de cette décision-là. Maintenant, donc, il y a deux personnes de la MRC qui participent avec la table territoriale pour tenir compte de cet impact-là.

L'autre élément, c'est qu'on a aussi toute la question des plaintes d'établissements. On a eu 356 plaintes qui ont été reçues par rapport aux établissements. Il y a 324 types différents de plaintes à ce niveau-là. On a, là-dedans, une procédure de réponse et de traitement des plaintes et d'accompagnement des plaintes aussi. S'il y a des gens qui ont un problème et ne savent pas trop comment procéder, il y a une organisation qui les accompagne. Ils vont voir quelqu'un pour se plaindre de nous autres. Ils ont quelqu'un qui les aide à se plaindre de nous autres, les établissements. Et, en appel, si ça ne marche pas, l'établissement, ils peuvent référer à la Régie la plainte qu'ils ont faite. Supposons qu'ils font une plainte contre un hôpital et que ça ne donne rien, ils n'ont pas de réponse, bien, le groupe va les accompagner dans la deuxième démarche, qui est celle d'aller à la Régie.

M. Marsan: Si on vous demandait, la population, elle, de la région de l'Outaouais — vous êtes en contact, vous semblez avoir des bons contacts, des bonnes racines — ce qu'elle en pense, là, de la réforme Rochon,

c'est quoi, les commentaires qu'on vous fait, vous autres, à la Régie régionale?

M. Forget (Serge): C'est une question difficile, ça. Il faut que je porte un jugement d'appréciation sur la population de l'Outaouais.

Une voix: Non, non, sur ce qu'elle vous dit.

M. Marsan: Ce n'est pas votre message que vous avez à nous transmettre...

M. Forget (Serge): Ce qu'elle nous dit? Deux choses. Je vais vous donner un exemple: l'avant-dernier conseil d'administration. On a eu, dans la période publique, deux types d'interventions par rapport à ce qui se passe en haut de Gatineau, Maniwaki, tout ce bout-là. Ils ne sont pas d'accord par rapport à certaines mesures que la table territoriale recommande, puis on a eu beaucoup de pressions, d'interventions, de manifestations — tous les «ions» que vous voulez, là — là-dessus. Mais, au conseil suivant, on a eu une préfet de MRC de l'autre bout du territoire puis quatre maires qui sont venus nous faire les pressions puis les «ions» du contraire. Donc, dans les choses comme ça, il y a toujours une question d'intérêts relatifs puis de compréhension.

Il y a eu, par exemple, dans Hull—Grande-Rivière, quand on leur a garroché qu'il fallait qu'ils coupent 3 000 000 $ cette année... On me dit, à côté, 3 800 000 $. Alain siège à cette table-là, lui; c'est 3 800 000 $.

M. Beaudet: Il n'a pas oublié le 800 000 $.

M. Forget (Serge): Il n'a pas oublié le 800 000 $.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Il siège parce qu'il est président d'un centre de longue durée. Alors, là, c'était épouvantable. On a eu des déclarations de médecins spécialistes, on a eu des déclarations de maires, on a eu toutes sortes de patentes, c'était effrayant. On a eu une table, un président de la table territoriale qui a dit qu'il choisissait de faire partie de la solution plutôt que du problème. Ils ont travaillé fort puis ils ont trouvé des façons nouvelles d'absorber le 3 800 000 $. Là, je n'ai pas oublié, 3 800 000 $, là-dedans.

Alors, ça brasse, mais c'est relatif aussi aux endroits du territoire. Par exemple, Petite-Nation—la-Lièvre, c'est bizarre, ça brasse parce qu'il y a un centre privé vétuste. On en profite pour le fermer, mais ils ont eu moins de coupures que tous les autres ailleurs parce qu'ils étaient plus pauvres là-dessus. Alors, c'est le double message constamment.

• *(11 h 30)* •

Mais, moi, ce que je remarque, c'est que, depuis le début du processus, depuis l'augmentation de la compression... Parce que ce n'est pas facile, hein, de te ramasser devant six journalistes, là, à expliquer c'est quoi, la transformation du système, puis comment ça se fait que les lits, quand ils passent au-dessus de la rivière, quand on les ferme de l'autre bord, ils changent de vocation, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): C'étaient des lits d'hôpital général, puis ils deviennent des lits de longue durée, là, tu sais, d'un coup sec, ou bien de réadaptation. Ce n'est pas clair pour le monde. D'abord, pour les journalistes en avant, ce n'est pas clair pantoute. Et puis, ensuite, pour le monde là, tu sais...

M. Beaudet: Ce n'est pas surprenant. Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Puis, à force de répéter et de répéter — puis on a essayé de faire aussi beaucoup, beaucoup d'assemblées, de consultations qui sont ouvertes, qui sont publiques, puis d'être disponibles par rapport aux médias qui posent des questions et tout ça — moi, je pense que le message commence à être perçu. Et, aussi, on est rendu à 68 % de notre potentiel de chirurgie d'un jour grâce, en particulier, à Gatineau puis Hull qui en font beaucoup, parce que nous autres... Hull en fait depuis 25 ans là-dessus, puis il y a de plus en plus de monde qui passe par là puis qui trouve que de retourner chez eux après, ce n'est pas si pire. Tu manges mieux qu'à l'hôpital. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Sûrement! Et les draps sont moins raides.

M. Forget (Serge): Puis ce n'est pas mal. Alors, tu sais, le temps nous aide. Le temps nous aide.

Le Président (M. Perreault): Merci. D'ailleurs, en passant, je signale, M. le député, qu'à la page 81 et suivantes du rapport 1994-1995 il y a des choses relativement au traitement des plaintes.

M. Marsan: Oui, c'est exact.

Le Président (M. Perreault): Allez-y!

M. Marsan: Juste en terminant, bon, vous nous avez quand même donné une bonne démonstration de ce qui se passe dans votre région. Vous nous avez dit que vous avez une petite marge de manoeuvre au niveau des fonds concernant le rapatriement. Maintenant, on s'attend à des compressions additionnelles extrêmement importantes dans le réseau. Est-ce que toute compression additionnelle dans la région de l'Outaouais va entraîner une diminution des services à la clientèle? Est-ce qu'on

a atteint le plafond, là, où il faut arrêter puis il faut vraiment commencer à regarder de quelle façon on va préserver le droit des patients dans votre région?

M. Forget (Serge): Je vais prendre un risque politique.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Je vais dire: Moi, je ne répondrai pas qu'il y a un plafond d'atteint tant qu'on n'aura pas regardé le comment, le quoi et les échéances. Quand on aura regardé tout ça, on sera peut-être capable de trouver des nouveaux aménagements. Parce que, moi, je me suis fait poigner depuis quelques années — je suis là depuis le début, à la Régie, je n'étais pas président, mais je suis là depuis le début — je me suis fait poigner dans le système, où on a commencé à regarder... Je suis dans les socioéconomiques, moi, là, maintenant, mais, déjà, j'ai passé 12 ans dans le réseau avant et puis je l'ai connu, moi, dans les années quatre-vingt puis soixante-dix, le réseau, dans le temps que «the sky» était la limite. On pelletait le rouge sur le tas.

J'ai découvert un peu un côté de passion à regarder ce qu'on pouvait faire de mieux puis à réaliser... J'ai été un des convertis qui a réalisé que c'était vrai qu'on était après perdre notre système. Ça ne répondait plus aux besoins puis on n'était plus capable d'utiliser comme du monde la technologie pour améliorer les performances. On continuait, malgré le laser, par exemple, à faire des chambres d'hôtel puis à tenir des cafétérias. Les hôpitaux, c'était ça. Puis, si j'ai découvert ça une fois, peut-être qu'il y a d'autres bouts qu'on peut regarder. Moi, je me dis: Il y a peut-être d'autres éléments.

Mais, là, ce que vous me demandez, je ne le sais pas. Ça fait que je ne peux pas... Moi, non... Il y a des choses qui sont regardables. Parce qu'on est sensible aussi, je pense, à tout ce qui se passe au niveau des déficits, au niveau du chômage, au niveau de l'économie en général. On fait partie de ça, quand on dépense le tiers du budget; puis il faut faire nos devoirs. Puis, moi, je peux vous assurer de la bonne foi — j'ai vu travailler le monde chez nous depuis un an et demi sur le 9 000 000 $ — de ce monde-là. Ça va être dur en maudit s'il faut arriver un bout par-dessus, avec un autre paquet à poigner là, mais...

M. Beaudet: C'est de ça qu'ils parlent, là!

M. Forget (Serge): Oui, oui, c'est ça. Et puis il y en a un autre, au fédéral, aussi qui s'en vient. Et puis, ça, on en parle. En conférence, ça fait un an qu'on en parle. Bien, depuis le temps qu'on en parle, il va arriver, à un moment donné, le paquet du fédéral: les coupures de transfert. Tu sais, ça va être quoi? Ça va être 800 000 000 $? Ça va être 300 000 000 $? 400 000 000 $? Et, ça, il va falloir le regarder. Puis je pense que la solution est là. Il ne faut pas se mettre à braquer puis, comme composante du Québec, se mettre à s'obstiner chacun de son bord puis tirer la couverte, elle va se déchirer. Il faut regarder ce qu'on est capable de faire, puis, ça, l'Outaouais, je pense, va le faire.

Puis on a toujours été habitué à se débrouiller tout seul, un peu, l'Outaouais, aussi. Comme on a réussi dans le rapatriement, je pense qu'on est capable de réussir à regarder d'autre chose. Mais, à un moment donné, il va falloir aussi faire des choix. Qu'est-ce qu'on veut préserver? Ça, c'est les choix politiques.

M. Beaudet: C'est essentiel.

M. Williams: En complémentaire.

Le Président (M. Perreault): Oui?

M. Williams: Une complémentaire courte.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Taschereau, est-ce qu'on peut laisser aller le député de Nelligan ou...

M. Gaulin: Bien sûr.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Très vite, là — du moins la question va être très vite. Comme le député de Robert-Baldwin l'a demandé: Comment on peut continuer de couper et ne pas toucher les services? Je retourne... Vous avez mentionné que vous étiez là au début de la Régie. Quand le ministre, à cette époque, et nous, qui avons créé la Régie, nous avons juste utilisé les choses simples à penser: Nous allons responsabiliser le monde, nous allons régionaliser les décisions. Plus ou moins: Nous allons avoir plus de régies, moins de ministère. C'est ça que nous avons pensé.

Dans votre expérience, maintenant, est-ce que nous avons effectivement moins de ministère? Est-ce qu'il y a des chevauchements et des duplications de votre rôle et du ministère? Je voudrais vraiment avoir... Parce que, maintenant, avec les coupures... C'est trop facile. Ce gouvernement aime blâmer un autre partenaire, là. C'est nous autres qui menons le système de santé et les services sociaux au Québec. Avec ça, on doit prendre les décisions. Avant de vous demander, encore une fois, de coordonner les autres coupures qui vont toucher les services, pensez-vous, avec votre mandat qui est établi dans la loi 120, qu'il y a beaucoup de choses qu'on peut faire, de vous laisser le mandat de faire votre travail et d'avoir moins de duplications ou chevauchements avec le ministère?

Je vois quelques réactions positives en arrière de vous. Avec ça, je vous laisse le temps de répondre à ma question.

M. Forget (Serge): Moi, je suis d'accord pour rapatrier... chez nous. Pas de problème. Ha, ha, ha! Moi, je pense que ça fait absolument partie de ce qui est à regarder. Il y a une autre étape, je pense, qui est à faire, c'est celle du transfert politique. Ça pose un paquet de questions, là, comme ça en pose dans la régionalisation, par exemple, au niveau municipal, les fusions municipales, etc.; comme ça en pose au niveau, dans notre cas, de l'élection soit universelle ou pas. À ce moment-là, si tu dis «suffrage universel», tu dis «taxation». Il y a tous ces débats qu'il faut faire. Mais il faut qu'ils se fassent.

Il faut regarder, je pense, à l'intérieur de la maison mère, ce qu'elle peut slaquer. Exemple: On vient de récupérer — bien, de récupérer, ce n'est pas récupérer — on vient d'avoir toute la gestion des mouvements de main-d'oeuvre dans les régies. Les régies, inutile de vous dire que ça n'a pas un gros staff, ça, la gestion de la main-d'oeuvre. Ça gère son staff, une centaine de personnes. Puis là, à un moment donné, bing bang! 5 000 en région. Les mouvements de main-d'oeuvre; ensuite, on ajoute la planification de main-d'oeuvre et tout ça. Ça, si on fait ça, toute la sécurité d'emploi... il y a quelqu'un d'autre ailleurs qui ne le fera pas.

M. Williams: Mais est-ce qu'il y a...

M. Forget (Serge): Si on n'a pas les ressources puis qu'elles sont ailleurs...

M. Williams: Est-ce qu'il y a duplication entre le mandat, le rôle des régies et le ministère, maintenant, et est-ce qu'on peut, en privilégiant les régies, sauver beaucoup d'argent au ministère?

M. Forget (Serge): Il y a deux affaires là-dedans. Il y a une première affaire, la duplication. Moi, je ne le sais pas. Mme Hutton pourrait en parler plus, elle est dans la boîte, elle, tout le temps. Moi, ce que je sais, c'est qu'il y a confusion, parfois, des rôles. Ça fait trois ans... En 1992, là... Bien, mettons en 1996, ça va faire trois ans pour nous autres, au mois de juin, que ç'a parti, cette affaire-là. Et puis il y a eu tout de suite les urgences. Dans le temps du ministre Côté, c'était la même chose: qualité-performance. Le ministre Rochon aussi. L'urgence, ils veulent faire le ménage là-dedans, un peu. On commence. Moi, je suis prêt à le continuer, le ménage.

Le Président (M. Perreault): Mme Hutton.

• *(11 h 40)* •

Mme Hutton (Géraldine): Moi, j'aimerais peut-être aller plus loin que vous, parce que ce n'est pas juste ça non plus. Puis on parle de transformation, on parle encore de problèmes au niveau des finances du Québec puis aussi de notre réseau de santé et de services sociaux. Je pense que vous allez être impliqués davantage, bientôt, au niveau des projets de loi qui s'en viennent. Il faut avoir une déréglementation, définitivement.

On ne parle pas de duplication, parce qu'il y a un transfert graduel qui se fait, puis il amène, à ce moment-ci, pas tout le transfert qui est fait au niveau central vers les régions, mais aussi... Puis, moi, ça ne me dérange pas de dire non plus: Il faut aussi que les régies ne fassent pas la même chose puis maintiennent ce qu'on doit décentraliser au niveau des établissements avec une déréglementation. Je pense qu'il faut aller beaucoup plus bas que même les régies, pour la prise en charge. Puis c'est un des éléments qu'on a faits avec la création de nos territoires, de donner la chance à des gens sur le territoire de regarder comment ça devrait être fait. Ce n'est pas nous, et ce n'est pas le ministère, puis ce n'est pas vous non plus qui avez la capacité de savoir comment on peut se réorganiser comme tel, autant les services administratifs en territoire, autant la «gouvernance» en territoire, autant aussi tout ce qui peut toucher comment on peut éviter les dédoublements de services aussi, qui se font, parce qu'on parle de toucher des services... Il y a des dédoublements qui se font au niveau des services. Moi, si j'ai un rayon X du poumon dans un centre hospitalier et que je dois aller dans une autre région du Québec, ils me font un autre... Ça, c'est un dédoublement aussi. Je pense qu'on a à travailler à tous les niveaux: vous, au niveau de la commission, les politiciens; le ministère; nous et les établissements, dans chacune des régions, pour éviter que notre système ait des problèmes au niveau de la clientèle. Je pense qu'il y a des choses qui peuvent être faites partout.

Le Président (M. Perreault): Merci. J'ai le député de Taschereau. Après ça, compte tenu de l'heure, on pourrait peut-être prendre une intervention de part et d'autre pour clôturer la séance. M. le député de Taschereau.

M. Gaulin: Merci, M. le Président. Je suis heureux, en tant que député de la capitale nationale, votre vraie capitale, de vous voir aussi nombreux, ici, les gens de la Régie régionale de la région des Outaouais, comme on disait autrefois. Tout à l'heure, en voyant votre carte, d'ailleurs, on est remonté dans notre imaginaire historique et collectif. J'en étais très heureux.

Alors, je voudrais peut-être, M. le président du conseil, avec vous, regarder la page 16 de votre rapport annuel, puisque vous avez donné tantôt des chiffres impressionnants disant que vous étiez passé... La liste des organismes communautaires subventionnés en 1994-1995.

M. Forget (Serge): Il y a une erreur, à la page 16. Ce n'est pas le bon.

M. Gaulin: Ah! C'est le rapport annuel 1994-1995. Je ne suis peut-être pas au dernier. Enfin, ce n'est pas une question qui demande d'avancer des chiffres, mais vous disiez que vous étiez passé, dans votre appui aux organismes communautaires, en tant que régie régionale — et j'ai trouvé ça très intéressant, puisque

j'habite un comté où les groupes communautaires sont fort importants et fort actifs dans le milieu de la santé en général — de 2 000 000 $ à 6 000 000 $ ou 8 000 000 $, je ne sais plus.

M. Forget (Serge): 6 000 000 $.

M. Gaulin: 6 000 000 $. C'est quand même impressionnant. Et vous avez aussi indiqué que, au niveau de la santé mentale, c'est une région qui... Est-ce que vous avez dit qu'il y avait moins de lits que les autres ou que vous étiez moins en difficulté que d'autres? Je n'ai pas très bien compris. Mais est-ce que c'est, entre autres, à cause de l'appui aux organismes communautaires qui s'en occupent, ce qui vous permet de libérer des lits et d'assurer une meilleure qualité de vie à ces gens-là, qu'il en est ainsi?

M. Forget (Serge): Oui.

M. Gaulin: Alors, comment s'exprime votre appui à la vie communautaire et dans quel domaine en particulier?

M. Forget (Serge): On ajoutera un petit tableau de ça, comment ça...

Mme Hutton (Géraldine): Je pense qu'effectivement la santé mentale, c'est notre domaine où on a appuyé le plus les organismes à ce moment-ci: 10 % du budget, au niveau du programme de santé mentale, est dédié à des organismes communautaires au niveau de notre région. On n'a pas coupé des lits. On a coupé des lits fictifs plutôt: au lieu de développer des lits, on a décidé d'offrir des services de première ligne beaucoup plus près de la clientèle dans leur communauté comme telle. Donc, c'est ça, l'objectif qu'on avait au niveau de la région.

C'est certain que le deuxième secteur peut-être plus gros pour la Régie, c'est au niveau du maintien à domicile. On a beaucoup d'organismes communautaires, au niveau du maintien à domicile, qui sont partout dans la région — parce que vous voyez la situation au niveau de notre région — qui s'impliquent davantage pour le maintien des personnes âgées à domicile. Et c'est notre deuxième, je dirais, credo, où on avait injecté beaucoup dans ce programme-là, au niveau du maintien à domicile.

Au niveau des autres, c'est certain que, en santé physique, c'est très peu, il faut s'avancer là-dedans, mais on a une orientation d'augmenter dans chacun des programmes.

M. Gaulin: Je vous remercie.

Le Président (M. Perreault): Merci. Alors, nous approchons de la fin de nos travaux. Je céderai la parole, peut-être, dans un premier temps, au député de Robert-Baldwin, pour quelques commentaires de la fin.

M. Marsan: Rapidement, M. le Président. D'abord, je voudrais vous remercier pour la qualité de la présentation que vous nous avez faite, la sincérité avec laquelle vous avez répondu aux différentes questions. Je voudrais aussi vous remercier d'avoir écouté ma collègue, la députée de Chapleau, quant à son implication pour la maison des sidéens dans votre région. Je pense que c'est extrêmement important et, bien, je pense qu'on a un bel exemple de collaboration.

Il y a beaucoup d'autres dossiers qu'on aurait voulu discuter. Je suis certain que, de votre côté, c'est la même chose: tout le processus de décentralisation... Je pense que les régies régionales, ça a été créé ça ne fait pas tellement longtemps — je ne ferai pas de politique, on ne dira pas par qui — et on peut penser que c'est en processus d'amélioration. On peut voir peut-être certains enrichissements qu'on pourrait y apporter.

Aussi, on a parlé d'éviter des dédoublements. On a des moyens décentralisés dans d'autres domaines: l'éducation, les affaires municipales. Est-ce qu'il n'y a pas des liens qui pourront être faits éventuellement?

M. le Président, vous me permettrez un commentaire plus personnel. C'est un bel exemple où, ici, en commission parlementaire, on prend le temps d'écouter un groupe qui a des choses à nous dire. Moi, pour un, et j'ai l'impression que mes collègues aussi, j'apprends des choses. Je souhaite — et même si le ministre n'a pas été longtemps avec nous, je pense qu'il le reçoit très bien — qu'on puisse récidiver plus souvent, que cette commission devienne peut-être un lieu d'initiatives pour entendre, pour échanger et pour améliorer ce qui se passe dans le réseau de la santé. Alors, sur ce, M. le Président, je remercie les gens de la Régie de l'Outaouais et les collègues ici présents. Merci beaucoup.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député. M. le ministre, peut-être, pour la partie ministérielle.

M. Rochon: Oui, merci, M. le Président. Je m'excuse encore une fois d'avoir dû faire la navette entre le Conseil des ministres et la commission. J'ai pu me rattraper, là, par les bouts de briefing que j'ai eus.

Je veux dire trois choses rapidement, en concluant. D'abord, je pense qu'effectivement cette première, qui a commencé ce matin et qui se continue cet après-midi avec les deux autres régies régionales, est le type d'exemple, de démonstration de décentralisation et de démocratie dans notre système de santé au niveau des prises de responsabilité et de décision que moi, pour un, et, je sais, beaucoup d'autres et les membres de la commission, on souhaitait pouvoir faire depuis longtemps. C'est important que la population soit mieux informée, voie mieux comment ça se passe, comment les décisions se prennent dans notre réseau pour mieux comprendre. Et ça va être d'autant plus important avec les défis qui nous attendent.

Mon deuxième point, je veux faire la boucle avec ce que je disais au début. Je pense que j'étais confortable en l'annonçant, et ce qui s'est passé, effectivement, qui a été une excellente présentation et une très bonne discussion de bon niveau, démontre comment ce mécanisme de décentralisation, qui a été développé dans le domaine de la santé et des services sociaux, gagne de plus en plus en transparence et gagne de plus en plus en imputabilité réelle au niveau des régions. Et, ça, ça va être aussi très, très, très important pour l'avenir.

Et mon troisième point, en concluant: je suis entièrement d'accord avec... Je pense que j'ai compris, si je décode bien, qu'on suggère, dans les conclusions faites par le porte-parole de l'opposition, avec ce qui s'en vient dans la prochaine année, dans les prochaines années, ça va être effectivement très important qu'on puisse avoir un débat qui reste au bon niveau, qui sera politisé, mais dans le sens de la santé publique et de la santé du public, pas dans le sens d'une politique, là, qui perdrait de vue les objectifs et la population. Parce qu'il y aura des décisions importantes à prendre. Il faudra qu'elles soient prises par des gens qui seront bien informés, que la population soit bien informée, comprenne ce qui se passe et qu'on puisse le faire dans une atmosphère de collaboration visant le bien-être de la population.

Je pense qu'on est convaincu, quand on voit ce qui s'est passé ce matin, et, je suis sûr, aussi cet après-midi — ce qu'on verra — qu'on est capable d'y arriver. Ce ne sera pas facile, mais on est capable. Alors, merci beaucoup à ceux qui sont venus et merci, M. le Président.

M. Williams: M. le ministre, peut-être que la prochaine fois que nous allons proposer la consultation populaire, vous allez accepter ça à cause de votre expérience de ce matin!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Sur ce, je mets fin à cette séance. Nous suspendons, de fait, jusqu'à cet après-midi, 14 heures. M. le président et vos collègues, je vous remercie.

(Suspension de la séance à 11 h 50)

(Reprise à 14 h 11)

Le Président (M. Perreault): Alors, si vous permettez, on va commencer les travaux de la commission des affaires sociales. Merci à tout le monde d'être là. La commission entend cet après-midi, de 14 heures à 16 heures, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Alors, je vous souhaite la bienvenue, Mme la présidente, avec les gens qui vous accompagnent. On a eu l'occasion, ce matin — vous n'étiez peut-être pas là — de dire que c'est une démarche un peu historique de la commission, c'est la première fois que la commission des affaires sociales entend les régies régionales. Des modifications ont été apportées à la loi. Ça s'est très bien passé ce matin. C'était même absolument intéressant. Alors, je ne doute pas que cet après-midi ce sera la même chose.

La méthode qu'on a retenue: une fois que vous nous aurez présenté vos collaborateurs, vous aurez 20, 25 minutes de présentation, et, à tour de rôle, on va passer les deux heures à échanger, discuter, à questionner les orientations de la Régie. Alors, je vous cède la parole immédiatement.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Mme Roy (Diane): Merci beaucoup, M. le Président. Donc, ce matin, j'ai eu le plaisir d'entendre les discussions avec la Régie régionale de l'Outaouais; on espère donc faire au moins aussi bien. La barre est haute, et on va tenter de faire une belle présentation pour bien vous donner toute l'information et tout le beau travail qui a été accompli dans l'Estrie depuis 1993.

Permettez-moi donc de vous présenter les gens qui m'accompagnent: à mon extrême droite, M. Robert Courchesne, qui est directeur des programmes, des ressources financières et des ressources matérielles à la Régie régionale; à ma droite, M. Jean-Pierre Duplantie, directeur général de la Régie; à ma gauche, Dr Ginette Dorval, directrice de la santé publique; et, finalement, M. Claude Lavoie, qui est directeur des communications et aussi directeur des ressources humaines à la Régie régionale.

Le Président (M. Perreault): Merci. Bienvenue.

Mme Roy (Diane): Donc, M. le Président, M. le ministre, Mmes et MM. membres de la commission, au nom des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, il me fait donc grand plaisir d'être ici aujourd'hui pour pouvoir répondre de l'administration et des actions que nous avons posées en Estrie ces dernières années.

Vous avez eu plusieurs documents et plusieurs renseignements qui vous ont déjà été acheminés à votre demande. Nous nous efforcerons donc de vous présenter un plan global et, après la présentation, donc, de répondre le plus adéquatement possible à l'ensemble des questions sur lesquelles vous auriez le goût ou l'intérêt d'aller plus loin.

Permettez-moi, dans un premier temps, de vous présenter d'abord notre région, de vous dire ensuite comment notre Régie conçoit sa mission et quelles sont les valeurs qui l'animent, de vous faire part des problématiques que nous avons choisi de prioriser et des stratégies que nous privilégions en lien avec la politique de santé et de bien-être, et de vous dire, enfin, comment nous nous sommes engagés dans la transformation de

notre réseau de façon à pouvoir continuer de répondre aux besoins de notre population dans le contexte d'aujourd'hui.

La région de l'Estrie compte une population d'environ 270 000 habitants, dont environ 9 % d'expression anglaise et quelque 3,5 % de personnes allophones. On a donc des communautés principalement vietnamiennes, cambodgiennes et, depuis ces deux dernières années, une augmentation importante de population serbocroate. Cette population, elle est répartie sur sept territoires de MRC. Notre population, elle est vieillissante. Les personnes âgées de 65 ans et plus sur notre territoire représentent 12,3 % de la population, comparativement à 10 % au Québec, et cette proportion atteint 17 % chez la population d'expression anglaise.

Si l'on se réfère aux résultats de l'enquête sociale et de santé de 1992-1993, les Estriens et les Estriennes ressemblent, presque sur tous les sujets, la plupart des sujets abordés dans cette enquête, principalement à ce qui se passe avec les autres personnes au Québec. On a, par contre, une augmentation importante concernant les gestes suicidaires, la consommation de médicaments et le recours à l'utilisation des salles d'urgence dans les hôpitaux.

Notre région est relativement autonome. Elle dispose d'une gamme de services capables de répondre à la très grande majorité des besoins de la population. Ces services sont présentement dispensés par 40 établissements, dont 30 publics, regroupés sous 25 conseils d'administration: cinq privés conventionnés et cinq privés autofinancés. Ce nombre n'a pas cessé de décroître. Si on se rappelle qu'en 1990 nous avions 49 établissements sur notre territoire, on en a maintenant 40. Et on sait, avec les prochaines années, que ça va continuer à diminuer compte tenu de fusions possibles, de regroupements, présentement, de certains établissements sous un même conseil d'administration et aussi avec l'actualisation du plan de transformation en cours.

On a aussi la chance — ce matin, c'était rapporté, et on y compte beaucoup aussi en Estrie — d'avoir, partout sur le territoire de l'Estrie, des communautés qui s'investissent, donc sur la présence d'un peu plus de 100 organismes communautaires partout sur le territoire, et ces organismes sont subventionnés par la Régie régionale.

Dernière caractéristique de l'Estrie, et pour nous ce n'est pas la moindre, l'Estrie est une région universitaire et compte bien consolider son rôle dans la formation des professionnels dans le réseau de la santé et du bien-être, dans la recherche et dans l'évaluation des nouvelles technologies et des nouvelles pratiques.

Quelques mots, si vous me permettez, sur notre mission et sur les valeurs qui animent la Régie régionale. Le mandat général et les fonctions particulières de la Régie sont bien définis dans la loi. Mais il y a une façon d'envisager ce mandat et je pense qu'elle est très importante. On pourrait avoir une façon qui serait bêtement et très sèchement bureaucratique et on pourrait aussi avoir une façon plus humaniste de l'approcher. On a donc trouvé important, pour nous-mêmes, à la Régie régionale, et aussi pour tous nos partenaires dans le milieu, de bien définir notre mission.

Elle se lit comme suit: La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins. Conformément à la loi, la Régie vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires. À la lecture de ce texte, on aura reconnu notre volonté de donner la première place à la population, de viser autant la promotion et la prévention que la restauration de la santé, d'appeler tous les acteurs, tant publics que privés, de notre réseau et d'interpeller aussi les autres secteurs à apporter leur contribution de façon concertée.

Depuis les tout premiers jours de la mise en place de la Régie régionale, on a eu l'occasion, à maintes reprises, d'échanger avec les membres de notre conseil d'administration et aussi le personnel, et aussi avec tous les collaborateurs, sur quelles devaient être les valeurs qui devaient guider l'ensemble de nos décisions qui devaient faire partie de notre quotidien. On est donc très heureux de vous présenter les cinq grandes valeurs que nous avons retenues après une mûre réflexion avec tout le monde.

On a donc retenu, bien sûr, la primauté du citoyen, l'équité — l'équité, on la voit dans une préoccupation constante au niveau de nos populations défavorisées et aussi l'équité à travers tout le territoire, s'assurer que nos territoires des MRC, que chacun ait la chance d'avoir l'ensemble et d'être équitable les uns par rapport aux autres — la transparence, la reconnaissance et l'utilisation optimale des ressources. Voilà, à grands traits, les éléments majeurs de notre philosophie d'action.

Un troisième thème que je voudrais aborder, ce sont les priorités de santé et de bien-être dans notre région. Nous pouvons dire avec fierté que l'Estrie a été l'une des premières régions à établir ses priorités et ses orientations en se fondant sur une large consultation du milieu. On parle donc d'une première consultation qui a eu lieu en 1986, une deuxième en 1991, qu'on avait appelée à ce moment ConsultAction 2000, où on avait pu identifier les problèmes de santé et de bien-être auxquels on voulait accorder une attention prioritaire et quelles seraient les stratégies qu'on pourrait employer pour donner de l'avant à ces priorités.

• *(14 h 20)* •

On a repris l'exercice en 1993 dans le but de contribuer à l'actualisation de la politique de santé et bien-être, et ça s'est inscrit dans la continuité des démarches déjà amorcées. On a donc eu un plan d'action régional 1994-1997 que nous nous sommes donné et qui résulte d'une opération qui nous a conduits dans chacune des MRC du territoire pour connaître les points de vue de la population, des administrateurs, des gestionnaires des établissements et aussi des organismes communautaires,

et, finalement, des représentants des secteurs municipal, scolaire, judiciaire, qu'on invitait là, de façon systématique, à participer à toutes les réflexions avec nous.

On a donc retenu, à cette époque, à ce moment, six problématiques qui ont été priorisées. Je parle donc des maladies cardiovasculaires, des risques environnementaux, des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants, de la santé mentale, de la violence familiale et de l'autonomie des personnes âgées.

Les partenaires ont également fait consensus sur les principales stratégies à privilégier dans la réduction des problèmes, soit la promotion et la prévention; le maintien des personnes dans leur milieu naturel, grâce notamment à un soutien accru aux familles et à la consolidation du secteur communautaire; la lutte à la pauvreté; le renforcement de la concertation entre les partenaires; et l'information à la population.

Les actions concrètes mises de l'avant dans notre plan régional se regroupent autour de trois grands axes: la consolidation de la réforme, l'amélioration de la santé et du bien-être ainsi que de la qualité des services et l'augmentation de l'efficience. On aura reconnu les trois éléments constitutifs du plan triennal du ministère, mis de l'avant pour 1994-1995 sous le nom de «Défi qualité-performance».

Notre plan appelle donc l'ensemble des partenaires à travailler ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et de la qualité des services dans un contexte de contraintes majeures. Pour s'assurer que ce plan ne restera pas lettre morte, on a donc demandé aux établissements et aux organismes communautaires du territoire d'identifier, dans leur propre plan d'action local, leur contribution à la réalisation de ce plan régional. Nous projetons prochainement d'aller dans les territoires des MRC pour avoir des audiences publiques où on pourra, là, voir où on en est rendu dans l'actualisation de ce plan d'action.

Je terminerai ce chapitre en disant que les priorités et orientations que nous avons choisies n'ont cessé de nous guider dans les décisions budgétaires que nous avons eu à prendre. Résultat d'un consensus, notre plan d'action nous permet de faire des arbitrages souvent difficiles en nous appuyant sur nos choix collectifs. C'est ainsi, par exemple, qu'en 1993-1994 nous avons pu accentuer nos investissements dans les soins et services à domicile à l'intérieur du budget destiné aux personnes âgées. À la même période, un budget de 2 000 000 $, qui nous avait été consenti pour rehausser nos services hospitaliers, a été affecté à des secteurs correspondant à nos propres priorités, comme la santé cardiovasculaire et la réadaptation.

À une époque encore toute récente, ce même budget aurait sans doute été alloué sur des bases purement paramétriques. Cette volonté d'utiliser nos budgets pour soutenir nos priorités s'est accentuée, comme nous le verrons ci-après, avec les contraintes financières qui nous ont été assignées depuis 1994-1995 et avec la transformation du réseau dans laquelle nous sommes maintenant engagés.

C'est le thème de la transformation que nous allons maintenant aborder. Le plan d'action que nous nous étions donné en 1994 mettait l'accent sur un ensemble de changements qu'il y avait lieu d'opérer pour adapter notre système aux besoins et aux réalités de l'heure. Au mois de mai, nous avions adopté un plan de réduction des dépenses de 7 900 000 $ et nous avions déjà indiqué aux établissements la perspective financière triennale dans laquelle ils devaient se situer, soit une réduction des coûts d'opération de quelque 30 000 000 $.

À l'automne de cette même année, nous avons compris, avec l'annonce faite par le gouvernement d'une perspective de croissance budgétaire nulle, qu'il nous fallait sans délai donner priorité à certains changements déjà prévus dans notre plan d'action et accélérer leur réalisation de façon à opérer une véritable transformation du système. Nous aurions pu, à ce moment-là, comme régie régionale, dresser un projet de redéploiement de nos ressources institutionnelles, mais ça allait complètement à l'encontre de volontés de poursuivre plus avant la décentralisation et de favoriser une responsabilisation des instances situées le plus près possible des populations, au niveau des regroupements des territoires par MRC.

Nous avons donc procédé d'abord, en concertation avec les milieux, à l'adoption d'orientations générales à la lumière desquelles les divers acteurs et instances responsables seraient appelés par la suite à se redéfinir. Dans toute cette opération, nous avons été particulièrement attentifs à associer les médecins oeuvrant dans le secteur public et en cabinet privé. Nous pouvons déjà confirmer que leur participation a été significative et déterminante.

Permettez-moi de faire brièvement état des principales orientations adoptées par la région et qui guident toute notre démarche de transformation. Désormais, le système de santé et de services sociaux en Estrie devra être organisé de façon à ce que la population reçoive le maximum de services dont elle a besoin en demeurant dans son milieu naturel. Cette orientation sera réalisée grâce, notamment, à des activités de promotion et de prévention, à un soutien aux familles, à la reconnaissance et à la consolidation de l'action communautaire, à la disponibilité, dans chaque MRC, de services de première ligne. Lorsqu'ils seront requis, les services de deuxième ligne devront être rendus autant que possible sur une base externe et près du milieu naturel de l'utilisateur. Dans la réalisation de ces changements, il faut assurer l'adaptation et favoriser le redéploiement du personnel. On s'assurera également que ce personnel est à la fois informé de ces orientations et associé à leur actualisation.

Pour éviter que la population ne soit laissée à elle-même, on s'assurera que la réduction ou l'abandon d'un service ne sera entrepris que lorsque les nouveaux services jugés nécessaires seront disponibles.

Dans la lignée de ces orientations générales, des orientations plus spécifiques ont également été adoptées

concernant les services dans le milieu: les services d'hébergement et de maintien à domicile, le redéploiement du personnel, l'administration et la gestion des établissements publics. Nous avons également entrepris de réviser et de mettre à jour nos orientations concernant les organismes communautaires.

L'application de l'ensemble de ces orientations s'est d'abord concrétisée dans le milieu hospitalier, alors que les cinq établissements situés à Sherbrooke — quatre de soins de courte durée et un de soins de longue durée — se sont concertés pour convenir des services qui devraient être disponibles à l'avenir et de la structure de gestion qui semblait la plus appropriée. Nous croyons que le succès qu'a connu cette démarche repose pour une grande part sur l'ouverture d'esprit et la générosité de ceux et celles qui y ont participé, de même que de la présence autour d'une même table de représentants des administrateurs, des gestionnaires et des médecins de chacun des établissements, des représentants de l'université, de même que des représentants et représentantes de la population choisis spécifiquement pour ces travaux et dont l'un d'eux ou l'une d'elles assumait la présidence du groupe.

La Régie régionale a supporté la démarche. On connaît le résultat: le nombre de lits pour soins de courte durée passera de 1 000 à 700 lits sans qu'il n'y ait réduction des admissions, ceci étant possible grâce à une gestion plus stricte des épisodes de soins et à un recours accru aux interventions en externe. Les services cliniques seront regroupés sur quatre sites, l'un des édifices devenant disponible pour d'autres besoins du réseau. Enfin, trois centres hospitaliers de soins de courte durée se sont fusionnés, alors que l'intégration des deux autres établissements, qui dispenseront des soins de moyen et long séjour, sera complétée en avril 1996.

Pour assurer la continuité des services dans ce contexte, le nouveau centre hospitalier de soins de courte durée et les huit CLSC du territoire ont convenu d'un protocole vis-à-vis des services à donner aux clientèles qui quitteront l'hôpital après y avoir reçu des services sur une base interne ou externe.

• *(14 h 30)* •

Depuis l'automne dernier, tous les établissements situés dans les six MRC hors Sherbrooke se sont engagés volontairement, avec l'appui de la Régie régionale, dans une réflexion sur la façon d'organiser et de gérer désormais les services déjà présents sur leur territoire. La composition des groupes engagés dans cette analyse ressemble à celle utilisée par les centres hospitaliers de Sherbrooke. On y retrouve, en plus, des représentants des organismes communautaires et des médecins de cabinets privés du même territoire. Il est prévu que, dans chaque MRC, les conseils d'administration des établissements concernés auront à se prononcer sur les recommandations des groupes de travail, d'ici le 31 mars 1996, et que la Régie régionale pourra adopter, au plus tard en juin, un plan de réorganisation de services pour chaque territoire.

Vous comprendrez que cette transformation entraîne des changements importants pour notre main-d'oeuvre. Pour en limiter les aspects négatifs et donner les meilleures chances à tous, nous nous sommes également donné, collectivement, des orientations maîtresses pour assurer le redéploiement du personnel et nous nous efforcerons de les actualiser en travaillant étroitement avec nos établissements et l'ensemble de nos syndicats. Il faut comprendre que les mentalités développées et les habitudes acquises dans un contexte d'abondance de moyens ne conviennent plus à la présente situation et qu'il faut absolument les modifier. Les progrès sont lents mais réels.

Une transformation aussi significative entraîne nécessairement des choix budgétaires. Déjà, pour l'année 1994-1995, nous avions fondé la répartition des contraintes sur trois critères principaux: la richesse relative de chacun des programmes clientèles, les priorités régionales et le potentiel de rationalisation de chaque catégorie d'établissement. Pour l'année 1995-1996, alors que nous avions à répartir une contrainte de 12 000 000 $, nous avons utilisé les mêmes critères. Comme résultat, le pourcentage de contraintes oscille entre 0 %, pour les organismes communautaires, et 4 % de leur budget, pendant quatre ans, pour les centres hospitaliers de soins de courte durée. Pour sa part, la Régie régionale vivra une réduction de ses dépenses annuelles de plus de 3 % durant la même période. Cette année, cette réduction des coûts d'opération a, par ailleurs, rendu possible la réallocation d'une somme récurrente de 6 700 000 $. Nous avons réparti ces argents conformément aux orientations mentionnées un peu plus tôt, soit 3 000 000 $ pour accroître les services dans le milieu, 2 000 000 $ pour le rehaussement des soins de longue durée, 1 700 000 $ pour d'autres priorités régionales, dont la prévention et la promotion, la santé mentale, la violence, Info Santé et la garde médicale en CLSC.

Je terminerai en faisant état des efforts que nous déployons pour bien informer la population. Dans un souci de transparence, nous voulons lui permettre de bien comprendre les enjeux et de savoir sur quelle base les choix sont effectués. La population doit également connaître, en tout temps, de façon claire et précise, la nature et le moment des changements entrepris, les conséquences pour elle, les changements d'habitudes nécessaires et les contributions attendues. Chacun de nos projets, tant au plan régional que dans chacune des MRC, est donc rendu visible par un plan de communication.

Je voudrais conclure cette présentation en faisant ressortir les éléments majeurs qui se dégagent de l'expérience de responsabilités régionales que nous avons vécue depuis 1993. Quand il a été décidé, en 1991, d'intensifier le processus de régionalisation-décentralisation dans le domaine de la santé et des services sociaux, le gouvernement voulait, d'une part, reconnaître l'existence d'une véritable réalité régionale dans ce domaine. Il voulait, d'autre part, s'assurer que la population serait

plus que jamais au coeur des préoccupations et des décisions. Nous avons été à même de constater que, en Estrie, la notion de région n'est pas une vue de l'esprit, mais une réalité tangible. Une réalité qui se manifeste par des caractéristiques démographiques, sociales et économiques bien particulières. Une réalité qui varie même d'un point du territoire à l'autre, d'une MRC à l'autre. C'est à l'occasion de nos tournées régulières de consultation dans les MRC et à la lumière de ce qui se passe lors des assemblées publiques du conseil d'administration que nous avons pu réaliser bien concrètement la nécessité d'associer la population, tout particulièrement à un moment où la situation financière nécessite une révision en profondeur de nos pratiques et de nos organisations. C'est donc par choix que nous avons voulu investir de façon très intensive dans la consultation.

Pour compléter, et si vous en avez l'occasion lors des questions, j'avais quelques exemples de consultations où on avait associé et informé la population, et ça nous a aussi permis, lors de ces rencontres de consultation et d'information auprès des partenaires du réseau ou de la population, de réaliser à quel point c'était important, un organisme objectif capable d'assurer l'équité dans l'accès aux services, d'établir l'organisation des services en fonction des besoins, de faire les arbitrages qui s'imposent et de susciter une meilleure coordination et continuité dans les services.

On s'est aussi assuré tout au long du processus — et je pense que c'était, à l'occasion, à leur demande et, à d'autres occasions, à notre demande — de toujours bien informer et d'échanger avec les députés sur notre territoire — parce que les députés sont les représentants de la population — et on a toujours considéré que c'était très important qu'ils soient informés par la Régie régionale et qu'ils puissent aussi nous faire part de ce qu'ils attendent de la population. Et ça, on y était très sensible et on s'est fait un point d'honneur de le respecter.

Donc, on est très contents, je vous dirais, M. le Président, de ce qui s'est passé en Estrie depuis 1993, et ça nous fait donc plaisir de vous le présenter. Nous serions donc prêts à répondre à l'ensemble des questions que vous souhaiteriez nous poser à ce moment-ci. Je vous remercie.

Le Président (M. Perreault): Je vous remercie, Mme Roy. Est-ce que M. le député de Robert-Baldwin souhaite poser des questions, faire des commentaires? À vous, la parole, M. le député.

M. Marsan: Je voudrais vous remercier d'abord, madame et votre groupe, de prendre le temps de venir nous informer sur ce qui se passe dans une très belle région du Québec, Sherbrooke. Je me permettrais de vous demander un peu plus d'information sur la reconfiguration du réseau qui a eu lieu à Sherbrooke — on a diminué le nombre de lits en soins aigus de façon sensible — et de voir un peu, si vous voulez, rapidement faire le tour, comment ça s'est fait au niveau de la consultation, l'impact que ça aurait pu avoir sur le personnel et la redistribution du personnel. Et, enfin, peut-être le plus important: Est-ce que ce changement-là, cette reconfiguration, a diminué les services à vos patients?

Mme Roy (Diane): D'abord, d'entrée de jeu, quand on parle qu'il y a une réduction de lits de 1 000 à 700, vous comprendrez bien qu'au moment où on se parle ce n'est pas complété, c'est en réalisation. Donc, aujourd'hui, on parle peut-être que nous sommes à 900 lits, entre 800 et 900 lits, et le tout devrait se compléter d'ici deux ans.

Au moment où on se parle, ça n'a pas du tout affecté les soins à la population, la quantité de services qui est donnée à notre population. Par contre, ça change la façon de les donner. On les donne donc aussi bien, mais de façon différente et dans d'autres endroits. Aussi, pour s'assurer que ce soit bien donné, effectivement — et c'était une inquiétude de la population de se retrouver entre la fermeture, peut-être, d'un service et en attendant que l'autre soit mis en place — il y a eu la mise en place d'un protocole entre le centre hospitalier de courte durée et les huit CLSC du territoire. Ce protocole-là s'assure que, quand il y a un service qui est laissé, déjà dans les CLSC — parce que c'est vers des services de première ligne, des services plus légers qu'on pourrait dire, les CLSC, et aussi les organismes communautaires, bien sûr — c'est mis en place. Tout est donc bien attaché pour s'assurer que les gens sont bien dirigés et reçoivent les services auxquels ils sont à même de s'attendre de recevoir.

Au niveau du personnel, c'est bien sûr, il faut travailler avec le personnel. Ce n'est pas sans créer des inquiétudes. Par contre, quand on prend la peine de s'asseoir avec eux, de bien expliquer la démarche, déjà ça permet de pouvoir ouvrir, de regarder des alternatives, comment tout ce redéploiement va pouvoir se faire. M. Duplantie, sûrement, peut vous rajouter beaucoup d'ensemble sur tout le travail qui a été fait concernant cette reconfiguration.

Le Président (M. Perreault): Alors, allez-y, M. le directeur général.

• *(14 h 40)* •

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, si vous me permettez, je voudrais reprendre à partir de, peut-être, une première dimension que vous avez soulevée dans votre question, qui était: Comment on a procédé au niveau de la reconfiguration et quel est, en quelque sorte, le résultat? On se parle évidemment de ce qui se passe dans la ville de Sherbrooke, dans un premier temps. Si vous voulez entendre au sujet des autres milieux, on pourra y revenir. Or, ce que, nous, on a voulu au point de départ, c'est de bien se situer dans le contexte d'un virage ambulatoire. Alors, je pense qu'on ne parle pas simplement de compressions budgétaires mais, en même temps, de réallocation et de ce qui rend

les choses possibles en termes de transformation de notre propre système. Ce n'est pas possible de réduire un certain nombre de lits dans nos centres hospitaliers si, en même temps, on n'a pas organisé les services à l'externe.

Donc, on s'est donné une perspective, comme région, en associant les différents acteurs, où on a prévu le niveau de compressions budgétaires qui devait se réaliser dans l'ensemble de nos établissements et plus particulièrement, entre autres, dans le secteur hospitalier. On l'a prévu sur une période de trois ans, dès le point de départ, en reconnaissant évidemment la situation du Québec et en s'inscrivant dans un contexte où le secteur de la santé et des services sociaux se doit, quant à nous, de contribuer à l'effort de l'ensemble du Québec.

Alors, dans ce contexte-là, on a donc prévu, tel qu'il vous était mentionné, des compressions budgétaires de l'ordre de 30 000 000 $ sur une période de trois ans, comme point de départ, et on avait identifié que le secteur hospitalier devait y contribuer pour 22 000 000 $. À partir de là, on a formé un comité de travail qui allait, quant à nous, chercher les principaux décideurs et qui associait aussi la population. Et c'est pour ça qu'on vous a dit que sur ce comité siégeaient non seulement les présidents des conseils d'administration, non seulement le directeur général des établissements touchés, mais aussi les médecins, le président du Conseil des médecins et dentistes de chacun des centres hospitaliers, la Commission médicale régionale, la Faculté de médecine, ou l'Université de Sherbrooke si on veut, et trois représentants de la communauté dont un représentant du milieu anglophone, parce que c'est une réalité importante dans la région de l'Estrie, on vous a parlé de 10 % de la population.

Donc, on a voulu que tous les milieux, quant à nous, puissent être associés à cette démarche. Une démarche où on n'avait pas, en soi, prévu nécessairement la fusion de nos établissements, mais où on avait prévu la nécessité d'une réorganisation qui permettait de faire des économies de l'ordre de 22 000 000 $, dont une partie de ces économies serait réinvestie dans le milieu pour être capable d'offrir la gamme des services qui permettraient ces changements dans le secteur hospitalier, qui permettraient les modifications aux pratiques hospitalières et qui permettraient les modifications aux pratiques médicales.

Alors, c'est le cadre dans lequel on a travaillé. C'est véritablement... Et, comme on le mentionnait, la Régie régionale était là en support. Ce comité était présidé par un homme d'affaires de la région de Sherbrooke qui ne connaissait rien du secteur hospitalier auparavant, qui représentait la population et qui pouvait poser le genre de question: Est-ce que mes services seront toujours là par la suite? Est-ce que j'aurai un bon accès aux services? C'est ce genre de personne, donc, qui était capable, en même temps, d'avoir un leadership, qui comprenait les grands enjeux, qui pouvait donc coordonner les travaux de ce comité.

Ce comité à donc mené les opérations, avec l'appui d'une firme qui a contribué sur le plan technique, et, en bout de ligne, a fait des recommandations à tous les conseils d'administration des établissements et à la Régie régionale. Et c'est le résultat de cette démarche qui nous a amenés à considérer que, en Estrie, pour atteindre un objectif, entre autres, de 22 000 000 $ de compression dans le secteur hospitalier et une réorganisation de nos services ambulatoires, on était capable de le faire à la condition, à ce moment-là, de réduire le nombre de lits. Et, là, on avait des bases, c'est-à-dire qu'on a comparé notre situation, en Estrie, à des situations qui existaient ailleurs.

On s'est aperçu, par exemple, que, en Estrie, on avait plus de lits, en moyenne; on avait un taux de séjour, en moyenne, plus élevé que dans le reste même de la province. On s'est aperçu que notre hébergement, donc, en Estrie, notre taux d'hospitalisation était plus élevé. C'est dans ce contexte qu'on s'est donné, nous-mêmes, dans notre milieu, des normes à atteindre. On s'est aperçu que, par exemple, dans le domaine de la chirurgie d'un jour, on pourrait aller beaucoup plus loin. C'est donc dans ce contexte d'une démarche où les principaux intervenants et les principaux décideurs... C'est pour ça qu'on parle, entre autres, des médecins qui, en bout de ligne, ont à changer leur pratique médicale, doivent reconnaître, dans une démarche comme celle-là, l'importance et la capacité de le faire. C'est ce qui s'est fait et c'est ce qui a amené les gens à convenir, en bout de ligne, que, de fait, on pouvait réduire de quelque 300 lits, qu'on pouvait même, si on voulait protéger les emplois, si on voulait protéger les services, réduire d'un bâtiment, chez nous, réduire d'un site. On pouvait se réaménager au niveau de nos administrations et avoir un secteur, un centre hospitalier dit de courte durée, alors qu'on pouvait avoir un autre centre hospitalier qui serait de moyen et long séjour.

Donc, on passe, dans un contexte comme ça, de quelque cinq centres hospitaliers à deux centres hospitaliers, au niveau des administrations, où les services seront offerts sur quatre sites plutôt que cinq comme on l'avait vu dans le passé. Ça vient mettre fin aussi à un très long débat qui existait en Estrie depuis de nombreuses années. Tout le monde avait reconnu la duplication des services, beaucoup de gens interrogeaient même le nombre de lits qu'on pouvait avoir, et tout ça. Et, évidemment, ça venait s'inscrire dans le contexte du virage et de l'accent qu'on devait mettre sur les services ambulatoires.

Tout ça était fait, aussi, en garantissant à la population et aux acteurs qu'on le réaliserait, mais en mettant en place les services ambulatoires. Je vais vous citer simplement un exemple de chiffres. Par exemple, chez nous, dans le domaine du maintien à domicile, on avait, en 1991-1992, 4 000 000 $ d'investis et, en 1995-1996, on a maintenant 11 000 000 $ d'investis. On a un plan qui prévoit que, de fait, on va investir dans nos CLSC, au courant des prochaines années, 3 000 000 $ pour assurer la mise en place des services ambulatoires. On

s'est assuré, au plan des ressources humaines aussi, qu'à toutes les fois qu'il y aurait du développement, de fait, on ne ferait pas qu'un transfert de budget, mais on s'assurerait d'un transfert de nos ressources humaines. Donc, protéger les postes, protéger les gens qui sont déjà à l'emploi dans notre système. Donc, c'est une démarche qui se veut coordonnée, qui veut impliquer l'ensemble des acteurs, qui nous permet de voir où l'Estrie s'en va et d'assurer à la population les services. Alors, c'est le cadre dans lequel on se retrouve.

Le Président (M. Perreault): Je ne veux pas vous arrêter, mais, si on veut permettre, peut-être, l'échange, je sens qu'on va avoir l'occasion de revenir sur certains aspects. M. le député.

M. Marsan: Juste un élément, rapidement. La première question, c'était la réaffectation du personnel. Ce que j'aimerais aussi savoir, c'est si vous allez atteindre l'équilibre budgétaire cette année. Et qu'arriverait-il — parce que je pense que vous nous démontrez, là, que vous avez un plan, vous avez travaillé — s'il y avait des coupures additionnelles extrêmement importantes, aussi importantes que celles qu'on a eues l'an passé, qui étaient données à la région de Sherbrooke?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Bon. Alors, à cette dimension-là, quand on regarde, quant à nous, l'avenir, on vous dit tout simplement qu'on a prévu le même taux de compression budgétaire pour la prochaine année, pour les deux prochaines années, en quelque sorte. Alors, c'est inscrit dans les plans. On a prévu 42 000 000 $, quant à nous, sur une période de quatre ans. Donc, la première année c'était 8 000 000 $, la deuxième année c'était 12 000 000 $, on en prévoit autant pour la prochaine année, et la planification est faite dans cette perspective-là, actuellement.

M. Marsan: Juste là-dessus, là.

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

M. Marsan: En tout cas, ça, c'était connu. On les a connus l'an passé. On nous a avisé sur trois ans, ce qui devait être coupé. Mais on nous a aussi annoncé dernièrement qu'il y aurait des coupures additionnelles extrêmement importantes qui devraient se rajouter. Alors, ma question, c'est que, s'il y a des coupures additionnelles dans l'Estrie, est-ce que ça va couper les services aux patients?

Mme Roy (Diane): Je voudrais peut-être ajouter. Écoutez, jusqu'à maintenant, on sait qu'on peut et on devra aussi continuer à regarder nos façons de faire. Il faudra, par contre, ouvrir aussi et regarder. On est aussi, je ne dirais pas pris mais obligé, avec, entre autres... On comprend le contexte budgétaire de la province. On sait dans quelle situation elle est. On accepte aussi et on fait bien comprendre à la population que, comme réseau de santé et services sociaux, on a notre part à faire pour contribuer à assainir les finances publiques. Et ça, je pense bien que les populations sont d'accord.

Mais ça fait aussi partie, je pense bien, d'un contrat social où il faut aussi regarder comment, là, comme contrat social, on va faire pour faire la lutte à la pauvreté, comment on va continuer à se doter des services de qualité en santé et services sociaux et, aussi, au niveau de tous les partenaires. Donc, bien sûr, il faudra regarder avec les employeurs, avec les employés, à travers les conventions collectives, comment on pourra faire en sorte de voir... Parce que là on se retrouve aussi dans le réseau avec des conventions collectives où on doit assurer la sécurité d'emploi. Ça crée une pression où c'est difficile de pouvoir jouer. Donc, bien sûr qu'il faudra, s'il y avait des compressions supplémentaires, peut-être, réfléchir, regarder ce qu'on peut faire au niveau des conventions collectives.

Il y a aussi le panier de services, est-ce qu'on doit y réfléchir tout le monde ensemble et regarder ce qui peut être fait? Il faudra, je pense bien, dans une perspective et dans un regard de contrat social où tout le monde est impliqué, où ça regarde tout le monde, finalement, la santé et les services sociaux, voir ce qu'on peut faire, jusqu'où on peut le faire et quelles sont les contributions qu'on pourra y apporter.

• *(14 h 50)* •

Mais on est aussi prêt à dire qu'il faut aussi regarder, chacun chez nous — pas toujours tirer chez le voisin — ce qu'on peut encore faire, comment on peut améliorer encore notre façon de travailler, notre façon de donner les services à la population. Il faut être capable de pouvoir aller plus loin et d'interpeller la population. Souvent, on resterait surpris, parce qu'ils sont aussi très imaginatifs et ils sont capables de nous donner de bonnes idées de comment faire.

Le Président (M. Perreault): Merci, Mme la présidente. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Oui. Moi, j'aimerais qu'on nous entretienne un peu, là, de toute la question des transferts de services que vous allez devoir ou que vous avez dû entreprendre dans le processus de transformation du réseau, des façons de faire, surtout en milieu hospitalier, avec le virage ambulatoire, la chirurgie d'un jour. Il y a des services, maintenant, qui doivent être prévus et j'aimerais ça, avoir un peu le portrait de ce qui s'est fait dans l'Estrie par rapport à ça. Qu'est-ce que vous avez commencé à faire ou vers quoi vous vous enlignez, là? Quels services, en priorité, vous allez transférer dans d'autres établissements, que ce soit dans les CLSC ou ailleurs?

Mme Roy (Diane): M. Duplantie va répondre.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, on a, de fait, tel que je le mentionnais tantôt, voulu s'assurer que la transformation dans le milieu hospitalier se ferait en

autant qu'on organisait les services dans la communauté, donc en autant que nos CLSC sont prêts à le faire. On en est exactement à cette étape-là. De fait, ces jours-ci, nous faisons le transfert du personnel de toute une équipe de gens du milieu hospitalier vers les CLSC, et, à partir du 4 mars, nos services dans tous les CLSC de l'Estrie seront ouverts 15 heures par jour, sept jours par semaine et vont être en mesure, à ce moment-là, d'apporter le suivi, par exemple, dans des situations d'hospitalisation d'un jour, dans des situations où on a réduit le séjour en centre hospitalier. Bon, on parle, et je pense que c'est bien connu, de toute la thérapie des antibiotiques intraveineux, à titre d'exemple, où on est assuré que les CLSC sont prêts à offrir le service. Et là il y a un lien qui est établi à deux niveaux: entre les infirmières, le niveau infirmier du centre hospitalier, et le niveau infirmier des CLSC, et de même entre le médecin traitant du centre hospitalier et les médecins traitants soit en cabinet privé, soit en CLSC. Alors, il y a donc, dans ce contexte, des ententes bien précises de faites sur des services spécifiques qui sont offerts par le centre hospitalier.

De la même façon, dans ce même contexte, on a vu toute la question, par exemple, des médicaments et on a vu la politique ministérielle qui a dit: Pour la période, entre autres choses, où les gens étaient hospitalisés, il faudrait être capable d'assurer les médicaments aux gens, donc, qui sortent du centre hospitalier. Et, ça, c'est couvert pendant ces mêmes périodes là. Alors, les ententes qu'on a faites entre nos CLSC et nos centres hospitaliers permettent de faire cette couverture-là.

Ce mois-ci, c'est la formation qui se donne à l'ensemble du personnel qui est transféré des centres hospitaliers vers les CLSC. Il faut dire, là-dessus, qu'on a eu une très belle collaboration du milieu syndical, qui a accepté que, de fait, on puisse ouvrir des postes en milieu hospitalier qui seraient par la suite transférés vers les CLSC.

Alors, je ne sais pas si ça répond essentiellement à ce que vous souhaitez?

Mme Charest: Bien, globalement, oui, mais j'aimerais avoir une idée plus précise du type de services que les CLSC vont assumer et qu'ils n'assumaient pas avant. Là, vous me parlez de l'entente sur les médicaments.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui.

Mme Charest: On pourrait y revenir plus tard, mais, dans un premier temps, surtout dans une opération comme celle qu'on est en train de faire, qui est la transformation du réseau, là, du tout au tout, ça crée, quand même, un certain climat dans la population. Et, entre experts ou entre gens du milieu, c'est facile à comprendre. Mais, concrètement, c'est quoi, les services que le CLSC offre maintenant et qu'il n'offrait pas avant que vous amorciez tout ce processus de réallocation de budgets et de services transférés?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, si vous me permettez, je vous fais la liste du volet un, qui est l'objet des transferts, essentiellement, vers les CLSC, qu'ils vont assumer: les soins chirurgicaux tant pour les usagers de soins d'un jour, lorsque nécessaire, que pour les usagers hospitalisés, et ce, dans le but de réduire la durée de séjour; les suivis post-hospitalisation et post-traitement d'un jour; les suivis postnatals, post-partum, pour permettre des congés précoces; le programme d'antibiothérapie intraveineuse — je le mentionnais tantôt — le traitement utilisant la pompe à perfusion programmable; hydratation intraveineuse par pompe ou autre; l'alimentation parentérale continue ou intermittente; un service de réadaptation avec le support de l'ergothérapie, de la physiothérapie; et les soins suivis à domicile des usagers en soins palliatifs. Ça, c'est la première phase. Il y aura, par la suite, une deuxième phase aussi qui est prévue, pour aller plus loin dans, justement, ce transfert de responsabilités. Mais voilà des responsabilités qui étaient assumées par le centre hospitalier et qui, maintenant, vont être assumées par le CLSC.

Mme Charest: Et comment vous avez prévu que les patients qui vont avoir à recevoir ces services-là d'un autre établissement que celui auquel ils étaient habitués sachent ça, l'acceptent et se plient de bonne grâce?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Bon, alors, dans un premier temps, d'abord, il y a de l'information générale qui est donnée sur ce virage-là, en soi. Mais, au-delà de ça, c'est, de fait, le service personnalisé, c'est-à-dire que la personne ne quitte pas le centre hospitalier sans avoir cette information-là, sans que le lien soit fait avec le CLSC.

Mme Charest: Qui fait le lien?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Trop souvent, ce qu'on a vu...

Mme Charest: Qui le fait le lien? C'est le médecin traitant?

M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est l'infirmière.

Mme Charest: O.K.

M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est vraiment le milieu hospitalier qui est organisé en fonction de ça. D'ailleurs, actuellement, on a une personne des CLSC qui est en milieu hospitalier pour s'assurer de ces types de situation et de faire la coordination lorsque nécessaire. Mais, à la base, ce sont les infirmières du centre hospitalier qui entrent en communication avec les infirmières du CLSC, et ce sont aussi les médecins qui se réfèrent. Et les médecins sont très préoccupés. La Commission médicale s'est, entre autres, préoccupée de cette situation-là, parce qu'elle voulait... Il a été un moment, par exemple, où on ne parlait que de transferts vers les

CLSC, et les gens disaient: Oui, mais il y a beaucoup de ces gens-là qui sont suivis par des médecins en cabinet privé, alors il faudrait être capable de faire le lien. Et c'est aussi une des dimensions, un lien, donc, qui est établi entre le médecin du centre hospitalier et le médecin soit de cabinet privé, soit du CLSC.

Mme Charest: Merci, monsieur. Même si ces questions vous apparaissent peut-être de la mécanique technique, je pense que le succès de l'opération repose sur ce genre de mécanique, et, si on veut que la population comprenne bien ce qu'on fait, c'est ce genre de mécanique qu'elle doit comprendre. Et c'est dans ce sens-là que je voulais vérifier un petit peu ce que vous aviez prévu pour que la population se sente plus à l'aise dans ce qu'on lui propose comme changement.

Mme Roy (Diane): J'ajouterais que ce que vous dites est tout à fait juste. Et ce protocole d'entente qui a été établi entre le centre de soins de courte durée et les huit CLSC du territoire est pour nous très important, parce que c'est vraiment comme vous dites, c'est une façon importante où la population se sent rassurée et se sent supportée. Bon. Quand tu sors d'une chirurgie d'un jour, ce n'est pas évident, pour monsieur, madame, peut-être, de savoir, bon: Qu'est-ce qui m'arrive? Je suis rendu chez nous, personne ne s'occupe de moi. Non, tout a été prévu. Il y a une infirmière qui s'assure... Bon, il y a des responsabilités qui sont dévolues au CH, au centre hospitalier, des responsabilités au CLSC. Et là les gens, après tant d'heures, quelqu'un appelle pour s'assurer que ça va bien. Je pense que c'est très important, et on est bien content d'avoir eu... Il y a eu une collaboration extraordinaire entre des représentants du centre hospitalier et des représentants des différents CLSC pour faire en sorte, je pense, que... Quand on dit qu'une de nos valeurs c'est le citoyen au coeur des préoccupations, c'était là une des façons tangibles de démontrer que, oui, on se préoccupe de la population.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Un petit ajout. Simplement vous dire que le patient doit aussi être d'accord. Ça fait partie du protocole que nous avons entre le CUSE et nos CLSC. Et les CLSC doivent définitivement être en mesure d'offrir le service, sinon la personne va demeurer en centre hospitalier.

Le Président (M. Perreault): Merci. Dans l'ordre, le député de Nelligan, ensuite le député de Johnson a demandé la parole, puis le député d'Argenteuil. Alors, M. le député de Nelligan.

• *(15 heures)* •

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup pour la présentation de la Régie régionale de l'Estrie. J'espère que le ministre a bien écouté quand la Régie a dit que les consultations populaires étaient utiles. Quand on peut profiter d'échanges, on peut tout apprendre ensemble, et effectivement je suis 100 % d'accord avec ça. Je pense que j'ai besoin de répéter des choses comme ça pour vous. Je suis d'accord avec la Régie régionale, je ne suis pas certain que je serai d'accord avec toutes les réponses à mes questions.

J'ai deux questions, une générale et une plus spécifique. Je vais cibler ma question un peu au directeur général en tant que, premièrement, membre régional de la commission Rochon. Te souviens-tu que je parlais de différences entre le président de la commission Rochon et le ministre Rochon? Les membres de cette commission peuvent savoir ma perspective. C'est ça, j'ai vu tout un changement. Comme membre de cette commission Rochon et aussi interlocuteur important dans le territoire de la Régie dans le volet services sociaux et, maintenant, comme directeur général de la Régie, est-ce que vous avez vu une différence entre l'approche que vous avez recommandée et l'approche maintenant?

Comme exemple, comme représentant privilégié de la perspective de l'Estrie, maintenant, pensez-vous que le pouvoir unilatéral de fermer les hôpitaux que nous avons trouvé dans la loi 83, le pouvoir que le ministre est allé chercher dans la loi 116, qui a heureusement été mise de côté pour le moment, ça respecte vraiment la vision de régionalisation que nous avons discutée?

J'ai essayé d'avoir une réponse de la dernière Régie régionale, je vais demander la question encore. Moi, j'essaie de simplifier les choses. J'ai compris, quand nous avons créé les régies, que ça serait plus régies, que ça serait moins ministère. Nous avons mis nos énergies dans le service. Je voudrais demander la question encore et je vais continuer de demander à chaque régie: Est-ce que nous avons trop de ministère? Est-ce que, avant de commencer à couper dans le service, on peut couper chez vous ou au ministère pour sauver de l'argent avec ça? Est-ce que, maintenant, nous avons une vision qui respecte toute la régionalisation? Sinon, avez-vous quelque avis à donner au ministre afin qu'on puisse profiter de cette consultation publique?

Le Président (M. Perreault): Vous bénéficiez de l'immunité parlementaire en répondant à la question.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: On vit dans une démocratie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): J'aimerais dire qu'on a parcouru un long chemin depuis la commission d'enquête et j'aimerais souligner que, à l'occasion des travaux de la commission d'enquête, une des grandes préoccupations que nous avions, c'était de s'apercevoir à quel point un établissement pouvait se protéger derrière la loi qui existait et qui faisait en sorte qu'on avait absolument besoin de l'autorisation du conseil d'administration pour pouvoir en modifier la vocation. En tout cas, moi, j'ai partagé avec les collègues, à ce moment-là, et notre président des préoccupations que nous pouvions avoir.

Et le fait que même l'Assemblée nationale ne pouvait pas, en quelque sorte, venir intervenir — et on a vu à Montréal, à titre d'exemple, comment un établissement a pu se protéger, dans un contexte où ça nous paraissait être tout simplement une approche très corporatiste qui faisait en sorte qu'on se protège derrière une loi, et ce, en utilisant les fonds publics — je dois dire que, personnellement, je suis tout à fait à l'aise avec le fait qu'on se soit donné, au Québec, le pouvoir d'intervenir dans des situations particulières et, moi, je comprends qu'à date il s'agit de situations exceptionnelles, qu'il s'agit de situations particulières et que, d'ailleurs, les régies régionales vont être associées à des dimensions qui sont de l'ordre de l'organisation des services, des orientations et des responsabilités des établissements dans le milieu, dans la région. Alors, sur ces dimensions-là, quant à moi, je pense qu'on a fait, depuis 1987, depuis 1988, un grand bout de chemin dans le sens des orientations de ce que proposait la commission et je pense qu'on va dans cette direction-là avec toute la question de la régionalisation telle qu'on la connaît aujourd'hui.

Tout n'est pas terminé. Je pense qu'on procède d'étape en étape, je pense qu'on a fait des virages très importants dans les deux dernières années. Je pense que le contexte aussi a permis ça. Je ne suis pas sûr que, il y a même trois ou quatre ans, on aurait pensé de se rendre aussi loin dans le domaine de la régionalisation qu'on l'est aujourd'hui. Je pense que, le contexte, autant il nous permet de modifier des choses dans les pratiques médicales, dans les pratiques hospitalières, autant il permet aussi de modifier des choses au niveau gouvernemental et dans la conception même que le gouvernement a de son fonctionnement avec, entre autres choses, les régions.

Alors, je pense qu'on est dans un contexte où on passe à travers un certain nombre d'étapes, qu'on a des choses à examiner entre le ministère et les régions et que les choses sont bien enlignées telles qu'elles le sont présentement, parce qu'on est dans un climat où on est capable de travailler ces choses-là, on est capable de se poser des questions sur les coûts administratifs. Parce que je pense que c'est à ça que vous en arrivez aussi, à nous interpeller et à dire: Est-ce que, de fait, les investissements qui sont faits là sont appropriés compte tenu de tous les autres changements? On est capables de se poser ces questions-là, présentement, le ministère et les régies régionales ensemble.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Avec ça, je vais redemander ma question au prochain groupe pour une deuxième partie de ma question. Mais merci beaucoup pour ta réponse.

Vous avez, dans toute l'excellente documentation que vous avez fournie — et merci beaucoup pour ça, parce qu'il y a beaucoup de clarification à plusieurs de nos questions... Mais, au questionnement 25, plus pour les personnes handicapées, tous les services pour les personnes handicapées, peut-être que je ne comprends pas quelque chose, et c'est pourquoi je voudrais demander la question: Est-ce que c'est correct, ma compréhension? Et une question plus générale: Qu'est-ce que la Régie est en train de faire pour ces personnes-là? Parce que, sur l'état de la situation sur les listes d'attente pour les bénéficiaires des programmes Transport hébergement et Soutien à la famille, dans vos documents, vous avez mentionné qu'en 1993-1994 c'était 21 %; en 1994-1995, c'est 421 %.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Non, c'est une erreur. C'est cinq ans.

M. Williams: Merci beaucoup.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Je pensais qu'on avait... On m'a dit qu'on avait transmis l'information...

M. Williams: Ah! excusez, j'ai...

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...mais, de fait, le nombre qui est inscrit là, tout simplement, n'est pas correct. Il s'agit plutôt d'une baisse, et d'une baisse importante, par rapport à l'année précédente.

M. Williams: Excellent, parce que j'ai vu les chiffres...

M. Duplantie (Jean-Pierre): Tout à fait. Vous avez tout à fait raison.

M. Williams: ...et j'ai dit: Il faut que je vous demande la question. Bon, parfait. Je laisse mes collègues demander quelques questions et je vais demander la parole un peu plus tard, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Perreault): Très bien. Alors, M. le député de Johnson.

M. Boucher: M. le Président, j'aimerais d'abord témoigner de l'appréciation que les gens de la région ont pour le travail qui a été fait à la Régie régionale de l'Estrie, une régie régionale qui a été prise avec un programme de réaménagement, de réallocation des ressources qui a été assez exceptionnel. On est probablement une des premières régions qui ont dû fermer un site, et ça s'est fait sans qu'il y ait eu de vague significative dans notre région. Ça veut dire que ça a été géré, jusqu'à maintenant, il faut quasiment le dire, de main de maître. Je tiens à ce qu'on félicite la Régie régionale de l'Estrie pour son travail. Je constate aussi, d'ailleurs, que mes collègues de l'opposition, les députés libéraux de l'Estrie, pensent comme moi, puisqu'ils ne sont pas à la commission parlementaire et qu'ils ont vécu la transformation sans mot dire et, je pense, avec approbation.

Ceci étant dit, j'ai un certain nombre de questions à poser à la Régie régionale. Une des questions qui était posée, qui était dans notre région une manifestation d'opposition, si on peut s'exprimer ainsi, a été la participation des syndiqués et des employés au processus. J'aimerais ça qu'on me dise de quelle façon on a pu les associer concrètement à la démarche et faire en sorte que, finalement, ce qui aurait pu être une réaction de la part des syndicats, ce qui aurait pu être un obstacle à notre démarche s'est amenuisé. Finalement, j'apprends aujourd'hui qu'ils sont partenaires sur le terrain et dans les faits de ce qui se passe. J'aimerais qu'on nous en parle un peu, parce que ça pourrait peut-être être un modèle pour d'autres régions où c'est plus difficile.

• *(15 h 10)* •

M. Duplantie (Jean-Pierre): Dans un premier temps, peut-être vous dire que c'est bien évident que, sur les choix d'orientation, le milieu syndical n'a pas été associé. Ce qu'on a fait, cependant, c'est de donner beaucoup d'information au milieu syndical, et là-dessus les gens étaient satisfaits de recevoir de l'information. Cependant, ils auraient aussi aimé, on ne s'en cache pas — ha, ha, ha! — être membres du comité d'orientation. Il y a un choix là qui a été important et qui s'est fait, chez nous, de ne pas les associer à ce niveau-là, mais, par ailleurs, de faire en sorte qu'ils soient vraiment bien informés à toutes les étapes et ensuite que, quand on commence à regarder la question de l'organisation interne de nos établissements, ils soient véritablement associés. À ce niveau-là, je demanderais d'ailleurs à notre directeur des ressources humaines de vous parler de la façon que le milieu syndical est associé présentement. Alors, M. Claude Lavoie.

M. Lavoie (Claude): Je pense qu'on peut voir la participation du milieu syndical à deux niveaux, c'est-à-dire, dans un premier temps, au niveau régional et, dans un deuxième temps, bien sûr, au niveau local. Lors des orientations de la Régie régionale, d'ailleurs, la Régie avait manifesté sa volonté de partenariat avec la partie syndicale. Alors, bien sûr qu'à l'intérieur de l'entente-cadre qui a été signée avec le ministère au niveau des différents syndicats — le syndicat CSN notamment — on a eu des rencontres d'information plus spécifiquement à ce titre-là, où il y a eu des rencontres pour informer la partie syndicale de toute l'orientation de la Régie, et, à ce titre, ils ont eu, quand même, une rencontre plus spécifique. Sur toutes les orientations, on a rencontré la partie syndicale. C'était plus au niveau régional — donc participation aussi aux audiences qu'il y a eu à la Régie, sur les documents de consultation — que les gens étaient interpellés et l'ensemble des syndicats était interpellé à venir interagir.

Dans un deuxième temps aussi, il y a eu des rencontres au niveau local. À titre d'exemple, on en a parlé un petit peu tout à l'heure, lorsqu'on s'est situé dans la réallocation des ressources humaines à l'intérieur des CLSC, il est bien sûr qu'à l'intérieur de ce redéploiement des ressources humaines il faut maximiser l'ensemble des opportunités, c'est-à-dire que, à toutes les fois qu'un poste devient vacant, on doit prendre tous les moyens pour pouvoir le combler par des gens déjà titulaires de poste. À ce titre-là, au moment où on se parle, ou au moment où on avait à entreprendre le processus, on sait que les listes de replacement selon les règles n'étaient pas suffisantes pour combler l'ensemble des postes. Alors, on s'est entendu avec l'ensemble des syndicats locaux, on a eu des rencontres avec eux, il y a eu des rencontres, bien sûr, locales, c'est-à-dire ressources humaines locales et, au niveau régional, avec l'ensemble des syndicats, pour favoriser de combler ces postes-là par des titulaires de poste, et ça s'est soldé par une entente pour afficher les postes dans les établissements, c'est-à-dire que l'ensemble des CLSC affichaient selon une répartition déterminée et entendue d'avance à l'intérieur des établissements, et le personnel, sur une base volontaire, appliquait sur les postes, et, une fois nommés, les gens étaient transférés.

L'ensemble des syndicats de la région a accepté ce processus-là qui, d'ailleurs... Les gens ont commencé, comme disait M. Duplantie, le 22, c'est-à-dire lundi de cette semaine. Alors, ça permettait de s'assurer de combler les postes par des titulaires de poste, de respecter aussi la base du volontariat des gens. Alors, voilà des exemples de...

Le Président (M. Perreault): D'autres questions, M. le député de Johnson?

M. Boucher: Oui, j'ai d'autres questions. On a regroupé des établissements de même catégorie. Dans l'Estrie, on s'apprête maintenant à regrouper des établissements avec des missions différentes. Ce que j'entends sur le terrain, notamment de la part des CLSC, c'est que la mission CLSC est tout à fait particulière. C'est une mission préventive, de première ligne, et elle risque d'être noyée dans une mission de centre d'accueil ou de centre hospitalier.

Avec la fusion prévisible du CLSC Alfred-Desrochers, par exemple, avec le CH de Magog, ou à Windsor avec le CHSLD du Val-Saint-François, est-ce qu'il y a cette préoccupation-là de maintenir la mission de première ligne et de s'assurer qu'il y ait une harmonisation qui se fasse? On sait comment ça peut être très difficile de marier des missions différentes.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. Alors, ça fait partie des principes directeurs de chacun des comités d'orientation, puisque, dans notre façon de travailler actuellement, au niveau de chacune des MRC, nous sommes en train non pas d'étudier l'opportunité de fusionner, mais plutôt l'opportunité de regrouper, parce qu'on peut le faire de différentes façons. On peut regrouper en fusionnant, on peut regrouper en ayant un conseil d'administration unifié, on peut regrouper à des niveaux de services administratifs tout simplement, tout en ayant maintenu deux conseils d'administration différents et tout ça. Donc, il y a différentes façons qu'on est capable de regrouper.

Ce qu'on souhaite, et les établissements sont passablement d'accord avec nous aussi... On a eu un document qui est allé en consultation auprès de l'ensemble des établissements, incluant les CLSC, dans lequel on a soumis ces hypothèses, donc, sur les façons de regrouper, parce que l'objectif est à la fois de protéger les missions... et on veut un virage ambulatoire. Il devient d'autant plus important, donc, de protéger les missions du CLSC, mais ça peut s'appeler autrement que de s'appeler un CLSC en soi, pourvu que les services soient là, et c'est ce que la population nous demande essentiellement. Donc, on dit: Il y a différentes façons.

On est allé en consultation. On a, de fait, adopté, au sein de la Régie régionale, un document d'orientation sur la question des regroupements et on voit là la possibilité, tant pour la région, par exemple, de Magog que pour toute autre région, de protéger la mission de l'établissement soit en faisant un choix de maintenir chacun des établissements sous un conseil d'administration unifié, ou encore de deux conseils d'administration, mais une seule direction générale pour l'ensemble des établissements. Ce sont des hypothèses possibles. Ou encore, si les établissements le souhaitent — et je me permets de dire qu'un de ces CLSC a demandé qu'on étudie la fusion avec les autres établissements — qu'on regarde cette possibilité-là aussi.

Alors, voilà essentiellement le cadre dans lequel le comité d'orientation fait les études. Il n'y a donc pas de décision. Le comité d'orientation fait les études selon un ensemble de paramètres, et on attend le résultat de ces travaux-là.

Mme Roy (Diane): Si vous me permettez, ce qui a été clair au niveau des échanges et dans les travaux, les études des comités en place dans chacun des territoires, c'est que tout le monde était d'accord pour s'assurer de préserver les missions. Ce qu'on disait, c'était: Il n'est pas nécessaire... Et tout le monde semblait aussi d'accord avec ça, qu'une mission ne se protégeait pas nécessairement et uniquement par une structure. Mais il faut aussi permettre aux gens de travailler et voir comment, effectivement, les formes de regroupement que chacun...

Parce qu'on convient aussi que chacun des territoires n'aura pas nécessairement la même organisation pour... Il va y avoir un choix où la communauté va décider comment elle organise ses services, dans quel cadre. Donc, est-ce que ce sera un, deux, trois établissements? Ils auront des choix à faire, bien sûr à l'intérieur de cadres prévus et de cadres bien connus où la Régie régionale se situe. Il y a un cadre budgétaire, il y a un cadre d'orientation auquel ils doivent répondre, mais, l'organisation, ils ont aussi des choix à faire et ils pourront aller de l'avant à ce niveau-là.

M. Boucher: Il me resterait, M. le Président...

Le Président (M. Gaulin): M. le député de Johnson, oui.

M. Boucher: ...des questions plus pointues, plus techniques.

Le Président (M. Gaulin): Ça va.

M. Boucher: On a, dans la région, critiqué beaucoup le fait que, il y a deux ans, on a réaménagé la salle d'urgence de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à grands frais et puis que maintenant on a fermé le site. Bon, c'est chose du passé, on va vivre avec. Et c'est une décision qui a tenu compte de ça aussi lorsqu'elle a été prise, j'en suis convaincu. Actuellement, il est question de réaménager le centre hospitalier de Windsor avec un montant de 3 600 000 $. Par contre, j'entends dire qu'on aura besoin bientôt de 27 lits de longue durée et qu'il y aurait, avec d'autres aménagements, l'intégration de certains services externes de CLSC, même d'espace pour le CPEJ, etc.; qu'il faudrait peut-être penser, dans trois ou quatre ans, à construire d'autres édifices, de sorte qu'on arriverait à des dépenses plus importantes.

Je me suis dis: Compte tenu de ce qu'on a vécu dans le passé, où on a investi dans ces centres hospitaliers qui changent de vocation un an après — parce qu'on est dans toute la réorganisation du réseau — puis qu'on considère que c'est des dépenses qui sont inutiles, qui sont perdues, est-ce qu'il y a moyen, dans ce cas-là plus précisément, de penser, avant d'effectuer cette dépense-là de 3 600 000 $, de prévoir à plus long terme?

Le Président (M. Gaulin): Mme Roy ou M. Duplantie.

Mme Roy (Diane): D'abord, la salle d'urgence de Saint-Vincent-de-Paul, on va tenter... Parce que, même si on doit fermer la bâtisse comme hôpital de soins de courte durée, bien sûr on veut faire une bonne utilisation, pour d'autres fins dans le réseau, de cet établissement, et je pense bien qu'on va aussi tenir compte de l'aménagement de cette salle pour l'utiliser de façon intéressante et faire en sorte que les deniers qui ont été investis servent à bien servir la population.

Concernant le centre de Windsor, je ne sais pas si c'est M. Courchesne ou M. Duplantie qui veut y répondre.

• *(15 h 20)* •

Le Président (M. Gaulin): M. Courchesne.

M. Courchesne (Robert): Oui. La proposition de réévaluer le projet de construction tel qu'il avait été élaboré il y a un an, je l'ai faite personnellement à des représentants du centre d'hébergement à partir du moment où les études qu'on était en train de faire nous démontraient qu'effectivement il pourrait s'ajouter des lits de longue durée sur le territoire plus particulier de Windsor. La proposition a été faite juste avant Noël, et on s'est donné un délai pour étudier la question. On doit se revoir au cours des semaines qui viennent, et, si on estime qu'effectivement ce serait préférable, à ce

moment-là on engagera des discussions avec des représentants du ministère. Mais, effectivement, les études, qui malheureusement n'étaient pas sur la table, qui n'avaient pas été faites précédemment, nous démontrent aujourd'hui ce besoin, et on va aller dans le sens, évidemment, de mieux dépenser les fonds publics.

M. Boucher: Merci, M. Courchesne. Dernière question. Mon établissement employeur, le CLSC SOC, devrait être regroupé, fusionné -- enfin, le terme, vous le choisirez vous-même. Est-ce que vous pourriez me faire un état de la situation, puisque des gens me posent des questions à ce sujet-là?

Mme Roy (Diane): Ça aussi... C'est ça. Ha, ha, ha!

M. Boucher: Et je m'en pose moi-même, d'ailleurs, parce qu'il semble que mon poste a été aboli.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Gaulin): Mme Roy.

Mme Roy (Diane): Je vous dirai qu'à ce moment-ci il n'y a pas eu de décision. Le plus loin qu'on s'est rendu, c'est que, sur le territoire de la MRC de Sherbrooke, il y a deux CLSC, dont le CLSC SOC et, le deuxième, le CLSC Gaston-Lessard, et ce qu'on a convenu avec les deux CLSC -- d'ailleurs, on attend encore la décision d'un conseil d'administration, celui du CLSC SOC — c'est de pouvoir regarder, avec une étude, les faisabilités, regarder comment l'organisation des services des deux CLSC sur le même territoire pourrait se faire. Donc, je pense qu'on est encore très loin d'un regroupement ou d'une fusion, mais en disant: Si on va de l'avant dans une étude, on pourrait être à même de pouvoir, après ça, répondre.

Parce que, aussi, on est questionné par la population. Quand les gens voient, bon, deux CLSC sur un même territoire et puis qu'on voit des compressions, bien, les gens questionnent, et puis on pense que c'est tout à fait de bonne augure d'être capable de faire les études. Et, si les études démontraient qu'il faut qu'il reste deux CLSC, bien, au moins on saura dire pourquoi et on se sentira très à l'aise de le dire. Mais on pense qu'il faut au moins regarder et faire l'exercice de voir comment on peut rationaliser au maximum tout ce qui est encadrement et les structures administratives. C'est la voie qu'on a choisie pour s'assurer de garder le maximum de services à la population.

On en est donc rendu là. Ce n'est pas très avancé, c'est plus au niveau des discussions, et on est donc en attente de ce que le conseil d'administration du CLSC SOC pourrait décider d'ici la fin du mois.

M. Boucher: M. le Président, je tiens à remercier Mme la présidente, M. le directeur général de la Régie régionale et tout le personnel.

Le Président (M. Gaulin): Très bien, M. le député de Johnson. En alternance, M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. D'abord, j'aimerais vous remercier d'être venus partager avec nous l'expérience que vous vivez. Je dois vous dire, tout comme ce matin, que je suis hautement impressionné par la capacité d'adaptation des régies — que ce soit celle de l'Outaouais ou celle de l'Estrie — à la réforme, parce que, ici, je dois vous dire que, dans le langage parlementaire, on ne parle pas de coupures: c'est une réforme, non pas des coupures. Alors, il faudrait s'habituer à ce langage qui est différent.

Une voix: Des convertis.

M. Beaudet: Ha, ha, ha! Je suis déjà converti... Cependant, j'ai des questions, parce que je suis convaincu que les CLSC — il y en a huit dans votre Régie — ne sont sûrement pas tous ouverts 7/24. Devant cette démarche où tous les CLSC ne sont pas ouverts 7/24 et où vous acheminez les malades en chirurgie d'un jour vers ces CLSC, je me suis questionné non pas seulement aujourd'hui, mais il y a déjà plusieurs mois, parce que j'en ai déjà parlé en commission parlementaire, sur le bien-fondé d'acheminer les malades, ou les patients — j'aime mieux «patients» que «clients» ou «bénéficiaires» — vers les CLSC en post-chirurgie d'un jour ou dans les soins ambulatoires. Parce que, là, vous mentionnez que vous allez ajouter des ressources de 3 000 000 $ dans les CLSC pour accueillir ce genre de soins.

Il me semble donc qu'on aurait été mieux de les laisser dans les hôpitaux, où déjà vous évitez toute cette transmission d'une infirmière à une autre infirmière, d'un médecin à un autre médecin, et par la compétence d'un individu qui lui-même a fait le traitement, qui devrait être le premier consulté en cas d'un problème... Alors, là, on a fait la démarche inverse. On a pris l'individu compétent, capable de régler le problème, mais on a envoyé le patient à un autre, qui devra, lui, recommuniquer, qui ne le retrouvera pas nécessairement. Et je crois qu'on a ajouté des éléments de complexité, de difficulté de transmission, qui n'étaient probablement pas nécessaires, en transférant la charge des soins à domicile ou des soins de pansement aux CLSC.

Je ne sais pas si, dans votre démarche, vous avez envisagé la possibilité de garder cette démarche-là dans les centres hospitaliers, qui, eux, effectuent les soins soit d'une chirurgie d'un jour ou les soins ambulatoires.

Le Président (M. Gaulin): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. D'abord, j'aimerais vous dire que, nous, on croit qu'il s'agit d'une réforme, au point de départ, et qu'il ne s'agit pas simplement de compressions budgétaires. C'est très important...

M. Beaudet: Mme Marois a parlé de compressions.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...parce que c'est toute la vision qu'on a, justement, de l'organisation des services par la suite.

Pourquoi en CLSC plutôt qu'en centre hospitalier? Il faudrait voir les coûts de ces services-là qu'on a offerts en centre hospitalier, il faudrait voir à quel point ils sont appropriés. Pourquoi, aujourd'hui, on est capable de passer, par exemple, à de la chirurgie d'un jour là où on avait de la chirurgie qui durait trois, quatre, cinq jours et qui s'installait sur une semaine ou deux, où même des gens nous disaient: Pourquoi je suis encore à l'hôpital? C'est tout ça, le virage. C'est l'orientation, c'est la promotion, c'est la prévention. C'est l'orientation sur des services beaucoup plus légers et appropriés, et non pas de dire: On a réduit les services, on n'offre plus les services à la population. C'est le discours qu'on tient en Estrie et c'est le discours dont on fait état à chaque semaine dans l'hebdomadaire de notre région, hein, dans le quotidien de notre région, *La Tribune*, où on a des ententes pour faire la démonstration à la population de ce qui se passe dans le virage ambulatoire, essentiellement.

Donc, on dit: Pourquoi on oriente ça vers les CLSC? C'est une autre conception de l'organisation des services, c'est une autre conception de la pratique médicale et de la pratique hospitalière aussi, et on pense — et tantôt on vous en faisait mention — qu'en investissant de la façon qu'on le fait on va même leur offrir plus de services, parce que ces services-là nous coûtent moins cher aussi et qu'ils sont beaucoup plus appropriés.

Ce n'est pas simplement aussi vis-à-vis des services hospitaliers, c'est parfois vis-à-vis de l'ensemble de nos services d'hébergement, où on réussit à maintenir des gens qui souhaitent demeurer dans leur domicile plutôt que d'aller en hébergement. C'est tout ça, le virage. Pour nous, oui, on a des compressions, par exemple, on vous le mentionnait tantôt, de l'ordre de 42 000 000 $, mais, oui aussi, il y a un réinvestissement de l'ordre d'à peu près 26 000 000 $ qui est calculé et où on pense qu'on va être capable d'offrir une gamme de services beaucoup plus importante et de maintenir les services à notre population, et c'est sur cette base-là que nous travaillons présentement.

Le Président (M. Gaulin): M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Oui, mais je pense que vous ne m'avez pas compris. Pourquoi transférer les responsabilités du suivi du patient, qui est opéré, ou qui a eu une chirurgie d'un jour, ou qui a eu des soins ambulatoires, au CLSC, alors que le même service aurait pu être offert par les hôpitaux?

Vous nous disiez tantôt que vous aviez commencé une formation du personnel hospitalier pour l'envoyer dans les CLSC. Pourquoi ne pas les avoir formés et les laisser à l'hôpital, faire la transmission directe entre le médecin, l'infirmière sur place et le milieu du patient, c'est-à-dire chez lui, au lieu de passer par un autre intermédiaire, qui devient le CLSC?

Puis peut-être que le ministre pourra me corriger dans cette avancée, mais je pense que — dans son esprit, en tout cas — à certains endroits, il voit un centre de santé. Si on voit un centre de santé, ça devrait, dans mon esprit en tout cas, comprendre le CLSC. Mais, dans la majorité des cas, actuellement, le CLSC est dans une autre institution. Donc, on introduit un élément d'erreur, un élément de défaut de transmission — la communication ne s'est pas faite — le problème d'un autre médecin qui ne sait pas exactement ce qui s'est passé: il n'était pas à l'opération, il ne sait pas exactement quelle est l'infection que le malade a, lui, qui a sa pompe à infusion. Il y a un tas de données qui ne seront pas nécessairement accessibles aujourd'hui au CLSC.

• *(15 h 30)* •

Les informations le seront probablement dans le futur à cause de l'informatique puis des dossiers qui vont cheminer sur écran cathodique, mais on n'est pas encore tout à fait rendu là. Je dois vous dire, ça va prendre encore quelques années. Parce que nos étudiants, il y en a 21 par ordinateur, on n'est pas rendu à en avoir partout dans les hôpitaux. Alors, c'est cette transmission-là qui m'inquiète. Ma question, c'était: Est-ce que vous avez envisagé de ne pas la transmettre aux CLSC, mais de la laisser à l'hôpital, avec le personnel que vous êtes obligés de réaménager pour faire cette transformation vers les soins ambulatoires?

Mme Roy (Diane): À partir du moment où on a pris comme orientation qu'on voulait faire en sorte... Parce qu'on identifiait très bien que les soins en milieu hospitalier, c'est là où il y a des coûts importants, et l'orientation qu'on privilégiait, c'étaient les services les plus simples possible, le plus près possible du milieu de vie de la personne. Donc, à partir du moment où on choisit ça et qu'on décide qu'on va de l'avant dans ce qu'on appelle le virage ambulatoire, bien, il faut faire en sorte de savoir comment on va déplacer et les argents et le personnel, pour faire en sorte que ce n'est pas le patient qui va se déplacer, mais que c'est le personnel qui va se déplacer. Un exemple...

M. Beaudet: Le personnel peut se déplacer à partir de l'hôpital comme à partir du CLSC.

Mme Roy (Diane): Regardez, je vais vous donner un exemple qu'on avait d'ailleurs publicisé dans un journal parce que c'était un exemple bien intéressant. Un jeune enfant de huit ans qui a eu un problème d'infection suite à une coupure qui s'est aggravée, et tout ça, et qui a dû aller en milieu hospitalier parce que, vraiment, c'était grave, et qui aurait dû rester là une très longue période pour recevoir de l'antibiothérapie parce que c'était vraiment très important. Avec le virage et avec la prise en charge de l'antibiothérapie à domicile,

cet enfant-là, qui allait à l'école — parce que ça s'est passé pendant l'école, je pense, au mois d'avril ou mai, peu importe — bien, cet enfant-là, grâce aux services offerts par le CLSC et avec un suivi au niveau de l'antibiothérapie à domicile, a pu sortir de l'hôpital aussitôt que sa situation a été bien stabilisée, a pu retourner chez lui. À tous les jours, une infirmière se présentait et faisait le changement nécessaire pour continuer le service d'antibiothérapie. L'enfant a pu continuer à aller à l'école, donc il n'a pas manqué, il n'y a pas eu de perte de durée d'école. En plus, comme c'était près de la fin d'une année scolaire, il y avait un voyage organisé, il a pu participer à son voyage. C'est toute la dynamique qui a fait en sorte que ça a amélioré la condition de vie de la personne, et à des coûts moindres, et avec une adaptation beaucoup plus facile pour la personne. Mais c'est bien sûr que c'est un choix, c'est un choix que le service dans le milieu...

M. Beaudet: Vous ne me comprenez pas. Vous ne me comprenez pas.

Une voix: Non, non, bien, je voudrais...

M. Beaudet: La même infirmière qui est allée voir le petit «pit» chez lui aurait pu partir de l'hôpital pour aller chez lui au lieu de partir du CLSC, sauf que là vous avez fait un élément de transmission essentiel entre l'hôpital qui a décidé de l'antibiothérapie, le docteur qui l'a vu, qui a fait le diagnostic, qui a interprété la microbiologie, et celui qui est au CLSC et qui ne connaît rien là-dedans.

Une voix: ...

M. Beaudet: Non, non, une minute, là! Un microbiologiste, c'est un microbiologiste et un omnipraticien qui travaille au CLSC, c'est un omnipraticien qui travaille au CLSC, avec tout le respect que je leur dois. Alors, c'est ça que je veux vous dire. Est-ce que cet élément-là a été investigué chez vous, de ne pas utiliser le CLSC comme transmission pour aller à domicile, mais d'utiliser l'hôpital? C'est ça que je cherche.

Le Président (M. Gaulin): M. le député d'Argenteuil, si vous permettez, je ne sais pas, étant donné que vous avez l'impression d'être mal compris, est-ce que vous permettriez, puisque vous avez interpellé le ministre, qu'il intervienne ad hoc?

M. Beaudet: Bien sûr.

Le Président (M. Gaulin): Oui? Parfait. M. le ministre.

M. Rochon: Très brièvement, parce que je pense que la question que le député d'Argenteuil pose, ça dépasse la situation. C'est-à-dire que ce n'est pas unique, ce n'est pas particulier à la situation de la région de l'Estrie. C'est comme ça que ça se passe dans l'ensemble du Québec. Et je peux comprendre la question qui est posée, parce qu'il s'agit d'un modèle d'organisation alternatif, en fait. Ça aurait pu être ça. Dans certains pays, c'est ça. Et c'est le modèle de ce qui était... un modèle — puis, là, je ne dis pas ça parce qu'il est démodé, parce que certains pays l'ont pris et l'ont développé, à partir des années soixante, soixante-dix — qui était le fameux «community-based hospital», qui était vraiment le modèle vertical où, à partir de l'hôpital, des équipes de l'hôpital, on diversifiait et on allait rejoindre le plus possible dans la communauté. Et, encore une fois, dans certains pays, il y a ça, et ça peut marcher, il n'y a pas d'erreur là-dessus.

Maintenant, au Québec, à partir du moment où ces choix-là sont faits, pour différentes raisons — là, on pourrait revenir et refaire l'histoire de ça... Il y a un autre choix de modèle qui a été fait, qui a été de développer un réseau à l'horizontale et un système de première ligne. Et ça aussi, il y a d'autres pays qui se sont développés comme ça. Et on a maintenant, aujourd'hui, après 20 ans, effectivement, un des réseaux de système de première ligne les plus développés au monde et les plus articulés et consolidés au monde.

Alors, faire ce qui est suggéré par le député d'Argenteuil, M. le Président, ça fait du sens, mais, nous autres, ce serait vraiment de revenir 20 ans en arrière et de reprendre une autre voie de développement de modèle, alors qu'on a un autre type de modèle, mais qui marche bien aussi.

Maintenant, dans les faits, quand on dit qu'on transfère aux CLSC, dans une organisation qui doit apprendre à faire ça, ce n'est pas la réalité. Les CLSC sont devenus, si je peux me permettre l'expression, les spécialistes du maintien à domicile depuis 10 ans. Ça fait partie de leur mission spécifique. Il y a 10 ans, il faut se rappeler, il y avait eu un comité, qu'on a appelé le comité Brunet à l'époque, qui avait fait un travail important, parce qu'il y avait un questionnement sur l'orientation des CLSC — travail communautaire, travail social... Vous vous rappelez, là. Bon. Et une des choses qui étaient sorties de ça, c'était: Les CLSC pourront faire beaucoup de choses et continuer, mais il y a un noyau de mission sur lequel ils vont tous cibler. Puis, ça, il y a eu un consensus là-dessus et ça s'est fait. Alors, les spécialistes du maintien à domicile, c'est les CLSC. Ça, là-dessus, ils ont vraiment démontré ce qu'ils peuvent faire.

Ce qu'il leur faut maintenant, par exemple, c'est d'avoir plus de ressources pour en faire plus, parce que le volume augmente avec la transformation du système, et aussi une diversification plus grande de types de services qu'ils donnent. Et, d'ailleurs, dans la réalité, c'est assez bien compris; l'impact que ça a donné, c'est que les centres hospitaliers, au lieu de se développer à la verticale en allant dans la communauté, se développent en consolidant plus fort un tableau technique plus spécialisé, plus important sur le plan de la technologie de

deuxième ligne. Et, ça aussi, c'est parfaitement harmonieux. Alors, je comprends votre question, moi. Ça aurait pu être ça, mais ça n'a pas été notre histoire, et le modèle qu'on a travaille très, très bien.

Et je finirai en disant... Vous prenez l'exemple du microbiologiste, et j'ai vu dans différentes régions aussi... L'antibiothérapie, c'est peut-être la pointe la plus spécialisée de types de services qui ont commencé à s'intégrer dans le maintien à domicile. La technologie est allée le plus loin pour rendre quelque chose d'assez complexe disponible à domicile. Il y a ça puis le domaine de la dialyse rénale, peut-être, qui sont les secteurs de pointe sur le plan technologique, là-dedans. Et on voit que les premiers, les spécialistes des centres, sont plus intéressés à travailler avec une organisation de première ligne qui a toute une infrastructure capable de faire face même à des imprévus que d'avoir une pointe verticale dans les services très spécialisés.

Alors, je pense que c'est à peu près ça qu'est la réponse à votre question. Il y a deux modèles qui sont bons. On en a choisi un au Québec, on l'a développé, on l'a bien développé, et il fonctionne bien. Et, comme je dis de temps en temps, si ce n'est pas brisé, on ne va pas commencer à réparer ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Ça fait que la réponse à ma question, c'est non.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Mais, si vous permettez...

Le Président (M. Gaulin): ...M. le député d'Argenteuil.

Mme Roy (Diane): Mais ce n'est pas nécessairement non.

M. Beaudet: Vous me permettrez...

M. Duplantie (Jean-Pierre): Mais je vous dirais que ce n'est même pas exact...

M. Beaudet: Bien, en tout cas...

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...quand vous répondez non, parce que, dans les discussions...

M. Beaudet: Vous avez peut-être exploré, mais...

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...que nous avons eues avec le centre hospitalier, sa première orientation, c'était le maintien des services, ce qui amenait justement toute la discussion à savoir...

M. Beaudet: Qui le faisait.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...qui le faisait. Et là il y a des enjeux tels qu'exprimés et qui sont de l'ordre des pratiques professionnelles aussi, des philosophies, et comment on va l'organiser. Et, nous, le choix qu'on a fait — et le centre hospitalier s'est dit tout à fait d'accord avec ça — c'est d'orienter vraiment ce qu'est la première ligne dans le milieu.

M. Beaudet: D'accord.

Le Président (M. Gaulin): M. le député d'Argenteuil, une dernière question peut-être.

M. Beaudet: Oui, je veux juste toucher, avant de vous laisser aller vers d'autres, le problème des effectifs médicaux. On lisait récemment — bien, récemment, il y a un certain temps... le problème des anesthésistes à Lac-Mégantic. Est-ce que, dans tout le territoire que vous couvrez, la couverture médicale est adéquate, suffisante, ou si vous prévoyez continuer à avoir des lacunes ou des manques d'effectifs dans certains noyaux de votre territoire?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Le problème le plus important...

Le Président (M. Gaulin): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...nous l'avons eu avec Lac-Mégantic eu égard aux anesthésistes et, auparavant, c'était eu égard aux chirurgiens en soi. Je vous dirais qu'à ce moment-ci nous avons une entente avec les médecins spécialistes qui assurent la couverture de services et il n'y a pas de difficulté. Ce qu'on entrevoit à moyen terme, c'est de pouvoir nous-mêmes assumer en région cette responsabilité à l'égard de Lac-Mégantic à partir de médecins...

M. Beaudet: D'autres noyaux.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...qui se seraient installés à Sherbrooke. Déjà, la réflexion est amorcée. Bon, on n'a pas été capable d'aller assez rapidement, compte tenu des urgences qu'on avait, pour être capable de mettre les choses en place, mais, déjà, des médecins ont manifesté leur intérêt. Et ce qu'on entrevoit, donc, à travers la réorganisation, c'est, de fait, d'aborder ce problème-là. Alors, on vous dirait que... Donc, le problème des effectifs médicaux a été surtout au niveau de ces deux spécialités-là.

• *(15 h 40)* •

Du côté des médecins omnipraticiens, il n'y a pas réellement de difficulté, c'est sporadique présentement, et on a un comité de la Commission médicale qui est en train d'examiner toute la question de l'organisation des services et comment on pourrait restructurer. Les médecins eux-mêmes pourraient se réorganiser entre eux pour assurer la gamme des services partout sur le territoire. Alors, là, c'est une volonté, je dirais, à la fois de la

Fédération des médecins omnipraticiens sur notre territoire, médecins en CLSC, d'examiner comment ils vont travailler en complémentarité pour, au niveau de l'«omnipratique», assurer la gamme des services et même les assurer dans une complémentarité quant aux heures d'ouverture, cabinets privés versus CLSC. Alors, c'est un travail qui est amorcé, qui est en cours présentement.

M. Beaudet: Est-ce que c'est ça qui a motivé votre projet de salariat — on entend parler qu'il y a un projet de salariat dans la Régie — à la Régie, pour les médecins? Il y a un projet à l'étude.

M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est-à-dire qu'il y a des choses...

M. Beaudet: Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Il y a des choses, chez nous, qui sont à l'étude, compte tenu d'un centre hospitalier universitaire, qui est toute l'idée des plans de pratique. Il faut examiner ce que ça peut signifier. Alors que la moitié de nos médecins faisait partie du centre hospitalier universitaire et l'autre moitié faisait partie des deux hôpitaux généraux du centre-ville...

M. Beaudet: Ça a créé un problème.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...ça amène, évidemment, une certaine complexité. On a un comité qui est en place et qui est en train d'étudier ça avec la collaboration des médecins. Et il y a différentes propositions qui nous arrivent de différents groupes de médecins dans ce contexte-là.

M. Beaudet: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Merci, M. Duplantie. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Moi, je voudrais revenir sur un autre élément de toute la transformation, c'est la situation qui peut prévaloir dans les urgences de vos centres hospitaliers. Compte tenu de la transformation que vous êtes en train de réaliser — on entend souvent les craintes du personnel à l'effet que les urgences peuvent encourir des trop-pleins et avoir de la difficulté à répondre à la demande — compte tenu que soit le virage ambulatoire pourrait amener une clientèle qui reviendrait à l'hôpital ou, enfin, des gens qui seraient mal dirigés et qui aboutiraient, de toute façon, à l'urgence, j'aimerais que vous me parliez un peu de la situation aux urgences. Je ne sais pas si c'est...

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, au niveau des urgences...

Le Président (M. Gaulin): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...ce que nous pouvons vous souligner à ce moment-ci, c'est qu'il y a un très bon fonctionnement tel qu'apprécié par le GTI au niveau de la province. On est en deçà des normes. Il n'y a pas d'attente. Bon, on n'a pas de gens couchés sur des civières dans les corridors et ce genre de chose. Ce qu'on entrevoit, c'est une réorganisation importante de nos services d'urgence, c'est bien évident. On a actuellement 206 000 visites à l'urgence.

Mme Charest: Vous avez combien de centres hospitaliers avec une urgence présentement?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, là, on parlait de quatre centres hospitaliers de courte durée à Sherbrooke. C'est vraiment de ça qu'il est question. Alors, ces quatre centres hospitaliers là, ça représentait 206 000 visites à l'urgence. Nous, ce qu'on calcule, c'est d'être en mesure, avec la réorganisation dont je parlais tantôt, tant au niveau des cabinets privés, des CLSC — quant à de l'ouverture pour du «sans rendez-vous», par exemple — de réduire à environ 125 000 le nombre d'urgences au niveau du centre hospitalier qui va demeurer. Et là il y a possibilité, donc, de deux sites où les gens pourraient se présenter. On réduirait donc de quatre sites à deux sites.

Il faut souligner que simplement l'annonce de la transformation du centre hospitalier de Sherbrooke, Sherbrooke Hospital, qui doit fermer son urgence le 1er avril, a fait en sorte qu'ils ont été amenés à fermer leur urgence de nuit l'été passé. Donc, depuis ce temps-là, il y a eu une diminution importante. Le centre hospitalier est obligé de faire de l'annonce pour maintenir ses services hospitaliers, pour dire qu'il était toujours ouvert, et que la date effective serait le 1er avril, sinon la population va déjà commencer à se déplacer.

On a connu, on connaît une baisse, présentement, des visites à l'urgence au niveau du centre hospitalier Saint-Vincent-de-Paul, puisque ce site a été identifié comme devant fermer éventuellement aussi et, même si c'est prévu pour à peu près dans un an et demi, toute la planification, ça fait en sorte que, déjà, les gens se déplacent. Et on s'aperçoit que les gens ne se déplacent pas simplement vers les deux sites qui demeurent, soit l'Hôtel-Dieu ou le CHUS, mais qu'ils se déplacent vers les cabinets privés, ils se déplacent vers les CLSC et qu'il y a un travail important qui est fait par Info Santé. Il faut souligner qu'Info Santé, présentement...

Mme Charest: Le centre de triage.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...répond à 1 200 appels par semaine. Alors, c'est absolument... ça dépasse tout ce qu'on avait pu prévoir au niveau de la région. Alors, tout ça fait en sorte qu'on prévoit une baisse importante. Et, avec nos médecins urgentologues, on est à examiner l'organisation, donc, sur deux sites,

pour les urgences majeures et une partie des urgences mineures, dans un premier temps. Alors, on tient actuellement l'orientation à l'effet qu'il n'y aurait que deux sites pour les urgences et qu'on serait en mesure d'assumer ça si toute notre organisation, au niveau des cabinets privés et des CLSC, se met en place tel que prévu.

Mme Charest: Merci.

Le Président (M. Gaulin): Merci. M. le député de Robert-Baldwin, porte-parole de l'opposition officielle.

M. Marsan: Oui. Je sais qu'il ne reste pas grand temps. J'aurais une petite question, très rapide, sur les assemblées régionales. Vous savez que c'est dans votre mandat, d'après la loi 120, de veiller au bon fonctionnement et à la formation d'assemblées régionales. Est-ce que ça a fonctionné dans votre région?

Mme Roy (Diane): Ça a fonctionné, à tout le moins, en tout cas au tout début, pour la mise en place puis l'élection pour les conseils d'administration de la Régie. Ça a été difficile. Je vous dirais que de garder le fonctionnement d'une assemblée régionale tel que défini dans la loi et comment on devrait le travailler, c'est très difficile. Les gens, pour toutes sortes de raisons, quittent ou... Si on prend le collège électoral des municipalités, il s'agit que quelqu'un ne soit pas élu lors d'une élection dans sa municipalité pour perdre sa qualité de pouvoir siéger à l'assemblée régionale. Ça n'a pas été un succès pour le rôle qu'ils devaient jouer, tel que défini dans la loi. Par contre, pour l'élection, ça a bien fonctionné.

Le Président (M. Gaulin): De consentement mutuel, M. le député de Robert-Baldwin, on pourrait s'entendre pour terminer à 16 h 10, étant donné qu'on a commencé 10 minutes en retard. Vous avez une autre question?

M. Marsan: Non, ça va aller.

Le Président (M. Gaulin): Ça va? Oui. J'ai vu M. le député de Nelligan, ça vous convient?

M. Williams: Oui. Merci beaucoup.

Le Président (M. Gaulin): Vous voulez poser une question?

M. Williams: Oui.

Le Président (M. Gaulin): Oui, d'accord.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Je suis heureux que, pendant votre excellente présentation sur ce qui se passe dans l'Estrie, vous ayez mentionné l'importance des minorités linguistiques et des communautés culturelles: 10 % de la communauté est d'expression anglaise, 3,8 % des communautés culturelles, allophones, plus ou moins. Je sais qu'il y a toute une expérience que vous avez pilotée sur l'accessibilité et je voudrais, si vous le pouvez, que vous décriviez ça un peu.

Mais j'ai une question spécifique, encore une fois, sur le rôle privilégié qu'une régie peut jouer. Selon mon interprétation de l'histoire dans l'Estrie, nous avons bâti deux réseaux pendant les années... Il y a un réseau public, mais la communauté d'expression anglaise, par choix, à ce temps-là, a utilisé, particulièrement pour les services aux personnes âgées, un réseau plus privé. Maintenant, il y a des besoins de plus en plus difficiles et il y a un mélange des deux. Sauf quand on parle de financement, quand on essaie d'adapter, de temps en temps, les règles que nous avons décidées au Québec, c'est un peu plus difficile de les adapter.

J'arrive avec un cas. Je pense que tu connais très bien le fameux Wales Home, qui donne un service extraordinaire, dans mon opinion, et je pense que c'est la tienne aussi, des services pour les patients, particulièrement de la communauté d'expression anglaise. Sauf qu'avec nos règlements ici c'est difficile de financer. Avec, encore une fois, toute la tendance régionale, le pouvoir décisionnel, l'adaptation des choses, est-ce que vous avez trouvé, depuis le 12 septembre 1994 — parce que nous n'avons pas fait ça avant — une autre façon de donner de l'argent ou d'être créatif, d'utiliser votre rôle privilégié comme porte-parole pour...

Une voix: Des décideurs.

• *(15 h 50)* •

M. Williams: Des décideurs. Merci. Est-ce que, dans votre opinion, on peut utiliser une autre façon? Et je voudrais que vous utilisiez l'exemple du Wales Home pour répondre. Est-ce que, effectivement, on veut commencer à avoir un autre «partnership» avec le secteur privé? Est-ce que c'est possible? Et, encore une fois, vous avez une chance privilégiée de passer votre message au ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Et à la population.

M. Williams: Et à la population qui nous écoute.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Vous avez la parole.

M. Beaudet: Qui va vous lire.

M. Williams: Qui va vous lire, oui.

Mme Roy (Diane): Le Foyer Wales, vous en parlez, je pense qu'à chaque occasion c'est un dossier qui, effectivement, revient régulièrement concernant

toute la question d'hébergement pour les personnes d'expression anglaise. Je le trouve personnellement difficile, ce dossier, puis même de le comprendre, parce que c'est un centre privé. M. Duplantie, je pense, se fera un plaisir de bien expliquer, de donner toute l'information concernant ce dossier qui n'est pas simple, je pense, quand on essaie de tout le comprendre.

M. Williams: Juste une petite clarification, avant. Je vous laisserai le temps de répondre. Il me semble, selon l'information que j'ai reçue, que, dans le réseau public, il y a moins d'espace ou moins de lits attachés aux bilingues ou pour la communauté d'expression anglaise, et c'est défendable à cause de l'histoire. C'est pourquoi j'ai expliqué l'histoire. Sauf que, maintenant, il y a des besoins différents, et nous n'avons pas trouvé la façon, effectivement, d'adapter un centre qui est privé, mais qui donne, pour la communauté d'expression anglaise, les services publics qui ne sont pas disponibles dans le réseau public. J'espère qu'avec les excellentes ressources, votre compréhension du territoire et aussi votre connaissance de la grande vision de la commission Rochon, et aussi de ce qui se passe au Québec, on peut utiliser du temps pour trouver la solution, pour adapter notre système de santé, compte tenu des ressources disponibles pour les années suivantes.

Mme Roy (Diane): Je dirai tout d'abord que, de façon générale, au niveau de l'hébergement des personnes âgées, tant anglophones que francophones, il y a une grande ouverture, là, dans nos centres d'hébergement francophones, pour recevoir les populations d'expression anglaise. Mais on sait bien que, culturellement, les personnes âgées ont plus tendance, en tout cas chez nous, à recourir à des ressources privées. Mais ce n'est pas parce qu'il n'y a pas une volonté de les recevoir. Notre réseau public et francophone est vraiment très d'accord et très ouvert à recevoir les personnes âgées. Donc, chez nous, ce n'est pas une question de manque d'ouverture. Je pense qu'il y a vraiment la volonté. Mais, en même temps, vous posez toute la question de cette ressource privée particulière, le Wales Home.

Le Président (M. Perreault): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. J'aimerais, si vous me permettez, un premier commentaire auparavant. Simplement rappeler que les régies régionales ont d'autres occasions de parler avec leur ministre et on l'apprécie beaucoup.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Le député de Nelligan en a moins.

M. Duplantie (Jean-Pierre): On parle avec notre ministre à cette occasion-ci, mais, notre ministre, on le rencontre aussi...

M. Beaudet: Tu n'as pas compris. Tu n'as pas compris.

Le Président (M. Perreault): Le député de Nelligan en avait moins.

M. Beaudet: Je pense que M. le ministre n'a pas compris. Vous pouvez lui répéter.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, je voulais tout simplement souligner aux membres que ce n'était pas simplement à l'occasion...

M. Williams: C'est juste la population qui a de la misère.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...de commissions parlementaires que nous avions l'occasion de parler avec notre ministre...

M. Beaudet: Ils en ont d'autres.

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...et que ça se faisait à différentes reprises.

Alors, je voudrais, pour les membres de la commission, faire état un peu du dossier de Wales, vous dire que, de fait, dans cette situation-là, il s'agit d'un foyer privé où il y a quelque 80 lits de personnes âgées anglophones qui sont en perte d'autonomie importante, que ce centre ne reçoit pas de financement, donc, du secteur public et qu'actuellement ce centre est en situation déficitaire depuis quelques années. Donc, ça vient poser le problème: Est-ce que le secteur public peut venir le supporter?

J'aimerais dire que, avant le 12 septembre 1994, le ministère et la Régie avaient fait une proposition au Wales Home, de support, justement, laquelle proposition, cependant, le Wales n'a pas acceptée, et c'était de financer ces lits à la condition... puisqu'ils ne sont pas une nécessité dans la région, nous avons suffisamment de lits d'hébergement en Estrie pour répondre à l'ensemble des besoins de la population anglophone et francophone... Si nous repensons notre organisation de services, et, ça, ça veut dire de redéployer nos lits de façon différente cependant... Mais nous avons suffisamment de places en Estrie, nous n'avons pas besoin de 80 places supplémentaires. Donc, nous avons fait une proposition au Wales à l'effet de financer les places à la condition que, lorsque les gens quitteraient ces places-là, on n'en ajoute pas par la suite, on ne les recomble pas à nouveau, puisque le réseau lui-même est à même de...

La population anglophone a aussi reconnu que, comme le disait Mme la présidente tantôt, il y a un certain changement à faire au niveau des attitudes par rapport au fait d'aller vers le réseau public. Le réseau anglophone s'est toujours organisé un peu à part dans le secteur des centres d'hébergement. Alors, nous, ça signifie, de notre côté, d'être capables de prévoir une organisation pour qu'il y ait suffisamment de personnes

anglophones aussi qui se retrouvent ensemble et qu'il y ait un véritable intérêt à ça, à ce moment-là, et que les gens soient prêts à venir dans nos centres d'accueil publics. Mais on est prêt à le faire.

L'autre chose, je vous dirais tout simplement qu'une ouverture qu'on a faite récemment — et, ça, c'est tout à fait récent, je vous dirais, de la semaine passée — c'est d'échanger avec, justement, la population anglophone et d'examiner la possibilité que, dans certaines sous-régions où on est en manque de lits, je pense à la région de Magog — il faut dire, pour les gens qui sont capables de situer les choses, que Wales est dans la région de Richmond... C'est dans la région de Magog qu'il manque de lits, et ça couvre la population anglophone des municipalités de Beebe, Stanstead, Rock Island, tout près de la frontière américaine. Alors, là, on est en train d'examiner la possibilité de développer des places soit dans les domiciles ou de trouver des formules par lesquelles on financerait des services pour les anglophones. Une des questions qui se posent pour nous, c'est: Est-ce que la population serait prête, à ce moment-là, à aller à Wales, et on financerait, justement, les places à Wales dans un contexte comme celui-là? Mais là il faut une volonté, aussi, de la population.

Alors, tout ça pour vous dire qu'il y a une proposition qui est sur la table depuis avant le 12 septembre 1994, que cette proposition est toujours valable et qu'il y a d'autres propositions qu'on est en train d'examiner dans le contexte actuel de la réorganisation de l'ensemble des lits en Estrie.

M. Williams: Merci. Une petite question complémentaire. J'ai apprécié beaucoup les deux réponses, la façon dont Mme Roy a dit qu'il n'y avait pas une question d'ouverture. Je comprends, il y a une question d'ouverture. Sauf que le rôle que je cherche, que je vois avec les régies régionales, c'est d'essayer d'être créatif, de prendre ce que vous avez... Il me semble que ça va être un peu... Toute la question de duplication et tout ça, nous avons un réseau là, le fait que ce soit privé ou public, on peut... dans les contrats, on peut donner les contrats de services. Il me semble que la chose que j'ai toujours vue, quand nous avons créé les régies, ce n'était pas juste de prendre les règlements du 1075, Sainte-Foy et de les adapter. J'espère, particulièrement quand on parle des minorités, que notre gouvernement, n'importe quel gouvernement, pourra adapter, pourra donner la flexibilité à nos régies d'avoir ces nuances pour les minorités.

Parce que j'ai bien compris votre... ce n'est pas une question d'ouverture, là. Mais, quand vous voulez avoir, particulièrement pour les personnes âgées... Tu as besoin qu'il y ait toute une culture. Et, si vous avez déjà ça là, j'espère que nos règlements, qui, peut-être, ont commencé avec nous, avant nous, ou je ne sais pas quand, n'empêchent pas la flexibilité dont vous avez besoin. Et c'est pourquoi j'ai mentionné ça, et j'espère que nous allons trouver une solution qui va rester un service, peut-être un peu d'avoir la façon dont on fait ça régulièrement, vivant pour la qualité des soins en Estrie. Je ne ferai pas un long discours, tu me connais assez bien dans ce dossier, et nous allons continuer à suivre ça avec beaucoup d'intérêt.

Une courte question...

Le Président (M. Perreault): La dernière.

M. Williams: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Après ça, ce sera le député de Johnson et, après ça, on devra conclure. Allez-y.

M. Williams: Ma petite question sur un autre petit sujet. L'Outaouais a parlé de beaucoup de problèmes avec une frontière provinciale — provinciale, M. le ministre. Est-ce que vous avez un problème ou une situation particulière avec une frontière internationale, des soins, tout ça? Est-ce que c'est une chose spéciale dont l'Estrie doit tenir compte, avec la planification et tout ça?

Mme Roy (Diane): Non, on n'a aucune difficulté avec les frontières américaines. Non.

• *(16 heures)* •

M. Williams: Et il n'y a personne qui voyage pour avoir leurs services et...

Mme Roy (Diane): Non.

M. Williams: Parfait.

Mme Roy (Diane): On n'a pas de difficulté, là, à ce niveau.

M. Rochon: On a moins de problèmes avec les frontières internationales, si je comprends bien. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: J'ai vu cette réponse, là, que donne...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: C'est plus difficile de traverser les frontières internationales que provinciales, je comprends.

Mme Roy (Diane): Vous comprendrez que je ne répondrai pas à ça, là. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Alors, je reconnais...

M. Boucher: Elles sont moins «passoires».

Le Président (M. Perreault): Encore une fois, je vous rappelle que nous sommes toujours à la commission des affaires sociales, et je cède la parole au député de Johnson. Une dernière intervention.

M. Boucher: Je ne peux quand même pas m'empêcher de lui dire que l'Estrie est déjà prête aux changements. Ha, ha, ha!

Vous avez parlé de la rémunération des médecins et des problèmes que ça posait, là, dans le regroupement des trois établissements. J'ai eu l'occasion de rencontrer récemment le président de l'Association des neurologues du Québec, que vous connaissez bien, qui m'a fait part de la démarche qu'il fait pour tenter de faire valoir le point de vue des neurologues au Québec, le plan d'effectif, la rémunération des médecins et le modèle qui a été développé au CHU. Je suis très sympathique, en passant, à la démarche qu'il fait et je la supporte. Je voulais savoir si la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie accompagne le Dr Jacques Boucher dans sa démarche, qui est une démarche qui a un caractère qui dépasse largement l'Estrie. Ce n'est pas du tout parent avec moi, en passant. Je l'ai rencontré pour la première fois de ma vie la semaine passée.

Mme Roy (Diane): Je vous dirai que non, là. On est au fait de la démarche que l'Association des neurologues fait, mais la Régie régionale de l'Estrie n'est pas associée et ne supporte pas la démarche. Je pense qu'il y a du travail qui se fait, mais à un niveau autre que le nôtre, à ce moment-ci.

Le Président (M. Perreault): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Je veux juste ajouter une information, là, qui m'est donnée en même temps. C'est le fait que M. Boucher siège au comité sur les plans de pratique, donc au sein du CUSE, actuellement, et qu'il fait un certain nombre de représentations, donc, à l'intérieur, comme d'autres groupes de médecins le font aussi avec leur propre modèle qu'ils proposent.

M. Boucher: Je veux juste dire tout simplement qu'il y a dans cette démarche, telle que je la perçois, probablement des économies importantes et une redistribution des effectifs médicaux, au Québec, extrêmement intéressante dans la proposition de cette personne-là. En tout cas, ça va pour la réponse à la question. J'ai une dernière question.

Le Président (M. Perreault): Oui.

M. Boucher: On a parlé beaucoup, là, que la demande de services au niveau des urgences avait diminué d'elle-même. Bon, moi, lorsque j'ai quitté mon CLSC pour me lancer en politique, on observait déjà, à la salle d'attente, une augmentation très importante de la fréquentation du CLSC, et ce, sans ajout d'effectif. Là, ça fait deux ans ou presque maintenant, un an et demi; j'aimerais que vous me disiez si on observe une tendance de cette sorte-là dans un CLSC comme celui dont je parle, le CLSC SOC, si on a prévu, là, de trouver des moyens pour ajuster les ressources à la demande de services.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, il y a évidemment une augmentation. On continue... Les CLSC nous le soulignent de façon constante. C'est comme les investissements qu'on a faits à Info Santé. On nous dit que ce n'est pas suffisant compte tenu que le nombre d'appels est beaucoup plus important que ce qui était prévu. Même chose par rapport aux gens qui se présentent dans les CLSC présentement. C'est pourquoi, d'ailleurs, on a souligné tantôt qu'on avait investi 3 000 000 $ cette année, que c'est un programme dans lequel on prévoit, sur six ans, investir 3 000 000 $ par année, dans le domaine des services ambulatoires, qui inclue tout le secteur des services du «sans rendez-vous» au niveau des CLSC. Mais, à l'intérieur de ça, il y a un certain nombre de choix qui se font sur l'organisation des services.

Le Président (M. Perreault): Merci. Alors, ce que je crois comprendre c'est que, en mon absence, il avait été convenu que, de part et d'autre, il y aurait des commentaires à la fin. Alors, je ne sais pas, M. le député de Robert-Baldwin, ensuite le ministre.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Alors je voudrais, au nom de notre formation, vous remercier pour la qualité de la présentation que vous nous avez faite cet après-midi. Vous nous permettez sûrement de mieux comprendre ce qui peut se passer dans votre région. Je pense qu'il y a des difficultés, on en convient tous. Vous nous avez aussi peut-être mis sur certaines pistes intéressantes, particulièrement dans le questionnement sur le fait que, si on va plus loin en termes de coupures budgétaires, il faudrait qu'on regarde d'autres façons d'y arriver, soit au niveau des conventions collectives; vous avez aussi souligné le panier de services; on vient de mentionner la redistribution des effectifs médicaux. Je pense qu'on a atteint un plafond — dans certains cas, on l'a même défoncé — il faut regarder maintenant des avenues du fonctionnement du réseau comme tel.

Je voudrais souligner aussi que, lorsque les régies régionales ont été créées il n'y a pas tellement longtemps, c'était dans le but de rapprocher les citoyens, les patients, des décideurs et, en créant les régies, on a souhaité diminuer les structures au ministère et favoriser la décentralisation au niveau des régions. On constate, à ce moment-ci, que les structures régionales sont quand même relativement bien nanties, dans certains cas mieux que d'autres, tout ça, et que, au ministère, il n'y a pas eu ce transfert d'effectif qui avait été proposé jadis.

Je voudrais vous mentionner que, en ce qui nous concerne à tout le moins, le devenir des régies, c'est quelque chose qui nous intéresse beaucoup. On pense

que ce n'est pas seulement un concept, c'est une réalité, on le voit bien, mais c'est quelque chose qui est en évolution. Est-ce qu'il n'y aurait pas des rapprochements ou des modalités à regarder avec l'Éducation, avec les Affaires municipales, avec d'autres? On peut penser que, dans un avenir prévisible en tout cas, il y aura des questions qui seront posées, il y aura des améliorations qui seront souhaitées ou encore, peut-être, des enrichissements.

Tout ça, en terminant, pour vous remercier de vous être déplacés et pour la franchise avec laquelle vous avez répondu. Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député. M. le ministre, est-ce que vous avez des commentaires de la fin?

M. Rochon: Oui. Très brièvement, M. le Président, considérant l'heure. Je veux aussi remercier nos partenaires régionaux, comme on l'a souligné et... Je comprends la préoccupation du député de Nelligan, mais on peut être rassuré: les régies régionales, le ministère et le ministre sont vraiment des partenaires qui travaillent très régulièrement ensemble, chacun dans le respect des rôles réciproques. Comme le député de Robert-Baldwin le souligne, effectivement, c'est des rôles qui sont en évolution, et l'ajustement et les complémentarités entre les rôles sont en évolution et vont sûrement l'être au cours des prochaines années.

On a vu un autre exemple, en voyant deux régies — on va en voir une troisième — où la formule de décentralisation fonctionne bien, dans des endroits où les enjeux majeurs sont différents, ne sont pas les mêmes. Je pense qu'on commence à voir se dérouler, là, des exemples concrets d'adaptation à des réalités régionales différentes tout en appliquant des paramètres nationaux et des principes et des objectifs qui sont les mêmes, de sorte que l'ensemble de la population peut être sûre d'avoir les services dont elle a besoin, mais adaptés aux réalités régionales.

Je me permettrais de souligner un peu plus spécialement deux éléments qui ont été mentionnés et sur lesquels on est passés rapidement dans la discussion. Compte tenu des spécificités des régions, et là je ne veux pas... C'est très sommaire, là, mais il y en a deux particulières pour cette région, je pense, qui méritent d'être retenues, entre autres, à titre d'information. D'abord, c'est une des trois régions au Québec où il y a un CHU. Alors, ça, c'est très structurant, c'est très important, et ça a été un travail plus que ça n'a pu être ressorti cet après-midi, là. Avant que l'effort massif de transformation n'arrive, dans la première partie de l'année, la Régie régionale a joué un jeu de leadership très important, avec l'Université, pour reconfigurer le CHU. C'est le seul CHU complet qu'on a actuellement au Québec — là-dessus, il faut le reconnaître — avec son plan de pratique et avec son organisation. Et, de ce côté-là, c'est aussi une responsabilité pour cette région-là, parce que, nécessairement, on les regarde un peu, ils ouvrent la voie à certains égards là-dedans.

L'autre chose qui a été mentionnée rapidement, l'autre élément, en réponse à une question, je pense que c'est M. Duplantie qui a fait référence à la collaboration avec *La Tribune* pour informer la population. Dans toutes les régions, il y a un souci très important de développer plus les communications et l'information à la population. Et, moi, ce que j'en sais, dans cette région-là, on a réussi des choses intéressantes où les médias participent assez bien; il y a différents moyens utilisés pour que la population soit constamment assez bien informée de ce qui se passe. Et je pense que ça peut avoir aidé beaucoup pour que des changements importants se fassent avec relativement de douceur.

• *(16 h 10)* •

Je terminerai en donnant une information additionnelle, parce qu'on y est revenu cet après-midi et je pense que vous allez probablement y revenir encore, l'équilibrage des ressources, des effectifs, entre les régies régionales et le ministère. C'est une question importante. Il va falloir continuer à s'assurer — on s'assure déjà — que c'est maintenu. Mais il faut savoir qu'au moment où on se parle, depuis que les régies régionales ont été transformées à partir des conseils régionaux qui existaient auparavant, il y a eu une certaine augmentation — pas tellement importante, je n'ai pas le détail des chiffres, mais quand même une augmentation — de l'effectif pour faire face au nouveau mandat. Il y a eu au ministère une diminution de l'ordre d'à peu près 250 effectifs, des transferts, et concordant dans le temps... Alors, là, je ne ferai pas la démonstration, à ce moment-ci, que c'est fini et que c'est complet. Mais il y a une réalité — il faut partir de ça — d'un bon début, pour le moins, d'équilibrage. Ça n'a pas été une addition nette au budget de l'ensemble du réseau, le développement des régies en plus du ministère.

Alors, merci beaucoup, Mme la présidente, M. le directeur général et vos collaborateurs aussi, au nom de ce côté-ci de la commission.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le ministre. Alors Mme Roy, M. Duplantie, merci d'avoir été là.

On pourrait peut-être profiter du fait que j'avais invité la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie—Bois-Francs de s'approcher pour le transfert, pour prendre, peut-être, cinq minutes, suspendre nos travaux jusqu'à 16 h 16.

(Suspension de la séance à 16 h 12)

(Reprise à 16 h 19)

Le Président (M. Perreault): S'il vous plaît, on va recommencer. S'il vous plaît! Alors, si tout le monde veut prendre place, nous allons recommencer. Un certain nombre d'entre nous ont des obligations à 18 heures. Alors, déjà, le temps passe.

Alors, ça me fait plaisir de souhaiter, en votre nom, la bienvenue à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie--Bois-Francs. Bonjour! Je pense que M. le président Audy est avec nous, peut-être que vous pourriez également nous présenter vos collaborateurs, et je vous souhaite la bienvenue.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie—Bois-Francs

M. Audy (Jacquelin): Alors, je suis Jacquelin Audy, le président de la Régie régionale Mauricie—Bois-Francs. M. le Président, M. le vice-président, M. le ministre n'est pas là...

• *(16 h 20)* •

Le Président (M. Perreault): M. le ministre va nous rejoindre.

M. Audy (Jacquelin): ...M. le délégué régional, et vous me permettrez, comme je viens de déménager, j'ai gagné un nouveau député en la personne de notre délégué régional, mais j'en ai perdu un excellent en la personne de M. Jean-Pierre Jolivet. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Audy (Jacquelin): Alors, je me sens un peu déchiré. Alors, vous m'excuserez, je devais être accompagné de deux autres membres du conseil d'administration. On a tenté de les rejoindre, j'ai espéré jusqu'à 16 heures, mais, finalement, ils n'ont pas pu se rendre. Alors, je suis accompagné de M. le directeur général, M. Paulin Dumas. Je suis accompagné également de M. Jean-Denis Allaire, qui est le directeur des relations avec la population et des ressources humaines. Alors, on a cru bon de l'amener à la table avec nous parce que c'est deux volets qui sont importants. Je souligne également la présence des cadres supérieurs de la Régie, qui sont en support derrière nous.

Le Président (M. Perreault): Alors, vous avez 20 minutes pour votre présentation, M. le président.

M. Audy (Jacquelin): Je vous remercie. Alors, M. le Président, le législateur a voulu que ce soit par le biais de cette commission parlementaire que les régies régionales soient imputables à la population. C'est donc avec respect et fierté que la Régie régionale de la Mauricie—Bois-Francs se présente devant vous.

Notre région, M. le Président, compte une population de 481 000 personnes répartie sur un territoire grand comme la Belgique. Pour la desservir en matière de santé et de services sociaux, nous disposons d'un personnel de 17 000 professionnels, employés de soutien et cadres et d'un budget de l'ordre de 600 000 000 $.

Je me permettrai d'ajouter quelques détails additionnels sur la description de notre territoire. Nous couvrons l'ensemble de la région 04, c'est-à-dire 188 municipalités, 10 MRC qui correspondent sensiblement aux territoires de nos CLSC, sauf la MRC de Francheville, qui regroupe trois CLSC: Les Forges, du Rivage et des Chenaux.

Sur notre territoire, les villes les plus populeuses — c'est habituellement comme ça qu'on se repère — nous retrouvons: Victoriaville, Drummondville, Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine, Shawinigan, Grand-Mère, La Tuque, Plessisville, Nicolet, Louiseville. Nous avons sur le territoire 50 établissements dirigés par 42 conseils d'administration: 12 CLSC, 10 CH de courte durée, 21 CHSLD, six centres de réadaptation et un centre jeunesse. Sur notre territoire, nous avons plus de 160 organismes communautaires. Le personnel — j'espère que je vais arriver au même chiffre, moi, j'avais un global — 12 200 titulaires de poste, 4 800 personnels occasionnels et — là, «personnel» est peut-être mal adapté parce que je me suis faire dire que c'étaient des entrepreneurs et non pas des personnels — 650 médecins. Le budget régional des établissements totalise 571 000 000 $. De ces 571 000 000 $, les organismes communautaires reçoivent — j'aurai l'occasion de le souligner de façon peut-être un peu plus pointue au cours des questions — 9 200 000 $; le préhospitalier reçoit 12 500 000 $, et les autres programmes, environ 3 000 000 $.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux, pour sa part, c'est une équipe de 150 personnes bénévoles et professionnelles. Mais ce qui les caractérise, c'est qu'elles sont toutes animées d'une même volonté de réaliser essentiellement trois grands objectifs. Le premier est d'améliorer de façon significative la santé et le bien-être des citoyens et citoyennes de la région par l'implantation de la politique santé bien-être, par de nouvelles façons d'offrir les services de santé et les services sociaux, par une action concertée avec tous ces gens qui influencent la qualité de vie d'une communauté, comme les municipalités, le monde de l'éducation, le monde du travail et les autres secteurs d'activité.

Le deuxième objectif de la Régie vise à permettre aux citoyens et aux citoyennes de se réapproprier leur système de santé et de services sociaux par une décentralisation croissante qui fait appel à leur participation à la vie des établissements et organismes de leur milieu.

Notre troisième objectif, M. le Président, vise à contribuer à l'assainissement des finances publiques par une organisation efficace et responsable, qui implique la rationalisation et la complémentarité des diverses ressources.

Le projet INTER. Nous sommes fiers du travail réalisé depuis la création de la Régie en octobre 1992, fiers du professionnalisme et de l'humanisme manifestés à tous les niveaux de la Régie. L'ampleur du travail à accomplir est énorme. Le contexte économique rend le défi encore plus difficile. Ainsi, nous avons 16 objectifs concrets d'amélioration de la santé et du bien-être de notre population à atteindre au cours des prochaines années, et ce, malgré des réductions importantes de

budget. Dans cette perspective, M. le Président, notre conseil d'administration a adopté, en avril 1994, sous le nom de projet INTER, un énoncé de ses orientations et de ses engagements envers la population. Les biens livrables et les économies à réaliser y sont clairement définis, de même que les moyens privilégiés pour y parvenir.

Parmi ces moyens, on retrouve notamment la concertation avec les conseils d'administration et autres instances des établissements et organismes communautaires, l'information sur l'évolution des dossiers de transformation et, surtout, le respect des valeurs déterminées par le conseil d'administration de la Régie, à savoir: l'équité inter et intrarégionale, la qualité des services et leur accessibilité, la transparence de l'action et des décisions, le respect des droits des travailleurs du réseau. Le projet INTER réitère l'engagement de la Régie à développer des services de première ligne dans chacun des territoires de CLSC de la région de façon à répondre à 85 % de l'ensemble des besoins des individus et à poursuivre sa révision de la distribution actuelle des dépenses en santé et en services sociaux pour en assurer l'équité, pour pouvoir satisfaire les nouveaux besoins de la population, pour effectuer le virage vers la promotion de la santé et la prévention.

En Mauricie—Bois-Francs, M. le Président, la réorganisation des services de santé et des services sociaux n'est pas une improvisation. La Régie régionale s'assure des fondements solides de ses divers plans d'action par des études, des recherches et des consultations. Ainsi, 12 colloques tenus dans toute la région, en 1995, ont permis de rencontrer 1 500 personnes pour identifier et prioriser les vrais besoins de la population en matière de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, dans un souci de cohésion et de gestion transparente, la Régie a recours à la participation active des conseils d'administration et du personnel du réseau à diverses phases de son activité. Lorsque le moment vient d'exercer l'autorité que lui confère la loi et les mandats reçus du ministre, elle sait aussi décider de façon responsable.

Nous sommes fiers de plusieurs opérations déjà complétées: progrès important dans la mise en place d'un fonctionnement réseau, tant au plan local que régional; adoption de l'approche-programme dans la mise en oeuvre des plans régionaux d'organisation de services; création à la Régie d'un véritable centre régional de main-d'oeuvre pour le personnel du réseau; regroupement au niveau local ou régional d'établissements à vocation semblable ou apparentée — le nombre d'établissements est passé de 63 à 42, et ce n'est pas terminé; utilisation maximale des immeubles et de l'équipement du patrimoine public; réduction des dépenses de 22 000 000 $, en 1994-1995 et 1995-1996; et réallocation d'une partie importante des économies vers les priorités régionales, dont les organismes communautaires, le maintien à domicile, le programme Jeunesse et le centre de radiothérapie.

• *(16 h 30)* •

M. le Président, la Régie régionale Mauricie—Bois-Francs est consciente de l'importance des mandats que l'État lui a confiés. Nous croyons en assumer les multiples dimensions avec rigueur, équité et considération des droits et des besoins de la population.

M. Dumas, le directeur général de la Régie, complétera maintenant cette présentation d'ouverture et, dès lors, il nous sera agréable de répondre à des questions.

Le Président (M. Perreault): Merci. M. Dumas, vous avez la parole.

M. Dumas (Paulin): M. le Président, le 31 janvier prochain, le conseil d'administration de la Régie adoptera le plan de transformation des services et des structures de l'ensemble des établissements de la région et donnera le coup d'envoi à une période de deux mois d'information et d'audiences publiques.

Pourquoi une telle opération? La formule actuelle de distribution des services de santé et des services sociaux existe au Québec depuis la réforme de 1971. Or, après 25 ans d'usage et malgré des investissements très importants, il faut constater que le réseau intégré n'a jamais existé, que la santé et le bien-être de la population ne se sont pas améliorés de façon significative. On oublie trop souvent que, selon les spécialistes, l'impact des services du réseau ne compte que pour 20 % de la qualité de la vie des personnes. Or, la révision de la loi, en 1992, la politique santé bien-être, l'évolution des sciences et des technologies et, enfin, la situation socioéconomique actuelle nous amènent à transformer de façon radicale les modes habituels de dispensation.

Que vise-t-on dans le plan de transformation? C'est l'objectif principal de mon propos. Le plan de transformation a quatre objectifs incontournables. Le premier: réussir à tout prix le virage promotion-prévention, c'est-à-dire agir ensemble sur les causes et faire les maillages avec l'éducation, le monde municipal et le monde du travail. Pour ce faire, il nous faut absolument être en mesure de réallouer les ressources humaines et financières pour développer les services de prévention-promotion.

Le deuxième objectif, c'est de réussir à tout prix à construire, une fois pour toutes, la première ligne de services dans les 12 communautés locales de territoires de CLSC, c'est-à-dire de faire en sorte que chacune des populations de ces communautés ait accès partout, partout, à des urgences 24 heures sur 24, sept jours par semaine, à des consultations médicales courantes cliniques, des consultations externes spécialisées et être en mesure de faire en sorte que toute personne qui vit en communauté puisse, comme le disait le président tantôt, avoir réponse à 85 % des besoins qu'elle éprouve dans sa vie, directement dans sa propre communauté.

Ceci oblige — et c'est le troisième objectif incontournable — un continuum de services de qualité, où les professionnels de deuxième ligne sont directement rattachés à la première. Cette première ligne dont je viens de

parler, elle sera aussi complétée par la déconcentration des services des organismes régionaux comme le centre jeunesse, comme l'organisme régional en toxicomanie, qu'on appelle Domrémy 04, comme les centres de déficience intellectuelle de la région. Tous ces services de deuxième ligne, phychosociaux, devront être déconcentrés, et leur équipe professionnelle se rapprochera des équipes de CLSC dans les 12 territoires, et c'est déjà commencé.

Enfin, le quatrième objectif, c'est d'augmenter l'autosuffisance régionale et sous-régionale des services, sans avoir la prétention pour autant d'avoir des services spécialisés comme on en retrouve dans les régions universitaires.

Ces services-là sont donc la trame de fond du plan de transformation que nous devons faire dans l'équité, c'est-à-dire de pouvoir faire en sorte que quel que soit l'endroit où vit une personne, on vise à répondre à 85 % de ses besoins. Ça a comme conséquence que nous aurons des centres hospitaliers spécialisés où on ne pourra pas faire autrement que d'aller quand il s'agira de plateau technique ou d'hospitalisation d'un jour ou de durée plus longue. Tout le reste doit se faire en services légers. On doit aussi augmenter les équipes de santé mentale. C'est le fondement même du plan de transformation qui sera adopté par le conseil, le 31.

La réussite d'une telle opération devient possible grâce à la conjoncture de nombreux facteurs, dont, notamment, une appropriation des objectifs de la politique de santé et de bien-être par toute l'équipe de la Régie; une adhésion à la lecture de la réalité socioéconomique actuelle; une franche collaboration entre les instances gouvernementales, la Régie régionale et les établissements dans la conduite de l'opération; une information juste aux travailleurs et travailleuses du réseau; l'engagement, la rigueur et le travail des membres du conseil; et des relations extrêmement serrées avec les organismes communautaires.

Nous reconnaissons que l'envergure de la transformation proposée, surtout dans un contexte de réduction de dépenses, peut créer des appréhensions pour plusieurs individus et communautés. La Régie régionale s'efforce d'en réduire les impacts négatifs en donnant l'assurance du maintien et du développement des services de première ligne le plus près possible de la clientèle, par la mise sur pied d'un centre régional de main d'oeuvre à l'usage du personnel du réseau et, enfin, par une information continue sur l'évolution de la réforme. Voilà.

M. Audy (Jacquelin): Alors, tel que le souligne M. le directeur général, le 31 janvier, le conseil va adopter son projet de transformation. Ce projet-là va être soumis à la population de la façon suivante. Il va y avoir, sur sept territoires de la région, des séances d'information de données. Suite à ça, nous allons recevoir des mémoires et nous allons tenir, à Trois-Rivières, des audiences les 12, 13 et 14 mars, de façon à entendre les réactions de la population, et, le 30 mars, le conseil devrait pouvoir adopter son plan de transformation de l'offre de services sur son territoire et enchaîner.

Alors, je vous remercie, M. le Président. Nous sommes en mesure de répondre à vos questions.

Le Président (M. Perreault): Merci pour cette présentation. Alors, je crois comprendre que le député de Trois-Rivières souhaite intervenir en premier. Alors, à tout seigneur, tout honneur, comme on dit, allez-y.

M. Julien: D'abord, je souhaite la bienvenue à mes amis de la Régie. Je sais, aujourd'hui, que vous êtes présents à Québec et que c'est dans une période difficile, sinon très chaude. Il fait très chaud à Trois-Rivières actuellement; même si c'est froid, il fait très chaud! On est dans la période du plan de transformation. Alors, évidemment, actuellement, ça brasse pas mal.

J'aimerais ça, pour notre information, si vous pouviez nous expliquer le processus qui a été suivi depuis le début. On sait que la décision va se prendre le 31 mars, mais peut-être un petit peu le processus qui a été suivi depuis le début à ce niveau-là.

M. Audy (Jacquelin): O.K. Grosse charrue! Bon, disons qu'on a deux gros territoires qui se trouvent concentrés, une population assez nombreuse, ce qu'on appelle chez nous le Trois-Rivières métropolitain, et l'autre territoire, c'est le Centre-de-la-Mauricie.

Alors, sur chacun de ces deux territoires, nous avons formé ce qu'on appelle un comité d'orientation. Il est formé des présidents et directeurs généraux de chacun des établissements, de représentants de la population aussi, qui ont été ajoutés à ce comité-là pour avoir des gens un peu de l'extérieur. Un de ces comités était présidé par M. André Thibault, le vice-recteur de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour le comité de Trois-Rivières, et par M. Jean-Claude Thibeault, pour celui du Centre-de-la-Mauricie.

• *(16 h 40)* •

Alors, ces deux comités-là ont dû travailler à essayer d'élaborer une proposition qui aurait reçu l'unanimité. Malheureusement, on n'en est pas rendu là. Alors, je ne parlerai pas des contenus des scénarios auxquels ils sont arrivés, par déférence pour le conseil d'administration et la population, étant donné qu'on va être en réunion le 31 janvier. Alors, on a essayé d'impliquer le plus de monde possible. C'est un défi, je dirais, très dramatique. Les gens qui sont assis autour d'une table et qui... Je prends le Trois-Rivières métropolitain, par exemple, ça représentait cinq centres hospitaliers et leur existence, plus ou moins en cause... existence propre, parce que, si on parle d'une fusion, il va se produire d'autre chose. En tout cas. Quand on imagine, autour d'une table comme ça, le président et le directeur général de ça, plus le président du Collège des médecins, plus des représentants de la population, c'est toujours dramatique quand ton existence propre peut être mise en cause, O.K.?

Et, moi, je comprends très bien que, le long de la course, quelque part, il peut arriver qu'on ne puisse pas parvenir à un consensus total et absolu. Sur d'autres territoires, les organismes ont travaillé, je dirais, ont été un peu plus laissés à eux-mêmes, parce que les territoires, ça ne représentait pas la complexité des territoires du Centre-de-la-Mauricie et du Trois-Rivières métropolitain. Je ne sais pas si M. le directeur général voulait ajouter...

M. Julien: Le fait d'avoir engagé, par exemple, une firme comme la firme SECOR, est-ce que c'était de bon aloi pour aller dans ce processus-là ou bien vous auriez peut-être été mieux de le faire en régie interne? Pourquoi vous avez choisi une firme, par exemple?

M. Audy (Jacquelin): Bon. La firme était là. Ce n'est pas la firme qui a fait l'étude. Ça, il faut qu'on s'entende bien là-dessus, là, la firme était là. Le comité d'orientation disait: Bon, sur ça, ça nous prend des données dans tel domaine, dans tel domaine, dans tel domaine, et ainsi de suite. Comme chacun doit administrer son établissement, la firme SECOR était là en support, pour faire sortir les données et les resoumettre au comité d'orientation. Alors, pour nous, la firme SECOR n'a été qu'un instrument de travail qui jobbait — excusez l'expression — des tâches qui lui était assignées par le comité d'orientation. Alors, ce n'est pas... On n'est pas, là... À la fin de l'opération, ce n'est pas la firme SECOR comme telle qui dit: Voici où on est avec le processus. C'est vraiment le comité d'orientation qui devait faire rapport.

M. Julien: Parfait. Moi, je reviendrai pour d'autres questions.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député. M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Je vous remercie. Merci de vous être déplacés puis de daigner venir discuter avec nous. Je voudrais, dans un premier temps, avoir vos commentaires sur l'ampleur de la coupure qui est imposée à votre région. Je voudrais savoir si elle affecte la qualité des services que vous donnez à vos patients, ce qui arrive avec votre personnel également.

M. Audy (Jacquelin): Bon. En ce qui concerne le niveau de coupures actuel, on a réussi à y faire face, et je pense qu'on a réussi à y faire face sans affecter les services à la population. En tout cas, on a des lignes ouvertes à la radio. Il peut y avoir, à droite ou à gauche, un petit accident de parcours dans un établissement, mais, de façon générale, on a réussi à maintenir l'ensemble des services à la population.

C'est clair que, si un niveau de coupures, qui serait le même niveau de coupures, s'il était donné aux établissements sans changer quelque chose aux façons de faire, moi, je dis qu'il manquerait de l'argent dans le système quelque part. Si on ne change rien, vous ne pouvez pas... Si le système fonctionnait à 600 000 000 $ puis qu'on lui en enlève 20 000 000 $, c'est utopique de penser que ça donne la même chose au bout de la course, si on ne change pas des affaires au travers. Alors, en même temps qu'on absorbe et qu'on reçoit les compressions budgétaires, on fait du changement.

Je vais me référer à des chiffres de façon un peu macro, là. En 1994-1995, on a reçu 9 265 000 $ de coupures, mais on a reçu aussi 2 092 000 $ de réallocations, ce qui veut dire que la coupure nette est à 7 000 000 $ et non pas à 9 000 000 $. En 1995-1996 — et je corrigerai ça dans un instant — on a reçu tout près de 13 000 000 $ et on a réalloué 9 300 000 $, ce qui fait un écart de 3 000 000 $, l'ensemble des deux faisant 10 000 000 $ au lieu de 22 000 000 $. Je pense qu'on a raison de les présenter en deux volets, et c'est ça qui nous permet de faire le virage, parce que, si on veut changer des choses, il faut enlever sur les choses anciennes et s'assurer que les choses nouvelles se font.

Je prends juste l'exemple du virage ambulatoire. Si je cesse d'héberger le monde à l'hôpital, que j'opère et que je renvoie les gens chez eux, il faut qu'en même temps le CLSC qui est appelé puisse les recevoir. Et, là-dessus... Moi, je suis d'origine CLSC. Je suis très fier de la position donnée.

On a un regroupement des CLSC de notre territoire. Quand on est arrivé au virage ambulatoire, je sais qu'il y a des gens qui ont dit quelque part: il faudrait bien qu'on ait l'argent pour être capable de faire face à ça. Nous autres, on a reçu une prise de position du regroupement de nos CLSC, du regroupement des 12 CLSC. Ils ont dit: Inquiétez-vous pas, le virage ambulatoire, on le prend, et on vous assure que les gens ne tomberont pas assis entre deux chaises. Si on a des problèmes d'argent après, on verra comment les régler. Ils nous ont donné l'assurance que personne ne tomberait assis entre deux chaises. Alors, on a trouvé cette prise de position des CLSC très responsable, et je suis très fier d'être d'origine CLSC, au travers.

M. Marsan: J'apprécie vos commentaires. Mais, si on continue dans la même direction, c'est-à-dire si on ajoute aux coupures que vous avez déjà de façon assez importante — c'est le discours que nous entendons actuellement — est-ce que, à ce moment-là, la qualité des services va être touchée?

M. Audy (Jacquelin): Là-dessus, je vais compléter sur ce qu'on est encore capable de faire. Chez nous, notre plan de configuration de services, il va être adopté le 31 janvier, mais vous comprenez que, pour l'adopter le 31 janvier, j'ai une petite idée des effets qu'il va avoir. En tout cas, je peux vous dire que c'est substantiel. Les changements qu'on va produire, c'est très substantiel comme effet. On l'a souligné à un moment donné à M. le ministre, quelque part. On a dit: Il reste qu'un de ces quatre matins on va arriver les épaules au plafond. C'est sûr que...

Moi, je pense qu'on est encore capable de faire un bout de parcours, mais, tel qu'on l'a dit au ministre, si, quelque part... Et je ne suis pas capable de mettre la barre, là, moi, de façon précise, il y a trop de choses en évolution. Mais, si ça vient un peu plus haut, il va falloir, quelque part, qu'il y ait des aménagements, qu'on appelle des systèmes quelque part parce que, autrement, on ne pourra pas y aller indéfiniment. M. le directeur général pourrait...

M. Dumas (Paulin): Oui, M. le Président. Le plan de transformation, comme il est actuellement sur la fin de la préparation d'une proposition que le conseil adoptera le 31, pour fins de consultation, c'est bien évident que, par la lecture de l'environnement socioéconomique du Québec et du Canada, nous, on n'est pas restés, dans nos grilles de travail, sur le même niveau de réduction, demandé en 1995-1996, de l'ordre de 11 700 000 $. D'ailleurs, on a réduit le budget de 1 000 000 $ et quelques de plus, parce qu'on voulait réallouer. Mais la demande exigée par le ministère était de 11 700 000 $. Dans nos travaux, qui vont aboutir à une proposition pour fins de consultation, nous sommes sur un objectif de 20 000 000 $ de réduction en 1996-1997, ce qui ferait un 60 000 000 $ sur trois ans.

Pourquoi nous avons la conviction que nous n'atteindrons pas la qualité des services et la quantité des services? Je vais vous donner quelques exemples. En chirurgie d'un jour, dans la région, nous avons encore une marge de manoeuvre de 30 %. En durée moyenne de séjour, nous avons une marge entre 9,6 et sept jours; on doit atteindre sept jours. On est donc encore plus haut sur la durée moyenne de séjour. Il y a des variations, au niveau de la santé mentale et de certains centres hospitaliers, qui sont d'inégale intensité.

• *(16 h 50)* •

Le taux d'hospitalisation est, chez nous, actuellement, de 121 hospitalisations par 1 000 habitants, et nous visons 109 par 1 000 habitants. Le taux du Québec est de 108. Si on est à 109, c'est que notre indice de besoins est à 10,6 %; donc, nous allons viser 109. Le nombre de lits de courte durée en santé physique, santé mentale et réadaptation est de 1 770. Nous avons une marge de plus ou moins 600 lits dans la région. Dans les lits...

M. Beaudet: Je m'excuse. Vous pouvez encore couper 600 lits?

M. Dumas (Paulin): Oui.

M. Beaudet: Vous allez tomber à 1 170.

M. Dumas (Paulin): Oui. Et, dans la vraie vie, c'est réellement autour de 280 à 300 lits qu'on va couper, parce que, dans la vraie vie, dans les opérations hospitalières, il y a au moins 300 lits, bon an mal an, qui ne sont pas utilisés. Donc, c'est 50 %, réellement, qui vont influencer le budget en réduction.

Dans le nombre de lits en hébergement de longue durée, nous en avons 3 240. Nous avons une réduction de 250 et nous avons même des territoires qui demandent d'être en dessous de la balise de 4 % et qui sont capables de répondre à des besoins d'hébergement de longue durée avec une balise d'à peu près 3,5 %, parce que la volonté des territoires, c'est d'investir en maintien dans le milieu. Et, quand on vous dit qu'on veut absolument répondre à 85 % des besoins d'une population, que ce soit en santé physique, en services courants ou en psychosociaux, nous voulons absolument investir massivement en prévention et dans le domaine du maintien dans le milieu parce qu'on sait les effets fondamentaux et extraordinaires que ça va avoir sur la demande d'hospitalisation et d'hébergement à long terme.

Nous savons que nous sommes trop institutionnalisés au Québec. Nous savons que nous le sommes trop dans notre région et que les vrais moyens de bâtir la première ligne, nous ne les avons pas pris encore. Donc, à votre question, nous avons la conviction d'avoir une marge de manoeuvre. Ça sera probablement la dernière avant de penser à une autre grille de réorganisation qu'on n'a pas imaginée encore. Mais nous pensons, pour les trois prochaines années, atteindre ces objectifs.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Robert-Baldwin. Oui.

M. Marsan: Oui. Pour clarifier. Vous dites qu'il y a des marges de manoeuvre additionnelles au plan que vous allez présenter le 31 janvier. C'est bien ça?

M. Dumas (Paulin): Non. Le plan de transformation va tenir compte des marges de manoeuvre dont je viens de vous parler.

M. Marsan: Bon. Moi, ma question, là, c'était... Là, vous réalisez votre plan, vous répondez aux objectifs de coupure du ministre. Maintenant, on nous annonce d'autres coupures, qui vont commencer le 1er avril prochain, pour les années 1995-1996, 1996-1997. Est-ce que vous avez des marges de manoeuvre pour continuer de couper sans que ça affecte les services aux patients de la région de la Mauricie?

M. Audy (Jacquelin): On s'attendait, selon les prévisions qu'on avait par le passé, de jouer dans l'ordre de 11 000 000 $ par année. O.K.? Notre plan de transformation, y compris les ajustements dont on parle, a élevé la barre à 60 000 000 $ sur un horizon de trois ans. Donc, on est passé de 11 000 000 $ à 20 000 000 $. Alors, là, c'est la marge de manoeuvre qu'on a, là. On s'est déjà donné une marge de manoeuvre. On a lu l'horizon financier, puis regardé les affaires, puis on a dit: Pour moi, ils ne seront pas capables de tenir ça à 11 000 000 $, 12 000 000 $, ils vont être obligés d'en mettre un peu plus, si on veut assainir les finances publiques puis si on veut arriver.

Bon. Montréal est passé avant nous autres. Eux autres, ils ont travaillé avec l'horizon politique et financier dans lequel ils étaient. On a la chance... bien, en tout cas, la chance, je ne sais pas si c'en est une ou pas, mais, en tout cas, on est un petit peu plus loin, donc on a une lecture nouvelle de l'environnement économique, et, devant cette lecture-là, on a dit: On ne peut pas mettre la gratte à 12 000 000 $. Aussitôt qu'on va avoir commencé, on va être obligé de recommencer. Ce n'est pas le genre d'opération qu'on a le goût de recommencer à tous les matins, là, on va d'abord amorcer celle-là. On a eu la prudence de dire: Au lieu d'y aller avec un horizon de 12 000 000 $ annuel, on va y aller avec un horizon de 20 000 000 $.

M. Marsan: Autrement dit, M. Dumas, toute coupure additionnelle, à partir du 1er avril, entraînerait une diminution des services aux patients. J'ai bien écouté ce que vous nous avez dit?

M. Audy (Jacquelin): Non, pas du tout.

M. Marsan: O.K. Donc, si c'est le contraire, ça veut dire qu'on peut... il y aura des marges de manoeuvre à Trois-Rivières, en Mauricie—Bois-Francs, pour couper encore à partir du 1er avril prochain.

M. Beaudet: 8 000 000 $.

M. Audy (Jacquelin): De la marge de 12 000 000 $, l'horizon 12 000 000 $ qu'on nous avait donné, nous autres, on l'a porté à 20 000 000 $, O.K.? Ça fait que ça veut dire que... Remarquez bien que je ne cours pas après 20 000 000 $, moi. Je serais complètement content si on me disait: Tu t'es trompé royalement, puis on peut rester à 9 000 000 $. Je n'ai pas de problème avec ça. Mais, compte tenu qu'on voyait venir les coups, parce qu'on lit les journaux, on regarde la télévision, puis ainsi de suite, on voit arriver les effets. On dit: Quelque part, 12 000 000 $, ça ne sera pas suffisant. Nous autres, on est allés au bouchon.

Vous me demandiez, tout à l'heure: Y a-t-il un niveau quelque part? On pense qu'on est allé au bouchon, à 20 000 000 $. Mais ça veut dire que, en même temps, on est capable d'absorber un peu plus que ce qui était normalement prévu au début.

Le Président (M. Perreault): M. le président, avec le degré de franchise avec lequel vous répondez aux questions, je ne comprends pas pourquoi le législateur n'a pas eu la sagesse d'instaurer la modification à la loi avant. Ha, ha, ha! On aurait pu entendre les organismes de la santé plus rapidement sur le terrain.

M. le député de Robert-Baldwin, vous avez encore des choses à dire?

M. Marsan: Un commentaire.

Le Président (M. Perreault): Oui?

M. Marsan: On avait demandé au ministre de les entendre il n'y a pas très longtemps.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marsan: Juste pour faire un éclaircissement. Donc, vous aviez un objectif autour de 11 000 000 $. Vous avez préparé un plan qui atteint 20 000 000 $, en prévision d'une éventuelle coupure dans votre région. Ça, c'est exact? On est sur le même...

M. Audy (Jacquelin): Oui, oui. Pas désiré plus qu'il ne faut pareil, O.K.? Si, demain matin, les choses s'améliorent, on va être bien content aussi. Ça pourrait servir à d'autre chose, remarquez bien, ne serait-ce qu'à soulager le contribuable.

Le Président (M. Perreault): Merci. Le député de Nelligan a demandé la parole. Est-ce qu'il y a d'autres intervenants du côté ministériel? M. le député de Nelligan. Oui, d'accord.

M. Williams: Ça ne me dérange pas de continuer l'alternance, si vous voulez.

Le Président (M. Perreault): Non, allez-y. Allez-y, M. le député de Nelligan. Ça sera, après ça, Mme la députée de Mille-Îles.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. M. Audy, merci beaucoup pour votre présentation. J'ai besoin de faire quelques commentaires avant de demander la question.

Certainement, M. le président, j'ai eu le privilège de vous visiter, encore une fois, avant le 12 septembre 1994. Depuis ce temps-là, j'ai eu moins d'invitations, mais, quand même, j'ai eu une chance de visiter les territoires, et les mots que le député de Trois-Rivières a utilisés, c'est la «période de transformation». Quand j'étais sur le territoire, je m'excuse, ce n'est pas exactement ça que j'ai entendu comme adjectif de cette période. J'ai entendu des «période de coupures», des «temps tellement difficiles».

Je comprends que la Régie soit tellement fière de votre excellent travail que vous êtes en train de faire malgré le ministère, ou, excusez, le ministre, et les coupures qui viennent du ministre des Finances, télégraphiées par le ministre des Finances, mais il me semble que ce n'est pas nécessairement la réalité que j'ai entendue, que ça va être aussi facile que ça. Une des choses que je voudrais avoir pendant ces échanges avec les régies régionales, c'est la réalité régionale. Et, effectivement, il y a, selon nous, des problèmes dans les territoires.

Je ne sais pas si vos 42 établissements vont être bien contents d'avoir entendu, selon ma compréhension de ce que vous avez dit, qu'ils sont prêts à faire une autre coupure. De combien de millions? Un autre 11 000 000 $. Je ne sais pas, actuellement, est-ce que

les citoyens vont être 100 % d'accord avec vous? En tout cas, je ne vous blâme pas, je blâme le gouvernement québécois qui vous oblige à faire les coupures. Je sais que vous êtes en train de faire l'impossible avec les données. Avec ça, mon commentaire n'est pas contre les régies.

J'arrive avec ma question, M. le Président, et ce n'est pas sur les coupures, parce que je voudrais utiliser le temps pour explorer une autre chose qui me frappe beaucoup sur le comportement du ministre et de ce gouvernement. Je prends la question du premier document que vous avez déposé. Encore une fois, merci beaucoup pour l'excellente documentation que nous avons reçue, incluant votre courte et précise présentation au début de cet échange. Je pense qu'on peut avoir une bonne idée de ce qui se passe chez vous.

• *(17 heures)* •

Il y a une citation, dans le document qu'on appelle «Élections, document 1.1», et vous avez mentionné qu'il était difficile d'établir clairement l'existence des véritables corporations de propriétaires et des fondations reliées à certains établissements. Compte tenu des lois 83 et 116, où le gouvernement québécois et le ministre de la Santé et des Services sociaux cherchent le pouvoir unilatéral de fermer les hôpitaux et de fusionner les établissements, pas nécessairement en ne respectant pas les corporations de propriétaires, est-ce que vous pouvez expliquer vos problèmes, spécifiquement dans votre Régie, sur cette question sur les corporations de propriétaires?

M. Audy (Jacquelin): Bon. C'est très pointu, vous parlez des corporations religieuses propriétaires?

M. Williams: Oui.

M. Audy (Jacquelin): À ma connaissance, je pense qu'on en a une.

Une voix: Plusieurs.

M. Audy (Jacquelin): Plusieurs? O.K.

M. Williams: Bien, vous avez mentionné dans vos notes que c'était difficile comme...

M. Audy (Jacquelin): D'accord. Alors, je vais laisser M. le directeur général répondre à cette question.

M. Dumas (Paulin): Il n'y a pas un problème fondamental, M. le Président, sur le fait d'avoir ou de ne pas avoir des corporations privées. Le mouvement, effectivement, est que plusieurs corporations privées dans le territoire ont disparu, effectivement, soit à l'occasion de l'opération de cet automne, soit à l'occasion de fusions d'établissements. Exemple: le centre hospitalier Cooke, qui a été fusionné récemment avec deux autres établissements d'hébergement de soins de longue durée. Sa corporation a décidé de fermer ses lits pour permettre une fusion d'établissements publics, à trois établissements, qui s'appelle maintenant le centre d'hébergement de soins de longue durée Le Trifluvien, qui vient d'engager son directeur général récemment.

Il y a eu, évidemment, l'opération ministérielle de clarification des statuts de corporation, etc., qui a été menée à travers la province, mais, essentiellement, ce n'est pas un enjeu qui vient bousculer nécessairement la vie du réseau. Il est vrai aussi qu'il y a des communautés religieuses qui, depuis quatre, cinq mois, et quelques-unes depuis un an, ont déclaré leur volonté de se désister.

Dans le cas qui nous préoccupe actuellement, dans l'hypothèse — et, celle-là, elle est connue — que les centres hospitaliers Sainte-Marie et Saint-Joseph, à Trois-Rivières, fassent, par fusion, un seul et même établissement spécialisé, il est vrai, aujourd'hui, que la communauté des religieuses de la Providence, qui est à Saint-Joseph, est actuellement dans une situation de réflexion profonde, puisque la fusion de Saint-Joseph et de Sainte-Marie, les deux hôpitaux, ne peut pas se faire par la voie de la fusion. Si la corporation de la communauté religieuse maintient sa volonté de rester là, il y aura d'autres moyens pour le faire.

Mais ce ne sont pas des problèmes de fonctionnement, c'est des problèmes qu'on a depuis plusieurs années, de vérifier la validité de l'existence. Autrement dit, est-ce que c'est une corporation sur papier ou une véritable corporation, comme celle de la communauté des Soeurs de la Providence, par exemple, où, là, il n'y a aucun doute que c'est une corporation qui est reconnue par la loi, alors que, malgré les opérations de 1991, il y avait encore des corporations plus ou moins actives? Mais ce n'est pas plus important, l'enjeu n'est pas si important.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup pour cette réponse. Deux courtes questions, et je demande ça ensemble, avec aucun préambule. Une, c'est la même question que ce matin. J'ai vu une certaine augmentation des listes d'attente pour le service de protection de la jeunesse. Je voudrais savoir ce que la Régie est en train de faire sur ce dossier. Je comprends qu'il y a des efforts substantiels, mais je voudrais juste vous laisser le temps d'expliquer.

Et, comme je l'ai demandé à chaque régie, s'il y a un des 5 620 membres de la communauté d'expression anglaise qui cherche des services dans sa langue, qu'est-ce que la Régie est en train de faire pour lui assurer qu'il peut avoir des services dans sa langue? J'ouvre une petite parenthèse. Je sais qu'il y a des efforts que vous avez commencés, et ce n'est pas une question pour laquelle je pense que vous ne faites pas grand-chose. Je voudrais laisser la chance au ministre de comprendre l'excellent travail que la communauté fait dans ce dossier. Les deux questions, s'il vous plaît.

M. Audy (Jacquelin): O.K. Alors, sur les listes d'attente, M. Dumas.

M. Dumas (Paulin): Les listes d'attente, c'est celles de la jeunesse dont vous m'avez parlé? C'est ça?

M. Williams: Oui. Avec les chiffres que vous avez donnés, particulièrement les évaluations en attente.

M. Dumas (Paulin): Oui.

M. Williams: Je voudrais juste savoir pourquoi, et c'est quoi, la réaction de la Régie dans ce dossier.

M. Dumas (Paulin): Oui. Alors, dans les listes d'attente, nous avons un problème qui perdure, effectivement. Ce n'est pas facilement acceptable qu'on ait 60 jeunes en attente de signalement et 40 à la prise en charge. Il y a deux facteurs qui causent ce problème-là qu'on est en train de régler: la concentration des signalements davantage dans le territoire de Drummondville et le fait que la première ligne d'intervention en amont des problèmes n'est pas assez musclée. Les solutions à ça, c'est le redéploiement des ressources dans les territoires directement, puisque, jusqu'à maintenant, les services sont concentrés à Trois-Rivières.

Le centre jeunesse est en train de faire une reconfiguration en profondeur de toute son organisation, et ce que je signalais dans les efforts de monter une première ligne musclée, le centre jeunesse est en train d'y contribuer, puisque ses professionnels de deuxième ligne vont maintenant cohabiter avec les professionnels de première ligne en CLSC. Donc, les interventions jeunesse vont se faire immédiatement dans le milieu familial, avant qu'on n'en arrive à des signalements.

La deuxième, c'est: ces ressources étant réparties sur le territoire, nous serons en mesure de pouvoir agir plus vite. Nous avons actuellement un projet-pilote avec trois territoires de CLSC, dont Drummondville, pour avoir des alternatives aux mesures de prise en charge. Cette collaboration-là, actuellement, est extraordinaire, et nous pensons pouvoir donner un bilan beaucoup plus positif dans 12 mois que maintenant.

M. Williams: Merci.

M. Dumas (Paulin): Quant à votre deuxième question, j'ai été heureux de vous recevoir lorsque M. André Thibault était président, et vous savez que, depuis ce temps-là, notre comité aviseur pour les services de langue anglaise a été monté avec la communauté. C'est un comité créé par le conseil et qui nous sensibilise aux préoccupations de la communauté anglophone. Nous avons, dans notre territoire, 17 établissements qui auront été identifiés pour être en mesure de donner en langue anglaise des services soit de protection, de défense de droits, d'accueil et d'information. Nous n'avons pas, nous, d'établissement désigné par le ministère, puisque le volume est non suffisant, mais nous avons quand même 17 établissements qui, par le biais d'un service, ou de deux ou trois services, sont en mesure de donner satisfaction.

Par ailleurs, nous constatons toujours qu'il y a certaines attitudes de gêne de pouvoir demander les services dans leur langue, ce qui nous fait dire que la demande serait probablement plus importante. Nous avons donc des efforts encore à faire pour les convaincre de le faire dans leur propre langue. Évidemment, avec 5 600 personnes, comme vous l'avez dit tantôt, il y a des concentrations à certains endroits, et la problématique fait que les rapports sont très conviviaux, que le comité est très actif et qu'il y a aussi une éducation, au fond, à faire de part et d'autre pour que ce service-là soit facile d'accès. Mais on progresse dans le plan — on est en train de le réviser, d'ailleurs — et la communauté est très active au sein du comité aviseur.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Perreault): Alors, merci, M. Dumas. On a eu deux interventions du côté de l'opposition, on pourrait peut-être avoir deux interventions de suite du côté ministériel. La députée de Mille-Îles et M. le ministre avaient l'intention d'intervenir. Alors, Mme la députée, vous avez la parole.

• *(17 h 10)* •

Mme Leduc: Oui. Bonjour, messieurs. Vous avez mentionné, dans votre présentation, que vous consacriez un peu plus de 9 000 000 $ au communautaire sur les 541 000 000 $ et que vous seriez heureux d'élaborer un peu plus au moment de la période des questions, alors je vous donne cette occasion.

Mais, en même temps, je voudrais aussi savoir si vous avez un comité aviseur en condition féminine, parce que je regardais un peu, j'ai vu que, dans la philosophie d'action, il y avait quand même deux endroits, un endroit où vous vouliez agir pour réduire les écarts de santé et bien-être entre les hommes et les femmes et aussi agir sur la pauvreté, plus particulièrement pour les familles monoparentales et les femmes vivant sous le seuil de la pauvreté. Je voudrais savoir si vous n'avez pas de comité aviseur — vous avez une politique en condition féminine — puis que vous élaboriez un peu aussi sur les services qui s'adressent plus particulièrement à cette problématique-là, soit en violence ou autre.

M. Audy (Jacquelin): Alors, sur les organismes communautaires, tout d'abord, dans un premier temps, je qualifie nos relations avec les organismes communautaires de bonnes à excellentes, puis ce n'est pas juste quelque chose de verbal, là. Quand le transfert du budget aux organismes communautaires s'est fait, on nous a transféré à la hauteur de 7 000 000 $. C'est relativement récent. Nous sommes rendus à la hauteur de 9 000 000 $. Alors, donc, on a vraiment...

Mme Leduc: Il y a plus d'initiative là aussi.

M. Audy (Jacquelin): Ah oui! On a pris de l'initiative là. On a même pris l'initiative, à un moment donné, de... On a été trouvés un peu étranges au début, mais, la première année des compressions, on a décidé d'en rajouter 500 000 $, nous, sur notre territoire, de la volonté de la Régie, pour pouvoir faire de la réallocation. Et, cette année-là, la réallocation, celle du ministère avec la nôtre, combinait 1 300 000 $, aux environs — parce que je ne suis pas en comptabilité — mais, sur ça, les organismes communautaires ont ramassé au-delà de 500 000 $. Excusez, je pensais que je parlais en millions, mais j'étais rendu au niveau du ministère, alors qu'on est en régie.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Audy (Jacquelin): Alors, 500 000 $, quand même. Et je vous assure que ça a été une opération assez spéciale de dire aux établissements: On va aller en chercher un peu plus, puis que, le lendemain, on arrive puis qu'on dise: La distribution, si ça ne vous dérange pas, on en envoie à peu près... Ça se divisait presque en deux, le montant qu'on envoyait aux organismes communautaires, par rapport à ce que les établissements récoltaient. Je dois vous dire que certains établissements ne l'ont pas trouvé drôle plus qu'il faut, mais, finalement, ça s'est tassé et, en tout cas, nous, on est très fiers de ça.

Et, dans notre plan... Pour être très réaliste, les gens des organismes communautaires, ce n'est pas des centaines de personnes qu'ils mobilisent sur le territoire, c'est plusieurs milliers de personnes qu'ils mobilisent, et ils sont là à la première ligne pour faire face. Ce sont habituellement les premiers confrontés avec les problèmes. J'ai dit, à un moment donné, aux gens: C'est ces gens-là qui vous aident quand vous êtes pris dans ça. Alors, moi, je dis à l'ensemble de la population et on se dit, comme régie: C'est ensemble qu'il faut continuer à aider. Parce que je ne me fais pas d'illusion, hein, les organismes communautaires ont vécu et continuent à vivre parce qu'ils ont le support abondant de la population. Ils ne vivraient pas rien qu'avec le 9 000 000 $ qu'on distribue au niveau régional. Alors, c'est tout ça qu'il faut continuer de bien articuler, en respectant leur mission. Excusez l'expression, mais il ne faut pas qu'ils deviennent des jobbeurs du réseau. Ils ont des caractéristiques particulières, ils ont une façon de faire les choses, ils ont une façon d'analyser les problèmes, alors il faut respecter ça, et on a bien l'intention de le faire.

Sur le comité aviseur pour les femmes, je sais qu'il y en avait un, mais la situation précise, à l'heure qu'il est là... Je vais laisser au directeur général le soin de vous donner une réponse.

Mme Leduc: D'accord. Merci.

M. Dumas (Paulin): Peut-être que vous ne nous féliciterez pas, puisqu'il existe depuis un an dans sa forme de création du conseil d'administration et il s'appelle le comité sur les conditions de vie des femmes. Il est préoccupé davantage par le dossier de la violence et le dossier de l'hébergement, avec les services spécifiques aux femmes hébergées, soit dans le cas de la toxicomanie ou dans l'hébergement et les services de longue durée.

Par ailleurs, ce comité-là a aussi un mandat général de pouvoir donner son avis et de sensibiliser la direction, particulièrement la Direction de l'organisation et de la coordination des services, sur la façon d'imaginer les mesures dans les plans d'organisation de services par programme-clientèle. Alors, par leur grille de préoccupations, ils peuvent réagir avant l'adoption de ces plans-là pour dire: Attention! ce n'est pas assez précis, puisqu'on vit et on connaît les conditions dans tel et tel services à la clientèle. Et je dois dire que ce comité-là a une documentation assez impressionnante sur les conditions de vie des femmes au Québec et dans notre région. Mais il a un an d'existence dans sa forme actuelle.

Mme Leduc: O.K. Donc, son action va se faire sentir encore plus dans les années à venir. C'est ce que vous me dites?

M. Dumas (Paulin): Oui.

M. Audy (Jacquelin): Mais je dois vous dire qu'on a un certain nombre de personnes autour de la table du conseil qui font bien les choses et qui font bien sentir les bonnes choses au bon moment.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Leduc: Et je voudrais vous demander, en question complémentaire...

Une voix: Oui. Allez-y.

Mme Leduc: ...qui m'est soufflée un peu: Est-ce qu'il y a des représentants des femmes attikameks sur ce conseil de condition féminine?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Leduc: Parce que j'avoue que ça ne viendrait pas de moi, ma région...

Une voix: Bien, c'est parce qu'il vient de La Tuque. Il vient de La Tuque.

Mme Leduc: Je ne connais pas la région si bien que ça, étant de Laval. Ha, ha, ha!

M. Audy (Jacquelin): Sur ce conseil-là, à ma connaissance, je ne crois pas.

Mme Leduc: O.K.

Le Président (M. Perreault): D'accord. Je ne sais pas, M. le ministre ou Mme la députée de Rimouski? Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Bonjour. Je suis très heureuse de vous entendre sur votre région, parce que ça m'apparaît totalement différent, entre autres, de la mienne et de celles qu'on a entendues aujourd'hui.

Moi, j'ai une préoccupation. De par le passé, dans le domaine de la santé et des services sociaux, on a vu les budgets beaucoup plus importants consacrés au curatif qu'au préventif, et je veux savoir, chez vous, c'est quoi, le tournage que vous avez pris dans le processus de transformation par rapport au préventif. C'est quoi, les sommes que vous allouez aujourd'hui par rapport au passé? Et, par rapport à l'avenir, qu'est-ce que ça sera?

Et, quand ma collègue d'à côté vous pose des questions sur le dossier condition féminine, c'en est un exemple de dossier à caractère préventif. Vous avez sûrement, chez vous comme ailleurs, un département de santé publique. C'est des problématiques à caractère social, et j'aimerais ça, vous entendre, parce que, jusqu'à date, ce que je trouve, c'est qu'on a parlé beaucoup de l'aspect médical, mais très peu de l'aspect problématique sociale, avec tout le volet préventif.

M. Audy (Jacquelin): Vous me faites plaisir avec votre question, parce que je l'ai dit, au début, qu'on avait tenu 12 colloques puis qu'on ne les avait pas tenus sur la lune, là, on est allé parler avec le vrai monde dans les territoires pour savoir ce qu'il avait à dire là-dessus. Personnellement, j'en ai fait sept sur 12 puis j'ai été remplacé par d'autres collègues du conseil d'administration ailleurs.

Ce que vous dites a été tel que, à un moment donné, on s'est posé la question... On n'avait à peu près pas d'interventions qui nous demandaient du curatif. C'était presque totalement absent des discussions dans les ateliers puis tout ça. On n'entendait pas parler du curatif pantoute, mais on entendait parler du mal de vivre, de toutes les problématiques, je dirais, qui prennent de l'ampleur maintenant. On a entendu des messages absolument... D'un à l'autre, ça se répétait continuellement: nécessité d'intervenir en amont, prévention, promotion de la santé.

Un autre message qui est venu, éloquent, c'est que les gens ont dit: Ce qu'on veut, c'est être traités comme des personnes, être reçus comme des personnes. Très peu de choses sur le curatif. Alors, c'est clair que, quand on reprend ça, puis qu'on examine ça, puis qu'on dit: Écoutez, le message, il est haut et clair, il faut le faire, le virage, en termes d'argent, on sait qu'il n'y a pas d'argent neuf, il faut libérer de l'argent pour aller faire d'autres... On est en pleine transformation de réseau, mais déjà il y a des messages très clairs de donnés: Qu'on réoriente les argents vers des activités de prévention, vers des activités de prévention-promotion.

• *(17 h 20)* •

Une autre valeur qui nous a été donnée, ils ont dit: Il faut oeuvrer auprès de la jeunesse de façon prioritaire, parce que c'est là qu'on peut régler des affaires avant que les problèmes naissent. Alors, de ce côté-là, vous pouvez être sûre que le message est reçu et qu'il va être reflété dans notre plan de transformation. M. Dumas pourrait ajouter quelques mots, j'imagine.

Une voix: Oui, parce que, là, c'est juste...

M. Dumas (Paulin): Pour vous le dire d'une façon concrète sur la partie financière, j'estime que, normalement, c'est autour de 1,2 %, le budget en prévention-promotion, donc je dirais qu'on a 6 000 000 $, à date, dont la valeur d'à peu près 1 500 000 $ à 2 000 000 $ dans les derniers 15 mois, d'injectés. Il y a une proposition que j'ai faite à la table du conseil, et qui est en délibération, pour injecter, grâce au plan de transformation, 6 000 000 $ additionnels dans les activités de prévention-promotion, qui, forcément, sont soit dans des aspects plus de santé publique ou bien à l'intérieur de la gamme des services des programmes-clientèles — santé mentale, santé physique, déficience intellectuelle. Alors, on vise à doubler cette partie de nos responsabilités.

Mme Charest: Et, pour ce 6 000 000 $, vous avez sûrement établi des priorités.

M. Dumas (Paulin): Oui.

Mme Charest: Alors, c'est sur quoi, vos...

M. Dumas (Paulin): Les priorités sont en fonction, M. le Président, des 16 stratégies d'actions prioritaires qui ont été retenues comme étant les plus multiplicatrices d'impacts, et la force majeure, c'est l'enfance, la jeunesse, la famille et les personnes âgées.

Mme Charest: Alors, vous fonctionnez toujours par clientèle et non pas par problématique comme telle.

M. Dumas (Paulin): Bien, voyez-vous, quand on travaille avec la structure des programmes pour laquelle il y a eu une entente entre le ministère et les régies, nous avons ou bien des programmes dont la majeure est une clientèle identifiée ou bien des programmes dont la majeure est une problématique identifiée. Alors, en toxico-alcoolisme, toxicomanie, c'est une problématique qui s'éclate à travers l'ensemble des clientèles, quel que soit leur âge. Si vous êtes en jeunesse, vous avez une clientèle jeunesse qui, elle, par ailleurs, peut vivre des problématiques variées. Mais, pour nous, ça ne cause pas nécessairement de problèmes si, un, c'est bien documenté — ça l'est de plus en plus — deux, si nous avons des ressources bien identifiées qui portent ces responsabilités-là et, trois, si les contours financiers des programmes sont très précis, et ils le sont de plus en plus.

Mme Charest: Merci, puis je vous souhaite bonne chance.

Le Président (M. Perreault): Oui, une dernière question, Mme la députée? Vous avez une autre question?

Mme Charest: Ça va. Merci.

Le Président (M. Perreault): Non? Alors, j'ai trois intervenants, du côté de l'opposition, qui ont demandé à prendre la parole. D'abord, le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. D'abord, M. le président, permettez-moi de vous féliciter de prendre le virage qui vous est demandé par M. le ministre d'une façon aussi, j'allais quasiment dire, joviale. Ça ne semble pas vous causer beaucoup de problèmes de couper 20 000 000 $, même si on vous en demande 11 000 000 $. Je suis un petit peu étonné, devant les chiffres que M. Dumas nous a mentionnés, que, dans la chirurgie d'un jour, il y ait encore un 30 % de jeu; que la durée de séjour soit de 9,6 et que vous tendiez vers sept; que le taux d'hospitalisations soit de 121 et que vous vous en alliez vers 109, alors que la moyenne au Québec est de 108. Ma question: Pourquoi vous n'avez pas commencé avant?

Une voix: Je me pose la même.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): Je pense que M. le ministre... Si le ministre s'inscrit... Mais vous avez la parole. Non, vous avez la parole, M. le président.

M. Rochon: M. le Président, je pense que j'ai la réponse à ça. Non, non, c'est...

M. Beaudet: M. le ministre, la question est posée à M. Audy.

M. Rochon: Alors, je viendrai en complémentaire, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Oui, oui. Alors, M. le ministre, je vous inscris sur la liste après M. le président, si vous...

M. Audy (Jacquelin): C'est clair et net que, si ça avait été commencé avant, selon moi, ça aurait été plus simple, etc. Maintenant, quand vous dites...

M. Beaudet: Ce n'est pas ça, le plus simple... mauditement plus payant!

Une voix: Sous les libéraux...

M. Audy (Jacquelin): Quand vous dites qu'on est jovial puis ainsi de suite, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des éléments dramatiques là-dedans. Quand on va arriver avec le plan de transformation qu'on a à passer devant le conseil d'administration le 31, si ça pouvait être approuvé, je serais tenté de dire, à six pouces au niveau du sol, O.K., mais ça ne sera pas approuvé à six pouces au niveau du sol, ça, ça va être six pouces en dessous du sol que ça va être approuvé.

M. Beaudet: Mais ça va passer pareil.

M. Audy (Jacquelin): Il y a des intérêts corporatifs là-dedans, il y a des intérêts personnels, il y a toutes sortes d'affaires. Ça ne sera pas plus simple chez nous que ça l'a été ailleurs. Ce qu'on dit, c'est qu'on fait une opération, qu'on pense réussir, au moins avec 23 membres du conseil d'administration, à leur faire dire: Bien, oui, c'est quelque chose qui tient, c'est quelque chose qui est équitable pour la région, on va rapprocher les services de la population, on va... Bon.

Au travers de ça, il y a la compression budgétaire. Mais, au bout de la course, si on réussit à faire le plan, ce n'est pas vraiment... On se dit ça, des fois, on dit: Ce bout-là de la transformation du réseau, «c'est-u» vraiment une compression budgétaire, ça, ou si c'est ajuster nos affaires comme du monde? Nous autres, on est portés à penser que c'est ajuster nos affaires puis que, s'il n'y avait pas le problème des finances publiques, la différence, c'est qu'on dirait: MM. les contribuables, on retourne 40 000 000 $ au gouvernement, puis le gouvernement va réduire vos taxes en conséquence. Tu sais... Bon.

M. Beaudet: Vos impôts d'autant. Ça aurait été fantastique.

M. Audy (Jacquelin): Sauf que ce n'est pas ça qu'on vit. Alors, il faut au moins qu'on croie un peu à ce qu'on fait puis qu'on soit réalistes là-dedans, mais ça n'enlève pas les obstacles à travers lesquels on va devoir passer, on est très conscient de ça. Alors, si j'ai donné l'impression que tout flottait en l'air...

M. Beaudet: Non, mais je suis sûr que ce ne sera pas nécessairement si facile...

M. Audy (Jacquelin): O.K.

M. Beaudet: ...sauf qu'il me semble que, avec les chiffres que vous nous donnez, il y avait de la marge pour, il y a déjà quelques années, mettre en branle, mettre en marche un programme d'amélioration de la performance. Alors, quand le ministre Côté avait mis la qualité-performance, ça faisait partie de ça un petit peu.

M. Audy (Jacquelin): Oui, oui, ça a commencé là. Ça, c'est clair au travers. On arrive, comme régie, on est dans...

M. Beaudet: Vous nous avez mis dehors. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Perreault): S'il vous plaît! Vous avez la parole, M. le président Audy.

M. Audy (Jacquelin): On est en décentralisation administrative. C'est clair qu'on est subordonné, au départ, à des décisions gouvernementales: nous autres, on se situe à telle place, le gouvernement décide de son budget, le ministre décide de comment il va... bien, moi, je suis obligé de vivre avec ça. La loi l'oblige à répartir équitablement le budget. Alors, une fois qu'on l'a, nous autres, on dit ce qu'on peut faire avec et on essaie de le faire le mieux possible. C'est dans ce sens-là qu'on s'est engagés, comme bénévoles, à aller faire des affaires dans notre région.

M. Beaudet: Je trouve votre attitude très positive.

M. Audy (Jacquelin): On vous remercie.

Le Président (M. Perreault): M. le ministre.

M. Rochon: Merci, M. le Président. Je pense que, en toute honnêteté pour tout le monde, il faut que je reprécise deux choses à la suite de la question et de la façon qu'elle est soulevée. Effectivement, puis je l'ai dit souvent, ça, plus on circule au Québec, plus on circule dans les régions, plus on voit d'attitudes positives. Ça fait du bien de sortir, de faire le tour.

Il y a deux choses très différentes dans ce qui se passe actuellement par rapport à ce qui passait avant, puis c'est important qu'on revoie bien ça parce que ça va être important dans ce qui va s'en venir dans les prochains mois. Ce qui se passe actuellement, puis ce qu'ils nous ont décrit aujourd'hui, puis ce que cette région-là nous décrit aussi actuellement dans un autre contexte, c'est une transformation, une restructuration de système, ce n'est pas juste un exercice de compression, et, ça, c'est une différence par rapport à ce qui se passait avant.

Il y avait des bons côtés au «Défi qualité-performance», il y avait des bons côtés dans ce qui s'est fait avant. Le taux de croissance des coûts du réseau avait commencé à baisser — ça, c'est vrai — mais c'était en une série d'exercices de compressions budgétaires qui avaient déjà, depuis quelques années, atteint la limite de ce que ça pouvait donner et qui commençaient à faire du dommage. Il faut que la population comprenne ça, il faut réaliser ça, c'est une réalité et c'est à ça qu'on était rendu.

Dans ce qu'ils font là, comme exercice de transformation de système, de restructuration, ça permet d'aller, effectivement... C'est pour ça que ce n'est pas... C'est plus dur à faire, mais ça te permet d'aller pas mal plus loin que de la compression, parce qu'on s'aperçoit qu'en restructurant un système... Puis on n'est pas les premiers. Dans le domaine public, on commence à faire, depuis quelques années, ce qu'on sait que les grandes entreprises dans le privé ont fait il y a 10 ans: elles ont restructuré, elles ont repensé le système puis elles l'ont fait autrement. Alors, il faut comprendre ça.

• *(17 h 30)* •

Dans ce qu'on se fait décrire, ce n'est pas juste des... Il y a beaucoup de performance administrative dedans, parce que, si on n'a pas des bons gestionnaires derrière ça, s'ils ne sont pas capables de gérer comme il le faut, ils vont être encore bien moins capables de transformer; ça, c'est bien sûr. Mais il y a un exercice de nature tout à fait différente par rapport à ce qui se faisait avant. On avait appelé ça «l'autre façon»; c'est une façon d'avoir d'autres façons.

L'autre chose, par exemple, quand on dit... Puis il faut être bien honnête. Il ne faut pas reprocher à des régies régionales de ne pas avoir commencé plus vite puis plus fort. Parce que, pour faire ça, ce qu'ils font là, ça prend une volonté politique, puis pas à peu près, comme on dit. On l'a vu l'année passée, ce que ça voulait dire. Puis il y en a qui en ont fait des gorges chaudes pendant un bout de temps. Ça prend une sacrée volonté politique, puis ça va en prendre une encore pas mal bonne pour continuer ça. Il faut le réaliser, il faut que la population le réalise aussi. C'est toute une stratégie complètement différente que de faire un exercice budgétaire. Et, là-dessus, s'ils n'ont pas commencé avant — je ne veux pas changer la nature du débat, mais, si la question a été posée, il faut le dire — c'est parce qu'il n'y a pas eu la volonté politique d'aller jusque-là et de faire ça avant. Ça, c'est un fait.

Et, à chaque fois que cette question-là va être soulevée, vous allez la ravoir, leur explication, parce qu'elle est vraie. Puis on ne glissera pas, ce n'est pas vrai, pour commencer à reprocher, à des gens qui font des efforts énormes sur le terrain, de ne pas avoir vu venir les coups avant et de ne pas avoir commencé avant, parce qu'ils n'ont pas été mis dans les conditions pour le faire. À preuve de ce que je dis là, sans qu'il n'y ait eu aucune commande spéciale du ministère — puis, ça, je leur lève mon chapeau — pour différentes raisons — vous avez vu trois régions, aujourd'hui, qui sont dans des étapes différentes du plan de transformation — eux sont présentement dans la phase de consultation, en bout de piste de la première année. Ayant fait ça, ils ont eu le sens, la capacité de prévoir, la compétence de faire — puis je leur en rends hommage — de prévoir tout de suite ce qui s'en vient l'an prochain.

Parce que, là, il n'y a pas de mystère, ce qui s'en vient l'an prochain. Puis, là, vous allez me permettre, M. le Président, de relier avec d'autres questions qui sont venues de façon un peu insidieuse une couple de fois, il faut faire bien attention dans ce qui se prépare comme discours. Je le vois venir, le discours. Et on a, dans certains milieux, appréhendé pas mal de désastres, en 1995-1996, qui ne sont pas arrivés. Ça fait que, là, on ne les attend plus, ils n'auront plus bien, bien le temps d'arriver.

Alors, il ne faudrait pas commencer à repréparer un état d'anxiété pour la population sur les conséquences des prochaines coupures sur les services, puis recommencer le scénario puis le cirque de l'année passée. Ce n'est pas ça qui va aider la population. Parce que ce qui s'en vient, c'est prévu. Puis les régions, comme elles sont en transformation plutôt qu'en compression, elles ont commencé à le prévoir dans leur plan. Et c'est ça qui fait toute la différence. Ce qui s'en vient au plan macro, on le connaît. Je vais le répéter, il n'y a pas de mystère. Il ne faut pas en faire. On était, cette année, en croissance zéro. Et ça, ça a voulu dire une absorption importante pour le réseau, on se rappellera. Ça a été de l'ordre de 500 000 000 $, avec une réallocation de quelque 100 000 000 $ là-dessus. L'an prochain — on sait, ça a été annoncé, on se rappelle du budget Campeau — c'est croissance zéro moins 500 000 000 $ dans les dépenses de programmes de l'ensemble du gouvernement. En 1997, c'est toujours croissance zéro moins un autre 500 000 000 $. Ça, c'était le budget Campeau. On verra ce que le prochain budget va changer là-dessus. Mais le contexte d'assainissement des finances publiques ne laisse prévoir à personne, je pense, au Québec, que ça va se remettre à diminuer beaucoup, ces compressions-là. On verra.

En plus, ce qu'on sait — puis c'est ça qui se prépare comme budget actuellement — il y a entre 300 000 000 $ et 400 000 000 $ de perdus avec les transferts fédéraux. Et, en 1997-1998, c'est estimé de l'ordre, en quelque part, de 800 000 000 $ à 900 000 000 $. Quand on parle de budget, la population sait ça. Il faut savoir que, ça, c'est la ligne de départ. Ce qu'on ne sait pas, c'est quelle est la partie de ça qui va devoir être encaissée du côté du réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble, y compris la RAMQ. Ça, on ne sait pas ça encore. C'est l'exercice budgétaire actuel qui prépare ça. Mais, là non plus, il n'y a pas de mystère, et les gens vont avoir l'heure juste dans les prochaines semaines. Moi, je peux assurer d'une chose: grâce à ce qui se passe dans les régions présentement, on va pouvoir très rapidement dire aux gens jusqu'où la transformation qui est en cours peut livrer, en termes de nouveaux budgets, ce dont on aura besoin comme ressources pour le réseau transfiguré. Ça va pouvoir être relativement clair, relativement rapidement. Ce qui va nous permettre de dire que, si on doit aller plus loin, si c'est nécessaire d'aller plus loin — puis on ne le sait pas encore — on ne cherchera pas midi à quatorze heures. On va pouvoir, dans une autre étape, dire quelles sont les alternatives réelles à considérer avec l'ensemble des partenaires, si la transformation ne livre pas tout ça, avant de commencer à toucher aux services. On va pouvoir en discuter ouvertement. Et, si jamais il faut aller encore plus loin, là, on pourra identifier, s'il y a des services à couper, lesquels. Mais on est très loin de ça. On est très loin de ça parce qu'on voit qu'il y a déjà de la marge de manoeuvre qui est anticipée dans les régions grâce à l'exercice de transformation. Et les informations vont être très claires dans les prochaines semaines et dans les prochains mois, jusqu'au prochain budget.

Je voulais revenir là-dessus, M. le Président, puis prendre un peu de temps parce que je pense que c'est très important — ça va tellement être important qu'on la réussisse, la réorganisation du réseau — que le débat ne dérape pas dans les prochains temps. Et, là-dessus, je pense qu'il ne faut pas non plus lancer les pierres aux mauvaises places.

Alors, je remercie beaucoup le député d'Argenteuil de m'avoir donné l'occasion de repréciser cette affaire-là.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le ministre. J'ai sur ma liste le député de Robert-Baldwin comme intervenant suivant, et je pense qu'il va vous remercier de lui permettre de préciser des choses.

M. Beaudet: J'allais te répondre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marsan: En partant, vous m'arrachez les mots de la bouche. Je voudrais remercier le député d'Argenteuil d'avoir permis au ministre de s'exprimer et de nous donner, par la même occasion, la chance de pouvoir répondre à ce qui vient d'être avancé, et de façon la plus calme possible.

M. le ministre, vous avez parlé qu'il y avait une attitude très positive qui se développait dans les régions. Moi, j'ai hâte de la voir. On reçoit aujourd'hui des gens des régies, les directeurs, les représentants des conseils. Par contre, quand on regarde ce qui est écrit dans les journaux, quand on écoute la télévision, quand on ouvre la radio, ce n'est pas le message qu'on reçoit. Ce n'est pas tout le portrait de toutes les régies que nous avons aujourd'hui. On en a entendu deux, on termine la troisième.

Vous parlez qu'il y a une autre façon de gouverner, et je pense que vous avez raison. Je vous le concède, c'est une façon qui est un petit peu...

Le Président (M. Perreault): M. le député, je vous rappelle que vous devez vous adresser au président...

M. Marsan: Oui, oui, oui, M. le Président, avec beaucoup de calme.

Le Président (M. Perreault): ...histoire de ne pas en faire un débat.

M. Marsan: Et ce n'est pas n'importe quelle région qui en parle, M. le Président, c'est la région de Trois-Rivières, où *Le Nouvelliste* dit: Trop de changements, trop vite. On qualifie la réforme de trop vite, et on l'associe aussi beaucoup au manque de consultation. On a la chance d'avoir les dirigeants des régies, mais on n'a jamais la chance d'avoir les organisations qui représentent

les patients. Je pense que je ne vous ferai pas un long discours là-dessus.

Pourquoi, aujourd'hui, ces gens-là doivent faire des coupures aussi importantes? C'est à cause de l'ampleur des coupures. Je pense qu'il y a un choix de priorités entre deux gouvernements. Est-ce que la santé, ça doit être une priorité? Je pense que ça l'a été, et ça se reflétait dans le «Défi qualité-performance», alors qu'aujourd'hui on se sert de la santé comme d'un outil pour combattre le déficit. Alors, l'ampleur des coupures qui nous sont proposées, maintenant, ça sert à gérer le déficit du gouvernement. Et on nous dit enfin — puis ça, c'est la cerise — que c'est à cause des transferts fédéraux. Le budget n'est pas arrivé, il n'a pas été déposé. Mais on oublie toujours de nous parler des paiements de péréquation aussi, ce qui peut en résulter pour le Québec. Alors, je pense qu'il faut apporter les corrections, M. le Président — et vous pouvez les transmettre au ministre — à chaque fois qu'on tiendra ce discours, bien, je pense qu'on va apporter les corrections nécessaires. Et le plus vite possible on va vouloir travailler vraiment pour que ce soit le patient qui soit au centre de nos décisions, je pense qu'on va délaisser un peu ce genre de discours puis qu'on va vraiment regarder ce qui est bon pour le patient dans le réseau. C'est vers ça, nous autres en tout cas, qu'on se propose de travailler. C'est comme ça qu'on veut faire notre opposition, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Écoutez, si vous me permettez, je vous rappelle que nous avons des invités. Ha, ha, ha! Et, sur ma liste, la personne suivante est Mme la députée de Chapleau. Allez-y, madame.

Mme Vaive: Merci, M. le Président. Tantôt, lors de la question de Mme la députée de Mille-Îles au sujet de la condition féminine, si on se souvient bien, lors de la marche des femmes pour «Du pain et des roses», lorsqu'elles ont passé à Trois-Rivières, elles ont eu la garantie qu'elles toucheraient 600 000 $. Si je comprends bien, M. le directeur général, lorsque vous avez étalé votre budget, vous avez trouvé ces argents-là parce que le ministre vous avait dit: Bien non, ce n'est pas du nouvel argent, vous allez puiser dans ce que vous avez. Est-ce que vous avez trouvé ces 600 000 $ là pour les femmes?

M. Dumas (Paulin): Vous avez raison de dire que l'enveloppe étant une enveloppe fermée, c'est à l'intérieur de cette enveloppe-là qu'on doit réallouer. Et on réalloue graduellement vers des problèmes qui touchent, justement, ce pourquoi cette enveloppe-là a été... Je ne pourrais pas vous dire que nous avons la totalité du 600 000 $ déjà rendue, mais c'est une volonté de le faire à l'intérieur de l'enveloppe. Mais c'est comme toutes les autres enveloppes, on doit réorienter. Et, pour réorienter, il faut dégager la marge de manoeuvre voulue. C'est parfois un peu plus long et ce n'est pas automatique, mais ça se dirige vers cette fonction-là. Je ne pourrais pas vous dire le chiffre exact, mais ça va se faire, c'est sûr.

Le Président (M. Perreault): D'autres questions, Mme la députée? Non. Est-ce qu'il y a d'autres interventions, d'autres intervenants? Non. Alors, M. le député de Robert-Baldwin, s'il n'y en a pas d'autres, allez-y.

• *(17 h 40)* •

M. Marsan: Oui, j'apprécierais qu'on nous parle de la situation dans vos services d'urgence. On a eu l'occasion de voir des reportages à l'occasion ou d'avoir des informations. Est-ce que ça s'améliore?

M. Audy (Jacquelin): Sur les services d'urgence comme tels?

M. Marsan: Oui, dans votre région.

M. Dumas (Paulin): Bon. Vous savez qu'au printemps 1993 personne ne nous envoyait des félicitations. Nous étions une région très perturbée et très délinquante. Nous avons travaillé d'arrache-pied et en pleine connivence avec l'équipe du Groupe tactique d'intervention, qui nous a supportés, pour savoir comment on pourrait amener les gestionnaires et l'équipe médicale à prendre conscience de ce qui se faisait là. Nous sommes très heureux de vous dire que les seuls et uniques problèmes qui restent actuellement et qui sont en fin de piste, c'est à l'hôpital Saint-Joseph. Tous les hôpitaux de la région performent dans les critères de performance du GTI, et Saint-Joseph est en train de finir de régler ses problèmes, puisque ça a été le plus délinquant de l'équipe, le plus longtemps, depuis 1992. Mais, à toutes fins pratiques, on peut calculer que c'est réglé. Alors, il n'y a plus de dépassement des normes et la gestion des lits a été renouvelée pratiquement de fond en comble dans tous les hôpitaux de la Mauricie—Bois-Francs.

Le Président (M. Perreault): D'autres questions, M. le député?

M. Marsan: Oui, toujours par rapport aux soins ou aux services alternatifs. Vous avez parlé des CLSC. Est-ce qu'il y a eu des améliorations du côté des CLSC en ce qui concerne les heures d'ouverture dans votre région? Ce que j'ai actuellement, en tout cas, le document qu'on nous a transmis démontre que les CLSC ferment autour de 16 heures ou 17 heures, je pense...

M. Audy (Jacquelin): M. le Président, c'est un autre engagement qui a été pris et respecté, là. Les CLSC sont rendus à 60 heures d'ouverture, sauf peut-être un dont je ne suis pas sûr, là. Deux, l'implantation du 24/7 est faite et il est opérationnel depuis le 4 décembre, de sorte que même à mon dernier conseil d'administration, comme membre d'un conseil d'administration

d'un CLSC, on avait des rapports sur les volumes d'appels, les délais de réponses, et ainsi de suite. En tout cas, pour le moment, ça va très bien de ce côté-là, l'implantation se fait normalement.

Le Président (M. Perreault): M. le député de Trois-Rivières.

M. Julien: Merci, M. le Président. Tout à l'heure, j'écoutais le député de Baldwin qui disait de tout ce plan de transformation là — il le dit depuis un an d'ailleurs — qu'il n'y a jamais de consultations, que ça se fait en catimini. Moi, j'aimerais que vous me reprécisiez, M. le président — je posais la question au tout début — dans le processus du plan de transformation, quelles ont été vos relations, par exemple, avec les hôpitaux, les D.G. d'hôpitaux, les CLSC, les syndicats? Moi, j'aimerais ça que vous expliquiez comme il faut aux gens comment vous avez travaillé avec eux autres pour arriver, évidemment, à ce projet-là qui va être déposé la semaine prochaine. Les députés aussi. J'aimerais que vous expliquiez ça pour l'information aux gens.

M. Audy (Jacquelin): Alors, commençons par le commencement. Avec les directeurs généraux, c'est clair que c'est la permanence de la Régie qui travaillait avec les directeurs généraux. Et, en tout cas, je l'ai vu de loin, mais je vais céder la parole à M. Dumas qui va vous dire comment il a travaillé avec les directeurs généraux.

M. Dumas (Paulin): C'est évidemment constant, continu, intensif et à n'importe quelle heure de la journée, de la semaine, les rapports avec les directeurs généraux, leur direction générale, leur directeur des finances en plus, cette année, des directeurs des ressources humaines, des cadres qui sont dans les domaines des prestations de services. On en a eu, en continu, des rencontres de nature différente, d'ordre technique et stratégique, pour leur expliquer les enjeux. Ça a commencé, je dirais, dès octobre 1993 dans notre cas, et particulièrement lorsque nous avons décidé d'adopter d'abord, avant le plan de transformation, 62 objectifs de résultats-clientèles, qui ont été adoptés le 23 mai dernier. Ces 62 objectifs de résultats-clientèles sont au coeur des objectifs du plan de transformation programme-clientèle.

Toutes ces études, toutes ces discussions, tous ces objectifs ont été discutés avec les équipes de direction générale, qui, elles, font les liens avec leur conseil d'administration et leur équipe interne. Cependant, vu l'ampleur des travaux, nous avons convenu avec eux que nous rencontrerions leurs cadres supérieurs, ce qui a été fait.

Dans le cas des syndicats, nous avons une table intersyndicale qui, durant toute l'année qui s'achève, a eu comme objectif dans les relations avec nous d'obtenir toute l'information de A à Z sur toutes les études, sur tous les enjeux. Et nous les entendions nous dire, il n'y a pas longtemps, qu'ils reconnaissaient avoir obtenu réponses à leurs questions. Ils auraient souhaité être associés possiblement à la définition des orientations, mais nous leur avons dit qu'ils seraient consultés, comme groupes, lorsque la proposition serait adoptée par le conseil. C'est particulièrement la CSN qui demandait ça, alors que l'ensemble de l'intersyndical, ils sont 25, 28 autour de la table, demandait davantage de connaître l'heure juste des analyses, des résultats de ces analyses-là et des options qui se présentaient devant nous.

Finalement, M. le président, vous pouvez parler des relations qu'on a eues avec les députés, bien sûr.

M. Audy (Jacquelin): Bon, avec les députés, c'est clair et net, on a vu dès le début, et c'est facile d'en prendre conscience... Je le soulignais, notre budget vient du gouvernement provincial et est dépensé... Moi j'ai une petite phrase toute courte et toute simple: Comme députés, vous risquez de gagner ou de perdre vos élections avec la job qu'on fait dans le milieu. Alors, ça veut dire que, selon qu'on travaille bien ou pas, ça a de l'influence drôlement sur ça. Alors, on a compris très rapidement qu'il fallait s'articuler avec les autres élus qui oeuvrent sur notre territoire, et plus particulièrement les députés.

Alors, dès le début de la Régie, on essaie le plus possible de tenir les députés au courant au fur et à mesure que les dossiers évoluent. Parfois on rencontre le caucus dans son ensemble, parfois un député qui se trouve être plus affecté par une décision qui risque d'être prise par la Régie. Alors, on rencontre les gens et on essaie de s'entendre. Même si la décision, parfois, peut affecter un comté de façon particulière, en tout cas, jusqu'à maintenant, moi, je peux vous dire, je pense, qu'on jouit du respect des députés, qui respectent le travail qu'on a à faire et qui essaient de nous appuyer au besoin.

M. Julien: J'aimerais faire un commentaire, M. le Président. Lorsque le dossier de la reconfiguration a débuté, j'ai demandé à la Régie qu'on ait des rencontres entre les D.G. et présidents d'hôpitaux, la Régie et le caucus des députés concernés, mettons de Trois-Rivières métro. On a eu trois rencontres, quatre rencontres pour qu'on puisse suivre conjointement tout le processus, toute l'évolution du dossier. C'est évident que nous — et là je parle sur le plan politique — des fois, ça crée des problèmes dans des comtés. Mais, au moins, on a été capable de la suivre. On a eu l'information. Moi, là-dessus en tout cas, je lève mon chapeau et je les remercie, parce que ça a été fait. Alors, quand on dit qu'il n'y a pas eu de consultations, qu'il n'y a pas eu d'information, chez nous, je dois vous dire une chose, ce n'est pas le cas.

Le processus de consultation qui va s'effectuer à partir de la décision au mois de février, on a insisté énormément, parce que, nous, ce qu'on se disait, c'est

qu'on ne voulait pas que la reconfiguration se fasse uniquement sur un plan corporatif. On voulait que les gens du milieu aillent donner leur mot. On a eu des rencontres avec les syndicats, des rencontres avec les gens pour s'assurer que cette consultation-là, le soir où ça va se tenir, que ce soient les gens de la base et non pas des gens corporatifs qui soient là. C'est peut-être naïf, notre pensée, mais c'était ça, l'idée. C'est pour ça que ça se fait, et on a poussé là-dessus. Et, moi, je suis très heureux que ça se fasse, même si, des fois, pour le ministre, je le comprends, ça retardait les décisions — ça va se prendre pareil le 31 mars. Mais, au moins, on va associer le monde à ce processus-là. Ce n'est pas évident, il va y en avoir d'autres, choses. Moi, ce que je veux mentionner, c'est que je suis très heureux, M. le Président, de la façon que, chez nous en tout cas, ça s'est déroulé.

Les résultats, ça c'est une autre chose. Je ne dis pas qu'il n'y aura pas de problème; je ne dis pas que ça ne chialera pas; je ne dis pas que vous n'aurez pas des articles dans les journaux, je les lis moi aussi, je connais même l'animateur à la radio. Quand on dit qu'on ferme un bloc opératoire puis qu'on ferme l'hôpital, pour le monde, c'est comme si tu passais le bull dans l'hôpital. Ce n'est pas tout à fait correct, mais c'est ce qu'ils disent. Alors, ça, c'est évident qu'il va se faire du charriage. Mais je peux vous dire qu'il y a eu beaucoup de rencontres. Je peux vous assurer de ça.

• *(17 h 50)* •

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député. Le député de Robert-Baldwin avait peut-être une dernière question. Après ça, on passera aux commentaires de la fin. M. le député.

M. Marsan: Juste une petite question. Je voulais savoir si vos établissements de santé vont être en équilibre budgétaire au 31 mars, d'après vos prévisions?

M. Dumas (Paulin): Les établissements de santé? Oui.

M. Marsan: O.K. Est-ce que vous avez prévu des coupures à l'intérieur de votre Régie, dans votre plan global que vous allez présenter bientôt?

M. Audy (Jacquelin): En ce qui nous concerne, j'avais le chiffre tout à l'heure, là...

Le Président (M. Perreault): 3 %.

M. Audy (Jacquelin): Sur 1994-1995, on a vécu 3,6 %; sur 1995-1996, on a vécu 0,92 %, alors, malgré la tâche à accomplir, malgré la pression de bâtir un plan de configuration de services, bon, peut-être qu'on n'a pas fait de tapage là-dessus, là, on a pris notre pilule puis on a réussi à gérer à l'intérieur de l'équilibre.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le président. Une dernière question, M. le député.

M. Marsan: Oui, vite, vite. L'assemblée générale de la Régie régionale, est-ce que ça fonctionne dans votre région?

M. Audy (Jacquelin): L'assemblée générale? Non. Vraiment pas. Je peux ajouter en commentaire que ma perception, quand vous avez une assemblée générale qui a comme mission le processus électoral puis, à l'autre bout de la course, recevoir de l'information, c'est que vous avez un processus qui est, excusez l'expression, entre parenthèses, selon moi, désintéressant. Ce n'est pas possible de rendre du monde intéressé, je dirais, avec une réunion sociale par année. Je suis méchant un peu, mais ça m'apparaît être ça, la réalité.

Le Président (M. Perreault): Merci. Alors, peut-être, avant de terminer, un dernier commentaire de part et d'autre. Est-ce que, du côté de l'opposition, il y a...

M. Marsan: M. le ministre, ou je peux finir. Pas de problème.

Le Président (M. Perreault): M. le ministre. L'habitude veut que ce soit... Oui, c'est comme ça, allez-y.

Remarques finales

M. Marsan: Alors, merci de votre présentation. Bon, peut-être une petite surprise au début lorsque vous nous avez dit que votre objectif était 11 000 000 $ et que vous en avez fait pour 20 000 000 $. Le terme de mon collègue, c'était: une attitude un peu «jovialiste», là. En tout cas, ça, c'est vous qui en déciderez.

Je constate aussi, et je reçois que vous entretenez de très bonnes relations avec vos députés, et, moi, je pense, en tout cas — puis là, c'est un commentaire général de la journée — que plus on est capable de recevoir des gens qui viennent ici en commission parlementaire, eh bien, plus ça nous permet d'éclairer notre chandelle. J'espère que notre collègue, le ministre de la Santé et député de Charlesbourg, va prendre bonne note de cette suggestion et pourra travailler, à l'avenir, de cette façon. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Perreault): Merci, M. le député. M. le ministre. Est-ce que vous voulez faire des commentaires?

M. Rochon: Oui, très brièvement, M. le Président. Je veux aussi remercier nos partenaires de la région Mauricie—Bois-Francs et je leur souhaite bonne chance dans l'étape immédiate qui s'en vient. Je sais qu'elle est très cruciale. Et, là-dessus, je voudrais insister. Il y a deux régions présentement, à ma connaissance, là, Mauricie—Bois-Francs et la région du Bas-Saint-Laurent, qui sont en pleine phase de consultation. On a vu ces étapes-là passer dans d'autres régions.

Il faut bien réaliser ça, parce que, effectivement, ce qu'on voit dans les journaux et ce qu'on entend pendant la période intense de la consultation — comme me disait mon collègue de Trois-Rivières — c'est le moment où les critiques les plus vives sortent de toutes parts et où, effectivement, quand les gens sentent que les décisions viennent et que le profil se dessine, ceux qui ont encore une résistance à manifester — et, des fois, de très bon aloi, il faut que tout se discute jusqu'à la dernière minute — les résistances sortent de façon maximale. Je le souligne parce qu'il faut que, quand on voit ça, on l'interprète dans son contexte. Ce n'est pas nécessairement la révolution qui est à bord, c'est la démocratie en action.

Quand on voit des régions qui viennent de terminer ou qui ont terminé déjà cet exercice-là depuis quelque temps, c'est encourageant, parce que, dans quelques semaines, quand ils auront terminé ça, l'atmosphère changera complètement. Et, en général, les gens se sont toujours comportés de façon très mature, très responsable et les gens, en bloc, retournent vers l'avenir et décident de bâtir quelque chose. Ce n'est pas plus facile, mais ça devient vraiment très positif. Alors, ça, il faut se rappeler ça.

En terminant, je dirais qu'on vient de voir là de beaux exemples, aujourd'hui, de consultation, de ce qu'une commission parlementaire peut faire en rencontrant des gens, et qu'elle va pouvoir faire encore, mais ça montre comment c'est important de le faire avec le bon agenda, au bon moment et de façon appropriée.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Au moins, il écoute.

M. Williams: Je ne sais pas, je ne suis pas sûr.

Le Président (M. Perreault): M. Audy, M. Dumas, M. Allaire, je vous remercie. Si vous me permettez, je voudrais que nous ajournions les travaux de cette commission sine die, quant à ce mandat-ci. Je vous rappelle tous, cependant, que, sur un autre mandat, nous nous retrouvons demain matin à 10 heures et que nous avons une réunion de travail à 9 heures. Mais la commission siège à 10 heures, demain, officiellement.

(Fin de la séance à 17 h 56)