

ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
des affaires sociales

Le jeudi 4 septembre 1997 — N° 95

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

Président de l'Assemblée nationale:
M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P1

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

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 jeudi 4 septembre 1997

Table des matières

Auditions	I
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord	I
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine	23
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	44
Remarques finales	
M. Rosaire Bertrand, président	64

Autres intervenants

M. Jean Rochon
Mme Solange Charest
M. Guy Lelièvre
M. Léandre Dion
M. Jean-Claude St-André
Mme Danielle Doyer
M. Russell Williams
M. Robert LeSage
M. Réal Gauvin
M. Russell Copeman
M. Rémy Désilets

- * M. Daniel Jouis, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
- * M. Arnaud Samson, idem
- * M. Claude Boisjoli, idem
- * M. Dan Mauger, idem
- * M. Rodrigue Simard, idem
- * Mme Suzette Arseneault, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine
- * M. Maurice Anglehart, idem
- * M. Denis Loiselle, idem
- * M. Christian Bernier, idem
- * Mme Diane Vallières, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- * M. Pierre-André Bernier, idem
- * M. Joffre-Claude Allard, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 4 septembre 1997

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

(Neuf heures trente-deux minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Si vous voulez prendre place pour qu'on commence.

À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, au nom de tous les membres de la commission, il me fait plaisir de souhaiter la bienvenue de façon particulière à tous les membres de la commission, mais de façon particulière aussi à tous les gens qui représentent les trois régies que nous aurons le plaisir de rencontrer aujourd'hui. C'est spécial dans l'histoire de la commission. C'est la première fois que la commission des affaires sociales se déplace. C'est une expérience qu'on fait. Je dis bien que c'est une expérience qu'on fait. On analysera les résultats et on fera les recommandations en conséquence après. Mais de pouvoir faire cette expérience-là ici, à Rimouski, et de faire en même temps la régie de la Côte-Nord, Gaspésie—Les Îles et du Bas-Saint-Laurent, pour tous les membres de la commission, c'est vraiment quelque chose de spécial et c'est avec beaucoup d'enthousiasme qu'on le fait.

Au niveau des procédures, je n'ai pas besoin, je pense bien, d'expliquer parce que la plupart de vous autres êtes habitués. Mais, s'il y a quelque chose, gênez-vous pas, s'il y a des questions, des informations, etc.

Je déclare la séance de la commission des affaires sociales ouverte.

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

Le Secrétaire: Oui, M. le Président, Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) est remplacée par M. Gauvin (Montmagny-L'Islet); Mme Malavoy (Sherbrooke) par M. Lelièvre (Gaspé); M. Paradis (Brome-Missisquoi) par M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce).

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Je vais faire quelque chose qu'on ne fait pas normalement. Je vais demander aux membres qui sont présents, les députés, de se présenter, de façon à ce que vous sachiez, vous, les gens qui êtes ici... Des fois, on a les noms mais pas les visages. Alors, en commençant — je ne sais pas si le ministre a besoin de se présenter — en commençant par Jean Rochon, député de Charlesbourg et ministre de la Santé; Solange, si tu veux te présenter toi-même.

Mme Charest: Bonjour. Solange Charest, députée du comté de Rimouski et whip adjoint du gouvernement.

M. Lelièvre: Alors, bonjour. Guy Lelièvre, député du comté de Gaspé.

M. Dion: Léandre Dion, député de Saint-Hyacinthe.

M. St-André: Jean-Claude St-André, député de L'Assomption.

Mme Doyer: Danielle Doyer, députée de Matapédia, adjointe parlementaire pour le Bas-Saint-Laurent.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mon vice-président de la commission.

M. Williams: Russell Williams, député de Nelligan et vice-président de la commission des affaires sociales.

M. LeSage: Robert LeSage, député de Hull.

M. Gauvin: Réal Gauvin, député de Montmagny-L'Islet.

M. Copeman: Russell Copeman, député de Notre-Dame-de-Grâce.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous rappelle le mandat, et le mandat sera valable pour les trois régies. On n'aura pas à recommencer à chaque fois. Il y a une entente aussi d'intervenue entre les deux groupes pour permettre, dans les remarques préliminaires, uniquement les remarques préliminaires d'une personne de la régie, pour 20 minutes. Du côté des parlementaires, il n'y aura pas de remarques préliminaire dans aucun des groupes; on va aller directement à un échange avec les gens des régies. Alors, ce sera valable pour les trois groupes.

Je vous rappelle le mandat. Le mandat de la commission, pour cette séance, est d'entendre les régies régionales de la santé du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Et nous commençons par celle de la Côte-Nord.

Auditions

M. Jouis, je vous invite à présenter les gens qui vous accompagnent, nom et titre, pour fins d'enregistrement, et vous n'aurez plus à vous renommer après. Un coup que c'est enregistré, c'est fait. Allez-y pour votre 20 minutes.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

M. Jouis (Daniel): Oui. Alors, la présentation va se faire dans le cadre de notre exposé. Bonjour, M. le Président, M. le ministre, membres de la commission

parlementaire, mesdames, messieurs. Mon nom est Daniel Jouis, comme vous l'avez entendu. Je suis domicilié à Sept-Îles. J'ai été porté à la présidence de la régie régionale de la Côte-Nord en juin dernier, suite à l'élection du nouveau conseil d'administration, et je suis issu du Collège électoral des groupes socioéconomiques. C'est mon premier mandat.

Je suis entouré de quatre membres du conseil qui siégeaient déjà, eux, lors de l'élection précédente. D'abord, nos deux vice-présidents. Vous avez, à ma droite, M. Dan Mauger, de Chevery, sur la Basse-Côte-Nord. M. Mauger est membre coopté et assume, entre autres, la présidence du conseil d'administration du centre de santé de la Basse-Côte-Nord. M. Simard, de son côté, est certainement, de nous cinq, le plus connu, sa célébrité ayant rejoint toutes les régions du Québec. M. Simard, dit «le patriarche», une appellation d'origine contrôlée, a été fêté, cet été, par l'organisation des Jeux du Québec, soulignant sa participation ininterrompue, son rôle pour les Jeux du Québec depuis les tout débuts, en 1971, 25 ans à piloter la délégation des jeunes athlètes de la Côte-Nord, ce qui, comme vous pouvez le constater, lui a permis de se conserver jeune.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'on peut vous interrompre puis, au nom de tous les membres de la commission, nous aussi, le féliciter à notre tour?

M. Jouis (Daniel): M. Simard provient, de son côté, des groupes socioéconomiques, également, comme moi, et il est domicilié à Baie-Comeau. On a aussi le Dr Arnaud Samson, qui est à mon extrême gauche. Le Dr Samson est président de la Commission médicale régionale et est sans doute le plus grand médecin de toute la Côte-Nord.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jouis (Daniel): Le Dr Samson est rattaché depuis plus de 20 ans au centre hospitalier régional Baie-Comeau. Il exerce aussi le rôle de coroner. Je complète avec M. Boisjoli, notre directeur général de la régie régionale. Comme M. Simard, lui aussi, ça fait 25 ans dans la même fonction. La seule différence, c'est que, lui, il n'a pas été fêté encore.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jouis (Daniel): Je souligne, entre autres, la présence de M. Ivo di Piazza qui est juste derrière moi. Il est directeur de la gestion des programmes à la régie régionale, du Dr Raynald Cloutier, qui est à la gauche en arrière, qui est directeur général de la santé publique, et de M. Robert Lévêque, qui est le responsable des communications. Ils pourront nous aider, le cas échéant, à vous fournir les informations complémentaires.

Ceci dit, il nous fait plaisir de venir vous faire état, avec vous, dans une approche de limpidité, de la

réalisation de nos mandats de régie régionale et de vivre les premiers, ce matin, ce moment historique d'une commission parlementaire des affaires sociales hors les murs de l'Assemblée nationale. Avec votre accord, avant d'en arriver à une période de questions et d'échanges, nous voulons faire un tour d'horizon de notre région et de quelques-unes de ses caractéristiques.

Tout en considérant que l'exercice de reddition de comptes doit porter légalement sur les rapports annuels de 1993-1994 et 1994-1995, nous pousserons également l'exploration de nos réalisations jusqu'à la période actuelle.

La Côte-Nord — voyons tout d'abord en quelques traits impressionnistes — se révèle une des régions du Québec parmi les moins densément peuplées avec 104 523 personnes, selon la projection de 1996, réparties paradoxalement sur un des plus grands territoires en termes de superficie. Seulement le long du littoral, c'est plus de 1 200 km qui séparent Tadoussac de Blanc-Sablon, incluant l'île d'Anticosti et sans oublier les villes nordiques de Fermont et de Schefferville qui, à 800 km du littoral, complètent la pointe de ce triangle démesuré. Vous pouvez consulter la carte que nous vous avons remise, laquelle est explicite à ce sujet.

• (9 h 40) •

Près de la moitié de la population est concentrée toutefois dans les agglomérations de Baie-Comeau et de Sept-Îles, l'autre moitié étant dispersée dans près d'une quarantaine de municipalités, dont certaines, c'est le cas en Basse-Côte-Nord, ne sont pas reliées par la route terrestre. Bref, contrairement à une célèbre publicité véhiculée en téléphonie, les distances chez nous ont beaucoup d'importance. Il n'en faut pas davantage pour illustrer les défis qui se présentent quand il est question d'assurer l'accès aux services en santé et aux services sociaux, ce qui est le cœur de notre mission.

Au total, on recense dans notre région six MRC, si l'on considère le territoire de la Basse-Côte-Nord comme l'équivalent d'une. Région largement francophone, avec 6 % d'anglophones établis surtout en Basse-Côte-Nord, la Côte-Nord se distingue, en outre, comme une des régions habitées par le plus grand nombre de communautés autochtones, soit la communauté naskapie et huit communautés montagnaises.

La moyenne d'âge de l'ensemble de la population est inférieure à celle du Québec, alors que 35,3 % de la population a moins de 25 ans, comparativement à 32,1 % pour l'ensemble du Québec. Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus comptent 7,7 % de la population nord-côtère, alors qu'elles représentent 12,1 % dans le reste du Québec.

Parmi les caractéristiques socioéconomiques, mentionnons que le revenu moyen individuel est légèrement supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Paradoxalement, quant à la scolarité, 23,2 % des nord-côtiers ont moins d'une neuvième année, par rapport à 20,1 % pour l'ensemble du Québec. Et 5,2 % de notre population détient un diplôme universitaire, en comparaison avec 10,3 % pour l'ensemble du Québec. Ce phénomène est sûrement relié au fait que l'économie

de la Côte-Nord est largement tributaire de la grande entreprise.

Pour 1993-1994, rappelons-nous maintenant qu'au moment d'élaborer le rapport annuel 1993-1994... et considérons quelques données typiques de cette époque. En 1993-1994, le nombre d'établissements de santé et de services sociaux sur la Côte-Nord s'élevait à 16. Le nombre d'employés se chiffrait, toutes catégories confondues, à 2 560. L'enveloppe budgétaire consacrée à la région oscillait autour de 160 000 000 \$. Les organismes communautaires avaient un budget global de 3 000 000 \$. Les effectifs médicaux rattachés aux établissements étaient de 93 omnipraticiens et de 44 spécialistes. Le nombre de lits par 1 000 habitants était de 4,5.

En 1993-1994, l'idée fait son chemin de faire plus et, autant que possible, mieux avec moins. Des signes indéniables laissent poindre à l'horizon l'avènement de grands changements.

Priorités régionales de santé et de bien-être. Cette même année, la régie régionale initiait une vaste consultation par territoire de CLSC, centre de santé, en vue de déterminer ses priorités régionales en matière de santé et de bien-être. Cette consultation s'effectuait au terme d'un exercice rigoureux de production de 19 états de situation régionaux correspondant aux 19 éléments de la politique de santé et de bien-être, et, ensuite, un forum régional où les réseaux et les partenaires intersectoriels avaient été conviés.

Les priorités régionales de la Côte-Nord, adoptées en juin 1994 et au nombre de 6, touchent des aspects d'adaptation sociale, de santé physique, de santé mentale en l'occurrence. Je vous fais part des priorités: l'alcoolisme et les toxicomanies, l'abus et la négligence à l'égard des enfants, les maladies cardiovasculaires, le cancer, la violence faite aux femmes et la santé mentale. Les plans d'action que nous avons faits en lien avec ces priorités et auxquels sont, encore là, associés le réseau et ses partenaires — Justice, Education, Sécurité publique, etc. — mettent l'emphasis sur la prévention et la promotion. Plus que jamais, on a la conviction qu'un travail continu sur ce qui crée les problèmes et les précède à la fois doit soutenir les initiatives. Cette perspective demeure au coeur des préoccupations dans la consolidation et le développement des services.

Précisons, par ailleurs, que ces priorités ont été entourées d'une attention particulière au moment des réallocations budgétaires des deux récentes années. La publication a été faite, en mars dernier, des priorités nationales de santé publique 1997-2002 et leur harmonie avec nos priorités régionales vient renforcer notre démarche à cet égard.

Le plan de transformation. Venons-en maintenant à un élément très mobilisateur depuis 1994 jusqu'à aujourd'hui, soit le plan triennal de transformation 1995-1998. En vue d'élaborer son plan de transformation, la régie régionale produit ce qu'il a été convenu d'appeler le cadre de référence pour l'orientation et l'organisation du réseau des services sociosanitaires sur la Côte-Nord. L'adoption fut faite en février 1995. Ce cadre de référence

traçait le portrait de la situation régionale à partir de constats élaborés pour chaque territoire des MRC et campait les stratégies d'action possibles selon huit principes que voici.

Un, tous les établissements, organismes et intervenants seront appelés à réviser leurs modes d'organisation et leurs pratiques, de façon à contribuer à l'effort collectif dans une perspective d'efficacité et d'efficience. Les missions seront budgétairement protégées, mais un conseil d'administration pourra gérer plusieurs missions. Tous les services pouvant être dispensés en externe ou à domicile devront être organisés en conséquence. Tous les regroupements ou mises en commun de fonctions et de services sur la base territoriale de la municipalité régionale de comté sont privilégiés. La mise en commun régionale d'acquisitions et de biens et services doit être accrue. Un effort de réorganisation et d'économie est prioritairement envisagé dans les programmes touchant la santé physique et les personnes âgées. Il en va de même pour tous les services périphériques gravitant autour des missions ou des établissements. Les secteurs d'activité qui supportent les orientations de la politique de santé et de bien-être sont appelés à être consolidés, plus particulièrement si leurs activités s'inscrivent dans les priorités régionales. Enfin, une attention particulière doit être apportée à la gestion des ressources humaines afin de faciliter au maximum la mobilité du personnel par des programmes de recyclage et d'adaptation de la main-d'oeuvre.

Après validation du cadre de référence précité auprès des conseils d'administration des établissements et des gestionnaires du réseau, la régie régionale procédait à l'adoption, en avril 1995, des orientations budgétaires et plans d'action en matière de réduction des dépenses pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord 1995-1998. En termes abrégés, c'était le plan triennal de transformation qui fut approuvé par M. le ministre Rochon en juin de la même année.

Tel que vous pouvez le constater dans les annexes au document qui ont été préparées à votre intention, les principaux objectifs de ce plan triennal se ramènent à quatre, tous d'égale importance. Je vous les nomme: sauvegarder les services directs, améliorer l'efficience du système de services, réduire les dépenses reliées aux services administratifs et de soutien et réduire les coûts reliés à l'institutionnalisation — je le savais que j'aurais de la misère avec celui-là.

D'autre part, quelques caractéristiques marquent ce plan de transformation et, notamment, la mise en place d'un réseau de services, une approche par territoire des MRC avec un seul conseil d'administration pour les services de première ligne de ce même territoire, la décroissance des services institutionnels accompagnée d'une augmentation des services à domicile et externes et d'un ajustement aux besoins des personnes âgées, la recherche d'une plus grande équité entre les parties du territoire et un processus de réallocation financière inspiré d'une volonté d'agir aux amonts des problèmes et de répondre aux priorités.

Au terme de l'an deux. Au terme de l'an deux du plan de transformation, on a franchi la barre des 90 % d'actualisation. Prenons quelques points de comparaison avec 1993-1994 pour illustrer l'évolution qu'a connue notre réseau.

Établissements. Le nombre de conseils d'administration est passé de 16 à neuf, soit une réduction de près de 50 %. Ainsi, une fois que sera complété le processus de fusion actuellement en cours entre le CLSC de l'Aquilon et le centre N.-A.-Labrie, dans la MRC de Manicouagan, six conseils d'administration vont gérer l'ensemble des services de première ligne pour leur MRC respective, deux conseils d'administration pour les centres hospitaliers régionaux, soit la deuxième ligne, et un conseil d'administration en... régional pour tout l'univers de la protection et de la réadaptation. Ces fusions visaient à diminuer le nombre de structures administratives et à maintenir la décentralisation de la dispensation des services. Dans les faits, aucune installation n'a été fermée.

Virage ambulatoire. Quant au virage ambulatoire, nous pouvons retenir les points de référence suivants. Le nombre d'hospitalisations qui était de 13 039, en 1994, est passé à 11 600, en 1996. Le nombre de jours-présence a diminué, passant de 104 689, en 1994, à 92 886, en 1996. Les lits de courte durée pour les centres hospitaliers régionaux ont diminué de 330, en 1994, à 243, en 1996. Si l'on fait abstraction des lits d'observation et de stabilisation dans nos centres de santé, on peut remarquer que le nombre de lits de courte durée qui était de 4,5 par habitant, en 1994, est passé à 3, en 1996, et se situe actuellement à 2,3. Par ailleurs, on a noté une augmentation du taux de chirurgies d'un jour qui, de 39,8 % qu'il était en 1994, a atteint 57 %, en 1996, et est maintenant rendu à 62 %.

● (9 h 50) ●

Parmi les autres mesures alternatives développées, mentionnons l'implantation d'un service ambulatoire de médecine, au coût d'un demi-million, dans les deux centres hospitaliers régionaux. Le service ambulatoire de médecine permet notamment d'offrir des services de traitement, d'investigation et de diagnostic à des personnes dont l'état de santé est stable et qui, auparavant, devaient être hospitalisées en l'absence d'une telle ressource alternative. Notons aussi l'implantation d'un centre mère-enfant qui a amené la transformation du département d'obstétrique en un centre qui permet la cohabitation de la mère et de l'enfant grâce à des aménagements adéquats. Cette nouvelle approche a permis de faciliter la réduction de la durée de séjour après l'accouchement tout en offrant des services qui répondent aux besoins, dans un système de continuité où le CLSC intervient précocement auprès de la famille, dès le retour à la maison. De plus, des services gériatriques de jour ont été développés dans chacun des centres hospitaliers régionaux, permettant à une équipe spécialisée d'intervenir auprès des personnes âgées selon des protocoles adaptés à cette clientèle, de manière à favoriser le maintien de l'autonomie et le retour dans le milieu de vie.

Dans ce contexte de virage et de désinstitutionnalisation, nous avons accéléré, dès le début du plan, les investissements dans l'univers des services à domicile de manière à supporter ces objectifs et à assurer une continuité des services dans cette période de transition. Pour ce faire, nous avons dégagé les sommes requises quant à la formation du personnel infirmier, à l'acquisition d'équipement pour l'intervention à domicile et pour garantir les services d'infirmière à domicile sept jours sur sept. De la sorte, même si une personne reçoit son congé de l'hôpital pendant la fin de semaine, l'infirmière du CLSC, centre de santé, la prend en charge. En outre, des comités de liaison ont été mis sur pied pour établir des ponts et convenir des façons les plus favorables pour assurer un continuum de services de l'un à l'autre, entre le centre hospitalier, le CLSC et le domicile. Pour emprunter l'allégorie de la course à relais, on veut se garantir que personne n'échappe le témoin, en l'occurrence, le client. Pour compléter cet éventail des mesures alternatives, ajoutons que de nouvelles ressources intermédiaires à l'intention des personnes âgées dont le degré d'autonomie le permettait ont été créées en d'autres points de la Côte, soit à Baie-Trinité, à Saint-Augustin et bientôt en Minganie et sur la Basse-Côte-Nord.

Au niveau des ressources humaines. De tels changements dans les structures et dans la façon de rendre les services ont exercé leurs effets sur les ressources humaines: 156 ont vu leur poste aboli, soit 43 cadres et 113 syndiqués; 86 ont opté pour le programme de départs assistés, 8 cadres et 78 syndiqués; 165 ont adhéré, à ce jour, au programme de la mise à la retraite de l'été 1997 avec la possibilité de 12 autres à confirmer, pour un total de 177.

Jusqu'ici, grâce à l'amélioration de l'efficacité des ressources et aux mesures alternatives mises en oeuvre, les services directs à la population ont pu être sauvegardés, de même que leur qualité et leur accessibilité. Dans ce sens, nous vous soulignons que le secteur des services de soutien et administratifs, qui représentent 28 % des charges régionales, en 1994-1995, a absorbé plus de 50 % des réductions brutes des crédits des deux dernières années. Les dépenses de ces secteurs d'activité sont passées de 39 500 000 \$, en 1994-1995, à 35 700 000 \$, en 1996-1997, ce qui correspond à une diminution appréciable de 3 800 000 \$, sans considérer les multiples fusions d'établissements réalisées récemment et dont l'effet important sur les dépenses administratives et de soutien se concrétisera au cours des prochaines années.

Il faut évidemment souligner l'excellente collaboration du réseau régional dans la gestion de tous ces changements et la maturité témoignée par les principaux concernés, considérant les effets sur leur carrière et dans leur vie. Il importe, en outre, de reconnaître que les instances syndicales régionales se sont montrées coopératives, dans cette période de bouleversements importants.

Groupes communautaires. Pour compléter les quelques points de comparaison entre 1993-1994 et maintenant, précisons que, en ce qui concerne les groupes

communautaires, le budget global des 76 organismes subventionnés dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires est passé de 3 000 000 \$ à 3 500 000 \$, pour une augmentation de 17 %. La régie régionale supporte également une trentaine d'autres organismes à l'intérieur de projets spécifiques correspondant à ses orientations régionales, notamment dans les secteurs de la prévention de la toxicomanie et de la mesure Expérience de travail, pour un montant approximatif de 100 000 \$. À la différence des établissements, toutefois, les groupes communautaires n'ont pas connu de réduction budgétaire, mais plutôt, plusieurs d'entre eux, une amélioration de leur budget via la réallocation ou les enveloppes régionales. Ils continuent à jouer un rôle précieux, dans le contexte qui prévaut. On a pu observer un partenariat accru avec le réseau, soit par la préférence de clientèle ou par les protocoles d'entente.

M. le Président, nous voulons, avant de terminer, porter à votre attention une préoccupation permanente dans notre région, celle des effectifs médicaux. Notre territoire est immense, comme nous l'avons souligné tout à l'heure, et, pour maintenir l'accessibilité, il faut plusieurs infrastructures de services d'urgence, neuf au total, lesquelles entraînent des coûts et requièrent des effectifs médicaux importants.

Si, par un effet de la pensée magique, les 104 500 personnes réparties sur toute la Côte-Nord se regroupaient sur l'île d'Anticosti, les coûts du système fonderaient de moitié et nos effectifs médicaux actuels dépasseraient nos besoins.

Actuellement, bien que la situation globale se soit améliorée au total, la région reste encore très vulnérable à des pénuries d'effectifs médicaux. C'est le cas en omnipratique avec, à titre d'exemple, Port-Cartier qui éprouve des difficultés continues et, en spécialités, avec la psychiatrie au centre hospitalier régional Baie-Comeau.

Ces situations de pénurie amènent le recours aux médecins itinérants, ce qui entraîne des coûts importants et ne favorise pas la continuité dans la relation patient-médecin. Il est essentiel que des solutions permanentes à la répartition des effectifs médicaux soient enfin trouvées.

En conclusion, nous voulons compléter cette présentation en abordant la perspective des prochains mois alors que l'an trois du plan triennal est déjà en cours. Jusqu'ici, la Côte-Nord a fait un effort majeur pour rationaliser ses structures, assurer un meilleur partage des ressources financières disponibles à l'intérieur de sa région et diminuer le recours à l'institutionnalisation.

Nous allons maintenant mettre des efforts pour moderniser le fonctionnement de notre système avec la mise en place d'un technocentre régional et l'implantation de la télé médecine. Le but recherché par l'avènement du technocentre est de permettre la rationalisation des services reliés à la gestion du réseau. Ce sera rendu possible par l'accroissement de la mise en commun d'unités de gestion, d'équipement informatique et par l'implantation d'un réseau de télécommunications. Quant à la télé médecine, nous y voyons une façon d'améliorer la couverture médicale et peut-être d'influencer positivement les effectifs

médicaux en leur assurant un meilleur support professionnel.

Dans un autre ordre d'idées, nous voulons décentraliser les services régionaux et accroître le niveau des services au plan local, ce qui suppose un élargissement des responsabilités locales et le développement d'un rôle support du palier régional à l'égard du palier local.

En terminant, M. le Président, il est évident qu'un si grand territoire et une population aussi dispersée exigent des efforts pour bien en comprendre les particularités et les accommodements nécessaires aux normes et standards habituels. Nous devons reconnaître qu'au cours des dernières années des efforts ont été faits en ce sens. Toutefois, les données méthodologiques qui circulent concernant la répartition interrégionale nous inquiètent grandement. Le fait de véhiculer que notre région est riche nous force à conclure que ce qui est mis de l'avant ne tient pas compte de toute notre réalité géographique, et des ajustements importants sont essentiels avant que les décisions finales ne soient prises.

M. le Président, nous demeurerons très vigilants à cet égard, d'autant plus que nous sentons, dans nos contacts avec la population, une inquiétude quant à l'accessibilité aux services, inquiétude qui est manifestée de plus en plus fréquemment.

Ceci dit, nous sommes maintenant rendus à la période d'échanges et de questions. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Avant de débiter l'échange, pour les personnes qui auraient des informations ou des documents à remettre aux membres de la commission, je vous invite à venir ou à me faire signe. M. Comeau, le secrétaire, s'en occupera. Je pense particulièrement aux deux autres régies qui vont venir après.

On m'a fait signe que j'avais oublié de me présenter. Alors, je suis Rosaire Bertrand, député de Charlevoix, président de la commission. Et on a une entente entre nous d'adopter le principe de l'alternance, tout simplement en rappelant aux membres de la commission le fameux 20 minutes maximum. Vous n'êtes pas obligés de le prendre si on veut qu'il y ait le plus d'échanges possible, mais si, d'un côté, il y a 20 minutes de pris, bien, si ça prend deux ou trois interventions pour l'équivalence, je me permettrai de le faire.

Je prends une première question de Mme la députée de Rimouski, qui sera suivie de M. le député de Nelligan. S'il y en a d'autres, bien, vous me ferez signe.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Alors, messieurs de la Côte-Nord, je vous souhaite la bienvenue au nom des députés ministériels. Je vous remercie également pour la qualité de votre mémoire. Il me semble qu'à la lecture de ce mémoire j'ai le sentiment que... Premièrement, il est clair, il est précis, il donne un portrait très intéressant des enjeux que vous avez eu à rencontrer dans la restructuration, et des moyens que vous avez pris pour atteindre vos objectifs. En même temps, j'ai le

sentiment que, si j'ai besoin d'un outil de travail pour faire comprendre à des citoyens et des citoyennes c'est quoi, la restructuration du réseau de la santé, bien, je pense que votre mémoire pourrait très bien servir cette fin parce qu'il nous fait voir clairement la démarche que vous avez poursuivie tout au long des dernières années.

• (10 heures) •

Maintenant, le commentaire étant fait, j'en viendrais à quelque chose qui semble préoccupant, c'est toute la question des effectifs médicaux. C'est évident que, sur un territoire comme le vôtre, une région particulièrement étendue, avec des distances très importantes d'un pôle à l'autre, les effectifs médicaux m'apparaissent un problème majeur que vous semblez rencontrer. J'aimerais que vous me disiez à titre d'information, vous êtes à la recherche de solutions permanentes, vers quel ordre de solution vous vous tournez?

Et, dans la conclusion de votre mémoire, vous avez parlé du technocentre régional, de l'implantation de la télémédecine, est-ce qu'il n'y aura pas des liens à faire, là, et qui pourraient être une amorce de solution aux problèmes des effectifs médicaux sur votre territoire? Alors, ma question s'adresse au directeur, je pense, pour la question technique, ou au président. Et la question de la télémédecine pourrait peut-être être répondue par un de vos membres.

M. Jouis (Daniel): Tout d'abord, merci pour le commentaire. Ce que je dois vous souligner, c'est que c'est un travail d'équipe, de tout le monde, entre autres des gens qui sont à la permanence à la région régionale qui ont fait un effort important, et je crois que ça mérite d'être souligné, effectivement.

Pour la question relativement aux effectifs médicaux, on a le Dr Samson avec nous, puisque ça fait partie de son quotidien à lui, je pourrais peut-être le relancer face à cette question-là. Dr Samson.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dr Samson.

M. Samson (Arnaud): M. le Président, la problématique au niveau des effectifs médicaux se situe à deux niveaux. On a la problématique en médecine générale et puis on a la problématique en spécialité. Les solutions ne sont pas les mêmes pour les deux niveaux. Si on prend, par exemple, l'exemple de la spécialité, pour solutionner le problème d'effectifs médicaux, il va falloir, dans les années à venir, créer ce que je vais appeler un lien d'affiliation universitaire où le spécialiste qui travaille à Sept-Îles ou à Baie-Comeau fait partie d'un centre hospitalier plus gros dans une des grosses villes, soit Montréal, Québec, Sherbrooke — je n'en nomme pas une en particulier — et, à ce moment-là, il fait partie d'une équipe au travers de laquelle il peut garder son expertise dans le quotidien, maintenir un lien d'appartenance avec un milieu qui est riche en échanges et assurer une qualité sans avoir, au bout de deux, trois ans, à quitter pour aller se ressourcer. Alors, au niveau de la spécialité, moi, je

vois une avenue de ce côté-là parce qu'on sait que, au bout de quatre ans, ils quittent la Côte-Nord et retournent en ville pour maintenir un petit peu leur expertise.

Au niveau de la médecine générale, la problématique est plus un problème de rétention. On l'a particulièrement solutionnée dans les régions de Sheffordville et de Blanc-Sablon en montant les primes d'installation de quatre ans à huit ans, d'une part. On a des solutions qu'on a mises de l'avant pour ce qu'on appelle les activités médicales particulières où une année en région équivaldrait à trois années en ville. Donc, ça pourrait permettre d'attirer des médecins dans les secteurs, plus particulièrement, de Port-Cartier et Forestville qui sont des secteurs ciblés où il y a un manque de médecins.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée.

Mme Charest: Par rapport à la télémédecine, ça me donne rapidement les possibilités, et j'ajouterais comme commentaire, vous savez, Montréal, Québec, c'est très bien, mais il y a aussi, dans les régions, des spécialités suprarégionales qui existent. Je pense, entre autres, au service de cancérologie du Centre hospitalier régional de Rimouski et je suis persuadée que, par l'entremise de la télémédecine, il y a possibilité d'échanges avec la Côte-Nord et que c'est des échanges qui peuvent s'avérer en quelque sorte naturels parce qu'on est des régions vis-à-vis. Il n'y a que le fleuve qui nous sépare. Alors, je pense qu'il y a des possibilités de rapprochement de ce type-là, et je ne raterai pas l'occasion de vous rappeler que, dans la région Bas-Saint-Laurent, il y a des possibilités aussi d'échange de services.

Je voudrais reparler d'un autre élément de votre mémoire, c'est le profil démographique de votre population qui est différent, je dirais, du profil général qu'on retrouve au Québec. Habituellement, on a une forte population de personnes âgées, on a beaucoup moins de population des 25 ans et moins, alors que, chez vous, c'est un peu l'inverse. Vous avez une forte proportion de jeunes de moins de 25 ans, vous n'avez pas beaucoup de personnes âgées. En tout cas, votre pourcentage de personnes âgées est moins élevé que la moyenne québécoise. Moi, j'aimerais savoir ça a été quoi, la réorganisation ou la réorientation des services par rapport à ce profil-là, parce que, par tradition, on avait développé certains services et dans la restructuration, compte tenu aussi de vos objectifs de prévention que vous avez mis de l'avant et qui sont dans le document, que je ne reprendrai pas.

M. Jouis (Daniel): Puisqu'il s'agit d'une question un peu plus technique, je pourrais peut-être demander à M. Boisjoli de répondre.

M. Boisjoli (Claude): Bien, je voudrais peut-être revenir avant sur la question de votre message par rapport au Bas-Saint-Laurent. Effectivement, il y a des liens très étroits avec l'Institut de cancérologie de Rimouski puis la

Côte-Nord, puis il y a déjà des échanges de services. Il y a même une desserte dans les hôpitaux de Baie-Comeau, entre autres, par des oncologues de l'hôpital de Rimouski.

Pour revenir à la question de la télémedecine, il y a un projet, d'ailleurs, en cours, là, en expérimentation dans le Bas-Saint-Laurent auquel est rattaché un des hôpitaux de la Côte-Nord, mais, nous, on veut un peu accélérer le mouvement en région Côte-Nord pour rattacher nos petits centres qui sont isolés avec nos hôpitaux sous-régionaux qui, eux-mêmes, devraient être reliés avec d'autres hôpitaux à plus gros volume ou contenant plus de spécialistes pour fournir les éléments diagnostiques rapides et éviter que les gens, le plus possible, aient à se déplacer simplement, parfois, pour des fins diagnostiques. Quand vous êtes obligés de subventionner un transport par avion de Blanc-Sablon à Québec pour avoir un élément diagnostique qui pourrait se donner par télémedecine, il y aurait là des coûts importants à réduire et des coûts reliés au bénéficiaire lui-même parce qu'il lui en coûte des frais pour se déplacer même si on l'aide par des subventions.

Pour revenir à la question des personnes âgées, nous avons une problématique en région où nous avons à peu près le nombre de lits pour personnes âgées nécessaire à notre population, mais ils étaient mal répartis dans le territoire. Alors, nous avons fait un effort d'en diminuer dans certaines parties du territoire, on en a augmenté dans d'autres parties du territoire et nous avons mis l'accent sur la mise en place de ressources intermédiaires. Et nous allons accélérer ce processus-là, j'entends, par des petits pavillons de type plutôt familial de sept, huit personnes âgées. Compte tenu de la dispersion de la population puis de l'isolement, ça nous apparaît être une solution qui permet de garder les personnes âgées dans leur milieu naturel de vie jusqu'à ce que, évidemment, la perte d'autonomie soit tellement grande qu'il faille, à ce moment-là, aller dans un milieu institutionnel avec des ressources plus lourdes. Alors, c'est ce mouvement-là que nous avons commencé à mettre de l'avant et à accélérer.

Mme Charest: Pour les jeunes surtout, vos moins de 25 ans?

M. Boisjoli (Claude): Pour les jeunes, les moins de 25 ans... Rappelez-moi votre question.

Mme Charest: Je veux savoir s'il y a des services particuliers pour cette clientèle-là parce qu'elle est plus importante chez vous. Compte tenu de la moyenne provinciale, votre moyenne, chez vous, pour cette catégorie d'âge là est plus élevée qu'ailleurs, alors est-ce qu'il y a une préoccupation particulière ou il y a des services...

M. Boisjoli (Claude): Oui, absolument. Alors que la problématique, par exemple, dans certaines régions est beaucoup centrée autour des personnes âgées parce que c'est une grosse population, nous, on est plus centré sur la population des jeunes parce que c'est là qu'est le coeur de

notre population et c'est là que sont nos difficultés. Ça se témoigne, je dirais, dans le secteur de la protection de la jeunesse, entre autres, où on doit avoir des effectifs plus importants que dans d'autres secteurs.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

Mme Charest: Ça va aller.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant de passer la parole au prochain député, je voudrais juste souligner Rémy Désilets, député de Maskinongé, qui est arrivé après la présentation. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue à la Régie régionale de la Côte-Nord et félicitations, M. Jouis, pour votre élection. Je vous souhaite bonne chance, particulièrement avec ce gouvernement. Avec toutes les coupures que nous avons eues dans le système de santé, ce n'est pas facile, pour une régie régionale, de gérer toutes les coupures que nous avons vues et d'avoir un bénévole comme vous. Avec tous les autres membres de la commission, je vous souhaite bonne chance.

Avant de commencer, je voudrais féliciter le président de la commission, Rosaire Bertrand, qui a encouragé la commission à se déplacer pour la première fois. L'opposition officielle a supporté unanimement ce geste parce que nous avons tous, je pense, des deux côtés de la commission, pensé que ça va être une façon efficace de mieux comprendre les vraies questions de chaque territoire, parce que, nous, à l'Assemblée nationale, nous avons une perspective, mais c'est votre chance de nous expliquer, des deux côtés, ce qui se passe chez vous et de quoi vous avez besoin, parce que je suis un ancien membre exécutif d'un conseil régional de santé et services sociaux d'une des plus grandes villes, Montréal, mais, avec ça, je connais ça un peu et je vois qu'il y a deux rôles: faire la planification pour le ministère, mais aussi représenter la population. Et, cette journée-ci, c'est votre chance d'expliquer, devant les deux côtés et devant le ministre, vos besoins, et j'espère que, avant la fin de cette session, nous allons avoir une liste concrète pas des choses générales, mais de ce dont la régie a besoin pour remplir ses tâches, pour mieux répondre aux besoins de la population.

• (10 h 10) •

Une autre remarque préliminaire, vite. Des trois régies, nous avons reçu de l'excellente documentation, et ça aide le travail de la commission. Merci beaucoup pour ça. Dans votre documentation, vous avez donné aussi beaucoup d'articles de presse, et, moi, je vois la région perdre encore 10 700 000 \$. Hier, ils ont eu les commentaires sur la surprise d'un autre 2 000 000 \$ supplémentaire. Nous savons que les établissements de santé emprunteront, et, moi, je veux avoir vos commentaires sur ça. Il y a les manchettes, il manque 16 médecins, et on veut discuter de ça. Ça coupe partout. Pas dans le jargon du réseau de la santé et des services

sociaux, mais, en simple français, c'est quoi, l'impact sur les services? C'est quoi, l'impact de toutes les coupures? Pour les clientèles, pour les citoyens qui cherchent des services sur la Côte-Nord, c'est quoi, l'impact de toutes ces coupures? Est-ce que vous pouvez donner un bilan de l'impact sur les services?

M. Jouis (Daniel): Oui, on peut vous donner ce que, nous, nous ressentons de ce qui se passe dans notre région. Sommairement, ce que je pourrais vous dire, c'est que, grâce aux adaptations qui ont été faites lors des deux dernières années, ce que l'on a énuméré dans notre présentation, ça a permis une transition beaucoup plus facile. Évidemment, dès le départ, il y a eu des éléments de difficulté, là, je pense, plutôt à percevoir et à absorber le changement, mais le changement... Et c'est ce sur quoi nous avons insisté sur la Côte-Nord, nous avons tenté le plus rapidement possible d'intégrer une nouvelle façon de faire les choses pour éviter des désagréments pour les clients. Je crois — et, sincèrement, je le crois, et c'est ce que nous percevons — que les gens qui utilisent les services, de façon générale, en sont satisfaits. Nous n'avons pas de mauvais commentaires, de façon générale, sur les services qui sont donnés. Alors, ce que l'on peut conclure de tout ce qui s'est passé au cours des deux dernières années, c'est que l'adaptation a été suffisamment rapide pour éviter des problèmes.

M. Williams: J'essaie de comprendre vos interventions parce que, dans votre argumentation, incluant vos commentaires sur le rapport du Vérificateur général, quand vous avez dit que la façon de financer votre territoire n'était pas réaliste... Parce que de dire que vous êtes riche — ce n'est pas nécessairement mon opinion de l'argent disponible — de dire que vous avez des problèmes avec les effectifs médicaux, mais, selon ma compréhension de votre intervention, vous avez besoin de plus. Ils ont eu les coupures. Maintenant, vous avez dit que le monde est satisfait. Mais c'est quoi, les lacunes? C'est quoi, les lacunes au moment où on parle? Vous avez une chance en ondes, enregistré, de dire au ministre ce dont vous avez besoin. Je ne sais pas s'il va vous écouter, mais c'est votre chance, et, au moins, l'opposition officielle va vous écouter.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jouis (Daniel): Alors, M. Williams, notre chance, je pense qu'on l'a déjà saisie. Notre chance, on l'a déjà saisie à l'intérieur de notre présentation. Nous avons deux problématiques que l'on rencontre. Une, ce sont les effectifs médicaux. Nous l'avons abordée et nous avons été très clairs là-dessus. C'est une problématique que l'on vit, et, évidemment, il y a des projets, il y a des structures. Évidemment, il y a toujours eu et il y aura toujours, jusqu'au moment où on pourra régler ce problème-là définitivement, des approches et des démarches qui seront effectuées. Alors, effectifs médicaux. L'autre problème est de faire réaliser à tout le monde que nous avons un

territoire qui est tout à fait différent de la plupart des autres territoires, ce qui nécessite une façon peut-être différente de faire les analyses pour l'attribution des budgets. C'est cela, nos problématiques.

M. Williams: En chiffres, de combien d'omnipraticiens et de combien de spécialistes avez-vous besoin?

M. Jouis (Daniel): Je vais demander au Dr Samson, peut-être, ou...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): La question, c'est de combien d'effectifs ils pensent avoir besoin, c'est ça?

M. Williams: Oui, c'est le chapitre 13 de votre rapport, et je voudrais savoir, selon votre évaluation maintenant, les médecins que vous avez maintenant, selon vos études sur la Côte-Nord, de quoi avez-vous besoin? C'est quoi, les lacunes?

M. Jouis (Daniel): J'ai obtenu l'information. On a besoin de 26 omnipraticiens et de 20 spécialistes, environ.

Une voix: ...

M. Jouis (Daniel): De plus, oui.

M. Williams: C'est beaucoup. Ce n'est pas une petite lacune. C'est quarante...

M. Jouis (Daniel): ...précis.

M. Williams: Oui, oui, merci beaucoup. Peut-être, plus tard, on peut avoir la répartition des spécialistes, de quels types vous avez besoin? Mais un peu plus tard, là.

M. Jouis (Daniel): La répartition?

M. Williams: Oui, s'il vous plaît. Pas nécessairement maintenant, mais pour les membres de la commission.

Quel geste de ce gouvernement vous empêche d'avoir ces 46 médecins?

M. Jouis (Daniel): J'ai l'impression que... Moi, personnellement, je ne suis pas capable de l'identifier, je demanderai peut-être à mes collègues de le faire. C'est un problème qui n'est pas récent. Je vous dirais que ce n'est peut-être pas un problème des dernières années. Moi, de ma connaissance de la Côte-Nord, ça a été pas mal permanent. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un d'autre qui voudrait répondre à ça. Dr Samson?

M. Samson (Arnaud): Je pense que, depuis 20 ans que je suis sur la Côte-Nord, le problème existe. Donc, il ne dépend pas de ce gouvernement ou de l'autre, mais peut-être d'autres choses à l'intérieur de nos organisations.

J'ai mentionné chez les spécialistes qu'un lien avec la ville serait une solution permanente, parce qu'on dit qu'on a besoin de 40 médecins aujourd'hui, mais, si je vous dis que, dans les trois dernières années, on a 25 omnipraticiens qui ont quitté la Côte-Nord pour aller en ville, il y en a d'autres qui sont revenus, donc les chiffres sont en équilibre. Donc, on est en constant renouvellement. On a besoin d'avoir des moyens de rétention. Il n'y a pas d'autres moyens. Ce n'est pas d'aller chercher un individu, de l'amener pour quatre ans, mais c'est de trouver des façons de solutionner notre système de santé. Donc, il y a des choses qu'il faut repenser. Ce n'est pas juste d'avoir des individus, mais c'est d'avoir une structure pour les accueillir, les garder et leur permettre de conserver leur expertise.

M. Williams: Sur un autre sujet, vous avez mentionné dans votre rapport que vous n'avez pas, heureusement, eu de fermeture jusqu'à maintenant sur votre territoire. Malheureusement, je ne peux pas dire la même chose. Nous en avons eu pas mal à Montréal. Mais j'ai entendu qu'il y a une possibilité — parce que j'ai eu la chance de visiter votre territoire — que, dans Harrington Harbour, il y ait une fermeture. Je voudrais vous donner une chance de clarifier cette situation parce que vous savez que, si un établissement de longue durée est fermé à Harrington Harbour, ça peut causer de graves questions d'accessibilité. Est-ce que les rumeurs sont bien fondées ou est-ce que, effectivement, les services à Harrington Harbour vont rester les mêmes que maintenant?

M. Jouis (Daniel): Pour cette question-là, je vais déléguer mon collègue M. Mauger qui est président du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord qui occupe le territoire de Harrington Harbour.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Mauger.

M. Mauger (Dan): M. le Président, est-ce que je répons comme membre de la Régie ou comme président du Centre de santé?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Est-ce qu'il y a deux réponses différentes?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ma réponse peut être différente de la sienne.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Mauger (Dan): Bon, je vais informer aussi mes collègues de la Régie, et vous avez une primeur que les collègues du conseil d'administration du Centre de santé de la Basse-Côte ne sont même pas encore informés

vis-à-vis de ce qui était au départ un projet de fermeture de longue durée à Harrington Harbour.

Harrington Harbour is an island, alors l'accessibilité, en partant, mange sa claqué, mais, après des rencontres à la fin d'avril et mai et deux très musclées et très intéressantes en juillet avec le personnel de Harrington Harbour et la population, nous nous acheminons davantage vers une solution mixte qui sera d'abord ressources intermédiaires avec les couleurs locales, pour ne pas dire les couleurs insulaires. Le projet chemine, d'autant plus que l'établissement est neuf, respecte les standards et les normes gouvernementales. Je pense que tout insulaire que soit l'établissement, nous devons le maximiser, mais nous nous acheminons vers une solution mixte, et, d'ici deux ans et demi, elle sera en place. Il n'y aura pas de fermeture comme telle.

M. Williams: Bon. Je pense que les personnes de Harrington Harbour vont être contentes de votre réponse, mais on verra les discussions.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Mauger (Dan): M. le Président, ils ne sont pas encore contents, mais ils se familiarisent avec.

Des voix: Ha, ha, ha!

● (10 h 20) ●

M. Williams: Bon, O.K. Soyez prudents, c'est tout enregistré, hein? Dernière question pour le moment: Est-ce que la Régie de la Côte-Nord a été contactée par le ministère pour réviser son plan d'accessibilité pour les services de santé et les services sociaux en langue anglaise? Et, en attendant la réponse, je voudrais juste dire que la Régie a vraiment fait un effort pour répondre aux exigences des communautés, la communauté linguistique anglophone, mais aussi les autochtones, les autres minorités dans la région. Avec ça, je voudrais mentionner que nous avons vu un grand effort. Mais, je voudrais savoir, est-ce que le ministère a contacté la Régie afin de réviser ses plans déjà adoptés par votre régie régionale?

M. Jouis (Daniel): Ils n'ont pas été contactés.

M. Williams: Merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Saint-Hyacinthe, suivi de M. le député de Hull.

M. Dion: Merci, M. le Président. Votre rapport, M. le président... Et je dois, tout de suite en partant, dire qu'on est très heureux de pouvoir jouir de votre présence parmi nous ce matin.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dion: Votre rapport m'a fait penser, un peu, au livre d'Alice Parizeau, que vous connaissez sans doute, *Le blizzard*, n'est-ce pas? C'est comme une grande bourrasque

qui nous transporte tout d'un coup dans un monde différent de celui dans lequel on habite quotidiennement. On a l'impression que les étalons qu'on a pour mesurer les choses chez nous ne s'appliquent plus parce qu'on est dans un monde de gigantisme. Chez nous, on prend l'ambulance ou le taxi pour aller à l'hôpital. Chez vous, on prend l'avion ou je ne sais pas trop quoi d'autre, là. Alors, c'est complètement différent, mais on va essayer quand même de comprendre comment ça se passe.

J'ai lu votre rapport. Je l'ai trouvé très intéressant, ce gros bouquin. Évidemment, il nous donne un portrait, je pense, précis, avec des chiffres, d'un certain nombre de situations, mais ce qui me préoccupe le plus peut-être, c'est de voir comment les gens vivent ça au quotidien les transformations qui se passent présentement, et j'avoue que je n'ai trouvé dans votre rapport aucune donnée précise concernant, par exemple, les gens qui attendent pour être reçus à l'hôpital, donc toute la question des listes d'attente, des durées d'attente.

Et aussi un autre facteur qui, normalement, devrait être consécutif ou, en tout cas, qui devrait découler d'une certaine transformation, à partir du moment où les gens, dans le contexte du virage ambulatoire, après un court séjour à l'hôpital sont retournés chez eux, il serait logique qu'un certain pourcentage revienne à l'hôpital. C'est-à-dire que, quand on garde les gens à l'hôpital, ils ne peuvent pas revenir à l'hôpital. Donc, il est logique que, s'ils retournent chez eux, il y ait un certain pourcentage de cas où les gens doivent revenir. Je n'ai pas non plus vu d'indications à ce sujet-là. J'aimerais, si c'est possible, avoir certaines indications à cet effet-là, comprendre la situation, donc essayer de voir comment les gens vivent les transformations, parce que autre chose est ce qui se dit de ce qui se fait ailleurs et les projections qu'on en fait et qui, parfois, créent de l'inquiétude à l'intérieur de la population ou parmi les gens qui travaillent, autre chose est la réalité vécue tous les jours, et c'est ça que j'aimerais essayer de percevoir davantage.

M. Jouis (Daniel): J'aurais envie de demander au Dr Samson qui, lui, vit justement cette situation-là tous les jours, peut-être, de nous commenter ce...

M. Samson (Arnaud): Mes commentaires sont à l'effet qu'il est évident que la clientèle est inquiète, comme tout le monde l'est en ce moment dans le réseau. On ne peut pas le nier. Mais, lorsqu'on a la chance de soigner des gens qui viennent de Montréal et de Québec dans nos hôpitaux, ils nous mentionnent qu'ils sont extrêmement satisfaits des soins qu'ils ont reçus. Et, si on questionnait les gens qui reçoivent des soins — et je pense qu'il y a des enquêtes qui se font — on n'a pas cette inquiétude. Donc, quand les gens n'ont pas besoin de soins, ils manifestent une grande inquiétude, mais, quand ils les ont, je pense qu'ils sont rassurés. Puis c'est un petit peu le quotidien, ce que retire, là.

M. Dion: Est-ce que vous pourriez me donner des choses un peu plus précises sur l'évolution des listes

d'attente pour des traitements à l'hôpital ou des choses de même?

M. Boisjoli (Claude): Je peux vous donner, peut-être...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M Boisjoli

M. Boisjoli (Claude): ...quelques informations. Dans le maintien à domicile, il n'y a pas de liste d'attente actuellement. Dans l'hébergement des personnes âgées, pour vous donner un autre exemple, le nombre de personnes en attente, il se situe à peu près autour de 19, 20 personnes bon an mal an, et le délai d'attente est d'environ deux mois avant d'être admis. Donc, il n'y a pas là de problème majeur, je crois. Du côté des listes d'attente en chirurgie ou en attente d'hospitalisation, à l'exception de problèmes qui sont un peu généralisés et qui, à mon avis, ne sont pas liés aux installations, mais liés plutôt aux effectifs, par exemple, en orthopédie, c'est partout au Québec, on a une liste d'attente là. En neurologie aussi, parce qu'il y avait un neurologue, et il n'y en a plus. Quelques problèmes là, mais, dans les listes d'attente d'hospitalisation dans les autres secteurs, je crois même que, même s'il y a eu une diminution des lits d'hospitalisation — le Dr Samson pourrait peut-être le confirmer, là — même s'il y a eu une diminution des lits de courte durée, les listes d'attente ont diminué.

M. Dion: Elles ont quoi?

M. Boisjoli (Claude): Les listes d'attente ont diminué dans l'hospitalisation.

M. Dion: Oui, c'est ça. L'évolution?

M. Boisjoli (Claude): Je pourrais peut-être, là... L'hospitalisation?

Une voix: En courte durée, il n'y en a pas de liste d'attente.

M. Boisjoli (Claude): Il y a un taux d'occupation à 73 % en courte durée, donc il n'y a pas de liste d'attente.

M. Dion: Donc, il n'y a pas...

M. Boisjoli (Claude): Quand il y a une liste d'attente en hospitalisation, c'est relié aux effectifs médicaux et non pas relié à la disponibilité des installations.

M. Dion: O.K. Et c'est une situation qui est stable, dans le sens que, de façon générale, sur la Côte-Nord, on n'a pas eu vraiment de listes d'attente, sauf dans des cas précis qui s'expliquent comme vous avez dit.

M. Samson (Arnaud): Une additionnelle, M. le Président. Ha, ha, ha! On a eu la chance que, en même temps qu'il y a eu le virage ambulatoire, entre guillemets, il y ait eu des changements technologiques qui ont fait que ces deux choses arrivant en même temps... Par exemple, une cholécystectomie, avant ça, on était hospitalisé pendant sept jours, 10 jours. Maintenant, on rentre une journée, puis on s'en va peut-être le soir. Il y a de la technologie qui a changé, qui a évolué, puis les deux choses sont arrivées en même temps. Donc, on bénéficie aussi de ça, ce qui fait que ça raccourcit beaucoup les listes d'attente, ça.

M. Dion: Une dernière question que j'ai posée tout à l'heure, c'est concernant le taux de retours à l'hôpital après une hospitalisation très brève. Est-ce que c'est très exceptionnel ou ça arrive régulièrement?

M. Jouis (Daniel): C'est très exceptionnel, puis le processus d'infirmières aussi, qui sont 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, fait en sorte d'absorber cette problématique-là. Mais on n'a pas de statistiques.

M. Boisjoli (Claude): C'est-à-dire qu'il faut mentionner que, dès qu'une personne sort de l'hôpital, elle est prise en charge, parce qu'on a un lien très étroit entre nos deux hôpitaux sous-régionaux et leurs CLSC-centres de santé, et, comme nos CLSC-centres de santé, pour la plupart, ont déjà des urgences 24 heures, donc il y a déjà du personnel en place. Comme le service est couvert sur 24 heures, ils sont pris en charge dès qu'ils sortent de l'établissement. Donc, le retour à l'hôpital est moins fréquent pour des problèmes où ils auraient été laissés un certain temps chez eux sans suivi, là. Mais là c'est exceptionnel. Il peut arriver des cas où il y a une complication et il faut qu'ils reviennent, ça, bien sûr. Mais on n'a pas de données là-dessus, là, précises.

M. Dion: Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le député de Hull, suivi du député de Maskinongé.

M. LeSage: Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais également saluer les gens de la Régie régionale de la Côte-Nord et, dans un premier temps, M. le Président, j'aimerais poursuivre un peu dans le questionnement du député de Saint-Hyacinthe. Alors que les représentants de la Régie nous indiquent que les listes d'attente diminuent, que même ceux qui viennent de Montréal et de Québec viennent se faire soigner sur la Côte-Nord sont très heureux des services, que tout le monde semble content, tout le monde semble heureux, il y a quelques instants, on nous indique qu'il manque 42 médecins. Je ne comprends pas, là. Comment se fait-il qu'il peut manquer 42 médecins puis que vos listes d'attente diminuent, puis que tout le monde semble heureux des services? Où est-ce qu'est le problème?

M. Jouis (Daniel): Je vais demander encore une fois au Dr Samson de répondre. Il y a les médecins itinérants, je pense, qui sont une partie...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dr Samson.

M. Samson (Arnaud): M. le Président, on a abordé le problème de chirurgie. Si on parlait du problème de psychiatrie, je ne pourrais pas être très satisfait. La question n'a pas été soulevée, mais on a une problématique là qui est particulière, et, effectivement, il manque des médecins en psychiatrie comme telle. La deuxième chose, c'est que, dans la chaloupe, il manque des rameurs, mais je peux vous dire que les rameurs qui sont dans la chaloupe, ils rament plus fort.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Samson (Arnaud): Alors...

M. LeSage: Doublement.

M. Samson (Arnaud): ...ça, c'est une problématique qui fait qu'on essaie de conserver les services. Et je suis un de ces rameurs-là, alors je peux vous dire qu'on a des bons bras. Mais, si on avait plus de médecins, effectivement, on garderait sur la Côte-Nord les gens plus longtemps et on réglerait le problème d'effectifs. Mais on n'est pas à un point tel, sauf à Forestville, où l'urgence doit fermer par moments parce qu'il n'y a pas d'effectifs médicaux. Il y a des situations ponctuelles pour garder les services 24 heures ouverts. Donc, il y a quand même des problématiques réelles. Je ne sais pas si ça répond à...

• (10 h 30) •

M. LeSage: Bien, moi, ça répond à ma question, mais peut-être que vous pourriez indiquer au ministre combien de temps vous pouvez ramer en double, comme ça. Ça devient fatigant, ça, je présume.

Comme deuxième question, M. le Président, vous indiquez, aux pages 14 et 15 de votre rapport, que vous êtes en processus de fusion entre le CLSC et le centre N.-A.-Labrie. J'aimerais que vous indiquiez aux membres de la commission où vous en êtes rendus avec ce processus, quand il sera complété et ce que ça apportera comme amélioration entre les relations des résidences, par exemple celle de Joliette, à Baie-Comeau, puis il y en a d'autres. En quoi est-ce que ça va améliorer les relations entre les centres d'hébergement et le CLSC?

M. Jouis (Daniel): M. Boisjoli.

M. Boisjoli (Claude): D'après mes informations, les résolutions des deux conseils d'administration pour la fusion seraient prises le 9 septembre, pour être présentées pour approbation à la régie régionale, à notre conseil d'administration du 25 septembre et être ensuite acheminées au ministre.

Ce que ça va améliorer? Dans le fond, ça vient se situer dans le modèle qu'on a mis en place dans toute la région ou dans chaque territoire de MRC. On souhaite qu'il y ait un conseil d'administration pour gérer tous les services dits de première ligne ou tous les services dits locaux qui s'adressent tant aux personnes âgées, qui s'adressent aux jeunes aussi, et qu'il y ait une continuité dans les services, à partir du domicile jusqu'à l'hébergement, et que, quand une problématique arrive, elle ne passe de un vers l'autre et qu'un ne fasse pas — excusez-moi, je ne veux pas utiliser le mot — qu'il ne fasse pas de — c'est un mauvais mot en disant «dumping» — qu'un établissement n'envoie pas ses problèmes dans un autre. Alors, on veut assurer qu'il y ait une continuité de services là puis qu'il y ait une prise en charge. De sorte que ce qui devient le plus intéressant pour les gestionnaires, c'est d'avoir les ressources les plus adaptées et non pas dire: Bien là, vient-il chez moi ou ne vient-il pas chez moi? Il y a une responsabilité plus entière.

Quant à la résidence Joliette, à ma connaissance, c'est un pavillon qui est rattaché au centre d'accueil pour desservir les personnes âgées qui sont en perte d'autonomie, qui n'ont pas besoin du centre d'accueil mais qui ne peuvent plus rester dans leur domicile. C'est une ressource intermédiaire qui va continuer à fonctionner et qui va maintenant avoir facilement accès à des services à domicile qui relevaient antérieurement du CLSC, qui vont relever maintenant de la même organisation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. LeSage: Ça va, monsieur.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci beaucoup. M. le député de Maskinongé, suivi de M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Désilets: Merci beaucoup, M. le Président. Moi, d'abord, je peux vous dire félicitations, parce que j'ai bien aimé votre présentation, votre carte visuelle. On peut voir un peu plus où on s'en va. J'ai quelques questions; je vais essayer d'être bref. Ça concerne surtout l'accessibilité puis l'équité. Je pense que c'est deux questions, pour ma part, qui me rejoignent au niveau de mes valeurs. Je voudrais savoir comment vous vous sentez là-dedans, face à l'équité entre les différentes régions, de un, puis les services qui sont reliés à ça.

Les effectifs médicaux, je suis bien conscient de ce que vous vivez. Moi, le comté de Maskinongé se situe entre Montréal et Québec et la rétention des médecins, on a un problème aussi avec ça parce qu'ils restent aussi dans les deux autres villes, chez nous on n'en a pas. Mais j'ai eu l'expérience cet été de vivre une fermeture d'hôpitaux chez nous parce qu'on n'avait pas de médecin, un peu comme chez vous, mais l'équipe des fonctionnaires, une espèce d'équipe commando avec la régie, sont venus régler le dossier en l'espace d'une semaine. Mais c'est réglé d'une façon temporaire. Il faut vraiment essayer de trouver des solutions à long terme.

En tout cas, moi, je vous dis chapeau parce que, autant l'équipe du cabinet ou du ministère, comme chez vous, chacune des régions, chacune des régies, vous travaillez plus que vous ne devriez travailler. Ça, j'en suis complètement conscient et je veux vous féliciter là-dessus. Mais, au-delà de ça, parce qu'il faut aussi prendre le temps... On parlait de relais, tantôt. C'est important, le relais, de ne pas l'échapper — j'ai bien compris le message — mais c'est important aussi de ne pas donner trop de chances à l'adversaire, ça fait qu'on le tient beaucoup. Mais le relais, on peut le poursuivre de quelle manière face à l'accessibilité et puis d'une région à l'autre?

M. Jouis (Daniel): Allez-y, M. Boisjoli.

M. Boisjoli (Claude): Écoutez, il faut être conscients que le fait du manque de spécialistes qu'on a mentionné tantôt, ça pose un problème d'accessibilité. Ce qu'on a fonctionné relativement bien, mais ce qu'on n'a pas, il faut aller le chercher ailleurs. Donc, nos gens de la région doivent se déplacer vers les grands centres pour avoir accès à des services, avec les coûts que cela entraîne concernant les distances.

M. Désilets: Ça, ça va, j'ai compris ce bout-là tantôt. Mais c'est plus au niveau de l'équité. La masse d'argent qui vient, d'une région à l'autre, est-ce qu'elle vous semble équitable?

M. Boisjoli (Claude): Je vais y venir.

M. Désilets: C'est correct, vous vous en venez là-dessus.

M. Boisjoli (Claude): Je vais y venir. Je voulais juste dire que cette question d'accessibilité fait qu'en partie on est dépendant des autres régions. Les services, jusqu'à maintenant, sont accessibles dans les régions centrales, sauf qu'il y a un coût relié à nos gens qui doivent se déplacer pour aller les chercher.

Sur le deuxième point, quand vous mentionnez la question de l'équité, c'est bien difficile pour les gens de la Côte-Nord de penser selon les données méthodologiques qui circulent, avec des per capita et autres. Nous, on pense que ça ne tient pas compte de notre réalité géographique. Ces données-là arrivent à dire qu'on est riches. On a beaucoup de misère à penser qu'on est riches puis qu'en même temps on a peu de services spécialisés disponibles sur place. On a l'impression qu'il nous manque des services. Alors, on nous donne le portrait qu'on est riches. On a de la misère à faire la jonction entre les deux et on n'est pas capables de comprendre comment on peut arriver à cette réalité-là. Heureusement, actuellement il y a beaucoup de discussions autour des méthodes. Les décisions qui ont été prises quant aux allocations ne l'ont pas été de façon, je dirais, directement reliée à la méthode. Il y a eu une prise en considération de nos réalités, mais les discussions continuaient sur une façon de faire les choses.

On est très vigilants là-dessus parce que, pour nous, ça peut avoir des répercussions majeures.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Désilets: Oui. Une dernière petite, très rapide.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Désilets: On est en région; on a lâché la capitale pour venir faire un tour ici. Ça m'amène une autre question, parce qu'on a des comptes à rendre à l'Assemblée nationale sur nos dépenses et sur la gestion de l'argent de l'État. J'aimerais qu'on puisse savoir un peu vos opinions — peut-être bien tantôt, en sortant, ou bien dans le courant de la journée — les coûts que ça peut représenter, pour vous autres, venir ici, contrairement à aller à Québec, pour vérifier et voir... Parce qu'on a un ministre aussi de la capitale...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vais répondre.

M. Désilets: O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est déjà prévu qu'une analyse par le secrétariat va être faite pour que, dans notre rapport, on puisse faire un état de comparaison. Ça va?

M. Désilets: C'est beau. O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, suivi de Mme la députée de Matapédia.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Messieurs, moi, je vais tenter de comprendre un peu mieux la situation particulière de votre région. Je viens d'un comté de Montréal où je peux, en auto, passer en 20 minutes d'un bout à l'autre du comté. Alors, la question du déplacement m'intéresse beaucoup. J'imagine qu'il y a deux dynamiques différentes. Il y a le déplacement à l'intérieur de la région, parce que je dois comprendre que, nécessairement, pas toute la gamme des services existe à tous les points de services sur la Côte-Nord, et j'imagine, en vous écoutant parler, qu'il y a également la dynamique du déplacement à l'extérieur de la région pour des services peut-être ultraspecialisés ou, dépendamment des effectifs médicaux, des services spécialisés qui ne sont pas disponibles, pour une raison ou pour une autre. Avez-vous chiffré le coût de ces déplacements et à l'intérieur de la région et à l'extérieur de la région? Dans un premier temps. Dans un deuxième temps, qui porte le fardeau de ce coût-là? Est-ce que c'est la régie qui paie le déplacement complet? Est-ce qu'il y a des résidents chez vous qui sont obligés de déboursier des coûts importants pour aller chercher des services, soit à l'intérieur de la région, soit à l'extérieur, dépendamment du cas?

M. Jouis (Daniel): C'est une donnée évidemment technique. Alors, je peux vous donner le montant de la dernière année, 1996-1997, relativement aux frais de déplacement, ce qui inclut, vous me corrigerez, les déplacements à l'intérieur de notre région et les déplacements à l'extérieur de la région. On parle d'un coût de 3 372 000 \$, près de 3 400 000 \$. Au surplus de ça, pour les personnes handicapées aussi, il y a un budget additionnel. On frôle les 4 000 000 \$ de coûts relatifs au transport.

M. Boisjoli (Claude): Il existe une politique provinciale sur les déplacements des bénéficiaires qui fixe des barèmes de subventions pour les gens qui ont à se déplacer pour aller chercher des services à l'extérieur, selon le kilométrage qu'ils ont à franchir. Nous, ça représente, en termes de dépenses, et évidemment il faut ajouter à ça — nous, la particularité de la Basse-Côte-Nord, il faut transporter les gens en avion pour qu'ils puissent avoir accès aux services à partir de leur village vers le centre de santé — comme M. le président vous l'a dit, ça représente, grosso modo, des déboursés pour le réseau d'environ 4 000 000 \$ par année. Évidemment, on ne paie jamais le coût des repas et on ne paie jamais le coût des chambres, du logement. Donc, les personnes doivent assumer certains coûts elles-mêmes.

M. Copeman: Mais, en général, les frais de transport comme tels sont payés. Est-ce que c'est automatique ou est-ce qu'il y a des cas où ce n'est pas payé? Est-ce que les subventions sont assez importantes pour couvrir, en général, les frais de transport au complet? ● (10 h 40) ●

M. Boisjoli (Claude): Non.

M. Copeman: Ils ne le sont pas.

M. Boisjoli (Claude): Non, ça ne couvre jamais le coût complet des transports.

M. Copeman: Alors, il va de soi qu'il y a des bénéficiaires chez vous qui, à cause du fait qu'ils demeurent dans votre région, sont obligés de payer de leur poche pour aller chercher des services de soins de santé à l'extérieur.

M. Mauger (Dan): Bien là... M. le Président, vous permettez?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, oui.

M. Mauger (Dan): Il y a trois Côte-Nord, hein. Il y a la pointe du triangle et, pour eux, c'est l'avion; il y a la Haute-Côte-Nord, le centre puis la Moyenne-Côte-Nord qui ont le réseau routier; alors, eux, c'est différent, c'est le kilométrage qui joue, c'est l'auto, c'est l'autobus. Mais la Basse-Côte, ceux qui partent par ambulance... Nous, on en a une, mais avec une hélice. Alors, entre les villages,

y compris Harrington Harbour, on n'a pas le choix d'aller là en hélicoptère. Alors, tout est couvert. Lorsqu'ils vont pour des soins électifs, ou autre chose, à l'extérieur, le billet d'avion est complètement payé, parce qu'il n'y a pas d'autre moyen; c'est sur la chambre, les repas... Mais, à Lourdes-de-Blanc-Sablon même, où est le centre hospitalier, tout est pris en charge, tout. C'est sûr que, dès qu'on sort de chez soi, il y a des dépenses qu'on doit encourir. Mais, quand on parle Côte-Nord, il faut toujours garder en tête qu'il y a trois Côte-Nord.

M. Copeman: Si vous me permettez, M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Copeman: ... dès qu'on sort de la région, avez-vous un chiffre du nombre de bénéficiaires qui sont obligés de sortir de la région pour obtenir les services soit spécialisés ou ultraspecialisés?

M. Jouis (Daniel): Oui, Dr Samson.

M. Samson (Arnaud): La région est autonome. À Baie-Comeau et Sept-Îles, je pense que c'est à peu près 79 % des services qui se donnent dans chacune des régions; les gens doivent aller chercher à peu près 21 % à l'extérieur de la région, c'est-à-dire que les services ne sont pas sur place.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): L'extérieur étant principalement?

M. Samson (Arnaud): Rimouski, Chicoutimi, St. Anthony, Québec.

M. Copeman: Alors, il y a des gens de la Basse-Côte-Nord qui vont à Terre-Neuve pour chercher leurs soins de santé?

M. Mauger (Dan): Of course, when they are speaking English, they do prefer to go to St. Anthony than elsewhere.

M. Copeman: It is quite understandable. Une dernière question, M. le Président: Dans un monde idéal, est-ce que l'utilisation de 4 000 000 \$ de déplacement représente l'utilisation optimale des ressources? Autrement dit, est-ce qu'il y a un pourcentage de ce 4 000 000 \$ ou d'autres sommes importantes qu'on pourrait utiliser pour développer des services, ou est-ce que c'est vraiment une force majeure que ce 4 000 000 \$ soit dépensé pour le déplacement? Dans une vision à un peu plus long terme, est-ce qu'on pourrait prendre une partie de ce 4 000 000 \$ pour développer des services en région, ou est-ce que ce n'est vraiment pas possible puis le seul moyen de s'occuper des gens de la région, c'est par un moyen de déplacement de 4 000 000 \$ par année?

M. Samson (Arnaud): M. le Président, la Commission médicale régionale s'est penchée sur cette question-là, parce qu'elle est extrêmement intéressante, et on est en train d'informatiser comment tous les déplacements se font, quels services ils vont chercher, pour justement en arriver à voir dans quels secteurs on devrait développer plus que... Il est évident que de la neurochirurgie, il ne s'en fera pas à Harrington Harbour; donc, ça, ça restera toujours tertiaire. Mais il y a peut-être d'autres secteurs dans lesquels il vaut peut-être mieux déplacer une personne que déplacer un village. Ça, on en est très, très conscient, puis vous touchez un point sensible.

M. Copeman: En neurochirurgie, c'est un peu comme la situation des greffes de poumon où il ne s'en fait pas à Laval. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Mme la députée de Matapédia, suivie de M. le député de Montmagny-L'Islet.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, pour avoir vécu en Gaspésie, pour avoir parcouru les nombreux kilométrages le long du fleuve du côté de la Côte-Nord, je pense qu'il faut avoir fait ça pour comprendre, à un moment donné, qu'on ne peut pas penser avoir une logique d'établissement de services comme ailleurs au Québec, comme en milieu urbain. Si on pense, en Gaspésie, avec Grande-Vallée, Murdochville, il faut agir, et agir vite, en situation d'urgence, par exemple.

On n'a pas beaucoup parlé de santé mentale. Alors, moi, j'aimerais que vous m'expliquiez quelles sont les stratégies. Parce que le ministère a une stratégie d'établissement de services au niveau des soins de courte durée et de longue durée, en santé mentale. Pour vous, quelles sont les stratégies que vous êtes obligés d'avoir, compte tenu justement de vos particularités, en santé mentale puis en situation d'urgence? Et, en passant, je prends souvent l'avion avec des gens de la Côte-Nord qui sont sur des civières, et là je comprends qu'à un moment donné, si vous agissez comme ça, c'est parce que vous ne pouvez pas agir autrement.

Alors, ma question s'adresse à M. le président: En santé mentale plus particulièrement, quelles sont les stratégies que vous êtes obligés d'avoir pour bien répondre aux besoins en santé mentale, courte durée, longue durée?

M. Jouis (Daniel): Je vais inviter M. Simard à répondre à cette question.

M. Simard (Rodrigue): À l'instar des orientations provinciales, on verra à ce que 60 % des dépenses soient consacrées à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation. Nous sommes déjà à près de 54,4 % et 45,6 %. On maintient le budget global existant et on réoriente nos actions.

Sur la Côte-Nord, nul besoin d'opérer le transfert des ressources du type d'établissement à un autre, la réponse se

trouvant dans les moyens de coordonner nos actions. Vous verrez, au niveau de notre budget global — je vais vous donner ça, ça ne sera pas long — les budgets, en 1994-1995, nous avions 563 421 \$ de consacrés au financement des organismes communautaires en santé mentale; en 1995-1996, 601 421 \$; et, en 1996-1997, 667 095 \$ qui vont être consacrés; et, en 1997-1998, on a le Groupe Entre-Amis qui va recevoir un financement de base de 112 000 \$, pour faire un total de 750 000 \$ en financement des organismes communautaires en santé mentale.

Mme Doyer: Et les lits courte durée, ils sont où sur votre territoire? Ils sont dans les centres hospitaliers? Le centre hospitalier, il est à Sept-Îles ou à Baie-Comeau?

M. Simard (Rodrigue): La durée de séjour devra être ramenée environ à 15 jours, en moyenne, d'ici trois ans, et ce, en opérant en même temps une baisse substantielle d'hospitalisation des cas dits plus légers, sauf, bien sûr, pour la stabilisation en période de crise. Entre 1994 et 1996, la Côte-Nord affichait une durée moyenne de séjour de 19,6. Ça répond à votre question?

Mme Doyer: Oui. Puis une petite curiosité...

M. Jouis (Daniel): Excusez-nous, M. Boisjoli voudrait peut-être ajouter un commentaire.

M. Boisjoli (Claude): Juste rajouter un commentaire. Les orientations ministérielles de la politique gouvernementale en santé mentale, comme M. Simard vous l'a expliqué, dans les taux en termes de réseau de services, on y est presque. Notre problème, c'est qu'on manque d'effectifs en psychiatrie, on manque de psychiatres. Et là, c'est une difficulté majeure. Il y a l'hôpital de Sept-Îles qui a des lits en psychiatrie, qui là, maintenant, va être doté de trois psychiatres à l'automne. Ça, ça devrait régler son problème.

Il reste Baie-Comeau qui a encore un problème, où on se débrouille avec des psychiatres itinérants qui viennent de Québec assurer une certaine desserte à Baie-Comeau. Maintenant, là il y a en construction une unité de 15 lits en psychiatrie qui devrait nous aider à régler nos problèmes. Vous savez aussi que, il y a peut-être un an et demi, on a vécu une crise assez difficile, dans le secteur de Baie-Comeau, en psychiatrie. Alors, avant qu'on sorte des séquelles de ça, qu'on amène des psychiatres à comprendre que ce n'est pas venir travailler dans un nid de crabes ou dans des difficultés que de venir à Baie-Comeau... On est un peu en train de sortir de cette image de difficulté pour aller vers une image où on reprend un service de psychiatrie avec une nouvelle installation dans un nouveau climat.

Mme Doyer: D'accord. Puis, juste une petite curiosité... Oui, allez-y.

M. Samson (Arnaud): Oui, en additionnelle. Je profiterais de la remarque qui est faite ici. Dans le

recrutement des médecins, lorsqu'on a une crise ou lorsqu'on a une pénurie, plus on la publicise, moins on a de chances de recruter des médecins. Il n'y a personne qui a envie de venir travailler dans un panier de crabes. Donc, on garde ça silencieux. Ça ne veut pas dire qu'il y a des problèmes, mais on tient à... C'est un petit peu l'orientation avec laquelle on va aller, puis on va essayer de les régler à l'interne avant de les mettre sur la place publique. Parce que, si on les met sur la place publique, on est deux ou trois ans sans aucun médecin. Donc, ce n'est pas la solution. C'est un message qu'on m'a invité à passer.

Mme Doyer: Juste par curiosité: Pourquoi vous appelez «dispensaire provincial»? Pourquoi? C'est sûr que vous en avez partout. Ce n'est pas des CLSC, mais c'est quoi? Un service d'infirmières, de médecins itinérants? Comment vous fonctionnez au niveau des dispensaires provinciaux?

M. Boisjoli (Claude): Ce qu'on appelle «dispensaire», c'est un service où il y a une infirmière disponible 24 heures par jour.

Mme Doyer: C'est beau.

M. Boisjoli (Claude): Donc, il y en a une en disponibilité la nuit, parce que c'est le seul service qui existe dans le village.

Mme Doyer: Je suis quasiment jalouse de vous.

M. Boisjoli (Claude): Ah oui? Il y a ce qu'on appelle «dispensaire provincial», mais là c'est parce qu'on a des dispensaires fédéraux aussi. Dans les communautés autochtones, ce sont des dispensaires fédéraux.

Mme Doyer: Ça, je le vois. C'est beau. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

Mme Doyer: Oui.

M. Jouis (Daniel): M. Mauger voudrait peut-être ajouter un commentaire.

M. Mauger (Dan): Les dispensaires sont la salle d'attente ou la porte d'entrée du centre de santé. Puis surtout, un dispensaire, c'est lorsque les villages ne sont pas reliés par la route et qu'ils sont desservis par hélicoptère. On en a un à Harrington Harbour aussi; il est à l'intérieur du pavillon.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Doyer: Merci.

M. Mauger (Dan): On ne fermera pas pour ça.
● (10 h 50) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Information pertinente. M. le député de Montmagny-L'Islet, suivi de M. le député de Gaspé.

M. Gauvin: Merci, M. le Président. Juste une question d'information. D'abord, j'aimerais vous féliciter, dans un premier temps. Vous nous avez fait voyager, ce matin, mieux connaître la région de la Côte-Nord, d'une part, et c'est assez bien illustré. On réalise, quand on regarde, au-delà de 1 200 km d'un point à l'autre, qu'on pourrait prendre de grandes vacances là, je pense, et on ne verrait peut-être pas tout ce qu'il y a à voir.

La population, au-delà de 100 000 ou à peu près 100 000, est-ce qu'elle est stable dans les dernières années ou si elle a tendance à varier dépendamment? Assez stable? Donc, les structures de services de santé qui ont été mises en place dans les dernières années, elles ont été mises en place en fonction de la population qu'on connaît aujourd'hui ou est-ce qu'elle s'est déplacée sur le territoire, en volume? Non. C'est un peu ce qu'on connaît avec une population.

M. Mauger (Dan): Comme les épinettes, nous nous accrochons.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauvin: C'est ce qu'on sentait.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le député de Montmagny-L'Islet est un député qui connaît le bois particulièrement.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauvin: Oui. Donc, je serais très à l'aise de vivre dans votre région, parce que j'ai de l'expérience au niveau de l'exploitation de la forêt, d'une part, je suis critique officiel dans le domaine des terres et des forêts, et, comme madame le disait, j'apprécie la pêche à l'occasion, comme plusieurs Québécois et Québécoises.

Au niveau des MRC, nous avons... Je pense qu'il y a six MRC au niveau de la région. Est-ce que vous êtes en mesure de nous dire que les budgets de services ou que les citoyens sentent que les budgets de services sont assez bien répartis d'une MRC à l'autre? Je sais très bien qu'il n'y a pas des spécialités probablement dans toutes les MRC; il y a des points de services, comme Baie-Comeau, Sept-Îles, au niveau des grands centres hospitaliers. Mais est-ce qu'il y a des commentaires à l'effet — je n'ai pas de rapport à cet effet-là, je fais juste poser la question — que vous réussissez à répartir les budgets de façon assez équitable au niveau de chacune des MRC?

M. Jouis (Daniel): À ce niveau-là, vous me corrigerez, je pense que c'est déjà bien campé, le niveau par territoire, et probablement en raison de notre région,

justement, c'est plus facile de déterminer des territoires spécifiques et on applique les budgets à l'égard de ces territoires-là. Moi, à ma connaissance, il n'y a pas de problème majeur à ce niveau-là.

M. Mauger (Dan): Je vous dirais qu'au début du plan on a eu de la difficulté de s'entendre en région sur une méthodologie qui permettait de répartir les budgets entre les territoires de la MRC, qui faisait état jusqu'à un certain point de certains indicateurs pour tenter de mesurer la richesse relative de l'un par rapport à l'autre. Mais, en tenant compte des disparités qu'on voit là très bien, on peut difficilement comparer la Basse-Côte-Nord puis la Haute-Côte-Nord. C'est deux réalités différentes. Après un débat, je vous dirais, qui a duré presque deux mois, on s'est entendus, on a fait consensus sur une méthode et, depuis trois ans, elle s'applique. Maintenant, les gens ne questionnent plus la façon de faire. Évidemment, il n'y a pas de méthode parfaite, tout est toujours perfectible, mais actuellement il y a un consensus en région là-dessus.

M. Gauvin: Pour cette question-là, parce qu'il y a encore des régions au Québec où le débat est en cours, des mesures d'inégalité. Et c'est des régions beaucoup plus concentrées que chez vous, sur le plan du territoire, et on est encore à faire le débat et je pensais que ça aurait pu être plus difficile dans une région comme la vôtre.

M. Boisjoli (Claude): Ça a été difficile, mais on a démarré, nous, il y a déjà...

M. Gauvin: Ça a été difficile, mais le travail a déjà été fait.

M. Boisjoli (Claude): On est dans la troisième année. On a démarré en 1994 le débat autour de ça. Plus le débat a démarré tard, plus il était difficile.

M. Gauvin: Je pense que monsieur voulait ajouter.

Une voix: M. Mauger.

M. Mauger (Dan): Bien, le fait qu'au niveau de la région on ait responsabilisé les interlocuteurs, au départ, dans chaque MRC, qui sont devenus l'interlocuteur, alors il a fait ses devoirs avec ses richesses et ses faiblesses ou ses forces et ses faiblesses. On a appris nous-mêmes... Au lieu de se faire couper par la région, on a fait nous-mêmes notre portrait de forces et de faiblesses, de richesse et de pauvreté. On a vu où on pourrait rééquilibrer le budget avec les coupures inévitables chez nous comme chez vous. Nos devoirs ayant été faits comme établissement, c'était retourné à la région, ce qui, en passant, a favorisé le processus de fusion, un grand ménage dans notre réseau. Et c'est pour ça qu'on peut se permettre d'interroger, voire même d'interpeller l'équité interrégionale en notre faveur.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député, ça va? Une autre question?

M. Mauger (Dan): Vous m'aviez dit, M. Williams, que je devais faire un message au gouvernement?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauvin: C'est-à-dire qu'il est plus précis, là, il est plus clair.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Mauger (Dan): Mais il est connu.

M. Gauvin: M. le Président, si vous me permettez de continuer avec une couple d'autres questions.

Vous avez établi vos priorités. Dans votre présentation, c'est très clair. Vous avez les maladies cardiovasculaires qui font partie de vos priorités; comme plusieurs régions, d'une part, les soins aux personnes atteintes de cancer.

Est-ce qu'il y a plusieurs établissements, dans la région que vous représentez, qui sont en mesure de donner ces services-là? À Sept-Îles, Baie-Comeau, est-ce que les... ou si vous devez vous déplacer, pour la très grande majorité des traitements, en dehors de la région?

M. Samson (Arnaud): Non. J'ai la chance de piloter ce dossier-là en oncologie et les gens peuvent recevoir sur la Côte-Nord leur traitement de chimiothérapie. Ça demande beaucoup d'énergie, c'est une autre chaloupe à ramer. Donc, au niveau du cancer, ça se fait. Ce qu'ils doivent aller chercher à l'extérieur, ce sont des chirurgies spécialisées. Par exemple, en pédiatrie, les gens vont continuer d'aller soit au CHUL, soit à Sainte-Justine; en neurochirurgie, ils vont aller à l'Enfant-Jésus ou à Montréal, donc, dans certains domaines du cancer particuliers au niveau de la chirurgie. La radiothérapie doit être allée chercher à Chicoutimi; on espère bientôt à Rimouski et à Québec.

M. Gauvin: C'est un autre message que vous passez, là, je pense. Ça nous permet de mieux comprendre...

M. Samson (Arnaud): Oui. Je cherchais Mme Chaput...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est le temps de passer les messages, si je comprends bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Samson (Arnaud): Qu'elle pilote son dossier.

M. Gauvin: Parce que tantôt on a fait allusion... Je ne reviendrai pas avec les mêmes questions parce que vous avez répondu, en partie du moins. Plusieurs régions au Québec, dont la vôtre, je présume, s'inquiètent. La population, là. Je ne parle pas des administrateurs de la région et des professionnels. La population est très inquiète

et très insécure parce qu'il y a des listes d'attente. Vous avez mentionné que vous n'avez pas de liste d'attente très, très... En fait, c'est acceptable. Il y a des régions où les services sont à proximité et les listes d'attente sont très, très importantes. L'information qui se véhicule et les commentaires qui nous sont faits de la population qui a reçu des services... Ils disent: Oui, nous avons reçu des services de qualité, parce que, évidemment, on s'attendait à pire avec tout ce qui se véhicule. Donc, on en sort assez satisfaits, d'une part, peut-être sortis trop vite.

Mais il faut savoir que 80 % des gens en attente de traitements ne peuvent pas en dire autant parce qu'ils attendent. Est-ce que ça fait partie, de façon générale, de ce qu'on doit identifier, des services qui auraient dû être donnés et qui devraient être donnés? Parce qu'il y a des gens en attente de traitements depuis trois ou quatre mois, qui ont hâte de pouvoir passer en établissement pour pouvoir dire si vraiment les services sont ce qu'on en dit, de qualité. Moi, je n'en doute pas parce que les gens qui sont là, et vous l'avez mentionné et M. Samson l'a mentionné tantôt, ceux qui sont en place, je pense que c'est de nos parents, de nos amis, c'est des gens qu'on côtoie tous les jours, des travailleurs, des professionnels de la santé, des personnels de soutien dans les établissements, et on peut tous les nommer à tous les services. Ces gens-là travaillent de cœur; ils ont à cœur de donner des services, donc ils prennent les bouchées doubles. Ils ne peuvent pas résister à ça très, très longtemps, parce qu'ils s'attendent à des changements. Ils s'attendent à ce que le ministre de la Santé et le premier ministre du Québec aient un peu plus de sensibilité, au fur et à mesure qu'ils font des démonstrations. Evidemment, vous, vous faites une démonstration que tout semble bien aller sur la Côte-Nord, excepté ce que vous avez mentionné sur certains points.

• (11 heures) •

Il y a d'autres régions au Québec, les régions de Chaudière-Appalaches, de Québec, du Bas-Saint-Laurent et certaines parties de l'Estrie, où la population est très insécure. Je pense qu'il va falloir, dans les semaines et les mois à venir, tous ensemble, les administrateurs des régions de la santé, les administrateurs des établissements et les professionnels, arriver à trouver des solutions pour sécuriser la population. La seule façon dont M. le ministre de la Santé réussit à sécuriser la population, c'est de nous donner des exemples de gens qui ont reçu des services et qui en sont sortis satisfaits. Et ça, on le reconnaît parce que c'est des Québécois et des Québécoises qui ont donné le meilleur d'eux-mêmes pour leur donner ces services-là. Comme je le mentionnais tantôt, c'est de nos parents, de nos amis. On sait de qui on parle, on les connaît, d'une part, et, d'autre part, je pense qu'on ne peut pas dire, dans la population, qu'ils sont très satisfaits de ce qui se passe. On doit admettre, nous, de l'opposition, comme d'autres... M. le Président, est-ce que vous trouvez que ma question peut être assez longue? Et, au moment de cette transition-là, de cette réorganisation-là, on doit s'attendre à ce qu'il y ait des choses qui ne soient pas mises en place aussi vite ou qui ne fonctionnent pas comme elles le devraient. Ça, je pense que l'opposition doit le reconnaître. Mais ça fait

déjà plusieurs mois, plusieurs années. Je ne sais pas si vous êtes en mesure d'émettre des commentaires dans le même sens au niveau de la clientèle qui est en attente

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Mauger.

M. Mauger (Dan): J'aimerais, M. le Président, informer M. le député que nous sommes des membres du conseil d'administration, que nous sommes aussi, d'abord et avant tout, à part entière de la population et que nous véhiculons, au conseil d'administration, une sensibilité que nous vivons avec la population. Il est clair que, avant de procéder à des chambardements ou à des éventuelles fermetures ou réorganisations de services — chez nous, on n'a pas connu de fermetures, on a connu des fusions d'établissements — nous l'avons fait d'abord dans une perspective de maintenir les services et aussi avec l'objectif constant d'avoir efficience et performance. Évidemment, ça amène à ramer plus fort, mais nous avons tout le temps eu cette sensibilité-là. Il n'y a pas eu de fermetures, il y a eu certainement des changements de prestation de services. Nous étions appelés, comme tout le Québec, à faire plus avec moins, mais ça, comme tout bon père de famille ou comme toute bonne mère de famille, à un moment donné, il faut allonger la soupe, mais ça demeure de la soupe, puis elle est nourrissante. C'est important.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Autre question, M. le député?

M. Gauvin: Oui, j'ai une courte question. Au niveau des fermetures d'établissements, vous nous avez fait la démonstration que, à date, vous n'avez pas été obligés de fermer des établissements. Il y a d'autres régions au Québec qui ne peuvent pas en dire autant. Dans la région Chaudière-Appalaches, ça a été des fermetures d'établissements dans toutes les MRC. Évidemment, on peut peut-être dire qu'il y a des raisons à ça. Il y avait probablement trop de services. On vous a déclaré une région riche. C'est peut-être ce qu'ils ont fait avec d'autres régions comme celle que je représente, là, mais des fermetures d'établissements, c'est des drames. C'est des drames en région, ça, pour les familles. Évidemment, je suis fier que vous ayez réussi à trouver des formules pour réduire, en fait, réorganiser les services de santé à l'intérieur d'un budget qui vous était alloué sans fermeture d'établissements et j'ose croire que, s'il y avait d'autres témoignages comme ça ici aujourd'hui, j'en ressortirais, en fait, avec beaucoup plus d'imagination pour conseiller des régions comme la mienne, mais j'ai compris qu'ils n'avaient pas pu faire autrement parce que les réductions ont été telles. Est-ce que vous pensez que, en ne fermant pas d'établissements, vous allez être tenus ou vous êtes déjà tenus de réduire le nombre de chambres dans chacun des établissements? Pas fermer des établissements, c'est une chose, mais, si vous réduisez le nombre de lits ou les services dans chacun des établissements, c'est tout comme une réduction, finalement.

M. Jouis (Daniel): Oui, mais c'est ce qui a été fait dans notre transformation.

M. Boisjoli (Claude): Oui, on n'a pas fermé d'installations, c'est ce qu'on dit, là, parce qu'on a essayé de maintenir la décentralisation de la dispensation des services, mais il est clair qu'on a transformé des établissements. Il y a des établissements qui ont vu leur nombre de lits, par exemple en hébergement, diminuer et il y en a d'autres qui l'ont vu augmenter, parce que c'était mal réparti à l'intérieur de la région. Mais je vais vous rappeler, pour ce que j'en sais, de votre région.. Je disais, au départ, que nous avions à peu près le nombre de lits de personnes âgées qui est requis par notre population. D'autres régions avaient un surplus de lits de personnes âgées par rapport à ce qui était requis de la population, ce qui a pu entraîné des décisions différentes des nôtres, là. Mais, nous, on a transformé des établissements, on a fait attention. Compte tenu de la grandeur du territoire, quand vous fermez en quelque part, ça veut dire qu'il y a du monde qui se déplace sur de longues distances, alors on a tenté de... C'est ce qui a aussi aidé les gens, sur un territoire, à se fusionner en disant: Ou bien on règle nos problèmes par le haut en diminuant nos coûts administratifs puis nos coûts de soutien... Je vous rappelle que 50 % de nos réductions budgétaires ont été dans ce secteur-là pour maintenir des services directs et maintenir les installations.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Oui, un commentaire?

M. Jouis (Daniel): J'aurais peut-être quelque chose à compléter pour donner une image des réductions budgétaires, comment elles ont été administrées, pour donner des pourcentages. 50 % des compressions ont été, comme on l'a dit dans notre document, dans les services administratifs et de soutien. Il y a un 40 % qui correspond aux lits de courte durée qui, comme le disait le Dr Arnaud, ont été compensés par les nouvelles technologies et, évidemment, il y a eu des services qui n'étaient peut-être pas nécessaires. Et on a un autre 10 % qui correspond, si je me souviens bien, aux laboratoires, pharmacies, et tout ça. Alors, c'est, grosso modo, les pourcentages quant aux réductions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Gaspé, suivi du député de Nelligan.

M. Lelièvre: Merci, M. le Président. Bienvenue. J'aimerais attirer votre attention sur la section jeunesse de votre rapport et j'aimerais qu'on en discute quelques instants. Ce qui m'a frappé, c'est que vous avez 35,3 % de la population qui a moins de 25 ans, et je regarde les services qui sont offerts, la stratégie que vous avez retenue selon les huit principes qui vous gouvernaient dans l'élaboration de votre plan, que, bon, vous voyez la mise en place d'un conseil d'administration pour gérer plusieurs

missions. Dans la présentation que vous faites ce matin, vous nous dites que, une fois que sera complété le processus de fusion qui est en cours, etc., éventuellement, vous aurez un seul conseil d'administration à mission régionale pour tout l'univers de la protection et de la réadaptation. Par ailleurs, vous nous dites que, en 1993-1994, vous avez opéré un changement important au niveau du plan des services et que vous avez fusionné les services de protection et de réadaptation à l'enfance et à la jeunesse. J'aimerais savoir comment vous avez opéré, comment ça fonctionne, dans un premier temps.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Boisjoli.

M. Boisjoli (Claude): Voici. La première décision qui a été prise et qui a obtenu l'accord des gens du milieu, ça a été d'avoir un seul conseil d'administration au niveau régional pour gérer tout ce qui est réadaptation: réadaptation en déficience intellectuelle, réadaptation en personnes handicapées physiques, mésadaptation socio-affective, protection de la jeunesse, O.K.? Ça, maintenant, c'est réalisé.

M. Lelièvre: Je vous interromps, parce que ça inclut les jeunes et les adultes quand vous parlez de la réadaptation?

M. Boisjoli (Claude): Non, les jeunes... Oui, ça inclut les deux.

M. Lelièvre: Les deux. O.K.

M. Boisjoli (Claude): La deuxième étape qui est en train de se faire maintenant, qui est entamée puis dont on donne un peu un aperçu dans notre présentation, c'est que, maintenant, on veut faire en sorte que cette structure régionale là se décentralise le plus possible dans les différents territoires et fasse les jonctions nécessaires avec les établissements qui ont une responsabilité territoriale de sorte que, par exemple, dans la jeunesse, il y ait un lien très étroit dans le lieu de travail et dans la coordination entre l'équipe qui travaille en protection puis les équipes qui travaillent dans la prévention ou promotion au niveau de la jeunesse dans les CLSC. On veut que ça fasse une seule unité sur le plan territorial et ce qu'on vise, au fond, c'est de faire le maximum au plan local et vraiment ramener au niveau régional ce qui ne peut pas être fait au plan local et donner au rôle régional un rôle, davantage, de supporter et d'outiller et d'aider professionnellement les gens localement plutôt que de vouloir faire toute la job régionalement.

M. Lelièvre: Mais, au niveau de la jeunesse, je regarde que, par MRC, vous prévoyez, pour les autres types de mission des établissements, un conseil d'administration géré par territoire de MRC. Au niveau de la jeunesse, vous dites: On veut un seul conseil d'administration pour l'ensemble des MRC et on veut en

fin de compte intégrer... J'avais cru comprendre que vous aviez intégré à l'intérieur du service jeunesse tous les services qu'on regroupait ailleurs dans les CLSC, etc., alors que, là, vous allez procéder par ententes de services avec les établissements. C'est ça?

M. Boisjoli (Claude): La façon dont on va y arriver, il y a déjà des ententes de services, mais on veut, comme je vous l'ai dit... Dans le sens du principe qu'on a dit qu'une direction de protection de la jeunesse, il y en a rien qu'une pour la région. Un centre d'accueil de réadaptation où il faut réadapter les jeunes, les mésadaptés socioaffectifs en milieu interne, il y en a rien qu'un dans la région, puis il y en aura rien qu'un. Mais il y a plein de services avant puis après pour des équipes qui travaillent dans l'évaluation ou dans l'aide à la protection, qui interviennent dans les mêmes familles où les équipes jeunesse des CLSC interviennent à partir d'une autre approche. Ça, on veut que ça s'intègre au niveau du territoire, mais que le niveau régional supporte ces équipes-là et non pas diviser les tâches en disant: Bien, ça, ça relève plus de la protection, on prend ça, puis l'autre, ça ne relève pas. Puis là chacun se définit en fonction d'une approche plutôt que de se définir en fonction du besoin du jeune. Alors, ça, c'est un effort majeur qu'on va faire dans les deux prochaines années. L'orientation est déjà donnée et elle est partagée. Maintenant, il s'agit d'arriver à le faire.

● (11 h 10) ●

M. Lelièvre: Les constats que vous faites à l'heure actuelle, comment ça opère sur le terrain? Parce que votre rapport arrête à 1995, là.

M. Boisjoli (Claude): Bien, je vous dirais que, jusqu'à maintenant, l'orientation que je viens de vous dire, elle est partagée. Ce qu'il nous reste à faire maintenant, c'est d'élaborer notre plan de réalisation de cette orientation-là et c'est ce qu'on s'apprête à faire, je dirais, dans une phase 2 de consolidation de notre réseau.

M. Lelièvre: Au niveau des services, bon, vous avez différents bureaux sur le territoire qui sont établis par le service de protection de la jeunesse, mais on regarde au niveau des établissements et, à Baie-Comeau, à Sept-Îles, on a des établissements en réadaptation. Ça, c'est uniquement pour les jeunes, ceux qu'on retrouve là, avec le nombre de places à la section VIII?

M. Boisjoli (Claude): À la page quoi?

M. Lelièvre: À la section VIII de votre rapport...

M. Boisjoli (Claude): Section VIII.

M. Lelièvre: ...tableau 2, on parle... Au tableau 2, est-ce que c'est uniquement pour les jeunes, les services de réadaptation qu'on y retrouve?

M. Boisjoli (Claude): Oui, et ce que...

M. Lelièvre: Quand je parle des jeunes...

M. Boisjoli (Claude): ...vous retrouvez en réadaptation...

M. Lelièvre: ...je parle des jeunes mineurs, de moins de 18 ans.

M. Boisjoli (Claude): Oui, c'est ça. Ça, ce sont des installations déconcentrées du service régional où le débat va se poser maintenant. Est-ce qu'elles devront être rattachées au milieu local ou rester au milieu régional? Là, c'est dans l'orientation que je viens de mentionner.

M. Lelièvre: Et, quand vous dites «rattachées au milieu local», c'est-à-dire rattachées à un conseil d'administration...

M. Boisjoli (Claude): Local

M. Lelièvre: ...du territoire des MRC.

M. Boisjoli (Claude): C'est ça.

M. Lelièvre: J'ai remarqué que vous avez beaucoup de ressources de type familial à l'extérieur des plus gros centres. Est-ce que vous avez fait une évaluation? Bon, le type de problèmes qu'on y retrouve... C'est des jeunes qui ne sont pas nécessairement des délinquants qui se retrouvent dans les ressources autres que les centres qu'on retrouvait tout à l'heure?

M. Boisjoli (Claude): C'est de la clientèle en ressources familiales.

M. Lelièvre: Est-ce que c'est un tout, c'est des jeunes qui... On y retrouve aussi de la délinquance légère, des jeunes contrevenants?

M. Boisjoli (Claude): En très grande majorité, c'est des jeunes, parce que...

Une voix: ...

M. Boisjoli (Claude): Oui, même très jeunes, c'est ce qu'on me dit. C'est des jeunes même très jeunes. Dans les ressources de type familial, quand on tombe dans les adultes, par exemple dans les personnes âgées, on a une problématique particulière, nous, à cause des petits milieux. C'est très difficile de développer des ressources de type familial, par exemple, pour des personnes âgées parce que les gens dans les villages n'acceptent pas que leur père ou leur mère aillent rester chez le voisin dans le type familial. Alors, c'est un type de ressources... Vous voyez dans certains milieux, comme en Basse-Côte-Nord et en Minganie, très peu de types de ressources familiales. Ça prend quasiment un certain anonymat pour que ça se développe plus facilement.

M. Lelièvre: Mais ce type de ressources là, est-ce que ça inclut également des adultes ou il y a des...

M. Boisjoli (Claude): Non, ceux qui sont là, en très grande majorité, c'est des jeunes.

M. Lelièvre: C'est des jeunes.

M. Boisjoli (Claude): Il y a quelques ressources pour les adultes, mais très peu.

M. Lelièvre: O.K. Maintenant, j'aimerais savoir si vous avez beaucoup de dossiers en attente, parce que, au tableau qui se retrouve à la dernière page de la section VIII, on a des cas en attente pour 1994-1995. Mais, par ailleurs, 1995-1996, 1996-1997 n'y figurent pas. Au moment où on se parle, comment ça se présente au niveau de l'évaluation, de la prise en charge?

M. Boisjoli (Claude): Je vous dirais que, en 1996-1997, actuellement, au niveau de l'évaluation, la situation en attente, c'est 39 et, au niveau de la prise en charge, c'est huit.

M. Lelièvre: Donc, vous avez une diminution de...

M. Boisjoli (Claude): Grosso modo, ça se tient. En 1994-1995, c'était 30 en évaluation, en 1995-1996, 36; là, 39. La prise en charge, cependant, quand c'est des cas d'abus ou de négligence, elle est immédiate, il n'y a pas de délai. Puis il peut y avoir un peu de délai, là. Il y a sept cas en délai de prise en charge en 1995-1996 et huit en 1996-1997. Alors, ça se maintient. On suit ça à la Régie, nous, par rapport aux établissements, à chaque mois, et, dès que ça a tendance à monter, on questionne et on intervient pour dire... Même, on est intervenu récemment, et ils ont ajouté une ressource professionnelle dans ce secteur-là parce que, là, ça commençait à monter. Alors, on est tout de suite intervenu pour le signaler.

M. Lelièvre: Ça va. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, M. le Président. C'est quoi, votre budget comme régie régionale?

M. Jouis (Daniel): Autour de 140 000 000 \$.

M. Boisjoli (Claude): La Régie elle-même ou...

M. Jouis (Daniel): La régie elle-même?

M. Williams: Elle-même.

M. Jouis (Daniel): La Régie elle-même. Ah, excusez.

M. Williams: Elle-même, la régie, vous. Et la prochaine question: Vous avez été coupés à quel pourcentage à chaque année aussi?

M. Boisjoli (Claude): Le budget actuel de la Régie, incluant la santé publique, comme on dit dans notre discours, c'est de l'ordre de 4 300 000 \$...

M. Williams: 4 300 000 \$.

M. Boisjoli (Claude): ...en 1997-1998, oui. Il était de 4 900 000 \$ en 1993-1994. Et, en termes d'effectifs, il était, en 1993-1994, de 82, il est présentement de 66.

M. Williams: O.K. Est-ce que vous étiez coupés proportionnellement aux autres services? Est-ce que la Régie était coupée proportionnellement à...

M. Boisjoli (Claude): Davantage que les autres services. Un pourcentage plus élevé que le réseau.

M. Williams: O.K. J'espère. Excusez mon dernier commentaire.

M. Boisjoli (Claude): Je vous remercie.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Parce que je pense que vous êtes d'accord avec moi sur les services d'abord et avant tout.

M. Boisjoli (Claude): Bien sûr, bien sûr.

M. Williams: Les CLSC. Dans votre documentation, au chapitre 3, je vois que les CLSC sont ouverts de 8 heures à 16 heures. Je voudrais savoir, est-ce qu'il y a des démarches pour ouvrir les CLSC 24 heures ou pour avoir les urgences pendant les fins de semaine? Ou est-ce qu'il y a un mouvement de prolonger les heures d'ouverture des CLSC chez vous?

M. Boisjoli (Claude): A l'époque du rapport, nous avions quatre centres de santé qui étaient ouverts 24 heures par jour et deux CLSC qui étaient ouverts aux heures qui sont mentionnées là. Maintenant, nos CLSC sont ouverts jusqu'à — 8 heures, le soir, ça donne quoi? — 20 heures, et il y a une infirmière en disponibilité 24 heures par jour pour le maintien à domicile s'il y a des cas qui sortent de l'hôpital ou quoi que ce soit, ce qu'on a mentionné tantôt.

M. Williams: Avec ça, il y a tout un changement, là.

M. Boisjoli (Claude): C'est réglé, ça, oui.

M. Williams: Mais, si j'ai bien compris, vous avez besoin de fermer Forestville?

M. Boisjoli (Claude): Non.

M. Williams: J'ai compris, pendant votre discussion, que vous aviez besoin de fermer Forestville? Non?

M. Boisjoli (Claude): C'est vous qui avez besoin qu'on ferme quelque chose, je pense.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Non, j'essaie, là, comme opposition officielle, d'arrêter les autres fermetures, parce que nous en avons vu pas mal. Mais j'ai pensé que vous aviez mentionné ça.

M. Boisjoli (Claude): Non, non. Ha, ha, ha!

M. Williams: Tant mieux. Ils ferment l'urgence à Forestville?

M. Boisjoli (Claude): Parce qu'il n'y a pas de médecin.

M. Williams: Oui. Avec ça, j'ai bien entendu que vous êtes en train de fermer quelque chose à Forestville...

M. Jouis (Daniel): M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Williams: ...à cause des coupures, à cause d'un manque de médecins.

M. Jouis (Daniel): Un élément de réponse. Peut-être le Dr Samson...

M. Samson (Arnaud): La porte de l'urgence reste toujours ouverte 365 jours par année, sauf que, à l'intérieur de l'urgence, il n'y a pas de médecin. Et, à ce moment-là, l'infirmière fait le triage, appelle une ambulance et transfère le client à une heure de là, à savoir à Baie-Comeau. Mais la porte est toujours ouverte.

M. Williams: Deux petites questions. Mon collègue le député de Notre-Dame-de-Grâce a demandé des questions sur le transport. Est-ce qu'il y a un programme de soutien pour payer le transport des familles si un des membres doit aller à Québec, Sherbrooke, ou Montréal? Parce que, chez nous, là, si j'ai un membre de ma famille qui a besoin d'être hospitalisé à Royal Vic ou à l'Hôtel-Dieu, je peux aller le supporter. Est-ce qu'il y a un programme pour les familles de chez vous?

M. Boisjoli (Claude): Oui, il y a un programme. Ce qui est prévu, c'est que, quand il y a nécessité d'une escorte médicale, évidemment, elle est fournie. Et il y a une escorte familiale qui est possible dans le cas des personnes qui sont en manque d'autonomie, soit les jeunes enfants ou soit des personnes âgées qui sont incapables de se déplacer seuls.

M. Williams: O.K.

M. Mauger (Dan): Et, en Basse-Côte, nous allons jusqu'à offrir une escorte jusqu'à l'âge de 18 ans lorsqu'ils ont une certaine autonomie. Et, à partir de 65 ans, lorsqu'ils n'ont pas d'autonomie, ils sont accompagnés d'une escorte.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière question, M. le député.

M. Williams: Dernière question. Bientôt, vous allez prendre le traversier pour retourner sur la Côte-Nord — je pense que tous les journalistes vous attendent avec les photographes — ou en avion, là, un ou l'autre. Je voudrais savoir, quand ils vous demanderont quel message vous avez passé au ministre aujourd'hui, ça va être quoi, comme représentants de la population de la Côte-Nord. Et je sais que les médias, souvent, aiment avoir juste un petit clip, ça va être quoi, le message que vous allez dire que vous avez passé au ministre aujourd'hui?

M. Jouis (Daniel): Ah, je vous dirais qu'on va passer le message qu'on est dans notre troisième année de transformation. Ça ne s'est pas fait nécessairement sans heurt et sans difficulté, mais que ça a été un défi qui était relevable et qui a été relevé. Et, au surplus, ce qu'on va mentionner, c'est qu'il demeure des problématiques. On vous les a soulignées, on a un problème d'effectifs médicaux, d'une part, et on a un problème quant à notre territoire. Il faut tenir compte de la territorialité de la Côte-Nord. C'est le message que nous allons passer.

M. Williams: Merci beaucoup

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je permettrais au député de Nelligan, au ministre et à vous, M. le président chacun trois minutes de conclusion. Alors, M. le député, allez-y. C'est vous qui commencez.

• (11 h 20) •

M. Williams: Bon, une brève conclusion. Je pense que M. Jouis a conclu très bien avec les messages que nous avons entendus. J'espère que le ministre... Et je pense que les autres régies vont dire la même chose, qu'on ne veut pas avoir un système macdonaldisé pour tout le monde, on veut avoir une souplesse de financement pour chaque régie, et on doit certainement... Je ne veux pas mettre les mots dans votre bouche, mais, selon l'information que j'ai entendue, on ne peut pas avoir les autres coupures. Il y a tous les changements que la Régie est en train de faire, mais on doit maintenant trouver la balance pour mieux répondre à nos besoins, et j'espère que le ministre, pendant la journée, va en tenir compte. Je sais que la préparation pour le prochain budget est déjà commencée et j'espère qu'on va tenir compte des recommandations spécifiques que nous avons entendues de votre territoire, incluant les questions de géographie, transport, les lacunes des effectifs médicaux et les autres choses que vous avez mentionnées.

Et, comme membres de l'opposition, comme membres de cette commission, nous avons apprécié votre présentation énormément, et j'espère que nous allons avoir la chance de continuer le contact et que ça ne va pas juste être une visite chaque trois ans. J'espère qu'on peut avoir un contact étroit avec la Régie et tous les membres de la commission. Merci beaucoup pour votre présentation aujourd'hui.

Une voix: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le député. M. le ministre.

M. Rochon: Oui, Merci, M. le Président. J'ai écouté avec beaucoup d'attention et d'intérêt. Je peux dire à nos visiteurs que le message est entendu, compris et qu'ils peuvent être assurés de la collaboration entière du ministère et du ministre pour continuer à travailler avec eux pour aller dans ce sens-là. Je veux les remercier de la qualité du travail qui a été fait parce que je sais dans quel contexte travaillent les régies présentement. Il y a un travail très intense pour s'assurer de mettre en place la fin de cette transformation sur trois ans et de préparer le prochain cycle pour consolider tout ça, et c'est un peu étonnant qu'ils aient réussi à préparer tout un dossier pour la commission. Maintenant, c'était important de le faire parce que cet exercice-là sert — à mon sens, moi, dans la position où je suis — très bien au moins deux objectifs très importants, un qui est d'informer la population sur une base factuelle, où les élus peuvent entendre directement, de la bouche de ceux qui, sur le terrain, font la transformation, organisent la distribution des services exactement, comment ça se passe. Et ça sert, je pense, énormément, ce processus transparent, démocratique, à consolider, à raffermir la responsabilité et l'autorité des instances régionales qui sont essentielles dans la façon dont notre système fonctionne.

Ça, c'est d'autant plus important parce que, effectivement, il s'est fait un travail important, intense dans un contexte très rapide et qu'on est — des députés l'ont souligné correctement — dans un contexte où la population est essoufflée et est inquiète présentement. Et, même si ça ne correspond pas nécessairement à ce qui est la situation vécue — on l'a encore entendu, on a des sondages dans toutes les régions qui confirment ça, les services sont donnés de façon qu'on peut qualifier d'excellente, et les gens sont satisfaits. On répond aux besoins — il y a une inquiétude à cause de tout le contexte.

Et là je ne peux pas m'empêcher, M. le Président, de faire une référence, et il va falloir qu'on réalise l'importance de ça. Dans la page éditoriale du *Globe and Mail* du 16 août, samedi, 16 août, il y avait un article, un éditorial qui avait comme titre *Stars, Lies, and Medicare*. et, essentiellement, ce que ça dit, cet article-là, c'est qu'on est porté à croire, la population est portée à croire que, de façon rigoureuse et scientifique, à partir d'une observation comme ce qu'on a entendu ce matin, on développe une théorie et que c'est ça qui nous dit comment les choses se passent. Et c'est un scientifique, Thomas Kuhn, philosophe

du Massachusetts Institute of Technology, qui dit que, malheureusement, on s'aperçoit que présentement, trop souvent et beaucoup dans le domaine des communications, on procède autrement. On émet une théorie à partir de croyances générales qui touchent les craintes les plus profondes dans la population, et là on recherche les faits, même isolés, qui semblent prouver cette théorie. Et c'est seulement quand on a fini par montrer la réalité comme elle est de façon éclatante, qui montre que ce n'est pas ça qui se passe que, là, on admet que la théorie n'est pas bonne.

Ça, je tenais à la dire parce que, présentement, dans l'inquiétude de la population, il y a un phénomène comme ça qui se passe, et des processus comme ça, grâce à la collaboration de gens du milieu, vont nous aider à montrer la vérité, pas à endormir le monde, à montrer la réalité que cette fausse théorie qu'on essaie d'entretenir comme inquiétude ne repose pas sur le vécu de gens qui sont là, ce qui ne nie pas des problèmes et que des avenues très intéressantes sont ouvertes par nos gens, des façons modernes de penser des choses pour une région comme celle-là, et on va travailler très fort pour y arriver.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Est-ce que vous voulez faire un commentaire?

M. Jouis (Daniel): Oui, peut-être une courte conclusion. Tout d'abord, on tient à vous remercier tous de nous avoir entendus, de nous avoir écoutés, d'avoir pris soin de prendre connaissance de notre documentation. Au surplus d'être un exercice démocratique important, ce que nous venons de faire aujourd'hui, je crois que c'est un exercice aussi pour notre régie régionale, afin de mettre un peu en perspective ce qui s'est passé au cours des dernières années et nous permettre aussi d'anticiper ce qui va s'en venir en ayant toujours à l'esprit que, malgré les transformations, ce qu'il faut tenter de faire, c'est de conserver les services. Alors, je pense que c'est le message qu'on veut vous donner en conclusion. Et, encore une fois, merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant de suspendre les travaux, pour l'information des membres, il serait important qu'on commence à 1 heure. Donc, dînez tout de suite. On règle les chambres après et on peut apporter des bagages ici. Et on laisse tout ici. Ça sera barré, mais on va s'organiser pour que ça soit débarré vers 12 h 50, de façon à apporter les bagages. Je suspends les travaux jusqu'à 13 heures, cet après-midi et je vous remercie beaucoup au nom de la commission.

(Suspension de la séance à 11 h 26)

(Reprise à 13 h 2)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux,

toujours dans l'objectif de terminer dans un temps record. Nous reprenons nos travaux en recevant la représentante et les représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Vous avez remarqué que, compte tenu des circonstances, on est dans vos milieux. Je permets au député de la région de poser la première question. Alors, ce matin, j'ai permis à Mme la députée de Rimouski; cet après-midi, M. le député de Gaspé, suivi de M. le député de Nelligan. Est-ce que vous êtes d'accord, M. le député de Nelligan?

M. Williams: O K

M. Lelièvre: Il est venu en Gaspésie cet été, d'ailleurs. Il connaît très bien la région.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je m'excuse, j'allais oublier la procédure habituelle. Alors, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent, Mme Arsenault, et faire votre présentation de 20 minutes.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

Mme Arsenault (Suzette): Sûrement. M. le Président, Mme, MM. les membres de la commission parlementaire, pour nous, c'est une première. C'est une première pour moi-même, c'est une première également pour M. Maurice Anglehart, vice-président du conseil d'administration, et pour Denis Loiselle, qui est le directeur général de notre régie régionale. C'est une première, donc, d'avoir à comparaître devant la commission parlementaire des affaires sociales.

J'aimerais d'abord vous souligner que M. Anglehart et moi-même n'occupons nos postes respectifs que depuis deux mois. Nous sommes quand même, croyons-nous, en mesure de répondre des politiques et des grandes orientations que notre région a privilégiées au cours des dernières années.

Pour ce qui est des informations plus pointues, du fin détail, nous comptons sur la collaboration de notre directeur général et aussi de l'équipe derrière nous pour nous supporter, l'équipe qui est formée du Dr Christian Bernier, à la Direction de la santé publique, de Paul Bécu, aux services financiers, Sylvain Gagnon, à la planification, Gilles Pelletier, secrétaire général, et Christine Daniel, aux communications.

La région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'est une des faces maritimes du Québec. D'abord, c'est une péninsule et puis un archipel. C'est aussi des centaines de kilomètres de côte entourant un territoire de 20 500 km². La population de la région s'élève à 106 000 habitants dont plus de 13 000 vivent aux Îles-de-la-Madeleine. La région est divisée en six MRC, cinq sur le continent et l'autre, l'insulaire. On a également 61 municipalités et deux réserves amérindiennes. La plupart des municipalités se retrouvent le long du littoral. Seules quelques-unes, surtout dans la Baie-des-Chaleurs, sont à l'intérieur des terres, en

plus, bien sûr, de la ville de Murdochville qui est en plein centre.

Nous assumons nos pleines responsabilités comme régie régionale depuis le 1er avril 1993. Même si c'était le 1er avril et qu'on est sur le bord du littoral, ce n'était pas un poisson.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Arsenault (Suzette): On se rappellera que nous partions alors complètement à neuf, puisque auparavant nous relevions du conseil régional de l'ancienne région Bas-Saint-Laurent—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, le championnat des traits d'union comme région au Québec. C'est donc de nos deux premières années d'opération dont nous devons rendre compte aujourd'hui, mais vous comprendrez bien qu'on va être tentés de déborder légèrement cette période.

Il nous a semblé qu'il pourrait être intéressant pour vous d'obtenir des données actualisées à propos des différents dossiers, d'autant plus que leur nature même et l'ampleur des changements dans lesquels nous nous trouvons sont des processus à long terme. Il se pourrait même que nous soyons tentés d'aborder certains éléments de perspective pour l'avenir et de vous faire part de nos préoccupations à cet effet.

Comme nous disposons d'un temps limité pour la présentation, de façon à vous dégager le plus de temps possible pour vos questions, je vais tenter d'abord de vous brosser un portrait rapide du grand projet de transformation du réseau dans lequel nous nous sommes inscrits depuis quelques années maintenant. Ensuite, M. Anglehart vous parlera de notre situation budgétaire régionale et de ses conséquences. Nous passerons aux principaux dossiers d'organisation de services, pour terminer en tentant de dégager à travers ces différents points les enjeux perçus pour notre réseau de services en santé et services sociaux pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine.

Avant d'aborder les différents dossiers de manière plus pointue, il est bon de se rappeler que toutes nos actions s'inscrivent sur la toile de fond qu'est le projet du système de santé, le projet de réforme du système de santé et des services sociaux. Une certaine commission Rochon avait fait le point sur la question et fait valoir la nécessité d'adapter l'offre de service aux besoins, de privilégier le recours aux ressources plus légères, de favoriser la prise en charge, d'accentuer les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies, d'améliorer la situation au plan de la continuité et de la complémentarité des services, tout ça pour faire face à l'émergence des problématiques nouvelles de la société, entre autres le vieillissement de la population, le sida, etc., et aussi à l'accroissement des coûts du système.

Piloté par le ministre d'alors, Marc-Yvan Côté, le projet de réforme était lancé. Afin d'actualiser les objectifs de la réforme et de faire face à la situation changeante des finances publiques, dès octobre 1993, M. Côté faisait connaître son plan d'orientation triennal 1994-1997 sous le

vocabulaire *Défi qualité-performance*, on s'en rappelle. Rapidement, donc, notre régie régionale a amorcé un vaste chantier à l'échelle de nos MRC afin de déterminer les grands axes de notre propre plan d'action en s'inspirant du *Défi qualité-performance*. Bien sûr, le temps passe, les personnes aussi. Les choses changent et le vocabulaire aussi. De *Défi qualité-performance*, au plan de transformation, au plan de modernisation, voilà autant de façons de rendre compte d'un seul et même processus de changement en profondeur du réseau dans lequel nous évoluons, puis ça, depuis la naissance de notre propre régie.

Il est vrai que le contexte se modifie. Il presse de redresser les finances publiques. De mauvaises langues diront que seules les considérations économiques dictent maintenant les grands changements à opérer. Cependant, sans nier ou minimiser les risques liés au rythme rapide des changements à opérer, on peut se demander, à la lumière de la résistance aux changements que nous constatons, si la réforme aurait pu s'amorcer autrement.

• (13 h 10) •

Revenons au plan de transformation 1997-1998. Ce dernier, pour nous, comportait trois grands axes, soit, en premier, l'optimisation de l'utilisation des lits de courte durée, le regroupement et les fusions d'établissements et l'amélioration de la productivité. Dans le prolongement de ce plan, un ensemble de documents d'orientation en matière d'organisation de services ont été adoptés et mis en application par la suite. J'aimerais vous mentionner quelques exemples, entre autres le dossier *Utilisation optimale des lits de courte durée en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine* qui a été publié en 1996 et dont l'application nous permet de passer de 421 lits de courte durée à 227 lits, soit une moyenne de 5,3 à 2,6 lits par 1 000 habitants, et ce, au terme de l'exercice.

Un autre document, *Orientation des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie*, soit hébergement et services de première ligne, qui a été d'abord publié en 1995 puis révisé en 1996-1997, nous permet d'arriver à 4,25 lits par 100 personnes âgées et les économies réalisées ont été réinvesties en maintien à domicile, soit en budget aux CLSC ou aux organismes communautaires alors même que notre per capita en maintien à domicile était le plus élevé au Québec si on fait exception du Nord du Québec. On peut également vous dire que, malgré cette opération-là, nos listes d'attente sont passées à 70 qu'elles étaient, en 1993, à 25, en avril 1997.

On a publié également le plan régional d'organisation de services en santé mentale pour 1997-2002, le cadre de référence et les orientations de services. Ça a été publié en décembre 1996. On a également produit un document sur les services à domicile découlant du virage ambulatoire, soit le cadre de référence. Ça a été fait en 1996. Ce document se veut des balises qui visent à assurer la prise en charge, par les CLSC, de la clientèle à la sortie des hôpitaux.

Dernièrement, on vient de produire le cadre de référence régional en maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, publié en juin 1997, document

qui établit les balises visant à standardiser, d'un milieu à l'autre, le degré d'intensité de services aux clients et le partage aussi des zones de responsabilité entre les CLSC, les centres d'action bénévole et les corporations d'aide à domicile. L'objectif, c'est d'assurer une équivalence de services pour les mêmes problématiques à la grandeur du territoire.

Quant au dossier de regroupement ou fusion d'établissements, des études ont été complétées à l'échelle des MRC et bon nombre de réalisations sont à signaler à ce chapitre. De 22 établissements, nous devrions être passés à 14, en 1997-1998, pour ne compter que 11 conseils d'administration et équipes de direction. Des établissements ont ou auront des conseils unifiés.

Pour l'année 1997-1998, compte tenu de la situation financière régionale et de l'étape où nous en étions par rapport à notre plan de transformation triennal, soit la dernière année, le conseil d'administration de la région régionale a adopté, le 27 juin dernier, son plan de modernisation et la phase II du plan de transformation. Ce document vise à cibler à la fois des objectifs de résultats à atteindre au plan des services administratifs et de support de même aussi qu'à camper des opérations plus structurantes de révision de l'offre de service et de réflexion sur la réorganisation des structures du réseau, tout ça dans le but de préserver le cœur de notre système: les services directs à assurer aux différentes clientèles.

Maintenant, j'inviterais M. Anglehart à vous parler de la situation budgétaire régionale.

M. Anglehart (Maurice): La situation budgétaire régionale et ses conséquences. Suite à la signification de notre budget régional pour l'année 1997-1998 et aux discussions actuellement en cours avec le ministère, il y a lieu de croire que, de 174 000 000 \$ qu'il était en 1992-1993, le financement provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux passera à environ 164 000 000 \$, en 1997-1998. À cette réduction du budget de 10 000 000 \$ s'ajoute un effort d'environ 9 000 000 \$ correspondant au non-financement, ce qui équivaut, au total, à plus de 11,6 % du budget initial, et ce, en cinq ans. Pour la seule année 1997-1998, l'effort financier annualisé se situerait à 6 500 000 \$. Pour leur part, les économies potentielles liées à l'achèvement du plan de transformation, 5 700 000 \$, et au plan de modernisation, 9 100 000 \$, sont de l'ordre de 14 800 000 \$. En principe, donc, tout va bien. Il faut cependant faire preuve de prudence avant d'afficher de l'enthousiasme débordant, sans verser pour autant dans le mélodrame.

En effet, un certain nombre de réalités sont apportées à votre attention: les délais d'identification des mesures à prendre à l'échelle des établissements, le temps requis pour réaliser les différentes mesures une fois celles-ci identifiées, les économies qui ne sont pas toujours touchées, même une fois les mesures implantées — pensons à la sécurité d'emploi — les cibles non rencontrées du programme de départs volontaires — selon nos estimations actuelles, nous n'atteindrons que 55 % de la cible budgétaire initiale — les coûts d'immobilisation

découlant de certains projets de transformation — exemple, la réorganisation de production et de distribution au niveau des services alimentaires, 300 000 \$ aux Îles-de-la-Madeleine, projet autofinancé; deux autres cas potentiels à Chandler et à Gaspé — les regroupements d'unités de soins en centre hospitalier — exemple, la pédiatrie et l'obstétrique, à Chandler, qui coûterait 450 000 \$ — et pour le futur, les coûts du non-financement et les éventuelles compressions budgétaires. Et là, j'ai tout simplement ajouté une petite phrase qui n'est pas écrite sur vos textes mais qu'il faudrait noter: «Mais il faut se rappeler qu'il y a une urgence relative à couper, car il faut atteindre les objectifs financiers tout en protégeant les services directs à la population.»

En conséquence, on peut facilement imaginer que, pour l'année en cours, l'équilibre budgétaire ne sera pas atteint. Des emprunts devront sûrement être contractés. Les prochaines semaines nous permettront de faire le point sur l'ampleur de la situation. Il y a lieu de bien apprécier notre performance en termes de redéploiement de la main-d'œuvre découlant des différentes mesures du plan de transformation de même que le rendement final du programme de départs volontaires. Enfin, nous pouvons sûrement encore faire plus dans le sens de la transformation, à la fois au plan de l'offre de service que de l'organisation du réseau. Cependant, il y a certainement lieu de faire une réflexion avant de fixer de nouveaux objectifs à viser, de s'assurer de disposer du temps requis pour les réaliser, de bien évaluer les besoins de financement pour la période de transition, de ne pas franchir un point de rupture au plan de l'effort financier exigé — si on veut protéger le service à la clientèle. Ce dernier point nous préoccupe particulièrement dans une région comme la nôtre où il faut être certain de la justesse de l'appréciation de nos coûts différenciés de production, faute de quoi des préjudices pourraient nous être causés dans le grand dossier de l'équité interrégionale.

Mme Arsenault.

Mme Arsenault (Suzette): Maintenant, si on parlait un peu d'organisation de services plutôt que de finances. Après tout, il s'agit là de notre mission première. Nous avons campé, au cours de nos premières années d'existence, nos orientations pour plusieurs grands programmes clientèles. Évidemment, il nous est impossible dans le temps alloué de faire le tour de tout le sujet, mais je pense que c'est davantage à la période des questions qu'on pourrait approfondir certains de ces dossiers. Je mentionnerai plutôt quelques-unes de nos réalisations pour illustrer nos actions.

En santé physique, nous avons procédé à une diminution importante du nombre de lits de courte durée dans la région. Ceci a impliqué une modification des pratiques médicales en travaillant sur les durées de séjour, sur la chirurgie d'un jour, sur les taux d'admission par catégories de diagnostics, etc. Il a fallu également s'assurer, pour diminuer la pression sur le besoin en lits de courte durée, de prendre les mesures nécessaires pour éviter que des lits soient occupés par des personnes âgées

en attente d'hébergement. Nous avons fixé une norme en lits d'hébergement de longue durée à 4,25 lits par 100 personnes âgées. À cause d'une répartition inéquitable, nous avons dû procéder à une redistribution des lits entre les MRC de la région. Nous avons aussi réalloué des sommes importantes en maintien à domicile, en CLSC et au niveau des organismes communautaires.

• (13 h 20) •

Vous aurez peut-être l'impression d'entendre une redite de ce matin, mais, au plan des effectifs médicaux, notre situation s'est améliorée du côté des spécialistes: de 37 à 56 médecins en trois ans. Cependant, l'équilibre demeure fragile pour les médecins omnipraticiens. De 135, on est passé à 137. Certains milieux sont en situation difficile. Même si nous disposons ou disposerons de certains leviers qui permettent d'envisager une amélioration de la situation — l'inclusion des médecins en cabinet privé dans les plans d'effectifs, la garantie de retour après une pratique en région — il est à se demander si la régionalisation des enveloppes de la RAMQ, sous une forme ou sous une autre, ne serait pas une solution durable au problème de pénurie de médecins en région.

Notre plan d'organisation de services en santé mentale est maintenant adopté et vise des objectifs de développement des organismes communautaires d'entraide et également de ceux qui offrent l'hébergement transitoire. Nous souhaitons également consolider notre organisation de services psychiatriques d'une manière décentralisée dans chacun de nos centres hospitaliers de courte durée et visons également à réduire le recours à l'hospitalisation en pédopsychiatrie pour privilégier une intervention en externe.

En matière de services aux personnes présentant une déficience physique, nous amorçons actuellement une première phase de développement de services en réadaptation en externe. Notre capacité à compléter les autres phases afin de doter notre région, comme toutes les régions du Québec, de services de réadaptation et d'adaptation physique, c'est pour nous un enjeu majeur. Il s'agit d'une priorité dont la réalisation complète est liée à notre capacité d'attribuer des réallocations à même nos fonds.

Au niveau des services préhospitaliers d'urgence, notre plan d'action comporte des mesures allant des premiers répondants, qui existent dans plusieurs municipalités, à l'accréditation des centres de traumatologie. Ainsi, plusieurs autres changements ont été opérés dans d'autres secteurs de services. Pour certains programmes clientèles, notamment en jeunesse et en alcoolisme et toxicomanie, la nature des réalisations a été particulièrement influencée par notre plan d'action régional de la politique de santé et de bien-être. Ce dernier nous sert de toile de fond pour le choix des actions à retenir en matière de prévention et de promotion de la santé.

Dans le domaine des services, les organismes communautaires sont de précieux collaborateurs et des partenaires de qualité. Nous avons cherché à accroître le support financier que nous leur accordions au cours des dernières années. De 1992-1993 à 1996-1997, le budget de

subventions aux organismes communautaires est passé de 2 600 000 \$ à 3 600 000 \$, soit une augmentation de 36 %. Il est bon de se rappeler qu'uniquement au niveau des centres d'action bénévole plus de 800 personnes oeuvrent bénévolement auprès des clientèles en plus des permanents de ces organisations.

Je m'en voudrais, M. le Président, d'avoir mentionné tous ces changements sans souligner la contribution de nos ressources humaines. Au cours de cette période de transformation, les membres de nos conseils d'administration d'établissements, les gestionnaires, les salariés de notre réseau ont eu à prendre ou à vivre des décisions très importantes. Le professionnalisme dont le personnel a fait preuve et sa centration sur les services à la population ont sans doute favorisé l'atteinte de la majorité de nos objectifs et, par-dessus tout, le maintien de services de santé et de services sociaux de qualité dans notre région.

En terminant, j'espère, malgré un portrait un peu impressionniste, avoir réussi à vous démontrer notre engagement à consolider et à développer un réseau de services de santé et de services sociaux de qualité pour la population de la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et à vous faire saisir le sens de nos actions et les enjeux qui sont les nôtres pour les prochains mois. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. J'invite maintenant M. le député de Gaspé à entreprendre les discussions.

M. Lelièvre: Merci, M. le Président. Mme la présidente, M. le vice-président, M. le directeur, ainsi que tout le personnel de la régie, permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue au nom de notre formation politique. Je suis très heureux de participer à cette commission qui, habituellement, n'est pas la commission à laquelle je suis attiré. Mais aujourd'hui, spécialement, on m'a invité à y participer et j'ai accepté avec un grand plaisir, sachant que vous étiez ici, d'offrir mes services à la commission.

Votre rapport annuel est intéressant dans la mesure où il est un peu le constat de tout le travail qui s'est fait depuis la naissance de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et de la prise en main sur notre territoire de la gestion de l'implantation, modification et transformation de nos services de santé et services sociaux sur l'ensemble du territoire pour la population. Ce qui me frappe, dans un premier temps, c'est la façon dont vous avez procédé, les consultations au niveau des MRC, les comités qui ont été mis sur pied, le dialogue qui s'est amorcé sur chacun des territoires et les résultats que vous avez obtenus. Dans le rapport, à la page 44, vous faites le bilan des lits en santé physique et vous avez insisté beaucoup dans votre présentation sur cet aspect pour nous indiquer que vous êtes passés d'un ratio de 5,3 à 2,6 que vous tendez ou visez comme objectif en mars 1998. Donc, on part quand même d'une diminution de 421 à 227 lits sur l'ensemble

du territoire. Connaissant le territoire de la Gaspésie qui est très vaste, la clientèle est dissimulée sur un long territoire avec les Îles-de-la-Madeleine, est-ce que vous avez rencontré des difficultés dans ce processus, et quelles sont-elles? Est-ce que la population, dans le fond, continue de recevoir les services adéquatement? Comment vous procédez?

Mme Arsenault (Suzette): Je pense qu'on peut assurer que la population continue à recevoir des services de façon adéquate. La dispensation de services s'est modifiée, puis les gens qui consomment ont également aussi modifié leur façon de consommer, de sorte que les réallocations qu'on a faites en maintien à domicile et les budgets qui ont été réalloués aux CLSC et aux organismes communautaires ont permis de faire la transition, je dirais pas en chantant, là, mais quand même de façon correcte.

M. Lelièvre: Mais vous n'avez pas eu de problèmes au niveau des admissions dans les hôpitaux? Il n'y a pas eu de difficultés majeures?

M. Loiselle (Denis): Sur le plan technique, non, il n'y a pas eu de gros problèmes. Il y en a eu des fois, à certains moments donnés, mais, quand on regarde ça, c'est qu'on parlait d'une situation où on avait un taux d'occupation de 71 % des lits. Donc, ce n'était pas très élevé. Et aujourd'hui, quand on fait le monitoring, on est rendu à peu près à 90 %. Donc, on ne peut pas dire que ça a donné lieu à des situations de congestion. La preuve, c'est qu'on a encore un taux d'occupation qui est dans des ordres de grandeur qui m'apparaissent très raisonnables.

On a connu effectivement des petites pointes, mais ça, ça se gère, ces pointes-là, notamment dans le temps des Fêtes, une situation d'épidémie de grippe dans un secteur. Mais ça, il n'y a rien qui empêche d'ouvrir les lits pour quelques jours ou quelques semaines, ça retombe dans l'ordre. L'important, c'est de changer les pratiques médicales parce que, à la fois, la population a changé ses habitudes de consommation. Mais il a fallu aussi que les producteurs de services — qui sont, dans ce cas-là, les médecins — modifient aussi considérablement leurs pratiques. Quand tu coupes de la moitié les lits dans une région, ce n'est pas sans impliquer une collaboration de ce côté-là, c'est bien sûr.

Alors, je pense que globalement, donc, à cause des taux d'occupation, on peut dire que ça n'a pas donné lieu à une perte sur le plan de la qualité, au contraire, dans le fond. Parce que, quand tu retournes chez toi plus tôt, qu'on t'assure que tu vas avoir des services à domicile, sur le plan de la qualité, ce n'est pas une perte. Au contraire, ça peut être considéré comme un plus.

M. Lelièvre: Au niveau des soins à domicile, est-ce qu'il y aura la transformation? Comment ça s'est opéré avec les CLSC? Est-ce que ça a bien fonctionné?

Mme Arsenault (Suzette): À date, on peut dire que ça a bien fonctionné tant du côté des CLSC que des

organismes communautaires aussi qui assurent un support important. C'est pour ça qu'on mentionnait tantôt que nos budgets au niveau des organismes communautaires, dans leur ensemble, ont été augmentés, parce que ce sont des personnes qui rendent des services importants dans une situation comme celle qu'on a à traverser.

• (13 h 30) •

M. Loiselle (Denis): Et en complémentaire, les CLSC ont rapidement pris un engagement, peu importe leur situation financière. Remarquez qu'elle n'était pas si mauvaise, là, mais ils avaient pris l'engagement, au moment où on a commencé à procéder à la réduction des lits, de prendre en charge toutes les clientèles quoi qu'il arrive, que ce soit en fin de semaine, que ce soit de soir. C'est un peu le «commitment» qu'on a obtenu des CLSC, et ça, ça a fait en sorte qu'on n'a pas connu des situations déplorables sur le territoire. Et on les a aussi supportés, parce que, bon, c'est une chose qu'on coupe des lits, mais on a aussi fait de la réallocation, et, dans le secteur du maintien à domicile, on a fait de la réallocation pour l'équivalent de 1 200 000 \$, et ça, c'est quand même considérable dans un contexte de coupures. Puis, quand on considère notre budget régional à nous, comme ordre de grandeur, c'est quand même relativement important, et, comme Mme la présidente le mentionnait dans le discours, d'autant plus que, nous, comme région, on parlait d'un per capita régional qui était, exception faite du Nord du Québec qui n'est peut-être pas comparable comme réalité géographique, le per capita le plus élevé de la province. Mais, on ne s'est pas assis là-dessus pour autant, on a continué d'investir dans ce secteur-là.

M. Lelièvre: Au niveau des CLSC, est-ce que les CLSC opèrent 24 heures par jour, sept jours semaine? Comment ça s'organise sur le territoire?

Mme Arsenault (Suzette): Il y a certains CLSC sur le territoire qui opèrent 24 sur 24 ou qui devraient opérer. Ils opèrent 24 sur 24, mais, comme dans la situation qu'on décrivait ce matin, quelquefois, à cause du manque d'effectifs, il y a des périodes où l'urgence va être ouverte, mais il n'y aura pas de médecin présent. Et, quand on parle, entre autres, du secteur de la Baie-des-Chaleurs, du secteur de Paspébiac et, du côté nord, du secteur de Grande-Vallée, c'est des réalités. Quand on dit qu'on a des besoins d'effectifs médicaux, on a des besoins qui sont localisés sur le territoire. Les besoins sont plus criants dans certains secteurs sur le territoire.

M. Lelièvre: Je m'arrêterai là pour l'instant pour donner la chance à mes autres collègues de poser des questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le député. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue à tous les représentants de la Régie régionale Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Merci beaucoup pour

vosre présentation et aussi pour les quatre ou cinq poudes de documents que vous avez donnés, toutes les annexes que je trouve tellement intéressantes et très utiles pour mieux comprendre ce qui se passe dans le territoire de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Et, j'aurais dû dire ça avant avec l'autre régie, merci pour l'implication de tous les bénévoles dans chaque régie. Ce n'est pas facile. Je ne fais pas de débat politique ici — de temps en temps — mais ce n'est pas facile et particulièrement pour ceux et celles qui décident de faire ce bénévolat, de nous aider, d'aider l'État à mieux planifier les services. Au nom de tous les parlementaires, merci à ceux et celles qui ont fait ça, qui vont quitter et à tous les autres qui vont accepter le défi plus tard.

Vous avez mentionné — et ne soyez pas surpris que je retourne à une phrase que M. Anglehart a dite — que tout va bien. Ce n'est pas ça que j'ai entendu quand j'ai eu des discussions avec le monde chez vous. Ce n'est pas nécessairement que tout va mal non plus, mais de dire que tout va bien, c'est un peu optimiste, je trouve. Je voudrais mieux comprendre la question des effectifs médicaux. Mon collègue a déjà demandé la question des lits, et j'ai compris que vous avez baissé les lits de courte durée — pas de longue durée, de courte durée — de 421 jusqu'à 227. J'ai compris qu'il y a une lacune de 36 médecins.

Une voix: ...

M. Williams: Non? Je n'ai pas compris ça? Est-ce que vous pouvez clarifier ça, s'il vous plaît?

M. Loisel (Denis): Sur le plan technique, il manque exactement, omnipraticiens et médecins spécialistes, pour les deux catégories de médecins, en fonction de notre plan, 14 médecins pour les deux catégories, chacune.

M. Williams: Quatorze chaque, 28 au total?

M. Loisel (Denis): Chacune, oui, 28 au total. Dans les deux catégories, il manque 14 médecins.

M. Williams: Pendant tout ce virage, vous avez aussi fusionné deux régies. Non? Ce n'étaient pas deux régies avant?

M. Loisel (Denis): En fait, pas fusionné. C'est le contraire, là, on est parti de deux régies.

M. Williams: Oui, excusez. Avec ça, vous avez beaucoup de choses à faire en même temps, mais, je voudrais savoir, dans des sous-régions, est-ce qu'il y a des lacunes plus particulières que dans les autres sous-régions? Est-ce qu'il y a des cas un peu plus graves que dans les autres sur la question des effectifs médicaux?

Mme Arsenault (Suzette): Bien, je pense que, comme je le mentionnais tantôt, il y a deux secteurs,

particulièrement au niveau de l'omnipratique, au niveau des omnipraticiens. Il y a le secteur Grande-Vallée—Murdochville qui souffre d'un manque d'effectifs et le secteur du CLSC Chaleurs qui couvre, bien sûr, comme vous le devinez bien, la Baie-des-Chaleurs, une partie de la Baie-des-Chaleurs qui est quand même plus éloignée des centres hospitaliers

M. Williams: Est-ce que vous avez des suggestions que vous pouvez expliquer aujourd'hui pour répondre à ce problème? Avez-vous des suggestions que vous pouvez offrir à la commission ou au ministre aujourd'hui? Je présume que vous l'avez déjà fait, mais peut-être que vous pouvez expliquer votre point de vue maintenant.

M. Anglehart (Maurice): Il y a surtout pour la rétention des jeunes médecins... Est-ce qu'on est capable d'obliger un jeune médecin à venir en Gaspésie? C'est une grosse question. Après ça, sommes-nous capables de le retenir en Gaspésie? C'est une autre question. Puis, pour retenir des gens dans une région, il faut d'abord créer des emplois, puis, quand le monde travaille, bien, ça fait des bébés, puis des bébés, besoin de pédiatrie, puis etc. Mais, tant que la région de la Gaspésie sera sous-développée économiquement, je ne sais pas comment on peut faire pour attirer du nouveau monde.

M. Loisel (Denis): En complément à cette réponse-là, aussi, c'est qu'on a déjà quand même un bon nombre de leviers entre nos mains et, au fur et à mesure que le temps avance, on en a de plus en plus. Qu'on pense aux plans d'effectifs médicaux qui se font dans chacune des régions du Québec, eh bien, si ces plans-là s'appliquent de façon rigoureuse partout... Et, quand on conjugue ça au fait que... Je comprends que vous venez de Montréal, mais quand on conjugue au fait que les plans d'effectifs médicaux, du côté de Montréal, peuvent se restreindre éventuellement et se limiter et qu'on respecte ça de façon très rigoureuse, éventuellement, ça peut se traduire par des effets bénéfiques dans des régions comme les nôtres.

Et un des leviers qu'on pourrait obtenir éventuellement aussi, c'est l'inclusion des cabinets privés dans les plans d'effectifs médicaux, ce qui fait que, actuellement, ça nous échappe, et on ne contrôle pas ça du tout, et un médecin qui n'a pas de poste à Montréal peut s'installer en cabinet privé et travailler à 100 % de son temps. Encore là, ça fait en sorte que Montréal peut continuer à retenir des médecins, et, en conséquence, nous, on les attire plus difficilement.

C'est des choses qui se travaillent actuellement, et, au fur et à mesure que ça va s'obtenir, ces choses-là, ces leviers-là, je pense que la conjoncture va faire en sorte que ça va aller de mieux en mieux dans nos régions, c'est bien clair.

M. Williams: Vous allez inclure les bureaux privés dans les PROS, là?

M. Loisel (Denis): Écoutez, je ne voudrais pas répondre à la place du ministre...

M. Williams: Vous pouvez.

M. Loisel (Denis): ... mais je sais que c'est une suggestion qui chemine, qui...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Loisel (Denis): C'est une suggestion qui vient des régions de longue date et, d'après ce que j'en comprends, qui est endossée par le ministre, qu'il tente de faire cheminer comme dossier et, éventuellement, c'est quelque chose qu'on aurait comme levier. Enfin, du moins, nous, on le souhaite. Je peux l'exprimer au moins comme souhait, là.

M. Williams: Et vous avez l'appui des médecins locaux sur...

M. Loisel (Denis): Dans des régions comme les nôtres, effectivement, les médecins sont très... Ils vivent les conséquences de la pénurie de médecins. Il y a un médecin, ce matin, qui parlait qu'il ramait le double de ce qu'on doit ramer, bien, chez nous, c'est la même affaire. Alors, eux, quand on commence à penser à des contraintes dans des milieux urbains sur le plan de l'accès à la pratique médicale des médecins, ils ne s'en font pas un problème. Bien au contraire, ils voient peut-être une perspective de soulagement de leur propre situation.

Il y a aussi un autre levier dont on ne dispose pas actuellement, puis c'est peut-être le levier ultime éventuellement, si tous les autres ne fonctionnent pas, puis la présidente en parlait.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que, ultimement, on devrait, d'une façon ou d'une autre, arriver à une certaine régionalisation des budgets de la RAMQ. Nous, ça nous apparaît comme presque l'unique solution à long terme pour assurer une présence d'effectifs médicaux en nombre raisonnable pour répondre aux besoins d'une population.

M. Williams: J'essaie de m'assurer que j'ai bien compris. Mettre de côté le financement per capita et établir un financement régional, une enveloppe régionale pour chaque régie, est-ce que c'est ça que vous voulez recommander? Non?

Mme Arsenault (Suzette): Pas nécessairement ça.

M. Williams: Un mélange des deux?

• (13 h 40) •

M. Loisel (Denis): Je pense qu'un n'exclut pas l'autre. En fait, tu peux avoir un financement per capita, puis peut-être moduler, puis, finalement, au bout de tout ça, dans la méthode de calcul, te retrouver avec une enveloppe donnée pour assurer tes services médicaux.

Alors, ça peut être sur la base du per capita puis moduler parce que, évidemment, le per capita ne peut pas être égal partout, surtout dans des régions comme les nôtres. Ça on le sait bien.

M. Williams: Parce que le per capita n'inclut pas tous les problèmes de distance et de géographie que vous avez.

M. Loisel (Denis): Oui, exactement. C'est pour ça que je parle de modulation. Mais je comprends que ça ne rentre pas nécessairement en contradiction, par ailleurs.

M. Williams: Merci. Avez-vous des problèmes à recruter les autres professionnels? Les infirmières, les travailleuses et travailleurs sociaux, les audithérapeutes, je ne sais pas. Est-ce que c'est un problème? Parce que le vice-président a parlé d'obliger les médecins à demeurer. Mais j'ai visité Gaspé cet été, et c'est un coin extraordinaire. Avec ça, je voudrais juste savoir: Est-ce que c'est un problème d'avoir des professionnels?

Mme Arsenault (Suzette): Les professionnels de la santé autres que médecins?

M. Williams: Oui.

Mme Arsenault (Suzette): Si vous parlez d'optométristes, ou de dentistes, ou... Non, on n'a pas de pénurie de ce côté-là.

M. Williams: Pas de problème. C'est juste avec les médecins.

Mme Arsenault (Suzette): Parce qu'ils doivent venir là où est la clientèle, eux.

M. Williams: Oui, effectivement.

Une voix: ...

M. Williams: Voulez-vous répéter ça?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député, oui.

M. Williams: Une brève question avant que je passe la parole à mes collègues. Sur l'accessibilité pour la communauté d'expression anglaise, comme je l'ai mentionné avec l'autre régie, j'ai vu vraiment des efforts aux régies régionales, la vôtre en particulier, d'augmenter les services. Les premiers programmes d'accès étaient une étape, mais vous avez amélioré ça — peut-être juste quelques exemples, comme le CLSC Malauze qui a augmenté les services — et je vous encourage parce que ça fait partie de la définition de mieux répondre aux besoins. Ce n'est pas un débat linguistique, mais, si on peut adapter

nos services... Et je voudrais juste utiliser ce forum pour mentionner que j'ai moi-même, au moins, eu le feed-back positif. Je n'ai pas entendu: Tout va bien, mais j'ai entendu des choses dans la bonne direction. Et je voudrais juste savoir: Est-ce que vous avez eu des contacts avec le ministère récemment? Parce que vous avez déjà adopté votre plan d'accès, je pense, en décembre 1995, le 9, si votre mémoire est correct. Avez-vous eu des contacts avec le ministère quant aux questions de changer les critères, de changer le programme d'accès, de le changer d'une façon ou l'autre?

Mme Arsenault (Suzette): Nous, nous n'en avons pas reçu. Dans le moment, on est toujours en attente d'un retour sur le programme qu'on a déposé.

M. Williams: Et vous souhaitez que votre programme d'accès soit adopté tel qu'approuvé par la régie régionale.

Mme Arsenault (Suzette): C'est ça.

M. Williams: Merci beaucoup.

M. Loiselle (Denis): Là-dessus, sur le programme d'accès, nous, on est prêt, quand même, à argumenter dans le sens des choix qui ont été faits là-dedans. Il y a peut-être de l'interprétation qu'il faut faire autour des choix qu'on fait, et on n'a pas eu ces échanges-là avec le ministère à ce moment-ci. On n'a pas eu de demande de modification, mais, le cas échéant, quand ça viendra, on est en mesure de supporter quand même les choix qu'on a faits. Parce qu'il faut faire attention à la lecture qu'on peut faire de ces choses-là, parce qu'on indique six CLSC sur huit comme devant offrir certains services en langue anglaise, et ça peut paraître beaucoup quand on a 10 % de la population qui est anglophone. Encore là, il faut voir comment elle est répartie, la population anglophone. Si le 10 % était tout concentré au même endroit, ça pourrait paraître beaucoup. Ce n'est pas nécessairement le cas.

Et, deuxièmement, il faut voir aussi ce que ça implique que d'indiquer sur le plan des exigences quand tu affiches un poste. Ça ne veut pas dire qu'il y a des obligations de postes bilingues, par ailleurs, là. Ici, je pense qu'on travaille, dans la région, avec souplesse là-dessus, les établissements collaborent bien, et il y a des façons de rendre accessibles les services en anglais sans pour autant exiger de rendre les postes bilingues au moment où tu les affiches. On peut se servir de gens qui parlent anglais dans d'autres services ou, a posteriori, on peut favoriser la formation du personnel qui est engagé même s'il est unilingue francophone. Enfin, il est possible de discuter là-dessus.

M. Williams: Merci, et je pense que c'est un bon exemple de la créativité qu'on peut trouver en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Merci pour l'effort, et j'espère que vous pouvez mentionner ça à votre équipe pour l'effort

que vous avez fait dans ce domaine. C'est tout pour le moment, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Madame, messieurs de la Gaspésie, alors bienvenue et merci pour le mémoire que vous nous présentez. Je suis doublement sensible à votre situation, étant Gaspésienne moi-même. Puis, pour bien connaître la Gaspésie et la fréquenter régulièrement, disons que ce que vous nous apportez comme éclairage est important.

Moi, j'aimerais vous entretenir du fait que vous avez, dans le cadre de votre transformation, diminué le nombre de lits en soins de courte durée et j'aimerais savoir, à partir de cette situation nouvelle, comment vous avez rééquilibré l'accessibilité à certains services. Je pense, entre autres, à des situations de clientèles qui retournent chez elles après une opération, en situation de postopératoire. Comment vous avez amorcé l'instauration ou quels types de services vous avez instaurés? J'aimerais que vous nous entreteniez là-dessus puis je reviendrai avec une autre question plus tard. Mais on commence par celle-là.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que nos efforts se sont dirigés vers le maintien à domicile, les budgets et les ressources.

Mme Charest: Est-ce que vous avez eu des réallocations de budget par rapport au maintien à domicile?

Mme Arsenault (Suzette): Nous avons fait des réallocations à même les économies réalisées avec les fermetures de lits de courte durée, et ces argents-là récupérés et remis en maintien à domicile, je pense, peuvent répondre à une plus grande demande. Donc, c'est une façon, à notre avis, de mieux utiliser les ressources financières pour rendre des services à une population

Mme Charest: Est-ce que l'ensemble de votre territoire est couvert par ces services...

M. Arsenault (Suzette): De maintien à domicile?

Mme Charest: ...de bonification du service de maintien à domicile?

M. Loiselle (Denis): Oui.

Mme Arsenault (Suzette): Oui.

M. Loiselle (Denis): Bon, il y a des CLSC sur l'ensemble du territoire. Il y a même des très petits territoires de CLSC, comme à Grande-Vallée, où c'est un territoire très isolé.

Mme Charest: Du côté nord, oui?

M. Loiselle (Denis): Oui, partout. Aux Îles-de-la-Madeleine aussi, c'est bien couvert.

Mme Charest: Maintenant, par rapport aux effectifs médicaux, vous nous dites que vous êtes en manque de 14 omnipraticiens et de 14 spécialistes. Est-ce que c'est surtout en soins de longue durée, en CLSC ou en courte durée que vous avez ce manque d'effectifs? Comment ça se répartit, le manque d'effectifs?

M. Loiselle (Denis): Bien, d'abord, sur les 28 médecins qui manquent, il y en a 14 qui sont des spécialistes, donc c'est pour les hôpitaux.

Mme Charest: Et dans quelles spécialités surtout?

M. Loiselle (Denis): Surtout — on en parlait ce matin, ce n'est pas très différent de la Côte-Nord — en psychiatrie, entre autres, en anesthésie puis un peu d'autres, là, en orthopédie.

Mme Charest: Ce n'est pas différent du reste du Québec, je vous dirais.

M. Loiselle (Denis): Oui, effectivement. Donc, de ce côté-là, des spécialités, c'est 14 qui manquent. Il faut dire que, si on parle de 14, par contre, là, il faut nuancer notre situation entre les spécialistes puis les omnipraticiens.

Mme Charest: Tout à fait.

M. Loiselle (Denis): Du côté des spécialistes, on est passé de 36 à 57 en trois ans. C'est une augmentation importante, ça. Bon, tout ne va pas bien, mais, de ce côté-là, ça s'est amélioré effectivement un peu. Du côté des omnipraticiens, bien, on veut se rendre à peu près à 151. C'est pour couvrir l'ensemble des besoins des hôpitaux, pour les services d'urgence, puis tout ça — de toute façon, beaucoup des médecins omnipraticiens dans nos régions pratiquent en établissement davantage qu'en cabinet privé. Ils en font, mais ils sont presque tous rattachés à des établissements — pour travailler aussi en CLSC, et là où il en manque le plus, évidemment, c'est les territoires qui attirent un peu moins, qui sont un peu plus isolés, du côté de Grande-Vallée, ou quand c'est un CLSC qui offre des services 24-7, comme du côté de Paspébiac, du CLSC Chaleurs. Alors, c'est ça, en gros, le manque. Et on n'a pas connu une détérioration, mais on n'a pas connu une amélioration. On est passé de 135 à 137, mais on a connu du roulement là-dedans, par exemple. Quand on donne ces deux chiffres-là, si c'était toujours les mêmes 135, ça ne serait pas si mal, mais ça roule. Les gens font du recrutement régulièrement, ils remplacent, mais ça tourne. On ne retient pas très bien.

Mme Charest: Le problème n'est pas seulement du recrutement, mais de la rétention. Et, dans cette perspective de rétention, est-ce que, pour un développement futur,

vous avez envisagé, dans le domaine des nouvelles technologies de l'information, tout ce qui touche la télémédecine ou des choses comme ça? Est-ce que vous avez commencé à explorer cette possibilité? Parce qu'il me semble que, pour la Gaspésie, tout comme pour le Bas-Saint-Laurent ou la Côte-Nord, ce sont des technologies qui peuvent être très pertinentes, qui peuvent nous faciliter les choses. J'aimerais vous entendre là-dessus.

Mme Arsenault (Suzette): Oui, je vais laisser M. Loiselle en parler, puis peut-être que le Dr Bernier voudrait intervenir aussi là-dessus.

M. Loiselle (Denis): En télémédecine, on a expérimenté, de la même façon que ça s'est fait dans le Bas-Saint-Laurent, sur la Côte-Nord puis dans la région de Québec. Je ne sais pas si on a d'autres régions, mais je pense que ça m'apparaît les principales qui étaient dans le projet-pilote. On était dans l'expérimentation. Moi, à mon sens, c'est un dossier qui comporte énormément de potentiel et qu'on n'exploite pas encore à son maximum, loin de là. Il faut, je dirais, apprivoiser les médecins à cette forme de technologie là. Le radiologiste, il faut qu'il embarque là-dedans. Alors, on est vraiment à un stade d'expérimentation à ce moment-ci, de projet-pilote, mais je pense qu'on est loin d'avoir utilisé tout le potentiel que ça permet. Je pense qu'on doit continuer à travailler de ce côté-là.

● (13 h 50) ●

D'ailleurs, il s'est fait une évaluation récemment dont je ne crois pas que les résultats soient disponibles — du moins, ce n'est pas porté à ma connaissance — et ça, ça va être sûrement riche en enseignement pour faire en sorte que cet outil-là, dans le fond, ce levier-là nous permette de faire face à des pénuries de médecins, de spécialistes. Puis ça, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas continuer d'attirer des médecins spécialistes dans nos régions, par ailleurs. Mais ils seront toujours peu nombreux et, étant peu nombreux, ils vont toujours avoir besoin de «back-up» et ils ne peuvent pas être de garde 365 jours par année, et ça peut être important que, quand ils sont en vacances ou en congé les fins de semaine, on puisse avoir recours à une lecture, un film radiologique par télé... en tout cas, par les méthodes... Je n'arrive pas à le dire, là.

Mme Charest: Comment vous palliez à votre manque de ressources en psychiatrie? Parce que la politique de santé mentale déposée par M. le ministre indique clairement que, dorénavant, on aura une implication avec le milieu de façon très concrète. On est axé sur les services dans le milieu pour mieux desservir la population, et ça, ça veut dire sortir les professionnels des établissements et les amener dans les milieux de vie. Chez vous, là, quand vous avez un manque de professionnels, comment vous palliez à ce manque pour, quand même, offrir un minimum de services en psychiatrie? Quels sont vos trucs, si vous en avez? Je ne le sais pas.

M. Anglehart (Maurice): Exemple, à Chandler, L'Éclaircie, résidence transitoire

M. Loisel (Denis): Bien, effectivement, les exemples qu'on peut avoir, c'est que les médecins psychiatres ne sont pas les seuls maillons de la chaîne des services en santé mentale. Il ne faut pas que ça soit ça. Ça en prend, ça prend un minimum, puis il faut qu'ils travaillent en association avec les autres professionnels et les autres ressources. Alors, un de nos trucs, c'est justement de capitaliser sur l'aide que peuvent nous fournir les groupes d'entraide, notamment, et ça se consolide et ça se développe beaucoup. On a investi, je pense qu'on a augmenté de 161 % très exactement le budget des organismes communautaires en santé mentale dans les trois dernières années. Alors, c'est significatif et c'est essentiellement des organismes d'entraide et des organismes, aussi, qui offrent des services d'hébergement transitoire.

Mme Charest: Mais il y a d'autres professionnels dans les équipes multidisciplinaires. Est-ce que...

M. Loisel (Denis): Ah, tout à fait. Et notre PROS qu'on a adopté en décembre 1996, le nouveau plan régional d'organisation de services, mise beaucoup, d'abord, sur une réduction du recours à l'hospitalisation et sur la mise sur pied, la consolidation d'équipes externes multidisciplinaires à l'échelle de chacun des territoires de MRC. Alors, ça aussi, on veut développer ça et on veut aussi cesser les guerres ou les non-collaborations, la non-continuité de service entre les différents établissements pour faire en sorte que, peu importe le nombre d'établissements qui restent impliqués dans la dispensation des services, l'organisation se réfléchisse d'une manière intégrée, que ça fasse tout partie d'une même équipe externe et que le psychiatre, dans ce sens-là — parce qu'ils seront toujours encore peu nombreux chez nous — devienne en support à ces équipes-là qui font, je dirais, le plus gros du travail auprès des clientèles, qui font aussi le travail de support, qui font en sorte que les clientèles décompensent moins souvent puis qu'elles ont moins besoin d'être réhospitalisées. Enfin, c'est un peu l'esprit de notre plan de réorganisation des services.

Mme Charest: O.K. Dans un autre ordre d'idées, par rapport au temps d'hospitalisation en courte durée, est-ce que vous avez pu diminuer les temps d'hospitalisation dans vos établissements de courte durée et est-ce que, pour ça, vous avez une différence notable par rapport aux moyens que vous avez pu prendre par rapport à ça?

M. Loisel (Denis): Bon, là-dessus, je dirais que, au départ, notre problème n'était pas tellement un problème de durée de séjour, mais on avait beaucoup d'hospitalisations en termes de nombre. Et, plus on en fait... L'histoire veut que le problème, à ce moment-là, ce n'est pas sur la durée de séjour, c'est parce que tu fais des hospitalisations qui ne sont pas absolument requises, mais qui ne durent pas nécessairement longtemps. Alors, quand

tu regardes juste la durée de séjour, ça peut même bien paraître. Alors, on a tenté de faire des améliorations dans ce sens-là, mais on n'était pas si peu performant du côté de la durée de séjour simplement. Mais on était peu performant du côté du nombre de jours présence totale parce qu'il se faisait un volume d'hospitalisations probablement plus que ce qui était requis, et les réaménagements qu'on a faits, quand on constate ça, quand on fait un monitoring, on se rend compte que, déjà, à date, on a réduit d'à peu près 31 % les jours présence qu'on avait par rapport à il y a trois ans. Et ce n'est pas nécessairement terminé, là, parce que, bon, c'est souvent un entraînement.

Mme Charest: C'est plus une gestion de lits. C'est plus une gestion...

M. Loisel (Denis): Une gestion de lits, mais aussi une gestion de la pratique, dans le sens que, bon, plus de chirurgies d'un jour, on questionne plus la pertinence d'hospitaliser dans certains cas. Il se peut même qu'on n'hospitalise plus dans certains cas ou qu'on questionne la durée du séjour elle-même. Alors, ça s'est traduit par une réduction. Puis c'est parce que, s'il n'y avait pas eu de changement sur le plan des pratiques, en coupant les lits, ça aurait congestionné nécessairement.

Mme Charest: Et ça n'a pas congestionné.

M. Loisel (Denis): Bien, ce qu'on disait tantôt, c'est qu'on a un taux d'occupation qui est à 86 %. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des cas particuliers à un moment donné, à une période de pointe donnée, mais, avec un taux d'occupation à 86 % moyen, ça témoigne bien que ça ne force pas complètement à ce moment-ci.

Mme Charest: Je vous remercie. Puis, merci beaucoup, je pense que c'est très rassurant de vous entendre et je suis persuadée que la population de la Gaspésie a de bons services. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Hull. Je dois vous admettre que M. le député de Hull a un problème sérieux: il veut écouter les conversations qu'il trouve très intéressantes puis il n'arrête pas de trouver le paysage très beau.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Moi, j'ai l'avantage d'entendre et de voir, mais c'est vrai que c'est beau quelque chose de pas ordinaire. M. le député de Hull.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Merci, M. le Président. J'aimerais revenir à la pertinence de vos commentaires, M. le président.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Vous auriez pu facilement vous asseoir à l'autre bout, nous, on aurait été de l'autre côté et on aurait pu voir le décor.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Alors, M. le Président, moi, j'ai de la difficulté à suivre le débat pas parce que le décor est beau, mais j'entends toutes sortes de choses dans les médias, je visionne, comme tout le monde, le bulletin de nouvelles, les journalistes. Je présume qu'il n'y a pas juste un cas qui se présente à Québec, puis un cas à Montréal, puis un cas à Saint-Hyacinthe, puis un cas à Hull, puis qu'il y a un journaliste qui le poigne à chaque fois. On a passé, ce matin, la régie de la Côte-Nord, là, on a la Gaspésie, puis tout va bien. Dans votre présentation, Mme Arsenault, vous nous avez dit que vous aviez une pénurie de médecins, c'est vos termes. Vous nous avez dit également qu'il y avait un manque d'effectifs dans les CLSC. Vous nous avez dit qu'il vous manquait 28 médecins. Ce matin, à la Côte-Nord, il en manquait, je pense que c'est 48. Vous en avez combien de médecins qui sont effectivement sur le marché chez vous?

Mme. Arsenault (Suzette): On en a 137 au niveau des omnis puis 56 au niveau des spécialistes.

M. LeSage: Alors, il vous manque plus que 10 % des médecins, c'est ce que vous nous dites.

Mme. Arsenault (Suzette): Il nous manque 14 omnis, selon nous, mais le problème, je pense que c'est qu'ils manquent dans des secteurs de territoire précis, et ces secteurs de territoire précis là sont généralement éloignés des centres hospitaliers dans les deux cas, quand on parle de Grande-Vallée ou qu'on parle du secteur de Paspébiac.

M. LeSage: Je reviens à ce que je disais tantôt. Moi, j'ose espérer que ça va bien chez vous puis j'ose espérer que ça va bien sur la Côte-Nord aussi, mais il me semble que, quand vous allez retourner chez vous, cet après-midi ou demain, s'il y a des gens qui vous appellent et qui vous disent: Je suis allé à l'urgence et j'ai attendu huit heures, que vous ne leur répétiez pas: C'est qu'il nous manque x nombre de médecins, ils sont obligés de ramer en double puis de faire des diagnostics un peu plus vite qu'ils devraient le faire. Il me semble que, s'il y a une profession où on devrait prendre le temps de faire un diagnostic, c'est bien dans la médecine. Puis, si on est obligé de ramer en double, bien, je présume que, au lieu d'en passer huit dans un après-midi, ils vont peut-être en passer 16. Pas sûr qu'il va y avoir un aussi bon diagnostic, moi.

• (14 heures) •

Puis ça m'inquiète quand vous venez ici, à la table de la commission dire que ça va bien, qu'il n'y a pas de

problème, puis que, d'un autre côté, vous nous dites qu'il y a un manque de médecins au-delà de 10 % — c'est beaucoup — puis qu'il y a un manque d'effectifs dans les CLSC, que vous n'êtes pas capables de les laisser ouverts. Il y a des régions où les CLSC sont ouverts, puis tu appelles n'importe quel temps de la nuit, puis tu peux parler avec une garde-malade expérimentée qui va te dire: Bien, pour telle affaire, si tu as une grippe d'homme, par exemple, bien, tu fais telle affaire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Puis tu n'es pas obligé d'aller à l'urgence. Mais, si votre CLSC est fermé, là, il a le temps de mourir, le bonhomme.

Mme Arsenault (Suzette): J'aimerais vous dire que nos CLSC ne sont pas fermés, que, là où il doit y avoir des urgences 24 heures, elles sont ouvertes 24 heures. Ce que je vous dis, par exemple, et ce qui est un problème important, bien, c'est un problème qui existait — moi, je me souviens d'être venue en 1980 puis d'avoir dit la même chose — c'est un problème d'effectifs médicaux et c'est un manque, vraiment, de ressources médecine. C'est de médecins qu'il nous manque, puis ils nous manquent surtout dans les secteurs de territoire éloignés des centres hospitaliers. Puis ça, c'est ça, notre problème majeur quand on parle des effectifs. Je ne minimise pas le manque de spécialistes, là, mais, pour le citoyen, dans sa vie quotidienne, dans son vécu de chaque jour, c'est de l'omni dont il a besoin, puis, quand il n'est pas là, bien, il n'est pas là. Puis peut-être qu'on s'habitue à la misère aussi. Ça fait longtemps qu'on est dans cette situation-là.

M. LeSage: Il semblerait que l'être humain s'habitue à tout, mais pendant ce temps-là...

Une voix: Même à l'opposition.

M. LeSage: Dans l'opposition aussi, on s'habitue à tout.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Des fois, c'est long.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. LeSage: Mais je regarde à la télévision... Forcé à part, parce que je pense que c'est un domaine très sérieux, je regardais encore tout récemment des infirmières, des aides-infirmières qui disaient que, avec les coupures que le ministère a implantées, par exemple, on ne peut plus laver les patients adéquatement, on n'a plus le temps de nourrir un patient adéquatement, on n'a plus le temps de rien faire, puis on est rendu qu'on est minuté. Imaginez, on est minuté pour nourrir un patient puis laver un patient, puis vous nous dites que ça va bien. Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond.

M. Arseneault (Suzette): Je pense que, de ce côté-là, on peut répondre que le taux de satisfaction dans les CHSLD est de 75 % dans notre région. Alors, ce n'est pas gênant de le dire, ça l'est. C'est sûr qu'on montre des images autres parfois, mais la moyenne...

M. Anglehart (Maurice): Monsieur doit sûrement se référer au reportage du *Point* de l'autre soir. C'est ça?

M. LeSage: Je ne me réfère pas juste à celui-là, plusieurs reportages que j'ai vus. Puis ce n'est pas juste de votre région, là. D'ailleurs, celui que j'ai vu n'était pas de votre région.

M. Anglehart (Maurice): Non, c'était de Montréal.

M. Loisel (Denis): Là-dessus, dans notre région, le taux de satisfaction est effectivement à 75 %. On l'a rehaussé dans les deux et trois dernières années par rapport à ce qu'on avait avant parce qu'on a diminué de 70 le nombre de lits qu'on avait par rapport à 600. Et là l'idée, ce n'était pas de diminuer le nombre de lits pour le plaisir de les diminuer, c'est parce qu'on pensait qu'on pouvait fonctionner avec ce nombre de lits là. Ça nous apparaissait un ratio bien raisonnable en développant dans le maintien à domicile, et, quand on a retenu cette norme-là, c'est qu'on s'est servi d'un modèle qui n'était pas n'importe où ailleurs, au Québec ni ailleurs, au Canada, c'était un modèle qui s'était implanté dans notre région, et il fonctionnait très bien avec un nombre inférieur de lits, même à 4,25. Donc, on s'est dit... Et il n'y avait pas de listes d'attente dans ce milieu-là, mais, par contre, il y avait un bon réseau de services à domicile, alors on se l'est donné comme modèle pour le reste de la région et, donc, ça nous a permis de fermer 70 lits, de redistribuer aussi les lits, parce qu'on avait un problème d'équité entre les territoires dans la région.

Ça, ça a eu des impacts puis ça rend les gens mécontents, c'est bien sûr, puis ce n'est pas toujours facile à gérer, mais, au moins, c'est quand même des pas dans le sens de l'équité. Et l'argent qu'on a économisé en fermant les lits, on ne l'a pas mis dans nos poches, il n'a pas été livré en pâture dans les compressions. Cet argent-là est resté dans le système, et c'est ce qui nous a permis de rehausser les taux de satisfaction dans les lits restants comme tels. Alors, je ne pense pas qu'on a, dans la région, des situations où les personnes ne sont pas lavées. Je ne crois pas que ça s'est produit. Du moins, ça n'a pas été porté à notre connaissance, et je dirais que, au niveau des plaintes aussi, que ça soit dans les CHSLD ou ailleurs, on n'a pas constaté non plus d'élévation, un nombre incroyable de plaintes. C'est stable à ce niveau-là.

M. LeSage: Une dernière question, M. le Président. Lorsque vous nous dites qu'il vous manque 28 médecins, là, des spécialistes, est-ce que c'est seulement 28 médecins qui vous manquent ou s'il faut rattacher d'autre personnel à ça? «C'est-u» juste 28 médecins ou il

y a des aides qui viennent avec ça, ou des employés de support, ou...

M. Loisel (Denis): C'est surtout 28 médecins parce que l'infrastructure est là, le personnel aussi. Il ne s'agit pas de créer des nouveaux départements. Si, tout d'un coup, on créait vraiment un nouveau département ou une nouvelle spécialité qu'on n'avait pas dans la région, ça impliquerait effectivement non seulement du personnel nouveau pour supporter ces gens-là, des fois, même du personnel technique et aussi des immobilisations, des équipements, là. Non, essentiellement, c'est surtout du personnel médical qui nous manque, là.

M. LeSage: Et, si vous pouviez embaucher 28 médecins dans les prochains mois, est-ce que vous croyez que le ministère pourrait débloquer les argents aussi rapidement que vous le désirez?

M. Loisel (Denis): Bien, écoutez, c'est qu'on ne croit pas nécessairement que l'arrivée d'un médecin se traduirait par une augmentation de la consommation. Ça n'augmente pas les besoins de la population. Autrement dit, il ne faudrait pas que l'arrivée de médecins se traduise par une augmentation de la consommation des actes médicaux nécessairement. Ça donnerait un meilleur accès aux gens. Le fait qu'on n'en ait pas, ça oblige, des fois, dans certains cas, à aller à l'extérieur de la région, d'une part, et, d'autre part, le fait qu'on n'en ait pas, non plus, ça ne veut pas dire que les gens n'ont pas toujours accès aux services. C'est que — bon, les gens de la Côte-Nord en parlaient ce matin un peu — quand on n'a pas de médecin pour faire de la garde, on va aller en chercher un par itinérance. Les gens ont, à ce moment-là, accès aux services quand même, mais ce n'est pas un système idéal. Il faut viser un peu plus, je dirais, de stabilité dans la population médicale. Mais, sur le plan des budgets, je ne crois pas que ça aurait une influence majeure.

M. Anglehart (Maurice): Pour la stabilité des effectifs médicaux, j'avais écrit une petite note ici, ça serait tout simplement d'évaluer la performance des mesures incitatives. Ça serait peut-être faisable, ça.

M. LeSage: Ça va, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous n'aviez pas mentionné qu'il y avait un médecin qui pouvait répondre, tout à l'heure, à une certaine question? Ça va?

M. Bernier (Christian): C'était sur la télé-médecine.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): C'est beau. M. le député de Maskinongé

M. Désilets: Merci, M. le Président. Bon, d'abord, je peux juste vous féliciter à voir la façon dont vous allez. En tout cas, je vous félicite, parce que ça semble bien

aller. Je constate, par exemple, qu'être dans l'opposition, ça peut peut-être bien faire mal de voir que les objectifs du virage ambulatoire puis le virage en lui-même fonctionnent de plus en plus. Ça peut être dérangeant. J'aimerais connaître, si c'est possible — parce que vous avez parlé de votre liste d'attente, tantôt, qui a diminué de 60 à 25 — le temps d'attente, lui. Est-ce qu'on peut avoir...

M. Loiselle (Denis): En longue durée, on me dit — je ne le savais par coeur, je m'en excuse — que c'est d'à peu près trois mois.

M. Désilets: Pour la longue durée. Pour les mêmes cas qu'à peu près tout le monde au Québec, les...

M. Loiselle (Denis): Oui, oui, puis, de toute façon, ce qu'on dit, c'est que l'évolution, malgré le fait qu'on ait réduit des lits, est favorable parce que le nombre de cas qu'on avait par la passé était plus important. On a réduit ça de 60 %.

M. Désilets: Oui. J'aimerais ça que ma région soit comme la vôtre sur certains points. Tantôt, vous avez parlé de 55 % de la cible atteint dans votre présentation...

Une voix: La cible budgétaire.

M. Désilets: La cible budgétaire.

M. Loiselle (Denis): Pour le programme de départs volontaires.

M. Désilets: Ah, c'est pour le départ des... O.K. Ça, j'avais mal saisi. Vous avez aussi parlé du futur et puis de vos inquiétudes face au futur. Vous avez parlé même d'un point de rupture auquel faire attention. Ça me questionne aussi beaucoup. Je sais que ça questionne beaucoup le ministère. Les députés, on est très, très sensibles à ça, à votre analyse, et on l'analyse, nous autres aussi. Puis soyez certains que, là-dessus, on sait que c'est la troisième année. Le déficit, là, il vous inquiète, et nous autres aussi, mais est-ce que vous pouvez élaborer davantage là-dessus? Pour vous, c'est point final ou...

M. Anglehart (Maurice): C'est que les délais d'identification des mesures à prendre à l'échelle des établissements, même pour les coupures de cette année, ce n'est pas encore fait à 100 %. Il y a beaucoup d'établissements qui vont être obligés d'emprunter pour finir l'année, là, si je ne me trompe pas. Étant moi-même sur le C.A. d'un CLSC, CHSLD, ça fait que, avant que le ministre en fasse d'autres coupures l'année prochaine, ne nous faites pas trop mal.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Anglehart (Maurice): Oui, oui, c'est qu'on peut réagir, on peut réorganiser, mais, à un moment donné, la réorganisation, elle est comme complétée. On est

au point de rupture, peut-être. Peut-être pas point de rupture, mais proche du point de rupture. S'il y a un message à passer, c'est ça: Vous nous avez fait mal, mais pas trop mal. Mais ne nous faites pas vraiment mal.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Désilets: Mais, moi, ça me va parce que c'est tellement clair.

Une voix: Incroyable!

M. Anglehart (Maurice): Non, c'est croyable, parce que monsieur... Si je ne me trompe pas de nom, c'est M. Marc-Yvan Côté qui avait commencé ce...

Une voix: A faire mal.

M. Anglehart (Maurice): A faire mal.

● (14 h 10) ●

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Anglehart (Maurice): Mais de toute façon...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le député de Nelligan était son adjoint dans le temps.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Mais nous n'avons jamais fait les mêmes choses qu'il est en train de faire, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Anglehart (Maurice): Mais Ralph Klein parlait comme vous et il a fait la même chose, et d'autres ailleurs.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que ça complète la réponse? Ha, ha, ha!

Mme Arsenaault (Suzette): Non. Non, pas vraiment, parce que j'aimerais qu'on revienne sur l'équité qui est quelque chose de vital pour nous autres, et je demanderais à M. Loiselle de...

M. Loiselle (Denis): Bien, écoutez, c'est qu'on peut avoir des inquiétudes aussi par rapport au dossier de l'équité. On a fait des grandes transformations, ça implique donc des grands changements, et, à cause de la lenteur de la mise en application de toutes ces mesures-là, ça prend du temps pour toucher les économies. Ça, c'est un premier problème.

Mais il y a une menace aussi pour les régions comme les nôtres, indépendamment de ce dont je viens de parler. C'est que des régions comme la nôtre vivent aussi une menace un peu plus grande parce que — les gens de la Côte-Nord en parlaient ce matin — on est une région

riche et pauvre. Bon, c'est un drôle de statut, et je pense que c'est important de faire le point. Il faudrait savoir, une bonne fois pour toutes, si on est riche ou pauvre et qu'on statue donc de façon définitive là-dessus, et puis que ce qu'on nous demandera comme effort, c'est vraiment l'effort qu'on doit nous demander, et puis qu'on n'ira pas plus loin qu'un seuil à ne pas dépasser.

Et c'est là qu'on arrive avec l'idée d'un point de rupture, éventuellement, parce qu'on pense qu'on peut toujours essayer d'établir le budget d'une région par le biais des formules mathématiques, mais il vient un moment donné où l'univers ne se circonscrit pas dans une formule mathématique. Il y a des réalités comme des coûts de production différenciés qui peuvent devenir difficiles à mesurer et il y a peut-être des jugements, tout simplement, à poser sur une situation donnée qui feraient en sorte qu'on arriverait à s'entendre, tout le monde, sur c'est quoi, ce qu'il est juste et raisonnable de nous demander, et c'est un peu ça qu'on veut traduire comme préoccupation, comme région.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Désilets: Je comprends que cette problématique-là est urgente présentement, mais c'était aussi la problématique voilà quelques années. Mais est-ce que ça s'améliore, ça, la proportion d'une région à l'autre ou la somme d'argent qui devra être réservée à chacune des régions? Est-ce que c'est plus équitable au fur et à mesure ou si on est encore à une année-lumière de la réalité?

M. Loisel (Denis): Bien, sur le plan technique, je pense que globalement ça s'améliore, sauf que je le regarde par la lunette d'une région comme la nôtre, et, par la lunette d'une région comme la nôtre, si, en macro, ça s'améliore globalement entre les régions du Québec, nous autres, on a une réalité qui fait en sorte qu'il y a une espèce de jugement à poser sur cette réalité-là et qui fait en sorte que, même si la formule est bonne pour la majorité des grosses régions, on peut se demander si elle est...

M. Désilets: Pertinente.

M. Loisel (Denis): ...parfaitement bonne et pertinente pour des régions comme la nôtre, et il faut faire attention. Et c'est là que je dis: Faisons attention aux modèles mathématiques. Pour une réalité globale, dans une perspective macro, ça marche, mais, pour des régions comme la nôtre, ce n'est pas sûr que ça marche si bien que ça.

Une voix: Il faut moduler.

M. Loisel (Denis): Il faut moduler, il faut poser un jugement là-dessus. Il faut être prudent avant de nous en demander trop. Alors, nous, on contribue toujours un petit peu plus. On fait notre part et on a toujours

l'impression... À cause de la façon d'évaluer l'équité, la richesse, de comparer la richesse entre les régions, on contribue toujours un petit peu plus, nous autres, comme région. Bien, là, on se dit: À un moment donné, ça «va-tu» vraiment nous faire mal? Et jusqu'à quand ça va demeurer juste comme demande de contribution? C'est là-dessus, je pense, qu'on allume une lumière jaune.

M. Désilets: Une dernière pendant qu'on est là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière.

M. Désilets: O.K. Ça me va, moi, j'ai perçu assez bien l'aspect au niveau de l'ensemble des régions du Québec, mais votre sous-région, chacune des MRC ou chacun...

Une voix: Notre région.

M. Désilets: Votre région, mais, je veux dire, à l'intérieur de...

Une voix: ...

M. Désilets: Oui, mais, à l'intérieur de la région, chacune des MRC ou des CLSC à l'intérieur, est-ce que, ça, ça va, la redistribution chez vous, à l'intérieur de votre région?

Mme Arsenault (Suzette): Les correctifs qu'il y avait à faire sont en train de s'opérer. Je pense que, comme M. Loisel le disait tantôt, ça n'a pas toujours été facile. Pour ceux qui reçoivent, c'est bien agréable, mais, pour ceux qu'on force à donner, bien, ça prend un plus grand verre d'eau pour faire avaler la pilule.

M. Désilets: Oui, mais ça ne fait rien, c'est...

Mme Arsenault (Suzette): Ça se fait.

M. Désilets: Ça se fait. Ça, c'est en voie de...

Mme Arsenault (Suzette): C'est en voie de se...

M. Anglehart (Maurice): Il y a encore des petits problèmes, mais...

Mme Arsenault (Suzette): C'est en voie de se résorber.

M. Désilets: De se résorber.

M. Loisel (Denis): Mais notre approche là-dedans, c'est que, à chaque fois qu'on se définit un nouveau grand plan d'organisation de services — qu'on pense à la définition de nos orientations en lits de longue durée — on le fait toujours par bassin de desserte. Alors,

quand on analyse le besoin par rapport au nombre de lits dans un milieu donné ou par rapport à la richesse requise pour rendre des services en médecins à domicile, donc, dans le secteur des personnes âgées, on se dit qu'on essaie de corriger les choses, on redistribue les choses. Quand on arrive en santé physique, la même affaire: on regarde les bassins de desserte et on répartit la richesse en fonction des bassins de desserte de façon proportionnelle. En santé mentale, la même chose, et ainsi de suite, là. Et c'est en prenant les grands pans de mur de planification de services, en les additionnant que, finalement, on se rend compte que, au fur et à mesure que le temps avance, on corrige des inéquités. Il y a une limite à ça, et puis ma présidente doit être bien placée pour en témoigner. En santé physique, comme le gros des argentés va dans les hôpitaux, il y a une MRC qui n'a pas d'hôpital. Alors, là, sur le plan des territoires de MRC...

Mme Arsenault (Suzette): Et j'habite cette MRC. Ha, ha, ha!

M. Loisel (Denis): Et elle habite cette MRC, voilà. Alors, là, il y a des limites à ça aussi, mais, en gros, quand même, ça évolue dans le bon sens.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Montmagny-L'Islet.

M. Gauvin: Merci, M. le Président. Mme la présidente, M. le vice-président, M. le directeur général, évidemment, la population s'inquiète toujours et elle s'inquiéterait peut-être davantage si elle entendait le conseil d'administration de la régie régionale exprimer le fait que ça va assez bien et, comme disait M. Anglehart: Vous ne nous avez pas fait trop mal encore, parce que eux autres prétendent que la réorganisation fait mal. Ça, la population... Et c'est évident. Je sais que vous n'avez pas à y répondre. Ce n'est pas la population de cette grande région là qui vous a sollicité des coupures de lits. Ce n'est pas la population. Elles vous ont été imposées. Vous avez dû travailler avec. Ça, on le reconnaît. Elles vous ont été imposées, et vous avez travaillé avec votre âme et conscience pour redistribuer cette enveloppe-là au niveau des services avec le plus d'équité possible. C'est les démonstrations que vous nous faites. Donc, moi, j'aimerais bien, à l'occasion, entendre des gens de ma région, comme ceux d'autres régions, des administrateurs publics qui nous disent: C'est difficile. Ça a été difficile pour la clientèle et notre population. C'est encore difficile pour nous, mais la commande qui nous a été donnée, on essaie de l'administrer, en fait d'y répondre le mieux possible. Et je suis certain que c'est ce que vous dites, ce que vous faites à tous les jours.

Cet après-midi, évidemment, on essaie de décoder les réactions de certains d'entre vous, dont M. le vice-président qui dit: Ça n'a pas fait si mal que ça. Ce qu'on entend, nous, c'est différent. Je comprends que vous n'êtes pas venus ici pour nous dire comme administrateurs publics: Ça va mal. On ne sait pas où on s'en va puis on

n'a pas trouvé toutes les solutions. Vous êtes venus nous dire: Nous avons cherché, on a trouvé certaines solutions pour y arriver. C'est la présentation que vous faites, et je le comprends, évidemment. Et M. le directeur aussi n'est pas venu ici pour nous dire: J'ai perdu le contrôle de la Régie. Ça va très mal.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gauvin: Il nous a expliqué qu'il avait le contrôle, dans la mesure du possible.

Ma question est tout autre. Ça, c'était une réflexion. À proximité, dans la région de la Baie-des-Chaleurs, à proximité des frontières du Nouveau-Brunswick, d'une autre province, est-ce que ça a un impact? Est-ce que votre clientèle, dans des situations d'urgence, doit aller solliciter des services de l'autre bord de la frontière ou est-ce que, à l'occasion, des résidents du Nouveau-Brunswick, dans des situations d'urgence ou autrement, par astuce ou par imagination, bénéficient de vos services?

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que, à la première partie de votre question, oui, les gens d'un secteur de notre territoire sont beaucoup plus près des services hospitaliers de Campbellton, au Nouveau-Brunswick, de l'hôpital régional de Campbellton, qu'ils sont près du centre hospitalier de la Baie-des-Chaleurs qui est presque dans le centre de la Baie-des-Chaleurs, et, par tradition, ces gens-là ont toujours fréquenté les centres hospitaliers de Campbellton. Auparavant, il y avait deux centres à Campbellton, puis ils fréquentaient... C'est une clientèle qui est attachée à la pratique médicale au Nouveau-Brunswick, pour la consommation des services hospitaliers particulièrement.

• (14 h 20) •

Est-ce que l'inverse se fait? Est-ce que des gens du Nouveau-Brunswick viennent consommer au Québec? C'est beaucoup moins dans l'autre sens. À une époque, ça a été plus grand, alors que les services d'orthopédie étaient opérationnels au CH de Maria, au CHB. C'est au centre hospitalier de la Baie-des-Chaleurs. Mais, effectivement, il y a une consommation de services qui ne se fait pas par caprice, il faut bien s'entendre. Ces gens-là sont plus près de cette ressource-là.

M. Gauvin: Quand des citoyens et des citoyennes québécois et québécoises sollicitent des services au Nouveau-Brunswick de façon trop importante, est-ce que ça a un impact sur votre budget?

M. Loisel (Denis): Oui. Ça peut en avoir potentiellement, effectivement, parce que c'est calculé dans notre richesse régionale, dans le fond, de la même façon... Bien, en tout cas, ça pourrait l'être potentiellement, parce que j'avais eu l'information qu'on avait, cette année, fait certains correctifs qui tenaient compte de notre consommation du côté du Nouveau-Brunswick, ce qui est normal parce que, je veux dire, tout ce que notre

population consomme, que ce soit hors Québec ou dans d'autres régions du Québec, ça fait partie de notre richesse globalement. Donc, c'est important de contrôler aussi, entre guillemets, cette consommation-là. Il ne s'agit pas de priver la population de ces territoires-là des extrémités de l'accès aux services, mais il ne faudrait pas qu'on se retrouve dans une région comme la nôtre avec deux poids, deux mesures, avec un niveau d'accès pour une extrémité de territoire donné du double au simple, dans le sens que, nous, on fait des efforts pour faire le virage ambulatoire sur notre territoire. Nos hôpitaux font des gros efforts dans ce sens-là. Si, par ailleurs, du côté de Campbellton, il n'y avait pas de normalisation de ce côté-là, nécessairement, c'est comme si les populations n'étaient pas traitées équitablement. Et, quand on dit ça, on vise juste à essayer de faire en sorte que les gens aient le même niveau d'accès peu importe d'où ils viennent sur le territoire. Mais on n'a pas de projet de priver les gens d'avoir un accès à des services les plus proches, surtout quand on parle des services d'urgence et aussi quand on parle des services qui sont rendus en langue anglaise de l'autre côté.

Bon. Je vois que vous faites référence à notre projet de rapatriement de la clientèle, et, dans ce sens-là, effectivement, ça a pu générer une certaine inquiétude de la population à ce sujet-là, mais il y a eu quand même pas mal d'information qui a été donnée dans les milieux. Il y a eu une tournée presque dans chacune des municipalités, où on est allé expliquer un peu comment ça procéderait, ce qui était visé là-dedans, puis je pense que, en général, ça a eu l'heur de rassurer.

M. Gauvin: Le bureau régional de la régie de la santé est dans quelle ville?

Mme Arsenault (Suzette): Il est à Gaspé.

M. Gauvin: À Gaspé. Vous nous avez expliqué les coupures de lits en soins de courte durée — je pense que vous l'avez clairement expliqué — et de longue durée. Pour ce qui est des coupures de lits dans les soins de longue durée, est-ce que vous avez fait appel, pour la transition du moins, à l'entreprise privée, au privé? Est-ce que vous avez été tenus ou initié des projets de maisons de transition?

M. Loiselle (Denis): Non. Pas vraiment.

Mme Arsenault (Suzette): Non. Pas avec...

M. Gauvin: Est-ce que, dans votre projet de réorganisation de lits de longue durée, vous avez de l'immobilisation de prévue?

M. Loiselle (Denis): C'est-à-dire qu'il faut bien comprendre que, au niveau des lits de longue durée, on n'est pas en développement, hein, on est en fermeture de lits. Globalement, c'est 70 lits. Donc, on n'a pas pensé à construire un nouveau centre d'accueil parce qu'on en manquait dans un territoire donné et globalement, sauf

qu'il y a peut-être certains coûts d'immobilisation pour, je dirais, des ajustements plus fonctionnels. Étant donné que la clientèle s'alourdit, il y a certains coûts d'immobilisation qui sont à prévoir et qui ont déjà été réalisés dans certains cas dans certains de nos CHSLD pour faire face — étant donné que leurs installations n'étaient plus adéquates — à l'accroissement.

M. Gauvin: Je «peux-tu» avoir une question plus directe en ce sens-là?

Une voix: Oui

M. Gauvin: En supposant que, à Gaspé — je ne connais pas la région — ou à Bonaventure, la région immédiate a droit à 34 lits, et il y a un établissement de 25, penser faire un agrandissement pour les 10 prochains lits pour centraliser les services tous à la même place, est-ce que vous avez des projets dans ce sens-là?

Mme Arsenault (Suzette): Non

M. Gauvin: Ça va.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Juste avant de passer à un autre sujet, je pense, dans le même ordre d'idées...

M. LeSage: J'aimerais revenir à la question frontalière et j'aimerais savoir si, au Nouveau-Brunswick, les résidents du Nouveau-Brunswick ont la photo sur leur carte d'assurance-maladie. Vous ne le savez pas?

M. Anglehart (Maurice): Appelez 1-800-McKenna.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Elle est bonne.

Mme Arsenault (Suzette): Il a dit: Appelez à 1-800-McKenna.

Une voix: Sur ce...

M. LeSage: Non, non, attends une minute, j'en ai une autre question sur le frontalier. Peut-être que je pourrais appeler à 1-800-McKenna aussi, mais je vais vous la poser à vous, la question. Vous devriez être en mesure d'y répondre. Est-ce que vous soignez beaucoup de gens du Nouveau-Brunswick dans votre...

Mme Arsenault (Suzette): Non, pas beaucoup.

M. LeSage: Non?

Mme Arsenault (Suzette): Non. Ils ne viennent pas chercher des... C'est très marginal, la clientèle du Nouveau-Brunswick qui va venir chercher des soins dans notre région.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Si je comprends bien, M. le ministre aurait une réponse.

M. Rochon: C'est-à-dire, je vois ça, surtout vous qui êtes de la région de l'Outaouais... Je vais vérifier aussi, là, parce que je n'ai pas revu le dossier récemment. J'avais cru comprendre que la situation des relations entre le Nouveau-Brunswick et le Québec par rapport à la consommation de services est plus dans le sens, comme Mme la présidente disait, de pratiques qui se sont établies — proximité géographique et le reste — de gens du Québec qui allaient au Nouveau-Brunswick. Et vous aviez même constaté, si je me rappelle bien, que, dans certains cas, peut-être que, si on s'organisait pour avoir un meilleur attrait de services au Québec, on pourrait même faire des économies. Situation semblable à l'Outaouais, vraiment. Et là, moi, je voudrais peut-être vous préciser où on en est là-dessus, qu'on a même commencé, à l'exemple de l'Outaouais, à penser à faire un petit plan de rapatriement, comme il s'était fait pour que les gens soient un peu mieux desservis et que — taux d'hospitalisation moins coûteux ou des choses du genre — on aurait là des économies. Est-ce que c'est exact? Je pense que ça clarifie un peu ce que vous cherchez à avoir, où c'est plus dans ce sens-là que se travaillent des corrections que dans l'autre sens.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Loisel (Denis): Il y a un problème de rapatriement, effectivement, des clientèles qui, à ce moment-ci, est à l'étude au ministère, parce qu'on a formaté ce projet-là, on a estimé les économies qu'on attendrait de ça et puis on a aussi estimé les coûts, certains coûts d'immobilisation, notamment du côté de Pointe-à-la-Croix, où on pourrait un peu endiguer, dans le fond, la perte des clientèles en installant, au point de services du CLSC, certains services externes qu'ils vont consommer de l'autre côté. Mais là, évidemment, l'approche qu'on privilégie là-dedans, ce n'est pas l'interdiction, de l'autre côté, des services, mais c'est plutôt le pari qu'on essaie de faire. Et, surtout les établissements, le pari qu'ils essaient de faire, c'est de se rendre compétitifs par rapport aux services qui sont donnés de l'autre côté. Alors, si, par exemple, par rapport aux services en langue anglaise, les gens n'obtiennent pas satisfaction, ils vont continuer de traverser, mais, s'ils relèvent ce défi-là, à ce moment-là, ils vont probablement rendre autant satisfaction et peut-être même plus. Pourquoi ne pas le viser? Et c'est un peu comme ça qu'on aborde ce dossier-là.

Mais, par contre, on ne cherche pas beaucoup et on n'a pas beaucoup d'espoir de rapatrier de la clientèle du Nouveau-Brunswick de notre côté parce que, de l'autre côté du pont, il n'y pas d'hôpital, et ils ont un hôpital de leur côté. Donc, il y a peu de chances qu'on les rapatrie, d'une part, et, d'autre part, il y a eu un temps où, historiquement, effectivement, il en venait parce que, du côté de Campbellton, il n'y avait pas d'orthopédiste à cet hôpital-là, mais il y en avait à l'hôpital de Maria. Même

si c'était loin, les gens venaient parce qu'il n'y en avait pas chez eux. Mais, aujourd'hui, il y en a chez eux, donc l'espoir de rapatrier ce monde-là, c'est nul. On n'a pas d'ambitions dans ce sens-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière question, M. le député de Montmagny-L'Islet.

M. Gauvin: Oui. Peut-être vous faire préciser ou revenir sur les soins en cardiologie. Est-ce qu'ils sont traités dans la région immédiate ou la plupart des cas doivent être traités à l'extérieur?

M. Loisel (Denis): Bien, écoutez, dès qu'on parle de soins spécialisés en cardiologie, c'est sûr que les gens doivent aller à l'extérieur, on n'a pas de cardiologue chez nous. C'est sûr que, pour des soins, le suivi des patients pour une évaluation de base, les internistes sont capables de faire un bout de chemin là-dedans, mais, dès que ça requiert des examens un peu plus spécialisés, c'est l'extérieur.

M. Gauvin: Mais la tendance est vers quel établissement à l'extérieur?

M. Loisel (Denis): Ça m'apparaît assez bien partagé entre Québec et Montréal, d'après ce que j'en comprends.

M. Gauvin: O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Gauvin: Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, on constate que mon collègue de Hull est habitué de contempler les abords du lac Meech. Alors, ça peut vous faire du bien de venir admirer notre beau fleuve Saint-Laurent. Ça me fait plaisir de vous accueillir.

M. LeSage: Votre marée est plus haute qu'au lac Meech.

Des voix: Ha, ha, ha!

• (14 h 30) •

Mme Doyer: Mais ça me fait plaisir de vous accueillir chez nous. Mais, moi, j'avoue que, depuis ce matin, on a entendu la présentation de la régie de la Côte-Nord, on vous entend et, pour être allée visiter presque tous les établissements lorsque j'étais candidate dans votre coin en 1989, je les ai tous faits, je l'ai vu et je me dis qu'on est rendu en 1997, puis, début 1980, déjà, on se parlait des mêmes problèmes de manque d'effectifs. Et je me souviens, justement, quand on voyait le ministre en bras de chemise annoncer la réforme, et tout. Je pense

qu'il faut justement qu'on aille régler ce problème, qui est majeur, de manque de ressources spécialisées. Et là on touche vraiment à l'équité. Moi, j'aimerais ça que vous nous parliez de l'évaluation des coûts, donc, que vous faites vous-mêmes, là, parce qu'il y a des coûts pour les personnes elles-mêmes, les familles, il y a des coûts pour tous les systèmes de santé et de services sociaux en place dans les différentes régions qui sont touchées par ça, que ce soit en Abitibi-Témiscamingue ou chez nous.

Et, pour attirer des médecins — je sais que ça a été documenté, qu'il y a eu des recherches — ce n'est pas nécessairement l'incitatif financier. Le coercitif, ça ne fonctionne pas non plus, mais c'est le conjoint, la conjointe qui va souvent accompagner le professionnel, le médecin généraliste ou spécialisé. C'est la qualité de vie qu'ils n'ont plus à un moment donné parce que, quand tu rames, comme le monsieur disait ce matin, tu te fatigues de ramer, puis ta famille aussi, elle se fatigue de ne pas te voir.

Et les échanges avec d'autres professionnels. Alors, la solution de la Côte-Nord de ce matin... J'ai de la misère à me... parce que ça parle. Alors, la solution des échanges, que ce soit avec d'autres professionnels par toutes les possibilités technologiques d'aujourd'hui, c'est extrêmement intéressant, mais ça ne règle pas les problèmes que vous vivez qui sont... C'est sûr que, à Gaspé, c'est moins difficile qu'à Chandler ou dans la Baie-des-Chaleurs. Et, moi, je me dis, ça fait 10, 15, 20 ans qu'on vit ça, ça serait le temps qu'on le règle. Puis la régionalisation des enveloppes, moi, en tout cas, je suis pour ça comme députée. J'espère... Et le devoir d'équité, de justice et de répartition idéale, si je peux dire, entre guillemets, de toutes ces ressources spécialisées, ça relève du ministère et du ministre. Alors, c'est sûr que les... Mais les coûts économiques pour l'ensemble des personnes et des systèmes qui sont touchés, comment évalueriez-vous ça, les coûts de tout ça, du manque d'effectifs?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme Arsenault.

Mme Arsenault (Suzette): De chiffrer, ce n'est peut-être pas facile, mais c'est les coûts de déplacement pour une personne malade et pour les familles de ces personnes-là. Je pense que c'est ça, le coût en signe de piastre. Mais il y a le coût en temps, il y a le coût émotif aussi quand tu es obligé de sortir de ta région puis d'avoir moins de support de tes proches. Il y a ces coûts-là aussi. Il n'y a pas que des coûts financiers, il y a des coûts humains et qui sont, à mon avis, aussi importants puis qui sont aussi des facteurs, souvent, d'accélération de la guérison.

Mme Doyer: Je me souviens d'avoir vu des personnes partir aux petites heures du matin de Gaspé pour aller se chercher des soins en cancérologie à Rimouski. Il y a de mes amis, entres autres, qui ont vécu ça. Alors, moi, je trouve ça, en quelque part, inacceptable, et il faut qu'on trouve une solution parce que des régions richement pourvues puis d'autres dépourvues...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Messieurs. Mme la présidente, j'aimerais vous entretenir quelque temps sur les services aux personnes handicapées. Dans mon rôle de critique de l'opposition officielle en matière de services aux personnes handicapées, j'ai lu attentivement votre document pour y constater, pour des raisons largement historiques que vous constatez vous-mêmes, une absence ou une pénurie de services assez généralisée en termes de services aux personnes handicapées. Je réfère simplement à quelques constatations dans votre document qu'il manque de services adaptés dans la communauté, qu'il y a une absence de base dans la région et que les services de maintien dans le milieu et de soutien aux familles offerts en majorité sous forme d'allocation directe pour le maintien à domicile aux personnes et aux proches sont insuffisants. Et, quand je regarde, entre autres, le nombre de bénéficiaires inscrits au programme d'aide au maintien à domicile pour personnes handicapées, il y a une liste d'attente assez importante — je l'ai calculé — autour de 13 %.

Comme je vous ai dit, j'ai cru comprendre que c'est largement historique, cette situation-là — manque de ressources — et que vous êtes en phase de développement des services. Entre autres, à la page 99, quand vous parlez des étapes de développement, phase 1 et phase 2, pouvez-vous préciser? La phase 1, est-ce qu'elle est en voie de réalisation? Est-ce que les sommes d'argent sont là, sont allouées? Et la phase 2, la même chose, est-ce qu'on parle de développement dans un avenir très proche? Est-ce que ça dépend d'autres facteurs, etc.? J'aimerais peut-être un petit état de la situation là-dessus.

Mme Arsenault (Suzette): La phase 1, actuellement, est en voie de se réaliser, mais, quand on parle de la deuxième étape, notre capacité à la réaliser, cette deuxième phase, dépend largement de la capacité qu'on aura à réallouer des sommes d'argent pour la réadaptation physique.

M. Copeman: Alors, les frais récurrents de 2 000 000 \$ puis les frais non récurrents de 1 000 000 \$ par année sont là présentement, c'est en voie?

M. Loiselle (Denis): Ils ne sont pas tous là actuellement. C'est un dossier de développement. Comme vous le dites, on a hérité d'une situation historique qui faisait qu'il n'y avait pas vraiment de services chez nous et, quand les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie se sont scindées, nécessairement, on s'est retrouvé sans centre de réadaptation physique. Et, du côté du Bas-Saint-Laurent, c'est un centre qui commençait à peine aussi, de toute façon, et qui n'était pas nécessairement très riche lui-même. Alors, nous, avec le nouveau fonctionnement, avec l'autonomie de la région, on se retrouve dans la situation où on doit s'aménager des budgets, finalement, pour développer ce service-là qu'on

n'a pas parce que l'infrastructure n'était pas là, n'avait jamais été là. Alors, on a développé notre plan d'organisation de services. Il y a un établissement qui a été mandaté, qui a reçu la mission pour développer les services, et, bon, on arrive dans une période où, effectivement, sur le plan financier — vous savez comment ça se passe — on connaît des restrictions budgétaires et on doit donc aménager des argents pour commencer à faire des développements de certaines des phases qui sont prévues. Alors, l'argent n'est pas tout là. En 1996-1997, on a quand même débloqué 650 000 \$ — c'était une première phase — et on vient de recevoir aussi, après signature d'une entente avec la Société de l'assurance automobile du Québec, un montant de 260 000 \$ de plus qui est récurrent pour trois ans, sujet à reconduction éventuellement, d'après l'évaluation qu'on fera des services qui seront offerts.

Donc, le défi et l'enjeu qu'on a maintenant, nécessairement, c'est de trouver les argents nécessaires pour développer les autres phases, pour procéder aux autres étapes du développement de ce centre de réadaptation là. En réadaptation fonctionnelle intensive, il n'est pas sûr qu'on aille finalement dans cette formule-là parce que nos hôpitaux nous disent: Écoutez, on fait déjà un bout, de toute façon, en substitut, et il n'y a peut-être pas lieu de développer quelque chose de complètement neuf. Rehaussez-nous. Il disent: «Upgradez» ce qu'on fait déjà, et ça pourrait peut-être suffire et ça coûterait peut-être moins cher. Donc, on est en train de regarder ça de ce côté-là avec eux. Mais, pour les services externes, c'est vraiment à développer. C'est des services qui visent à être accessibles nécessairement. Les services externes doivent être accessibles, le plus près possible des milieux de vie des gens, et, donc, notre défi, c'est de trouver les argents.

Et c'est pour ça qu'on alerte — parce qu'on voit ce qui est à faire, par ailleurs — aussi sur des préoccupations quant à l'équité interrégionale et les conséquences qu'elle pourrait avoir sur une région comme la nôtre. Mais, si ça allait bien de ce côté-là, on a des potentiels, on a des capacités. On voit des lieux encore où on peut faire des économies au-delà de celles qu'on a déjà faites. L'important, par contre, c'est de pouvoir en conserver un certain nombre de ces économies-là pour pouvoir les investir dans les services de réadaptation. Mais on a encore de bons potentiels dans les services administratifs, dans les services de soutien. Il y a encore des choses à faire. On n'a pas fini au niveau des fusions des établissements chez nous. On n'a pas fini aussi au niveau des rationalisations dans les services alimentaires, dans les services de buanderie. Tout ça, si on dégage de l'argent un jour, ça va être de l'argent pour réinvestir dans les services plutôt que dans les infrastructures administratives.

M. Copeman: Mais vous ne direz pas non à du nouvel argent débloqué par le ministère pour le développement des services aux personnes handicapées, hein? Parce que le ministre a un certain succès à débloquent des argents en termes d'employabilité avec son collègue le président du Conseil du trésor, il pourrait peut-être se

pencher un peu sur la question des services de base directs pour les personnes handicapées dans la région de Québec aussi. Ça ferait du bien, je pense.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Saint-Hyacinthe.

• (14 h 40) •

M. Dion: Mme la présidente, j'ai trouvé très intéressante votre présentation et les commentaires que j'entends depuis tout à l'heure. Ce qui me frappe, je pense que c'est l'esprit d'équipe qu'il semble y avoir parmi vous pour affronter les problèmes et les solutionner. J'admets que votre présentation a quelque chose de peut-être frustrant. Du moins, c'est ce que j'ai constaté. Tout à l'heure, j'ai vu mon collègue le député de Hull qui était vraiment déçu de chercher et de ne pas trouver, mais, en homme sage qu'il est, on aura compris qu'on s'habitue à tout, n'est-ce pas? Mais je veux quand même en venir à une question très précise. Sans doute que vous avez une réponse, mais je me réfère à la page 27 de votre document que vous nous avez soumis, où je vois que les effectifs de la Régie régionale Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine présentent une relation d'à peu près 12 cadres pour 60 employés, ce qui fait une relation de un pour cinq, à peu près. Il y a sans doute des raisons particulières liées à un style de gestion particulier, mais, à première vue, pour quelqu'un qui n'est pas au courant de ces éléments que vous allez sans doute nous apporter, évidemment, ça pose un problème parce que ce n'est pas des relations auxquelles on est habitué.

Mme Arsenault (Suzette): C'est bien sûr. Je pense que, si on le regarde juste comme ça puis qu'il n'y a pas d'explication, je comprends votre interrogation, mais il faut quand même dire que plusieurs personnes qui sont inscrites cadres font un travail de professionnel. Elles font un travail terrain beaucoup plus qu'un travail d'encadrement. Pour des raisons d'organisation administrative, c'est plus pratique d'opérer de cette façon-là. Ce n'est pas que nous avons plein de cadres, je vous assure, parce que, dès le départ, il faut quand même dire que, si on n'a pas eu à faire de coupures majeures de ce côté-là, c'est qu'on était une nouvelle régie et qu'on n'a pas doté tous les postes au départ pour nous éviter, justement, d'avoir à faire des coupures après quelques années ou quelques mois de service. Mais je pense que votre question sur le ratio chefs et indiens, elle est pertinente. Mais, quand on sait que les chefs travaillent terrain, et, la plupart du temps, ce sont des professionnels, et même les cadres supérieurs font également beaucoup de travail terrain, font de l'opération... Je ne sais pas si tu veux...

M. Loiseleur (Denis): En complément. C'est sûr que c'est une très petite organisation. C'est difficile, les ratios, à ce moment-là, sont moins bons, puis le type, la nature du travail qu'on fait, par ailleurs, fait en sorte que les gens, effectivement, font autant de travail plus de contenu, je dirais, que de l'encadrement de personnel. Ils n'ont pas vraiment beaucoup d'encadrement de personnel à faire,

puis il y a différentes raisons qui expliquent ça. On a encore engagé une dernière ressource. Quand on s'est fait, à la suite des négociations, donner des responsabilités en matière de planification régionale de main-d'oeuvre, bien, on nous dit: Engagez le meilleur directeur des ressources humaines de votre région. C'est un cadre, nécessairement, qui arrivait avec un statut de conseiller-cadre. Ce n'est pas parce qu'il avait à superviser du monde chez nous, mais c'est un cadre. Mais, quand on regarde le travail qu'il fait, ce n'est pas un problème en soi nécessairement et ce n'est pas nécessairement plus coûteux aussi. Je pense qu'il faut le regarder aussi à la lumière de ça, en bout de ligne, si ça coûte plus cher ou pas. Puis il faut aussi regarder la taille de notre organisation. J'ai l'air d'être sur la défensive, mais, c'est un fait...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Loiselle (Denis): ...on est quand même la plus petite régie régionale en termes d'effectifs. Parmi les plus petites, du moins, au Québec, en comparaison, évidemment.

M. Dion: Donc, ce qu'il faut comprendre, c'est que la majeure partie du temps de ces cadres est utilisée à faire du travail terrain plus que de l'encadrement.

Mme Arsenault (Suzette): Oui.

M. Dion: Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. M. le député de Nelligan, et le député de Gaspé terminera les interventions.

M. Williams: Une brève question avant d'avoir la chance de faire des remarques finales. Sur la question de nos jeunes, la protection de la jeunesse, je voudrais vous donner une chance d'expliquer les grilles que vous avez fournies dans votre rapport. Il me semble qu'il y ait une légère augmentation des listes d'attente, et je voudrais vous donner une chance d'expliquer cette situation et ce que vous êtes en train de faire pour les jeunes. Est-ce que c'est avec les contrats interrégionaux, ou est-ce que ça va être avec, encore une fois, une augmentation des subventions qui viennent du ministère, ou... Vous pouvez demander. Ne vous entêtez pas, vous pouvez demander de l'argent. Je sais que le ministère essaie de convaincre tout le monde qu'on dépense trop dans la santé, mais je pense qu'une des grandes missions de l'État doit être la protection de notre système de santé et services sociaux. Avec ça, s'il y a une réponse, oui, effectivement, nous avons besoin de plus d'argent, et j'espère que la Régie régionale va le demander. Mais ce n'était pas le but de ma question. Est-ce qu'il y a une légère augmentation des listes d'attente et qu'est-ce que vous êtes en train de faire dans ça?

M. Loiselle (Denis): De fait, vous avez raison, il y a une augmentation de la liste d'attente qui est constatée

au cours des années. Il y a aussi une augmentation des signalements, par contre, mais pas dans la même proportion. Quand on regarde, ce n'est pas tout à fait dans la même proportion. On nous dit que la lourdeur des cas s'est accrue, d'une part, et on nous dit aussi par ailleurs que, en termes de situations d'urgence, elles sont traitées dans les délais normalement prévus pour ces fins-là. Donc, c'est un élément de réponse. Ça ne devient pas une bonne raison, par ailleurs, pour expliquer ou se contenter de constater une augmentation des listes d'attente, et l'établissement aurait mis, dans la dernière année, un peu plus de ressources au traitement des cas de manière à réduire un peu ça. Il y a aussi, par contre — et ça, c'est important de le souligner — quelque chose qui est conjoncturel et il y a un travail à faire à ce niveau-là, au niveau de l'aménagement, dans le sens que, dans le temps, quand on regarde ça, on peut croiser ça avec certaines périodes de vacances, il y a plus... Alors, ce n'est pas un manque de ressources, ça, nécessairement et, à l'établissement, c'est une question de comment tu affectes tes ressources, ou comment tu partages tes temps de travail ou les temps de vacances.

M. Williams: Merci pour ça. Et je ne veux pas ouvrir un long débat sur ça, mais, sur la question de l'échange entre le Nouveau-Brunswick et votre territoire, je présume que votre clientèle est heureuse que cette frontière provinciale ne soit pas une frontière internationale.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Gaspé. Ce sera la dernière intervention avant la conclusion.

M. Lelièvre: Merci, M. le Président. Alors, on peut rassurer nos collègues de l'opposition que les membres de la Régie régionale de la Gaspésie—Les Îles ne sont pas ici pour faire un plaidoyer de complaisance, mais plutôt pour exposer la situation réelle de la Gaspésie. En ce qui a trait aux fusions que vous avez entreprises ou que vous avez suggérées sur le territoire, particulièrement, de la MRC de La Côte-de-Gaspé, entre autres les trois CLSC et également les deux centres hospitaliers, est-ce que vous pourriez dire à la commission l'état d'avancement des travaux sur ces deux dossiers?

Mme Arsenault (Suzette): Je vais laisser M. Loiselle.

M. Loiselle (Denis): Pour La Côte-de-Gaspé?

Mme Arsenault (Suzette): Oui.

M. Loiselle (Denis): La question est pour les établissements de La Côte-de-Gaspé. Les deux centres hospitaliers, le Centre hospitalier Mgr Ross et l'Hôtel-Dieu, actuellement, c'est un dossier où les deux conseils

d'administration ont pris la décision d'aller dans le sens d'une fusion. Bon, la demande de lettres patentes a été acheminée au ministère. Ça a été approuvé par la régie régionale à sa réunion du 27 juin, ça a été acheminé au ministère, et, actuellement, on est en attente d'une réponse là-dessus. Ce qu'on sait, c'est que c'est incessant avant que ça se règle. D'après ce qu'on comprend, c'est que le permis aurait été émis il y a quelques jours. Donc, ça c'est à la veille d'être un dossier du passé et c'est un dossier qui datait de 1982, je crois. Il a été un peu long à régler.

Du côté des CLSC, finalement, il y avait d'abord un... Découlant d'une étude qu'on avait... De toute façon, on avait fait des études sur chacun des territoires de la MRC où les établissements étaient invités à regarder ce qu'ils pouvaient faire en termes de partage de services, ou de fusion, ou de conseils d'administration unifiés. Entre les CLSC de La Côte-de-Gaspé, ils avaient convenu que deux des CLSC se fusionneraient et que le troisième partagerait des services avec les deux autres qui seraient fusionnés. Dans la mise en oeuvre de tout ça, ça a échoué pour des questions de détermination du siège social, ce qui a fait que ça ne s'est pas fait. Alors, nous, quand on a vu qu'on n'avait pas obtenu la fusion des deux, on a demandé la fusion des trois parce que, dans le fond, c'est quelque chose d'envisageable, c'est trois établissements de même catégorie, ils sont dans la même MRC. Et ça, c'est une demande assez récente qui date de juin, et ce qu'on a eu comme information, c'est que les trois conseils d'administration se sont dits d'accord finalement. Il reste donc à faire cheminer le dossier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. J'ai gardé trois minutes à chacun, incluant madame, pour la conclusion. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup à vous et à toute votre équipe pour votre présentation et vos réponses directes et franches, sauf une...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: ...que j'ai trouvée aussi claire que la position du parti que vous avez représenté à la dernière élection, mais en tout cas le...

Des voix: Ha, ha, ha!

• (14 h 50) •

M. Williams: Il me semble que la population veut avoir de la clarté. Et on peut avoir une discussion amicale ici, et c'est ça qu'on a essayé de faire, mais nous sommes ici d'abord et avant tout pour le citoyen, comme vous et, j'espère, comme tous les députés. Et je voudrais juste vous encourager parce qu'il me semble que nous sommes en train de tomber dans un piège, de dire que, effectivement, on peut vivre tout le temps avec les coupures. 10 000 000 \$ chez vous, ça fait mal, dans mon opinion. C'est ça que les citoyens disent. Et je voudrais juste m'assurer que votre population est au courant que, dans

les autres départements de ce gouvernement, ils ont coupé moins de 1 %. Dans la santé, ils ont coupé 3,2 %, dans l'éducation, 5,8 %.

Avec ça, Maurice, quand vous avez dit que vous avez fait votre part, oui et plus. La régie a fait plus que sa part. Avec ça, j'encourage la régie, avec toutes ses instances, à dire: Effectivement, nous avons atteint notre limite et nous allons essayer de travailler de façon responsable, comme vous le faites. Mais assez, c'est assez, et on doit s'assurer que la population va avoir les moyens d'avoir un système de santé et services sociaux de qualité parce que, selon mon contact avec vous, les professionnels travaillent très fort. Ils travaillent à 150 %, comme vous le savez. Vous aussi, vous travaillez tellement fort, et on doit donner, peut-être, un nouveau souffle d'espoir en santé, s'assurer que vous allez avoir les moyens de répondre à vos besoins.

Je vous souhaite bonne chance. Avec toutes les différences qu'on peut avoir, politiques et autres, là, je vous souhaite bonne chance, et comptez sur l'opposition officielle pour continuer à faire la bataille pour les citoyens. Et, comme j'ai dit à l'autre régie régionale, j'espère que ce ne sera pas une rencontre juste une fois par trois ans, que nous allons avoir la chance de vous rencontrer assez régulièrement. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, je trouve ça très émouvant d'entendre la conclusion.

Une voix: Ça nous fait pleurer.

M. Rochon: C'est un peu malheureux qu'on ait pas entendu le même langage de ce côté-là il y a quelques années, quand c'était le temps de commencer plus en douce à faire des réajustements, mais vaut mieux tard que jamais. Mais c'est ce qui explique ce qu'on entend aujourd'hui, et j'espère que... Je le rappelle, il faudra le lire: *Stats, Lies, and Medicare*. On l'entend pour la deuxième fois, ce que sont la réalité et les faits, c'est-à-dire qu'on vient de passer trois années très difficiles d'un réaligement, d'une transformation de système dans des conditions financières et une rapidité qui ont été très exigeantes parce qu'on a commencé tard, en retard. Et j'entends très bien ce qu'on dit, et ça, c'est la réalité. C'est la réalité que, malgré ça, des gens se sont pris en charge et ont réussi un tour de force, de protéger l'offre de services et de réaligner le système en même temps. La réalité, ce n'est pas le paradigme qu'on essaie d'accréditer — vous le lirez, l'article — avec des faits qu'on va chercher un peu partout et avec lequel on réussit à insécuriser la population en disant que ça va mal. Il y a des difficultés, il y a des choses qui vont moins bien qu'on voudrait, mais, de façon générale, on l'a sauvé, le système.

Et là je fais le lien avec ce que M. Anglehart nous disait, j'ai eu la chance d'en reparler, déjà, avec les présidents, les D.G. des régies, oui, on arrive. Avec la fin des trois années de transformation, cette période-là va être

finie, et on prépare à l'automne — comme vous le savez, il y a une consultation régionale qui s'amorce — le plan des trois prochaines années qui va être une consolidation où il va y avoir de l'oxygène dans le système, et on va sortir le bénéfice de ce qu'on a fait pendant ces trois années-là.

Deux autres petits points, M. le Président, qui vont dans ce sens-là. À Mme la présidente qui a souligné très correctement la question cruciale des effectifs médicaux et la façon dont on voudrait voir évoluer la gestion du budget de la RAMQ, c'est bon de rappeler, je pense, qu'il y a toujours, comme souvent, une bonne puis une mauvaise nouvelle dans ces questions-là. La mauvaise nouvelle, c'est vraiment qu'on a encore des endroits difficiles et de plus en plus difficiles à réussir à retenir des médecins. Côté bonne nouvelle de ça, c'est que, il y a quelques années, on avait un problème de régions qui manquaient de médecins de façon importante. Là, où il y en manque encore, comme vous le dites vous-même, c'est très localisé. On est beaucoup plus pointu, là, pour travailler, ce n'est pas à la grandeur de la région.

Et l'autre chose où je pense qu'on peut nourrir un espoir de début de solution, en tout cas qui va dans le sens de ce que vous dites, c'est peut-être une régionalisation virtuelle de l'enveloppe de la RAMQ, mais il y a quelque chose d'important, là, qui va se passer avec la mise en place des départements territoriaux, comme on les appelle, de médecine de famille où les médecins vont faire une organisation à l'exemple de ce qu'on a connu dans les départements d'hôpitaux. Mais c'est à la base d'un territoire, pour qu'ils assurent collectivement, avec l'instance de première ligne, le CLSC, dans ses nouvelles fonctions, une couverture de tout un territoire. Ce n'est pas fait, là, il y a énormément de travail à faire là, mais il y a des mécanismes dans les conventions collectives.

Pour finir, M. le Président, l'autre point que je ne veux pas manquer — le D.G. l'a souligné à quelques reprises correctement aussi — c'est la fameuse question d'équité. Et là aussi, je pense, je vais profiter de la conclusion de cette audience pour bien confirmer que la question des coûts spéciaux pour des régions éloignées est une réalité qui est d'ailleurs prise en compte dans la formule présentement, c'est-à-dire que c'est admis que, pour une partie du Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie et la Côte-Nord, pour ces régions-là, contrairement aux autres, il faut en tenir compte. Plus l'Abitibi, je pense. Par contre, le type de formule qui a été travaillé jusqu'ici ne donne pas des résultats applicables, et, rapidement, d'ici la fin de l'année, pour l'an prochain, on va refaire des équilibres là-dessus. Je pense qu'il y a déjà des choses qui sont en marche entre le ministère et la Conférence des régions pour qu'on fasse des réajustements. La réalité, c'est ce qui est sur le terrain, ce n'est pas ce qu'une formule donne. L'ajustement va être fait plus du côté de la formule, je pense, que du côté de la réalité.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. Mme Arsenault, vous voulez faire une conclusion?

Mme Arsenault (Suzette): D'abord, je veux vous remercier de nous avoir entendus avec autant d'attention. J'aimerais, en terminant, aussi vous dire notre intention de poursuivre le travail en ayant toujours comme principe de base de maintenir les services à la clientèle au centre de nos préoccupations. Et le dossier d'équité régionale, interrégionale, je pense que c'est important. Cette équité-là, c'est aussi des effectifs médicaux en nombre suffisant et, comme on le disait, c'est aussi des services d'adaptation et de réadaptation physique pour la région. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Je suspends les travaux jusqu'à 15 heures, et nous reprendrons avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

(Suspension de la séance à 14 h 57)

(Reprise à 15 h 2)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Est-ce que les gens ont décidé que vous étiez seule à faire la présentation?

Mme Vallières (Diane): C'est ce que je viens de me demander, là. Mais j'ai l'impression qu'il y en a qui sont en train de fumer dans le corridor.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ah... veux-tu demander aux députés qui sont dans le corridor d'entrer, s'il vous plaît?

(Consultation)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Je vous souhaite la plus cordiale des bienvenues. Mais, avant de vous permettre de commencer, Mme la présidente, au nom de tous les membres de la commission, j'aimerais remercier toutes les personnes de la régie qui ont collaboré d'une façon exceptionnelle avec le secrétariat de la commission pour organiser cette journée. Et vous allez me permettre de souligner particulièrement Mme Brisson, avec qui je pense qu'on a eu de fréquentes communications. Alors, merci de la part de la commission.

Alors, comme vous avez pu le voir, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent, pour fins d'enregistrement, et débiter votre présentation de 20 minutes. Je m'excuse s'il y a quelques absences, ça va se corriger rapidement.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Mme Vallières (Diane): Merci, M. le Président. Alors, effectivement, permettez-moi d'abord de vous

présenter mes collègues du conseil d'administration: M. Gérard d'Amours et Mme Ginette St-Amand, ainsi que M. Joffe Allard, qui est président de la Commission médicale, M. Pierre-André Bernier, qui est directeur général de la Régie régionale, et moi-même, Diane Vallières, présidente du conseil d'administration de la Régie. Se sont joints à nous les cadres supérieurs de la Régie. Alors, il y a M. Benoît Blanchet, qui est adjoint au directeur général, M. Robert McGuire, qui est directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, M. Robert Garon, qui est directeur des ressources humaines, Mme Christiane Bérubé, directrice du soutien au réseau, et M. Laval Demers, directeur des ressources matérielles et financières à la Régie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le plus petit, ça.

Mme Vallières (Diane): C'est ça C'est juste lui qu'il y a en arrière de moi.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vallières (Diane): Alors, j'y vais, M. le Président. Bonjour, M. le vice-président — il est absent — M. le ministre — il est absent — Mmes et MM. les députés, particulièrement Mme Charest et Mme Doyer qui sont de la région. Au nom du conseil d'administration et de la direction de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, je désire vous souhaiter la bienvenue dans notre région.

Notre organisme est heureux de participer à cette audition devant la commission parlementaire des affaires sociales. Cette présentation que je vous livrerai dans quelques instants nous a permis de faire un bilan des activités de la régie régionale au cours de toutes ces années. Il est en effet heureux de pouvoir ainsi prendre un temps d'arrêt pour se rendre compte de tout le travail qui a été accompli depuis la création de la régie, travail qui aura permis à la population du Bas-Saint-Laurent d'avoir accès à des services de santé et des services sociaux de qualité en fonction de ses besoins et des ressources disponibles.

En guise d'introduction, si on veut esquisser un portrait du Bas-Saint-Laurent, on peut dire que la mission de la régie s'exerce dans une région caractérisée par sa grande étendue et sa faible densité de population, où distance et dispersion constituent un défi à l'aménagement des ressources et où le développement économique est à actualiser.

Lorsqu'on parle de sa situation économique, notre région démontre quelques signes d'essoufflement, l'année 1996 s'étant soldée par la perte de plus de 1 000 emplois alors que, pour l'ensemble du Québec, on enregistrait un gain, modeste certes, d'environ 9 000 postes. Ces pertes d'emplois ont surtout été observées dans les services, notamment dans les services publics et parapublics, et, on le devinera — selon la direction de Ressources humaines Canada — ces 1 000 emplois ont été perdus exclusivement par les femmes dans notre région.

Le Bas-Saint-Laurent affiche un taux de chômage élevé par rapport à l'ensemble du Québec, donc un faible taux d'activité. Ce climat économique nous fait mieux comprendre les préoccupations des Bas-Laurentiennes et Bas-Laurentiens qui sont sensibles aux conséquences de toute cette transformation du réseau sur leur communauté.

En tant que régie régionale, nous devons demeurer sensibles à cet impact socioéconomique du réseau de la santé et des services sociaux. Il faut se le dire, le réflexe local va continuer à se faire sentir et les mécanismes de défense qu'il entraîne vont encore s'exprimer, notamment dans un contexte de fragilisation des communautés. À son niveau, la régie régionale doit, et ce, de façon prioritaire, continuer à se préoccuper des questions d'accessibilité et d'équité. Toutefois, il faut rappeler que le secteur de la santé et des services sociaux ne peut être le seul à contribuer au maintien et à la création de l'emploi, reconnu comme un facteur déterminant sur la santé des individus.

La région du Bas-Saint-Laurent, il est important de le rappeler, compte 206 064 personnes — recensement 1996 — regroupées dans huit MRC, de La Pocatière à Les Méchins, tout en couvrant les territoires du Témiscouata et de la vallée de la Matapédia. Le Bas-Saint-Laurent, c'est donc une population dispersée dans 137 municipalités.

Le premier défi à relever dans une organisation des services de santé et des services sociaux est d'en assurer l'accessibilité aux usagers et usagères. Ces années actuelles de compressions budgétaires revêtent une couleur différente pour notre région lorsqu'en tête de liste des préoccupations se retrouve le maintien de l'accessibilité à l'ensemble de la population.

• (15 h 10) •

Compte tenu de la faible densité de cette population sur un vaste territoire, la région du Bas-Saint-Laurent possède neuf CLSC, six centres hospitaliers et 11 centres d'hébergement, dont trois privés avec permis, deux centres de réadaptation et un centre jeunesse qui desservent la population.

Cette configuration géographique de notre réseau commande la prise en considération des coûts d'infrastructure dans l'allocation interrégionale des ressources, de façon à protéger une part équitable des services directs accessibles aux citoyennes et aux citoyens du Bas-Saint-Laurent. Cette dispersion de la population sur un vaste territoire fait en sorte que la région 01 disposait, au 31 mars 1997, de 5,25 lits dressés en soins d'hébergement et soins de longue durée par 100 habitants de 65 ans et plus. Et graduellement, le nombre de lits atteindra 4,6, en 1998. Concernant les lits en soins de courte durée, on dénombre présentement 2,65 lits dressés par 1 000 habitants en santé physique et la projection pour 1998 est de deux lits. Et pour les lits en santé mentale, le nombre est actuellement de 0,33 lit — ici, on parle exclusivement des lits de courte durée.

Enfin, d'autres particularités régionales viennent teinter nos interventions, soit, à titre d'exemple, la relative stagnation démographique, l'exode des jeunes due en

bonne partie aux perspectives d'emploi et l'important volume de personnes âgées qui fait du Bas-Saint-Laurent l'une des régions les plus âgées au Québec.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, c'est avant tout des femmes et des hommes. Tout ce capital humain constitue l'une des forces vives de l'organisation sociosanitaire régionale qui vont nous permettre de relever les nouveaux défis qui nous attendent. Nous ne pouvons non plus passer sous silence toute cette énergie consacrée par les personnes bénévoles, que ce soit à titre de membres de conseil d'administration ou de bénévoles dans les établissements ou au sein des organismes communautaires.

Dans le Bas-Saint-Laurent, les dépenses totales des services de santé et des services sociaux s'élevaient, en 1996-1997, à 323 600 000 \$, excluant la RAMQ, bien sûr. On comptait, en 1995-1996, dans l'ensemble des établissements publics de ce réseau plus de 5 800 emplois équivalents temps complet. Notons que le secteur des services de santé et des services sociaux représentait, en 1996, 12,2 % de l'emploi régional dans le Bas-Saint-Laurent, ce qui est plus que la part relative de tout le secteur primaire, qui est à 9,9 %, ou du secteur manufacturier, à 10,4 % — sans le secteur de la construction. Le Bas-Saint-Laurent, c'est aussi l'implication de 345 médecins, soit 192 médecins omnipraticiens et 153 médecins spécialistes.

Même s'il y a quelques années le Bas-Saint-Laurent éprouvait quelques problèmes de recrutement, on peut observer que la situation s'est rétablie, sauf que, ponctuellement, certains services d'urgence de centres hospitaliers ont encore de la difficulté à recruter des médecins. Il en est de même pour certaines spécialités, notamment en anesthésie et en chirurgie générale.

Mentionnons aussi l'implication des membres de la Commission médicale régionale qui, au cours de leur mandat, ont supporté la réalisation du plan de transformation du réseau. En formulant différents avis et recommandations sur des dossiers médicaux, la Commission a également contribué à la gestion des questions médico-hospitalières régionales.

En complément à ce réseau, vient s'ajouter l'apport fort important des 140 organismes communautaires subventionnés qui, au cours de 1996-1997, ont rejoint plus de 53 000 personnes avec la collaboration de plus de 6 000 bénévoles. En 1995-1996, la région du Bas-Saint-Laurent est la troisième au Québec, après la Côte-Nord, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, qui dépense proportionnellement le plus pour soutenir le fonctionnement et le développement des organismes communautaires. Et, pour effectuer la répartition de cette année, des représentants du Mouvement Action communautaire Bas-Saint-Laurent et d'organismes communautaires ont été associés à la démarche. De plus, la Régie régionale a adopté le document d'orientation *Interaction régie régionale et organismes communautaires* qui précise les lignes directrices devant guider la Régie régionale dans ses interactions avec les organismes communautaires.

Notre réseau, c'est aussi 13 entreprises ambulancières, 17 points de services d'ambulance et 32 véhicules ambulanciers qui auront réalisé, en 1996-1997, 13 015 transports sur une distance de 1 141 376 km — on va loin avec ça. Mentionnons qu'en juin 1995 la Régie régionale dotait la flotte d'ambulances de moniteurs-défibrateurs et, au cours de la première année d'installation, quatre vies ont été sauvées grâce à cette nouvelle installation.

Voilà donc ce qui compose notre réseau de services de santé et de bien-être dans le Bas-Saint-Laurent. Au cours de ces années, nous avons travaillé sur des dossiers déterminants, comme le plan triennal de transformation du réseau, les priorités de santé et de bien-être, etc. Véritables défis, ils nous ont fourni, à nous, la Régie régionale, et également à l'ensemble de nos partenaires, l'occasion de questionner nos façons de faire et de nous assurer que les décisions que nous prenions aient un véritable impact sur la santé et le bien-être de la population, ce qui est véritablement notre raison d'être. Ces décisions, dans un contexte financier difficile, commandaient des actions de recherche d'équité intra-régionale et débouchaient souvent sur des processus de réallocation de ressources. L'ensemble des membres des conseils d'administration et des gestionnaires étaient donc interpellés, et ce, au-delà de leurs responsabilités envers leur établissement, pour le mieux-être de la population du Bas-Saint-Laurent. Ces femmes et ces hommes ont su remplir les mandats qui leur ont été confiés avec efficacité, efficience et équité, malgré les difficultés inhérentes au contexte financier et les efforts que leur commandait la réalisation de changements aussi importants pour leur communauté.

La transformation du réseau régional a reposé et repose en très grande partie sur l'implication, la compétence et la motivation des ressources humaines y oeuvrant. Le plan triennal les a touchés de façon significative, dans la mesure où la transformation du réseau a entraîné des fermetures de postes, des modifications de tâches et des changements de pratiques. Les établissements du réseau et la Régie régionale se sont donné une vision d'ensemble de l'évolution à apporter à la gestion des ressources humaines, de façon à soutenir le personnel touché par la transformation, pour maintenir une qualité de services optimale envers les usagers et les usagers. Malgré les changements, le sens professionnel du personnel du réseau aura fait en sorte de maintenir une haute qualité d'intervention auprès de la clientèle. Plusieurs rencontres auront été faites aux plans local et régional, entre employeurs et syndicats, augmentant ainsi, entre les groupes, l'arrimage nécessaire au bon déroulement du remplacement du personnel dans le respect des individus touchés par la transformation. Malgré le nombre de personnes qui se prévaudront du programme de départs volontaires, estimé à environ 400 actuellement, nous ne prévoyons pas de problèmes de main-d'oeuvre, puisque les listes de rappel ont été rehaussées et que les établissements ont investi davantage dans la formation.

Je vais maintenant vous présenter un rapide survol des réalisations de la régie, depuis 1993-1994 jusqu'à aujourd'hui, en insistant sur les dossiers marquants pour chacune de ces années.

Année 1993-1994, première année de la régionalisation. L'année 1993-1994 constitue la première véritable année de la régionalisation. Le mandat confié à la régie d'assurer l'équilibre budgétaire des établissements s'est transformé en double défi avec l'arrivée des objectifs de restrictions fixés par le gouvernement. Nous avons alors le choix de le percevoir comme une contrainte ou comme une occasion de revoir nos façons de faire, tant dans la pratique administrative que dans la pratique professionnelle. Nous avons choisi ensemble le défi et nous l'avons relevé, avec la collaboration des établissements, en présentant un bilan financier régional en équilibre budgétaire. Au cours de l'année 1993-1994, l'implantation du plan régional d'organisation des services en santé mentale, la révision du PROS en déficience intellectuelle, l'adoption du PROS en alcoolisme et toxicomanie et la rédaction du PROS pour les personnes âgées ont précisé la majeure partie des orientations-programmes.

Année 1994-1995. Malgré tout, les services sont consolidés. Même si, à première vue, bien des gens penseront qu'au cours de 1994-1995 le réseau a été concentré sur une opération de réduction des crédits, on peut constater que les services se sont tout de même consolidés, améliorés à certains égards, et même développés. Que l'on pense au plan d'action régional pour la mise en oeuvre de la politique de la santé et du bien-être qui a été adopté et approuvé par le ministre. Ce plan contient cinq objectifs qui ont été jugés prioritaires pour le Bas-Saint-Laurent, soit les problèmes reliés à la négligence et aux abus physiques et sexuels à l'endroit des enfants ainsi que la violence faite aux femmes en milieu familial, les maladies cardiovasculaires, les maladies causées par le cancer, les problèmes de santé mentale et les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées.

• (15 h 20) •

Mentionnons qu'en 1997 un autre objectif, relié aux traumatismes, a été ajouté aux priorités régionales. Cette période marque également le début des investissements dans des actions de promotion et de prévention reliées aux priorités régionales. L'allocation de ressources pour l'actualisation des priorités régionales de santé et de bien-être prévue dans le plan de transformation prévoyait un investissement totalisant 2 500 000 \$. C'est un virage important qu'a pris la régie en allouant ce budget dans des interventions efficaces, dans la prévention et la résolution des problèmes de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent. Cette allocation confirme la volonté de la régie de mettre l'accent sur des activités ayant un impact réel sur la santé des femmes et des hommes de la région et, également, de privilégier des interventions préventives dont l'efficacité est prouvée. Cette orientation du plan est fondamentale, car elle traduit directement l'ultime objectif du système de santé et de services sociaux qui est d'assurer l'amélioration de la santé

et du bien-être de la population. Il ne faut pas perdre de vue que le réseau sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent doit viser davantage des résultats de santé et de bien-être plutôt que la multiplication des services et des actes professionnels.

C'est également au cours de cette période qu'a été adopté le plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Rappelons ici le défi de taille auquel est confrontée notre région au cours des années à venir, soit le vieillissement de la population, notamment l'augmentation rapide du groupe des 75 ans et plus.

La régie a également confié au CLSC de La Mitis l'implantation d'un service régional d'information-référence Info-Santé 24/7 dont les activités ont débuté le 13 novembre 1995. Le service Info-Santé a reçu 45 405 appels téléphoniques au cours de sa première année d'implantation. Tous les sondages effectués révèlent un taux de satisfaction très élevé.

L'année 1994-1995 marque également le début des travaux de construction d'un Centre de cancer au Centre hospitalier régional de Rimouski et la construction d'une hôtellerie régionale par l'Association du cancer de l'est du Québec qui a réalisé une souscription populaire de plus de 4 000 000 \$. Les travaux de construction du Centre de cancer sont maintenant terminés et les équipements sont en voie d'être installés. Rappelons que 2 400 000 \$ auront été investis, jusqu'en 1997-1998, pour assurer le fonctionnement du Centre de cancer. Le CHR de Rimouski en est actuellement à recruter les spécialistes nécessaires au fonctionnement de ses services, notamment ceux de radiothérapie et de néphrologie.

De passage à Rimouski en octobre dernier, la Régie de l'assurance-maladie du Québec a présenté le bilan de l'expérimentation de la carte-santé à microprocesseur, faite entre 1993 et 1995, à laquelle plus de 7 000 usagers et usagères et 300 professionnels ont pris part. L'expérimentation du projet de la carte-santé dans la région de Rimouski a permis d'évaluer l'utilité et l'acceptabilité de cet outil comme support destiné à améliorer la circulation de l'information clinique pertinente d'un usager entre ce dernier et des intervenants de la santé ainsi qu'entre les intervenants eux-mêmes. Ce projet a été parrainé par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et mené conjointement par le Département de médecine sociale de l'Université Laval et notre Direction de la santé publique.

En 1995-1996, la transformation du réseau est bel et bien enclenchée. Au cours de 1995-1996, nous avons pu constater, avec beaucoup d'optimisme, que notre région était bel et bien engagée dans le processus de transformation qui doit se traduire par des services axés sur l'adage du bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, au meilleur coût possible.

Malgré la décroissance de nos ressources financières, malgré un début de modification des services de santé et des services sociaux, malgré les impacts importants de ces changements sur nos ressources humaines et malgré les pertes que certaines de nos communautés ont pu

vivre, nous pouvons affirmer que tous les partenaires de notre réseau sont résolument engagés dans une démarche de reformulation de l'offre de service et de simplification de ses structures de gestion, tout cela dans une recherche continue de moyens pertinents visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Le fait marquant de l'année est sans aucun doute l'approbation du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent par le ministre. Ce plan est le résultat d'une démarche réseau entreprise par la régie et tous les établissements. La population a été impliquée dans tout ce processus, car deux importants exercices de consultation — la première a rejoint 3 000 personnes et la seconde, plus de 2 100 personnes — ont été mis sur pied et d'importants moyens d'information ont été utilisés pour expliquer à la population les enjeux et les décisions prises.

En accordant une plus large place à la prévention dans tous les champs d'intervention, ce plan privilégie également le territoire des MRC comme principal lieu d'organisation et de dispensation des services de base. Il veut de plus assurer une répartition équitable des crédits par programmes et par territoires en fonction du volume de population à desservir et de la nature des interventions requises.

Le plan de transformation indique que la réorganisation des services offerts aux personnes âgées doit se poursuivre pour répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées qui souhaitent demeurer le plus longtemps possible à domicile. C'est pourquoi un montant de plus de 7 000 000 \$ a été prévu pour consolider des alternatives à l'hébergement institutionnel, soit de l'assistance et du soutien à domicile, le développement de places d'hébergement dans de plus petites ressources de type intermédiaire et familial et les programmes de centres de jour. Dans la région, quelque 2 000 places d'hébergement sont offertes, dont 1 430 en CHSLD et 565 en ressources de type familial ou intermédiaire. Cette réorganisation des services fait en sorte qu'il n'y aura pas moins de services, mais qu'ils seront offerts de façon différente. Il y aura moins de lits en centres d'hébergement de longue durée, mais il y aura plus de services à domicile et plus de places dans des ressources plus petites.

On apprenait, dans le cadre d'une première étude réalisée par le ministère sur les activités de transformation du réseau pour la période 1994-1995 comparé à la période 1993, que la région du Bas-Saint-Laurent, avec celle de Lanaudière, offrait les meilleures performances en regard des délais moyens des personnes admises, et ce, par rapport à l'ensemble du Québec, en regard des demandes d'hébergement pour les soins de longue durée. Il faut noter toutefois que l'on ne retrouve que 1,9 personne pour 1 000 habitants de 65 ans et plus en attente d'hébergement pour des soins de longue durée dans la région du Bas-Saint-Laurent alors que ce taux est de 5,7 personnes pour 1 000 habitants de 65 ans et plus au Québec.

En ce qui concerne le programme santé physique, le plan de transformation prévoit la poursuite de la mise sur pied d'alternatives à l'hospitalisation, comme la

chirurgie d'un jour qui doit être privilégiée chaque fois qu'elle sera indiquée. Au cours de cette année, on peut observer que la chirurgie d'un jour et la chirurgie le même jour gagnent en importance — à l'Hôpital d'Amqui, plus de 90 % des clientèles en chirurgie sont maintenant admises le jour même de la chirurgie et, à l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima, un suivi postopératoire révèle que respectivement 27 % et 73 % des personnes se montrent satisfaites et très satisfaites de leur expérience en chirurgie d'un jour — et les résultats d'une étude récente, effectuée au CHR du Grand-Portage, visant à connaître les impacts de la chirurgie d'un jour démontrent que la clientèle était très satisfaite.

Des ententes particulières entre les CLSC et les centres hospitaliers de la région ont été signées en ce qui a trait aux programmes d'enseignement concernant l'asthme et le diabète, l'inhalothérapie et l'antibiothérapie à domicile. De plus, un protocole de continuité des services en périnatalité est mis en place dans les MRC de Rimouski-Neigette et La Mitis, permettant une réduction significative des séjours en milieu hospitalier suite à un accouchement. Et ce projet-pilote de la Maison des naissances Colette-Julien se poursuit et, cette année, on enregistre une hausse significative de son achalandage.

Parmi les projets de développement en santé physique, mentionnons que le CHR du Grand-Portage recevra un financement global de plus de 290 000 \$ pour le développement de la médecine nucléaire. Un investissement totalisant plus de 1 400 000 \$ sera versé au CHR de Rimouski pour offrir le service de dialyse, et le Centre hospitalier de Matane recevra un montant global de plus de 84 000 \$ pour le fonctionnement du tomodynamomètre.

En 1995-1996, on a assisté à la naissance du Centre régional des achats en commun, remplaçant ainsi la Commission administrative régionale des achats de groupe. Ce nouveau centre est le fruit d'une concertation des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. À sa deuxième année d'opération à titre de corporation autonome d'achats en commun, le Centre a augmenté ses activités de 4 %. Le volume total négocié de biens, services et équipements pour l'année 1996-1997 est de plus de 20 000 000 \$. Mentionnons à titre d'exemple que la négociation de la téléphonie interurbaine a permis pour les établissements une économie de 344 674 \$. Somme toute, une année d'apprentissage pour tous et toutes, un début d'approvisionnement, de mobilisation et d'appropriation d'une transformation qui occupera notre quotidien pour encore quelques années.

● (15 h 30) ●

L'année 1996-1997. Ce qui retient l'attention dans les dossiers traités au cours de cette période, c'est, bien sûr, l'adoption par le conseil d'administration, en juin dernier, d'un plan d'action régional visant à poursuivre la transformation du réseau de la santé et des services sociaux offert à la population. Ce plan de modernisation de l'ensemble de l'infrastructure administrative et de support de notre région a fait l'objet d'une importante démarche régionale à laquelle les établissements et la régie ont pris

part. Au plan budgétaire, les objectifs du plan triennal de transformation du réseau doivent être atteints pour la troisième année de ce plan. De plus, en tenant compte des orientations ministérielles et budgétaires pour l'année 1997-1998, des économies de réduction du coût de la main-d'oeuvre sont fixées à 4 000 000 \$. Cette contrainte est essentiellement reliée au programme de retraite volontaire qui prévoit un minimum de 100 départs volontaires sans remplacement, dans le Bas-Saint-Laurent, en 1997-1998.

La régie demande à l'ensemble des établissements de lui transmettre leurs recommandations d'ici à la mi-septembre 1997, permettant de maximiser les mesures favorisant les départs volontaires d'employés sans remplacement au sein du personnel oeuvrant particulièrement dans les secteurs de l'administration et du soutien. De plus, les établissements sont appelés à examiner les recommandations des comités de travail sur les secteurs d'études, telle l'organisation des services de laboratoire, des archives, de gestion des ressources humaines, matérielles et financières, de gestion des services alimentaires, de l'entretien ménager et de l'entretien des installations.

Dans cette opération de modernisation de notre réseau, la régie régionale compte exploiter au maximum le potentiel qu'offrent les nouvelles technologies, que ce soit dans le domaine de l'information ou dans celui des soins. Des investissements en ces domaines constituent pour nous des déboursés profitables tant au plan de la qualité des services qu'au niveau de l'efficacité de la gestion.

La régie est d'avis qu'il faut poursuivre l'objectif d'accroître la complémentarité dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au niveau local. Pour ce faire, la régie estime que les établissements doivent orienter leurs actions en regard des fusions de leur corporation. Dans ce contexte, les fusions d'établissements par territoire de MRC, tout en contribuant au soutien des modifications de pratiques, apportent des économies et facilitent la gestion, notamment, des ressources humaines, matérielles et financières.

La complémentarité passe également par un meilleur arrimage entre les niveaux de services offerts par les établissements, qu'ils soient généraux ou spécialisés. Cet arrimage constitue un défi qu'il nous faut compléter et qui implique surtout les intervenantes et les intervenants affectés au service direct à la population. Il en va pour nous de la qualité même des services de notre réseau.

En ce qui concerne les services offerts en santé physique, les objectifs quant à la chirurgie d'un jour, la chirurgie le même jour et la durée de séjour permettent de fixer le nombre de lits en santé physique à 410, au 31 mars 1998, et à 375, au 31 mars 1999. Ces lits devront être répartis, d'ici au 1er décembre prochain, entre les centres hospitaliers de la région, sur la base des services à offrir par chacun d'eux.

En santé mentale, suite à des travaux prévus au plan triennal 1995-1998, les décisions de la régie touchent deux axes d'organisation de soins et services de psychiatrie, interreliés et qui se réalisent en deux étapes. La première est

la concentration d'expertises psychiatriques au Centre hospitalier régional de Rimouski, pour la partie est, et au centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup, pour la partie ouest du territoire. La deuxième est la déconcentration des soins et services spécialisés de psychiatrie, en appui aux équipes de base en santé mentale dans chacun des territoires de MRC et dont le plan d'actualisation sera déposé à la régie en octobre 1997.

Les orientations sous-jacentes aux décisions déjà prises et aux travaux en cours sont conformes aux orientations ministérielles. La mise en oeuvre de ces axes d'organisation est amorcée et l'échéancier prévu est 1999-2000. En ce qui concerne les lits disponibles en santé mentale, il est prévu qu'ils soient fixés à 56, au 31 mars 1998. La projection du nombre de lits requis pour 1999 est établie à 49.

Cette période a été marquée à un autre niveau par l'enclenchement du processus électoral des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux, auquel 9 000 personnes ont pris part; 61 personnes ont posé leur candidature pour les 42 postes à combler et on remarque que la plus forte participation de l'électorat a été enregistrée dans Kamouraska, où 4 365 personnes se sont déplacées.

En mai dernier, on a également procédé à l'élection du conseil d'administration de la régie régionale; 38 personnes ont brigué les suffrages afin de combler les 16 postes pour lesquels il y a eu élection.

En cours d'année, la régie régionale a entrepris une révision complète de son plan d'organisation qui avait été élaboré en 1989. Ces changements dans la façon d'offrir les services de santé ont un impact direct sur la configuration même des établissements, entraînant pour tous une constante adaptation tant dans la façon d'interagir avec les autres que dans les priorités d'action à déterminer. Pour la régie, le rôle de leadership et de soutien pour réaliser ces changements majeurs s'intensifie et elle doit y répondre le plus adéquatement possible afin de remplir ses mandats. C'est pourquoi il était donc nécessaire de revoir et de questionner en profondeur l'organisation de la régie et ses façons d'interagir avec les différents partenaires concernés.

De plus, la régie a inscrit dans son plan de transformation sa volonté ferme d'orienter le réseau vers des objectifs de santé et de bien-être. Soulignons qu'à ce titre une place centrale doit être accordée à la Direction de la santé publique avec un mandat de planification, d'évaluation et d'organisation des services. La régie régionale a adopté le rapport annuel 1995-1996 sur l'examen des plaintes par les établissements et par la régie régionale. Selon ce document, un total de 165 plaintes ont été examinées par les établissements et par la régie régionale au cours de cette année. Sur les 165 plaintes examinées, 24 ont été retirées sur examen sommaire et 141 ont fait l'objet d'un examen. De ce nombre, 81 plaintes ont nécessité des mesures correctives. Les objets des plaintes des usagers et usagères des services de santé et des services sociaux adressés aux établissements et à la régie régionale concernent principalement les soins et

services offerts, dans 37 % des cas, les relations humaines et communications, 27 %, et l'accessibilité et la continuité des services, pour 13 %. Il est indiqué également dans ce rapport que 60 % des plaintes ont été adressées aux centres hospitaliers de la région, 18 % aux CLSC, 13 % aux centres d'hébergement et de soins de longue durée et 9 % au centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

De plus, au cours de 1996-1997, un protocole d'entente a été signé, permettant l'expérimentation de la télétransmission d'imagerie médicale à laquelle participent le CH d'Amqui, le CH de Matane, l'Hôpital de Mont-Joli, le CHR du Grand-Portage et le CHR de Rimouski. Cette expérience vise à vérifier les impacts cliniques de cette technologie de transmission d'images et d'en évaluer les coûts et les avantages. Les membres de la CMR, Commission médicale régionale, souhaitent élargir l'expérience aux autres établissements du Bas-Saint-Laurent qui opèrent un service d'imagerie médicale.

Voilà ce qui résume en quelque sorte les activités de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent jusqu'à ce jour. Au cours de toutes ces années, les administratrices, les administrateurs et les gestionnaires de la Régie du Bas-Saint-Laurent, dans la réalisation de leurs activités et dans l'atteinte des objectifs et des défis à relever, ont eu la préoccupation ultime que l'organisation des services puisse contribuer, avec ses partenaires des autres secteurs d'activité, à une meilleure santé et à un bien-être accru de la population. Je vous remercie de votre attention et demeure disponible pour répondre à vos questions, ainsi que mes collègues et les membres de la direction.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Vous aurez sûrement remarqué que ça a été 20 minutes US...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...mais, compte tenu de...

Mme Vallières (Diane): Je ne l'avais pas lu devant mon miroir.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On s'est consultés puis on a décidé de vous laisser aller, parce qu'il y a beaucoup d'information, de toute façon, des questions qui auraient été posées.

Alors, je permettrais maintenant à Mme la députée de Matapédia de poser la première question.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, moi, j'aurais deux ou trois questions, des remarques auxquelles je voudrais que vous réagissiez. C'est que je voudrais vous demander si à ce moment-ci tous les établissements du Bas-Saint-Laurent ont réalisé les objectifs fixés par le ministère au niveau des compressions budgétaires. Je voudrais savoir aussi... Il y a Mme Arsenault, de la Gaspésie, la présidente de la régie, qui est venue nous dire que, quelque part, cet exercice, je dirais, de rationalisation

des dépenses en santé et services sociaux a pratiquement obligé les établissements à mieux se parler, à mieux se coordonner, ce que, moi, j'essaie qu'on essaie de faire depuis les années soixante-dix, pour avoir travaillé dans le réseau de la santé aussi bien en Gaspésie que dans le Bas-Saint-Laurent. On demandait aux CLSC, aux hôpitaux, etc., à tous les partenaires de mieux se coordonner, et elle nous a dit ça. Alors, je voudrais savoir si c'est un peu la même opinion que vous avez. Aussi, les pourcentages des budgets préventif versus curatif — parce qu'on n'en a pas parlé beaucoup depuis ce matin — surtout par rapport aux CLSC, est-ce que ça s'améliore? Est-ce que s'en va en bonifiant le préventif versus le curatif? Et souvent, ce que les gens nous disent, nous, ce qu'on reçoit, les députés, quand on se promène dans nos comtés, c'est que les gens voient des investissements et, d'un autre côté, les compressions, puis ils disent: Comment ça se fait que vous dépensez... Je me souviens quand j'ai fait l'annonce au CH d'Amqui. Pour moi, c'était bien — puis, M. d'Amours, vous étiez là — et on annonçait un plus, des améliorations au CH d'Amqui, et les gens disaient: Ça n'a pas de bon sens. Puis, d'un autre côté, on le sait que c'est nécessaire, puisque les services de base doivent être donnés par territoire de MRC, donc c'est important de garder des centres hospitaliers capables de donner de bons services de base. Autrement dit, je vais reprendre ce que M. Parizeau disait souvent: On est capable de mâcher de la gomme puis de marcher en même temps. Alors, moi, c'est un peu les choses auxquelles je voudrais que vous réagissiez. Je l'aime bien, moi, M. Parizeau.

• (15 h 40) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, Mme Vallières.

Mme Vallières (Diane): Oui. Merci de vos questions, Mme Doyer. Alors, vous demandez si les établissements du réseau de la santé du Bas-Saint-Laurent rencontrent leurs objectifs de réduction de crédits. Je vous dirais, dans un premier temps, qu'on n'a pas vraiment le choix, dans la mesure où la régie régionale... Les argentés ne nous sont pas distribués par le ministère. Donc, il faut faire l'exercice, dans la région, de distribution. Nous aussi, à la régie, on distribue les budgets qu'on a. Donc, les établissements sont obligés de faire avec leur budget, d'une part.

Oui, les objectifs sont rencontrés. C'est sûr qu'il y a un niveau d'endettement, dans la région, pour rencontrer aussi les objectifs budgétaires et la transformation du réseau. Cet endettement, actuellement, il est contrôlé dans la mesure où on a échelonné les périodes de remboursement, et tout ça. Il est pour une bonne partie contrôlé. Donc, les objectifs en termes de réduction de crédits sont rencontrés, dans la mesure où les transformations du réseau s'opèrent en même temps. Et c'est sûr que c'est, je dirais, les centres hospitaliers, dans la région, qui ont subi le plus de réductions de crédits — puis ça va un petit peu répondre à votre question prévention, curatif, là. Il y a des réallocations qui ont été faites dans les services de prévention, particulièrement, et

dans les priorités régionales, entre autres, qui sont des services aussi reliés à la prévention et à la promotion de la santé.

Quand je disais, tout à l'heure, que c'est les centres hospitaliers qui ont été le plus touchés au niveau des réductions de crédits, c'est vraiment en fonction des objectifs de transformation du réseau. Alors, tout le monde sait que, dû aux nouvelles technologies, dû à différents facteurs, les services de santé se délivrent de façon différente. En chirurgie d'un jour, les durées d'hospitalisation sont moins longues. On a fait des réallocations à partir de ces économies-là, finalement, qu'on réalisait avec les durées d'hospitalisation moins longues et le type d'interventions qui sont moins coûteuses maintenant. On a fait des réallocations dans les CLSC, d'une part, et dans les services de prévention, dans des services de maintien à domicile, dans des services reliés au virage ambulatoire, etc. Donc, les objectifs, oui, de réduction de crédits, pour répondre à votre question, sont rencontrés.

Au niveau de la concertation, vous faisiez référence à la Gaspésie—les Îles qui disait qu'il faut travailler davantage en concertation. C'est évident. Ce qui facilite, je dirais, cet exercice — ça n'a pas été facile et je pense qu'on est bien enclenché, à ce niveau-là, actuellement — cette complémentarité-là, au niveau des établissements, et cette concertation, c'est les orientations qu'on a prises, comme telles, dans la transformation du réseau, c'est-à-dire de mettre l'accent sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, c'est-à-dire de travailler en fonction des résultats d'amélioration de santé et de bien-être plutôt que de travailler en fonction d'augmenter, si on veut, les actes professionnels, un petit peu comme je le disais tantôt. Et on se sent, dans un territoire de MRC, de plus en plus responsable d'une population que responsable d'une augmentation, si on veut, des actes professionnels. C'est ce qui a amené les établissements, les professionnels et tout le monde à se mobiliser sur les services à rendre en fonction de résultats à atteindre. Donc, effectivement, cette concertation... C'est sûr que ce n'est pas parfait puis qu'il y a encore des bouts de chemin à faire à ce niveau-là, mais les orientations ont amené, oui, les gens à travailler davantage ensemble.

Budget prévention, curatif, est-ce que je peux considérer que... Je n'ai pas le pourcentage, mais est-ce que je peux considérer que... Ou à moins qu'il n'y ait quelqu'un qui ait des données là-dessus?

M. Bernier (Pierre-André): Simplement par catégories d'établissements, il y a eu une diminution des crédits, en 1994-1995, 1997-1998, de 12,1 % dans les centres hospitaliers de soins généraux ou spécialisés; il y a eu 20 % dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Il faut comprendre qu'on a eu une transformation de l'offre de service majeure, particulièrement dans les MRC du KRTB. Par contre, on a eu une augmentation des crédits en CLSC de 16,5 % et, au centre jeunesse, une légère baisse de 3,1 %, et CRDI,

2,8 %, et un accroissement, dans les organismes communautaires, de 57,7 % des crédits, au niveau des organismes communautaires. Donc, ça illustre le virage dans l'octroi des crédits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va bien?

Mme Doyer: Oui, ça répond bien. Il y avait une dernière question.

M. Bernier (Pierre-André): Les immobilisations.

Mme Doyer: Moi, c'est plus au niveau de la perception que les gens ont de ce qui se passe dans le réseau, vous comprenez? Quand, moi, je m'en vais annoncer une amélioration puis que je sais que c'est nécessaire — au CH d'Amqui où on refait la clinique d'urgence, on repense ça, les malades étaient obligés de monter sur les étages supérieurs — on fait quelque chose de bien, et que les gens nous disent: Aïe! Là, comment ça que vous dépensez alors que vous compressez? C'est la même chose quand on fait une amélioration dans un foyer où on investit et que, à côté, on réduit. Alors, c'est plus au niveau de la perception qu'ont les gens que... Et ça, je pense qu'on a beaucoup de pédagogie à faire, je dirais, d'explications à donner aux gens que c'est important. Des fois, on doit investir, mais, sur le moyen et long terme, ça a des retombées positives pour une population.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez un commentaire?

Mme Vallières (Diane): Bien, dans le fond, l'ensemble des améliorations au niveau des immobilisations qui sont faites, c'est pour effectivement améliorer la qualité des services. Donc, c'est sûr qu'en même temps il faut continuer à immobiliser, à investir pour améliorer la qualité des services quand c'est ça, notre objectif en bout de piste. C'est peut-être le commentaire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup et merci à Mme Vallières pour sa présentation. Je pense que je connais déjà mieux votre territoire ou votre régie après cette excellente présentation.

M. le Président, il me semble qu'avec la participation que nous avons cet après-midi dans la salle je peux arriver avec une ou deux conclusions: ou il n'y a personne qui travaille aux régies cet après-midi ou il y a un grand intérêt de la population de Rimouski sur ce dossier. Je préfère la deuxième conclusion. J'espère que ça va être une partie de notre évaluation, parce que où nous sommes, l'idée de déplacer, ça donnait plus une chance à la population de mieux comprendre ce qui se passe. Et je présume que ça a été un succès. Il y a tout un intérêt de votre présentation et prestation pour ça.

Comme j'ai demandé aux autres régions — et vous avez mentionné ça, déjà, en page 3 — je voudrais, juste dans les chiffres, savoir les pénuries des effectifs médicaux. Vous avez mentionné quelques spécialités. Je voudrais avoir combien d'omnipraticiens, combien de spécialistes que vous manquez dans cette région.

Mme Vallières (Diane): Qu'on manque?

M. Williams: Oui, qu'il vous manque.

Mme Vallières (Diane): On a actuellement 192 omnipraticiens et 152 spécialistes, au 31 mars 1997. Dans le réajustement du plan d'effectifs médicaux, on prévoit, 1997-2000, 207 omnipraticiens et 182 spécialistes. Alors, ça, c'est pour le plan d'effectif médical jusqu'en l'an 2000. Donc, il y a du recrutement à faire à ce niveau-là. Mais, actuellement — en tout cas, d'après le plan d'effectifs médicaux sur lequel on est actuellement — il y aurait un écart de 24 omnipraticiens et de deux spécialistes pour la région.

M. Williams: Vingt-sept au total, maintenant. Dans votre région, il y a un manque de .

Mme Vallières (Diane): C'est des écarts avec l'ancien. Donc, les écarts avec le plan d'effectifs médicaux, actuellement, c'est 15 omnipraticiens et 30 spécialistes. Ça vire de bord, ça. C'est en regard de 2000, ça.

Une voix: C'est ça. C'est pour les trois prochaines années.

• (15 h 50) •

Mme Vallières (Diane): C'est pour les trois prochaines années.

(Consultation)

Mme Doyer: Redonnez donc les chiffres.

M. Williams: C'est 192, mais votre plan prévoit 207 et 152.

M. Bernier (Pierre-André): Là, on prévoit 182.

M. Williams: C'est ça. Et avec ça, c'est 15 et 30.

Mme Vallières (Diane): Quinze et 30, mais en l'an 2000.

M. Williams: Oui, oui. Merci beaucoup pour ça. Vous avez parlé, avec fierté aussi, de votre Centre de cancer que vous êtes en train de faire. Je voudrais vous donner une chance d'expliquer un peu plus ce que vous êtes en train de faire là. Et est-ce que ça va être une tendance que Rimouski peut être le centre de soins spécialisés pour les autres territoires? Est-ce que c'est la tendance? Est-ce que c'est un exemple de tendance pour l'avenir?

Mme Vallières (Diane): Le Centre hospitalier régional de Rimouski offre des services spécialisés, des services superspécialisés dans le tertiaire, dont le Centre de cancer et la dialyse rénale. Il l'offre pour la région et, éventuellement, pour la Côte-Nord, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine. Le Centre de cancer est en implantation depuis... C'est la deuxième année qu'on travaille à l'implanter. Le centre hospitalier est en recrutement actuellement de deux spécialistes et il devrait démarrer aussitôt que ces spécialistes seront entrés en fonction.

M. Williams: Selon les réactions des autres représentants, il nous semble que ça va être... La région espère de plus en plus être le centre des spécialités médicales pour les territoires. Vous êtes en train de négocier ça avec les autres régions?

Mme Vallières (Diane): M. Allard

M. Allard (Joffre-Claude): Oui. En fait, la vision qu'on a de l'organisation des services surtout spécialisés, c'est d'avoir des équipes intégrées, peu importe où elles seront installées sur le territoire. Évidemment, il va falloir concentrer les services tertiaires. Par contre, il faut consolider les équipes pour avoir des masses critiques, pour permettre le recrutement plus facilement. Mais, par contre, il faut donner aussi les services là où c'est possible, le plus proche de la population.

Donc, c'est vraiment la notion d'équipes médicales de départements ou de services, détachées des hôpitaux mais plus liées à un territoire.

M. Williams: Merci. Aussi, Mme Vallières, vous avez mis beaucoup de choses positives, mais vous avez aussi mis une petite section sur les plaintes dans le territoire. J'ai apprécié ça parce que ça montre les deux côtés. Je n'essaie pas de dire qu'ils ont eu 1 000 plaintes. Vous avez effectivement dit qu'il y a 165 plaintes. Je voudrais savoir c'est quoi, le type de plaintes. Vous avez expliqué ça un peu, mais je voudrais avoir un peu plus de détails et aussi ce que vous faites pour le suivi des plaintes fondées.

Mme Vallières (Diane): Au niveau du type de plaintes, effectivement, on a énoncé dans le document à quoi elles réfèrent particulièrement. Ce qu'il faut dire, c'est que la procédure au niveau des plaintes, le premier niveau de plaintes s'adresse à l'établissement comme tel. Alors, quand les gens ont des plaintes à formuler, ils s'adressent directement à l'établissement où ils ont à exposer des choses. C'est là qu'il y a un premier traitement.

Si le traitement n'est pas satisfaisant ou si le niveau de plaintes dépasse celui de l'établissement, à ce moment-là il est adressé à la région régionale qui en fait le traitement. Mais il faut dire que le premier niveau de traitement est toujours à l'établissement.

M. Williams: Avez-vous reçu, comme j'ai reçu à mon bureau de comté — et j'ai entendu plusieurs autres

députés, et aussi au bureau du Protecteur du citoyen — les plaintes sur l'installation du programme qu'on appelle la taxe sur les médicaments, le nouveau système d'assurance-médicaments que le ministre a commencé? Avez-vous reçu ça?

Mme Vallières (Diane): Je ne sais pas s'il y en a eu cette année.

Une voix: Il n'y en a pas eu une encore.

Mme Vallières (Diane): Aucune.

M. Williams: O.K. Ça doit être plus au Protecteur du citoyen.

Une voix: C'est de valeur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Comme Mme Vallières l'a expliqué, ça commence à l'établissement. Je voudrais juste savoir si c'est juste le bureau du député ou celui du Protecteur du citoyen qui a reçu des centaines de plaintes sur ça.

Mme Vallières (Diane): Il faut dire que ce qui fait partie de la procédure aussi, M. Williams, c'est qu'il y a deux organismes dans la région qui font de l'accompagnement des personnes qui veulent porter plainte au niveau des établissements ou au niveau de la région régionale.

M. Williams: Excellent. Et, comme je l'ai dit aux deux autres régions, j'ai vu qu'effectivement la Régie du Bas-Saint-Laurent a fait des efforts dans l'amélioration des programmes d'accès à la santé et aux services sociaux dans la langue anglaise. Je voudrais, en public, tenir compte de votre effort. Mais ils ont eu une réaction à Québec, je pense, particulièrement sur un de vos plans. Pour le bénéfice du vice-premier ministre, pouvez-vous expliquer pourquoi vous avez mis le Centre hospitalier régional de Rimouski dans votre programme d'accès, mais vous avez dit que tous les services vont être disponibles en langue anglaise. Parce qu'il a ciblé que ce n'est pas logique, un hôpital situé dans une région où il y a moins de 1 000 habitants anglophones et que tous les services sont désignés, indiqués être disponibles. Pouvez-vous expliquer pourquoi vous avez adopté ça dans votre plan?

M. Bernier (Pierre-André): On dit: En fait, il y a le Centre hospitalier régional de Rimouski, il y a le CLSC et il y a le CLSC de La Mitis, parce que le seul bassin de population anglophone sur notre territoire est à Métis-sur-Mer, beaucoup plus l'été que dans les autres saisons, et l'ensemble des services sont accessibles pas toujours par du personnel bilingue comme par des interprètes. Donc, l'ensemble de nos services sont accessibles à une minorité de population anglaise.

M. Williams: Oui, et je trouve ça particulièrement important, parce que cet hôpital a un rôle interrégional pour toutes les autres régions en dehors de cette région. J'ai voulu juste enregistrer cette sagesse que vous avez eue.

M. Bernier (Pierre-André): Ce n'est pas tous les postes qui sont bilingues...

M. Williams: Non, non, non.

M. Bernier (Pierre-André): ...comprenons-nous bien. On ne fait pas de tout le personnel du Centre hospitalier régional de Rimouski des postes bilingues, sauf qu'ils ont accès aux services.

M. Williams: Mais, dans le style et la créativité de Rimouski, vous avez trouvé une façon de répondre à cette minorité dans...

M. Bernier (Pierre-André): L'établissement a trouvé la façon.

M. Williams: Oui, mais avec l'approbation de la régie, et je voudrais juste tenir compte que je trouve que c'est une bonne chose dans notre système de santé et de services sociaux. J'ai voulu juste vous donner une chance pour nous expliquer ça. Merci. J'ai d'autres questions, mais je voudrais donner une chance à mes collègues de demander des questions.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. M. le député de Maskinongé.

M. Désilets: Merci beaucoup, M. le Président. Je n'étais pas tout à fait prêt, mais ça ne fait rien, ça va aller pareil.

Tout d'abord, je voudrais vous féliciter, parce que, malgré le contexte et malgré tout ce qu'on vit, vous gardez du positivisme et je pense que c'est important dans le climat. Votre travail, votre présentation... Vous tenez compte des partenaires, de la situation économique et financière et du chômage, et vous avez orienté vos priorisations en fonction d'une région. Mais ce que je veux savoir, c'est si vous tenez compte, vous embarquez... Vous allez vouloir probablement embarquer dans les CLD qui s'en viennent pour travailler en concertation davantage avec soit les commissions scolaires ou les MRC, parce que l'emploi, c'est un élément essentiel sur notre richesse et notre devenir et la rétention... l'exode des jeunes, pour les maintenir sur place. Vous êtes leader dans la région au niveau de la santé, et puis les maintenir, finalement, dans votre... l'influence que vous pouvez avoir pour développer un peu l'emploi au niveau des centres locaux de développement.

Mais ma question se rattache aussi à un de vos objectifs: les jeunes. Tantôt, ma collègue vous a parlé un peu de prévention, mais la violence faite aux jeunes, quelle importance en faites-vous auprès des commissions

scolaires? Est-ce que vous laissez un peu ce créneau-là présentement ou si vous avez maintenu le contact auprès des commissions scolaires pour faire du dépistage ou pour vérifier ce qui se passait, autant dans les abus de tout genre, autant de la violence sexuelle ou toutes les autres, auprès des jeunes, le dépistage, si ça se fait d'une façon correcte au niveau des écoles?

En tout cas, contrairement à mon ami de Nelligan, pour ma part, je considère que le fait d'avoir des gens dans la salle qui viennent de votre conseil d'administration ou de votre personnel professionnel de chez vous, c'est une marque de solidarité et de travail d'équipe. Bien sûr, il y a des gens de la population aussi, j'espère, dans le groupe. Mais le fait que les gens viennent autour, c'est une marque de solidarité et d'appropriation d'un défi commun. Je trouve ça renforçant de voir que...

Mme Vallières (Diane): Ils ont plusieurs des établissements aussi qui sont là aujourd'hui avec nous.

• (16 heures) •

M. Désilets: O.K. En tout cas, surtout, moi, ce qui m'intéressait, c'est surtout le lien avec les commissions scolaires au niveau de la prévention.

Mme Vallières (Diane): Bien, effectivement, la problématique des jeunes est importante pour la région du Bas-Saint-Laurent. On parle d'exode, on parle, bon, de violence. Effectivement, l'ensemble des problématiques se retrouvent dans notre région comme ailleurs au Québec, et il y a des actions de renforcement au niveau de la concertation actuellement, et elles sont prévues dans notre plan de transformation aussi entre le centre jeunesse, les CLSC, qui sont les services de première ligne au niveau des jeunes aussi, les organismes communautaires et les maisons d'enseignement. Alors, il y a des activités de concertation et aussi des protocoles d'entente qui sont en train de se dessiner tranquillement entre ces différents partenaires pour organiser une complémentarité des services, le centre jeunesse se positionnant davantage en services plus spécialisés de deuxième ligne en appui aux services de première ligne dans les CLSC et en concertation avec les maisons d'enseignement et les organismes communautaires.

Par rapport à votre commentaire sur l'implication de la région régionale au niveau des CLD ou du développement régional, emploi et économie, la région régionale est membre du CRCD dans notre région, d'une part, et, au niveau de l'implantation des CLD, possiblement que les établissements de chacun des territoires seront impliqués, là, effectivement dans... Je ne sais pas de quelle façon, mais...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce

M. Copeman: Merci, M. le Président. Mesdames, messieurs, j'aurais deux questions d'ordre différent à vous poser. La première concerne encore une fois les services aux personnes handicapées. On sait pertinemment bien,

avec le virage ambulatoire, l'importance du maintien à domicile soit pour des raisons postopératoires dans la population en général ou dans la population des personnes handicapées ou pour maintenir des gens avec un support adéquat chez eux. Et je remarque, à la page 34 de votre rapport, une augmentation assez importante d'une année à l'autre — en commençant par l'année 1993-1994 jusqu'à 1996-1997 — dans une liste d'attente et je voudrais simplement vous demander, peut-être, la raison pour laquelle il y a cette augmentation et les mesures que vous allez entreprendre pour tenter de pallier à ça. Si on regarde 1996-1997, le nombre de personnes en attente plus les personnes desservies, le pourcentage des personnes en attente approche 20 %. Il me semble que c'est beaucoup.

Mme Vallières (Diane): Effectivement, on constate qu'il y a une augmentation et on est à organiser les services à ce niveau-là, et, bon, au niveau national, il y a des choses qui se développent aussi, si on pense aux chèques emploi-services qu'on est en train d'implanter et qui vont combler les services de maintien à domicile au niveau des personnes handicapées, qui vont remplacer finalement l'allocation directe. Et il y a aussi l'installation, au niveau du Québec, par le biais du développement de l'économie sociale, des services d'aide à la vie domestique qui sont en train de se structurer à l'échelle du Québec et qui vont aussi bénéficier aux personnes handicapées. Pour ce qui est du réseau comme tel, bon, dans les CLSC, les services d'aide à domicile se structurent de plus en plus, et les personnes handicapées devront aussi bénéficier, finalement, de cette structuration-là. Je ne sais pas si M. Bernier a des...

M. Bernier (Pierre-André): Juste un comparatif. En 1993, 1994, 1996, 1997, au niveau des personnes desservies, on est passé de 525 à 690, et la liste d'attente est passée de 82 à 179. Donc, dans les deux cas, il y a un accroissement à la fois des services qu'on donne et de la liste d'attente, les services étant mieux connus. Et on est passé d'un budget de 1 600 000 \$ à 1 900 000 \$, un accroissement de 300 000 \$. Mais, pour cette année, 1997-1998, on a prévu un autre 300 000 \$ pour réduire la liste d'attente et, pour l'implantation du chèque emploi-services, on a prévu 400 000 \$. Donc, il y a un 700 000 \$ qui se rajoute cette année pour cette problématique-là.

M. Copeman: Une question un peu d'ordre financier, M. le Président. On a parlé un peu, ce matin et cet après-midi, de l'impact des compressions dans le réseau. Il y a deux régions, en général, qui ont dit que ça va assez bien, qu'elles ont pu réaliser la transformation avec, globalement, très peu de difficultés. Vous, par contre, encore une fois, aux pages 57 et 58 de votre présentation, vous soulevez un avertissement, si je peux dire, j'imagine au ministère, qu'il y ait une nouvelle vague ou une nouvelle demande, en 1997-1998, d'une diminution de l'enveloppe régionale et vous dites en effet... Votre conclusion, c'est que vous ne pouvez pas réaliser, si j'ai bien saisi... Je peux la citer: «En conséquence, considérant

l'âge des salariés, notre réalité géographique et les conventions collectives en vigueur, nous ne prévoyons pas être en mesure de réaliser des projets d'économies pour combler les 9 500 000 \$ manquant dans nos crédits.» Il me semble que c'est assez grave, cette affaire-là. Qu'allez-vous faire? Vous ne pouvez pas le combler, alors vous dites simplement: Pff...! on ne le fait pas?

Mme Vallières (Diane): Ce que je pourrais exprimer, c'est que la difficulté majeure qu'on rencontre actuellement, c'est que le pas qu'on doit faire de plus dans la transformation du réseau et au niveau des orientations, et tout ça, et qu'on est d'accord à faire, qu'on est entièrement engagé à faire fait que, à chaque pas de plus qu'on fait, ça crée de la sécurité d'emploi, donc ce qui fait qu'on change de colonne, finalement, au niveau de la dépense ou de la situation financière. Et ce qu'on dit — et je pense que les discussions sont bien parties là-dessus — c'est que ce que ça prend pour financer la transformation, on est capable d'en fournir un bout, mais qu'il y a un bout qu'on n'est pas capable de fournir. Et, comme je l'ai dit, les discussions sont bien enclenchées avec le ministère, le ministre à ce niveau-là pour financer autrement que par l'endettement, que par des emprunts régionaux la transformation comme telle. Alors, c'est ce qu'on dit là-dedans, et c'est sûr que, s'il y avait addition de réduction de crédits, bien, ça amplifierait cette difficulté-là, et, comme je vous ai dit, on est aussi en discussion avec le ministère et le ministre à cet égard-là pour que ce financement soit assumé autrement.

M. Copeman: Mais est-ce que les compressions de 13 600 000 \$ prévues pour 1997-1998 sont réelles? Est-ce que cette compression a été faite?

Mme Vallières (Diane): C'est-à-dire que, non, on a une partie qu'on faite qui est liée aux 100 départs sans remplacement...

M. Bernier (Pierre-André): Sur le 400 départs.

Mme Vallières (Diane): ... sur le 400. Donc, un montant d'environ 4 000 000 \$ qu'on va réaliser effectivement cette année.

M. Copeman: Qui vous laisse un écart de 9 600 000 \$...

Mme Vallières (Diane): C'est ça, tout à fait.

M. Copeman: ...à négocier avec...

M. Bernier (Pierre-André): Mais c'est convenu déjà. C'était déjà convenu que cet écart-là... Je pense que, à plusieurs reprises, ça a été mentionné qu'on réalisait 40 % des départs cette année et, quant aux autres 60 %, on verrait dans quelle mesure ça serait possible dans les années futures. Et ce qu'on dit, c'est qu'on met en garde contre la possibilité qu'on aurait de le réaliser compte tenu

que, avec l'ensemble des départs qui se sont réalisés, ça a diminué beaucoup le personnel en sécurité d'emploi qui est utilisé à presque 80 %, 85 %. Dans l'avenir, si on avait à réaliser cet écart-là, ça ne donnerait pas les résultats financiers attendus compte tenu des règles du jeu qu'on connaît actuellement.

M. Copeman: Vous avez utilisé beaucoup de qualificatifs, M. Bernier. «On verra dans quelle mesure pour les années à venir», il y a beaucoup de conditionnel là-dedans.

M. Bernier (Pierre-André): Oui. Je pense qu'on est appelé à faire le bilan dans les prochains mois et à faire des recommandations en conséquence.

M. Copeman: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, M. le Président. Mesdames, messieurs, merci de votre présentation. Moi, je reviendrais sur votre présentation. En ce qui concerne les services ambulanciers sur le territoire, vous avez 13 entreprises ambulancières, quand même plusieurs points de services et un nombre impressionnant de kilomètres parcourus. J'aimerais savoir, dans ce kilométrage, c'est quoi, la proportion à l'intérieur de la région par rapport à l'extérieur de la région? Et l'extérieur de la région, là, je pense entre autres vers les grands centres, Montréal et Québec, pour des services plus spécialisés qu'on ne retrouve pas dans la région, ici, par rapport à ce qu'on peut avoir aussi comme à l'extérieur de la région vers la Gaspésie ou d'autres lieux de...

• (16 h 10) •

M. Bernier (Pierre-André): Selon les données que j'ai ici, sur l'ensemble du kilométrage, il y a à peu près 3 000 km qui ont été faits à l'extérieur de la région.

Une voix: C'est 3 000 déplacements.

M. Bernier (Pierre-André): C'est 3 000 déplacements. Pour le nombre de kilomètres, je ne sais pas.

Une voix: On ne sait pas le kilométrage.

Mme Vallières (Diane): Sur un total de combien de déplacements qu'on a dit, 13 000?

Une voix: C'est 13 015.

Mme Charest: Ces 3 000 déplacements-là, ils sont requis pour quel type de services?

(Consultation)

M. Bernier (Pierre-André): C'est le transfert entre centres hospitaliers à l'intérieur de la région. C'est de Matane à Rimouski, d'Amqui à Rimouski, ou de

La Pocatière à Rivière-du-Loup, ou de Notre-Dame-du-Lac à Rivière-du-Loup. Il y a aussi un certain nombre de transferts entre Rivière-du-Loup et Rimouski. Et, vers l'extérieur, c'est surtout Québec et très peu Montréal.

Mme Charest: Et c'est pour quels types de services vers Québec?

M. Allard (Joffre-Claude): Bien, il y a certainement la traumatologie tertiaire, la radiothérapie — certains patients ont besoin d'être transférés en ambulance — la cardiologie tertiaire également, mais la neuro... La neuro avec la traumatologie.

M. Bernier (Pierre-André): Pour les spécialités qui ne sont pas disponibles dans la région.

Mme Charest: O.K. Moi, j'aimerais que vous nous parliez un petit peu des listes d'attente. J'aimerais savoir, est-ce que, dans la région Bas-Saint-Laurent, dans les établissements, il y a des listes d'attente en chirurgie? Est-ce qu'il y a des listes d'attente également par rapport au placement des personnes âgées en CLD ou dans d'autres types d'hébergement? J'aimerais que vous nous parliez un petit peu de ça.

Mme Vallières (Diane): Tu as trois, quatre niveaux d'attente, effectivement, en chirurgie. Bon, ce qu'on a comme données actuellement, c'est que c'est environ et en moyenne trois mois d'attente pour une chirurgie sélective.

Mme Charest: C'est une augmentation ou une diminution?

M. Allard (Joffre-Claude): Je pense que c'est resté à peu près stable. Il y a eu un déplacement, en fait, des populations sur la liste d'attente entre la chirurgie hospitalisée, depuis trois ans, et la chirurgie d'un jour, et, en fait, ça prouve juste qu'on a pris le virage ambulatoire parce que, si on regarde les chiffres, en...

Une voix: Page 58...

M. Allard (Joffre-Claude): Cinquante-huit. C'est ça, en 1995, si on regarde les chirurgies d'un jour, elles se retrouvent aujourd'hui, en fait, le même montant en chirurgie hospitalisée, et inversement pour la chirurgie d'un jour. Donc, théoriquement, ça devrait probablement raccourcir les délais d'attente.

M. Bernier (Pierre-André): Et, en chirurgie d'un jour, c'est à peu près deux mois, en moyenne, les attentes et un peu plus long au Centre hospitalier régional de Rimouski au niveau de la moyenne. Ça varie entre un mois et six mois selon les centres hospitaliers.

Mme Charest: Maintenant, j'aimerais que vous nous parliez un petit peu par rapport aux services

postopératoires, les services de maintien à domicile, ça a été quoi, la consolidation des services ou l'amélioration des services compte tenu que le virage ambulatoire semble être pris dans l'ensemble des établissements qui avaient à le prendre dans la région?

Mme Vallières (Diane): Ça, ça s'est fait particulièrement par des protocoles d'entente entre les CH et les CLSC pour assurer finalement que personne ne tombe entre deux chaises, là, assurer des services postopératoires à domicile aux personnes qui avaient des services de chirurgie d'un jour.

Mme Charest: Est-ce que l'ensemble du territoire est couvert ou il reste encore des poches ou certains...

M. Bernier (Pierre-André): Honnêtement, il reste encore de l'arrimage à faire. Je pense que le gros des protocoles est fait, les gens se parlent beaucoup plus qu'ils se parlaient avant, mais, dans ces matières-là, il reste toujours place à l'amélioration. Et le parrainage, je dirais, local est mieux organisé, mais, quand c'est interterritoire, il y a encore du chemin à faire. Soit que les gens reviennent de Québec... Mais il y a une grande amélioration qui s'est faite depuis les deux dernières années à cet égard-là.

Mme Vallières (Diane): Il reste des choses à compléter, quand même, de ce côté-là.

Mme Charest: Là, on a du chemin de fait, je pense. Ça, on peut le dire et le répéter. Il faut que les gens le sachent parce que c'est positif aussi comme information.

M. Bernier (Pierre-André): Oui, les gens ont cheminé. Oui, c'est très positif, et, d'une façon générale, il y avait un salon santé dernièrement à Rimouski et il y avait le foyer, le CLSC puis l'hôpital qui étaient là ensemble pour présenter leur offre de service commune. Alors, c'est ce qu'on souhaite dans chacun des territoires, que l'ensemble des établissements présentent à la population leur offre de service commune ensemble et non pas par établissement.

Mme Charest: O.K. Donc, je pense qu'on s'en va vraiment vers un réseau intégré de services et que ça devient de plus en plus une réalité instaurée partout sur le territoire.

J'aimerais que vous nous parliez d'Info-Santé. Info-Santé a été instauré dans notre région après d'autres régions, là, le service qui est présent dans les CLSC 24 heures par jour, sept jours par semaine. Vous avez reçu quand même passablement d'appels: 45 000, c'est des téléphones, ça. J'aimerais voir avec vous, est-ce que vous avez pu constater une diminution des demandes de services dans les services d'urgence depuis qu'on a instauré ça? Est-ce que vous avez pu voir l'apport d'Info-Santé, même si ce n'est pas une étude scientifique, compte tenu du délai très court de l'instauration du service? Avez-vous déjà senti quelque chose par rapport à ça?

Mme Vallières (Diane): On a comme une espèce de perception, mais on n'a pas de système d'information qui nous permette d'avoir des données exactes et, je dirais, de cause à effet. On n'est pas en mesure...

M. Allard (Joffre-Claude): C'est-à-dire que la perception des gens sur le terrain — moi, je ne fais pas d'urgence, donc je ne peux pas vous répondre personnellement — la perception des gens à l'urgence c'est que, oui, ça a permis une diminution. Mais, évidemment, c'est du domaine de la perception, ce n'est pas objectivé.

Mme Charest: O.K.

M. Bernier (Pierre-André): Ce que les gens nous disent d'une façon générale, c'est que oui, mais on n'est pas capable de le mesurer d'une façon précise.

Mme Vallières (Diane): La plupart des médecins des urgences disent qu'il y a une diminution et ils l'attribuent à Info-Santé, mais...

Mme Charest: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le député de Montmagny-L'Islet.

M. Gauvin: Merci, M. le Président. Mme la présidente et toute l'équipe qui vous accompagne, j'ai particulièrement apprécié certains passages de votre présentation. D'abord, vous nous avez clairement indiqué que vous aviez reconnu que ça vous a été imposé, cette réorganisation-là dans les services de santé et les coupures de budget. Je pense que c'est la perception de tout le monde, d'une part. Mais, à la page 3, aussi, vous nous avez démontré que vous aviez bien compris ce qui est souhaitable pour toute la population du Québec de la part de leur régie régionale de la santé. Un passage: «Ça nous a donné l'occasion de questionner nos façons de faire, de nous assurer que les décisions que nous prenons aient un véritable impact sur la santé et le bien-être de la population, ce qui est véritablement notre raison d'être.» Et ça, je pense qu'on doit vous féliciter de travailler à partir de cette base de réflexion.

Aussi, votre présentation nous a permis, au niveau de cette région-ci, aujourd'hui, de réaliser que vous desservez, comme régie régionale de la santé, une très grande région qui inclut plusieurs municipalités. Il y a des régions où ça peut être vraiment plus compact, comme celle que je représente. Mais là vous avez un territoire... J'ai oublié le nombre de municipalités, c'est au-delà...

Des voix: Cent quarante-sept.

M. Gauvin: Cent quarante-sept, c'est impressionnant, en fait, comme entités municipales à desservir, d'une part. Ma question serait, madame, au niveau de l'immobilisation. Je n'y reviendrai pas au niveau des centres hospitaliers, mais, au niveau des centres d'accueil

de soins de longue durée, est-ce que, dans la réorganisation, la coupure des lits, d'abord, et la réorganisation des services, du nombre de lits dans chacune des régions pour démontrer une équité vous amènent à investir dans l'immobilisation, soit agrandissement de centres d'accueil ou des choses comme ça?

Mme Vallières (Diane): Oui, ça nous a amené à investir dans l'immobilisation. Il faut se rappeler que les centres d'accueil ont été mis sur pied à une certaine époque où les gens n'étaient pas nécessairement en perte d'autonomie pour y être admis. Et, maintenant, ce qu'on constate, c'est que les centres d'hébergement de soins de longue durée sont et vont être de plus en plus pour les gens en grande perte d'autonomie, et les immobilisations ne seront pas nécessairement appropriées. Donc, il faut faire des investissements pour les rendre...

Une voix: ...fonctionnelles.

Mme Vallières (Diane): ...fonctionnelles et les rendre correctes pour les personnes qui vont y être hébergées. Alors, dans ce sens-là, oui, effectivement, on a des immobilisations.

M. Gauvin: Cette partie-là, je pense qu'elle doit être justifiée pour améliorer les services, les rendre plus fonctionnels, comme vous dites, mais je faisais allusion à des agrandissements, à ajouter des lits...

Mme Vallières (Diane): Non, non.

M. Gauvin: ...parce qu'on voit dans des régions qu'on ferme certains centres d'accueil dans certains secteurs et on semble concentrer tous les services à un endroit et on agrandit. La population fait une très mauvaise analyse ou décode très mal cette réaction-là.

Mme Vallières (Diane): Sauf la MRC Rimouski-Neigette, toutes les autres MRC étaient pourvues en lieux d'hébergement, plus que ce que ça nécessite en termes de besoins. Donc, on n'a pas dû, effectivement, faire des agrandissements puis ajouter des lits, là, dans aucun territoire parce qu'ils étaient déjà assez pourvus.

M. Gauvin: Merci. Question d'information. Je sais que, dans la région de Kamouraska, par exemple, par rapport à celle que je représente, Chaudière-Appalaches, l'indemnité des médecins est à 115 %. Est-ce que j'ai raison? Est-ce que ça s'applique sur tout le territoire de votre régie, ce pourcentage?

M. Bernier (Pierre-André): Juste en établissement. Pour la pratique en établissement.

Mme Vallières (Diane): Pour tout le territoire.

M. Gauvin: Sur tout le territoire?

• (16 h 20) •

Mme Vallières (Diane): Sur tout le territoire, oui.

M. Bernier (Pierre-André): En cabinet privé, c'est 100 %, mais, en établissement, c'est 115 %.

M. Gauvin: Une dernière question, M. le Président. Je sais très bien que vous en êtes conscient, mais il faut toujours éviter quand... J'écoutais encore récemment, il y a quelques minutes, M. le ministre nous dire: Nous arrivons, nous sommes à quelques pas de notre objectif. Je suis certain que vous avez aussi cette inquiétude, c'est qu'il y aura... On nous dit que, l'an prochain, il y aura aussi des coupures possibles, donc continuer la réorganisation avec des budgets en moins, d'une part, mais l'endettement qu'on vous impose, on sait tous très bien, la population québécoise sait très bien qu'un jour on devra le payer. Donc, quand on en aura terminé, si c'est l'an prochain, on devra, après — chacun des établissements ou des régies de la santé — payer l'endettement qui nous a été imposé dans les années précédentes. Donc, la population québécoise, elle devra prendre conscience que les coupures ou une partie des budgets devra être réservée encore plusieurs années pour payer l'endettement qui vous a été imposé comme régie ou comme établissement. Ça, est-ce que la régie, le conseil d'administration, dans sa planification, tient compte de ça?

Mme Vallières (Diane): Bien, nous autres, en tout cas, on a fait l'exercice, et la prévision de remboursement — en tout cas, dans ce qu'on assume actuellement — va jusqu'en l'an 2002. Donc, ça va être assumé par le biais des budgets d'opération de nos établissements et du budget régional, finalement, parce que la régie a aussi contracté un endettement là-dessus. Mais il reste que, comme on le disait tout à l'heure, ce qui est dû à la transformation puis ce qu'on doit faire si jamais il y a des réductions de crédits additionnelles, bien, ça, c'est en discussion actuellement, et il faudra que ça soit pris en charge autrement.

M. Bernier (Pierre-André): Il y a une partie, en fait, qu'on est en mesure de rembourser, mais il y a une partie qui est due, ce qu'on appelle «à la transition», pour laquelle on a dû emprunter pour permettre que ça se fasse en termes de transition. Et cette partie-là sera plus difficile à rembourser, et, comme on l'a mentionné, ce qui se rajoutait cette année est plus difficile à rembourser compte tenu de la configuration du réseau.

M. Gauvin: Étant donné, Mme la présidente, M. le directeur, que vous avez, au niveau de votre région, plusieurs centaines de kilomètres de littoral où il est agréable de vivre, la population estivale, est-ce que ça a un impact sur votre budget? En fait, vous la connaissez, vous êtes habitués de la vivre comme telle, le budget est en fonction de ça, mais est-ce que, pour une région comme la vôtre — je pourrais commencer à Saint-André de Kamouraska et suivre sur toute la longueur — pour les établissements, est-ce que ça a un impact? Est-ce qu'on

doit... Je n'emploierai pas le mot «négliger» les services à la population pour... Je ne pense pas que c'est comme ça que ça marche.

Mme Vallières (Diane): Non, je ne pense pas puis je pense que c'est négligeable aussi. Si on pense aux touristes qui viennent dans le Bas-Saint-Laurent, ils sont ici pour une nuitée, deux nuitées. Bon, ça augmente tranquillement, c'est... Le Bas-Saint-Laurent, ça a été beaucoup une région de passage vers la Gaspésie ou les Maritimes.

M. Gauvin: Je ne parle pas des nuitées, là, je parle des résidents estivaux.

Mme Vallières (Diane): Les résidents? Non, c'est...

M. Bernier (Pierre-André): On connaît exactement la consommation qui est faite par des résidents hors région dans notre région.

M. Gauvin: Ça fait partie de votre planification.

M. Bernier (Pierre-André): C'est ça. On connaît ça de façon précise, tout comme on connaît la consommation qui est faite à l'extérieur de notre région par les gens de notre région. On connaît les deux, et, d'une façon globale, macro, là — dans les zones frontières, c'est différent — d'une façon générale, ça s'équilibre. La consommation hors région puis la consommation dans notre région s'équilibrent.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Dion: Merci, M. le Président. Je n'ai pas du tout de difficulté à accepter ce que vous venez de dire parce que, à voir le paysage qu'on voit là, il y a de quoi guérir les touristes plutôt que de les rendre malades. Sérieusement, je voudrais revenir sur l'ensemble du rapport que vous nous avez remis pour souligner le travail extraordinaire que vous avez fait. Je suis impressionné par les informations très précises sur un tas de sujets qui nous permettent de faire toutes sortes de recoupages et je pense que je suis loin d'avoir compris tout ce qu'il y avait là-dedans. Ce que je veux souligner, donc, c'est que je pense que c'est une espèce de transparence que vous avez voulu manifester en mettant autant de données dans ce document-là. Je voudrais revenir sur la question des attentes. Pas parce que vous n'en avez pas parlé, vous en avez déjà parlé. Cependant, la question me préoccupe.

À la page 58, on voit qu'il y a quand même une augmentation notable des gens en attente de chirurgie d'un jour — ambulatoire ou hospitalisé — et, à la page 63, vous notez qu'il y a dans votre région un taux d'hospitalisation notablement supérieur à celui de la province, de 38 à 31 pour ce qui est de l'hospitalisation pour la chirurgie et de 64,8 à la moyenne de 48 pour le reste de la province.

Donc, est-ce qu'il faut voir une relation entre les deux? Et à quoi c'est dû, le fait que la différence entre le taux d'hospitalisation soit si élevée dans cette région-ci par rapport aux autres régions?

M. Allard (Joffre-Claude): On a certainement une population qui est un peu plus âgée. Je ne sais pas si ça justifie toute l'augmentation de l'hospitalisation. Il y a le niveau socioéconomique. Comme je vous dis, encore là, c'est probablement un ensemble de facteurs.

M. Bernier (Pierre-André): Mais la première raison, c'est qu'on avait plus de lits. Ça, c'est la première raison. C'est parce que le taux d'occupation était alentour de 73 %, 74 % antérieurement. Donc, on avait plus de lits. Quelqu'un m'a dit à un moment donné: J'ai changé ma pratique, en arrivant de Montréal, à Rimouski parce qu'il y avait plus de lits. Donc, on hospitalisait un peu plus. Alors, je pense que, ça, ça fait partie des modes, des pratiques, etc. Donc, le virage se fait avec un peu moins d'hospitalisation, et là on est capable de se comparer en gérant mieux les épisodes de soins, les durées de séjour, et, par rapport à la chirurgie d'un jour, la chirurgie du même jour, il n'y a pas eu de blocage pour l'instant, sauf à certaines périodes.

M. Dion: Il reste quand même que, pour un profane comme moi, le fait de penser que certaines personnes vont attendre jusqu'à six mois pour être admises à l'hôpital, ça représente un côté un peu inquiétant. Peut-être que vous pouvez m'expliquer un peu tout ça.

M. Allard (Joffre-Claude): Bien, écoutez, les attentes dépendent aussi... En fait, on parle de six mois, c'est surtout pour le CHRR, pour Rimouski, où les listes d'attente sont gérées par chirurgien. Donc, certains chirurgiens peuvent peut-être avoir une clientèle plus nombreuse, et il n'y a pas de système unifié, je pense, il n'y a pas de système informatisé pour la gestion. Évidemment, c'est des cas de chirurgie élective, donc pas des chirurgies urgentes, parce que les chirurgies urgentes sont faites, évidemment, rapidement. Ça ne m'apparaît pas un problème. Moi, en tout cas, comme clinicien, quand j'ai besoin de faire opérer quelqu'un, je réussis à l'avoir dans des délais raisonnables. Il y a aussi des gens qui préfèrent attendre pour avoir leur chirurgie. Je pense qu'il y a plusieurs facteurs qui peuvent expliquer ça. Il faudrait vraiment le regarder. Tu sais, des gens, des étudiants qui préfèrent être opérés pendant l'été plutôt que pendant l'année. Donc, on peut allonger les...

• (16 h 30) •

M. Dion: Je pose la question parce que ce que j'ai cru voir dans quatre ou cinq rapports que j'ai étudiés, c'est qu'il semblerait que, généralement, il y a deux facteurs qui se produisent depuis deux, trois ans: les listes d'attente diminuent et la durée d'attente diminue. Et, ici, il semblerait que la durée d'attente, si j'ai bien compris ce que vous avez dit tout à l'heure, diminue, mais non les listes d'attente.

M. Bernier (Pierre-André): Oui. Bien, vous savez, dans cette matière-là, on n'a pas de système d'information qui nous permette de comparer, d'une fois à l'autre, ce qu'on fait. Comme quand on mesure les listes d'attente et les comportements de chacun des cliniciens, dans la mesure où, dans un établissement, la liste d'attente est gérée — puis c'est le mot qu'il faut employer — par chacun des chirurgiens, bien... et qu'est-ce qu'il y a dans la liste d'attente exactement, les critères pour dire que, si on planifie une chirurgie dans trois mois, puis on a raison de... est-ce vraiment une liste d'attente? De sorte que je pense qu'on a du chemin à faire pour clarifier toute cette notion-là.

Ce qui est important, c'est qu'on gère les personnes qui sont sur les listes d'attente de façon que, s'il y a une urgence qui se produit, la personne puisse avoir son intervention dans les meilleurs délais. On sait qu'aux États-Unis ils n'ont pas de liste d'attente, mais ils ont 20 % de la population qui n'a accès à aucun service. Donc, on a un petit problème de liste d'attente de temps en temps, mais, comparé aux Américains, je pense qu'on est pas mal avantagés.

M. Dion: Oui. Juste une dernière question sur le même sujet. Dans la gestion des plaintes, est-ce que cette question-là revient?

M. Bernier (Pierre-André): Dans la question des soins et services et insatisfaction quant aux services...

(Consultation)

M. Bernier (Pierre-André): On a posé la question concernant les plaintes. C'est assez important, le nombre de plaintes qui sont reliées aux attitudes du personnel par rapport aux clientèles, et ça, je pense que c'est le service perçu. C'est ça qui est très important aussi, parce que c'est ça que les gens peuvent apprécier. Et ça, il y a un certain nombre de plaintes qui sont reliées beaucoup aux services perçus, à la qualité de la relation interpersonnelle. Ce n'est quand même pas considérable, mais c'est la majeure partie des plaintes qui est située à ce niveau-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va?

M. Dion: Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Juste retourner, pour quelques minutes, sur les questions de financement de notre système de santé et de services sociaux. Comme je l'ai mentionné avant, je pense que les régies, vous inclus, ont fait presque une mission impossible en faisant la planification du système ici et dans les autres régies du Québec, malgré toutes les coupures et les compressions que nous avons vues, qui viennent de la commande du ministre des Finances.

Mais nous avons parlé avec les trois régies, aujourd'hui, du nouveau phénomène qui fait que nous allons donner l'approbation que les établissements peuvent emprunter de l'argent pour payer leurs dépenses cette année.

Moi, je voudrais avoir plus de votre feedback, parce que, moi, je dis que je vois que c'est une véritable bombe à retardement, parce que nous sommes en train de dire: Bon, effectivement, nous n'avons pas les moyens de faire les coupures que le ministère des Finances veut avoir. Mais on doit livrer la marchandise. Vous dites que ça marche, le système. Avec ça, artificiellement, on dit à nos CLSC et à nos hôpitaux, et tout ça: Vous pouvez emprunter de l'argent. Mais, comme vous le savez, une fois que vous avez emprunté de l'argent, vous avez besoin de repayer.

Chacun, personnellement, essaie d'oublier ça, avec nos comptes de banque, là, mais la banque se souvient de tout. Avec ça, une fois que nous avons emprunté cet argent, on doit repayer. Et ça fait mal quand je vois ce qui se passera dans le futur. Le ministre a dit — et je ne sais pas si on peut le croire; peut-être qu'on peut croire ses intentions, mais encore, le ministre des Finances peut arriver avec une autre commande: C'est fini, les coupures. Mais ce n'est pas fini, les coupures, en réalité, parce que, si vous avez déjà emprunté de l'argent, vous avez besoin de repayer dans les années suivantes, peut-être tout de suite après une élection, je ne sais pas quand, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: C'est juste comme exemple. Je ne sais pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: On ne sait jamais.

M. Williams: C'est une façon de cacher un déficit et je trouve ça dangereux. Nous sommes en train de créer une fausse sécurité qu'effectivement on peut accepter toutes ces coupures et compressions. Je ne mets pas le travail de la régie en doute. Vous êtes en train de faire, comme je l'ai dit, une mission impossible, avec ça. J'espère que ça va être clair.

Je voudrais juste avoir vos réactions quand vous pensez, cinq ans plus tard ou dans le futur: Qu'est-ce qui va arriver avec tous ces emprunts? Comment nous allons repayer sans encore couper les services? Parce que, juste en terminant, j'ai entendu que ça va être des millions de dollars. On ne parle pas juste de quelques milliers de dollars qu'on peut emprunter, là. Ça va être, au total, dans les régies, des millions, des millions et des millions. Avec ça, je voudrais donner une autre chance de clarifier cette situation, Mme la présidente, M. le directeur général.

M. Bernier (Pierre-André): Il y a une chose qu'il faut quand même dire, c'est qu'on a transformé des dépenses récurrentes en des dépenses non récurrentes. Et ça, je pense qu'on a arrêté, dans le fond, une expansion

des dépenses publiques, dans le domaine de la santé et des services sociaux, en faisant la transformation. Ceci dit, je veux dire, c'est quand même important, parce que la dépense de dette qu'on a est une dépense non récurrente, là. Il y a une partie qui a été prise en compte dans les plans des établissements, avec une capacité de rembourser d'ici quelques années et avec les moyens dont on dispose, mais, on l'a dit et on le répète, il y a une partie qu'on sera difficilement capable de rembourser. Donc, il faudra trouver un moyen. Ce qu'on dit, c'est qu'il faudra que l'État, le gouvernement trouve un moyen de le financer autrement que par des plans de transformation, parce qu'on ne sera pas capable de le faire par les plans de transformation.

Mme Vallières (Diane): Si je peux ajouter quelque chose...

M. Williams: Ça va être difficilement... Excusez.

Mme Vallières (Diane): C'est qu'on est parti, finalement, d'un système inflationniste qui augmentait ses dépenses annuellement à un système qui, effectivement, va générer des économies, là, dans un an, dans deux ans, dans trois ans, compte tenu que, en le transformant, on réduit les dépenses dans le système aussi. Ça fait que les économies qu'on va réaliser vont nous permettre — en tout cas, dans ce qu'on évalue, mais c'est sûr que ça a une limite — de rembourser l'argent qu'on a dû investir pour la faire, cette transformation-là. Mais, comme M. Bernier l'a dit, il y a une limite, là. C'est ce qu'on a dit.

M. Williams: Oui, je comprends le principe, mais, en réalité, les besoins augmentent et le monde demande des services. Je pense que ça va être difficile. Et M. Bernier lui-même a dit que ça va être difficile, qu'une partie de ce déficit va être difficilement remboursable.

Mme Vallières (Diane): Tout à fait

M. Williams: Quel pourcentage?

M. Bernier (Pierre-André): On finit l'étude en septembre, octobre. On est en train de faire le bilan et on va... Il y a une partie qui est dans... Je suppose qu'un établissement a atteint tous les objectifs, puis on perçoit encore un déficit, bien, là je pense qu'il faut se poser une question à savoir si on devrait réviser la budgétisation. Donc, on doit revoir, d'ici septembre, octobre, puis faire le bilan, puis, après ça... Mais il y a une partie importante.

M. Williams: Je vous demande si tous les membres de la commission peuvent avoir une copie de ce rapport aussitôt que je peux avoir une copie, et on peut envoyer ça au secrétaire de...

M. Bernier (Pierre-André): On va l'envoyer au ministre.

M. Williams: Non. Je demande à la commission, la commission.

M. Bernier (Pierre-André): En commission.

M. Williams: Parce que, M. le directeur général, il y a toute une différence entre le ministre et cette commission.

M. Bernier (Pierre-André): Ah bon! Je ne savais pas.

M. Williams: Avec ça, je demande, quand c'est correct, d'avoir une copie. Prenez le temps. Je ne demande pas de briser les règles du protocole.

M. Rochon: Selon les procédures prévues.

M. Williams: Oui, oui, mais avant Noël, si c'est possible.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Selon les procédures prévues, trois ans plus tard.

M. Williams: Avant Noël cette année, s'il vous plaît.

M. Bernier (Pierre-André): Il y a quand même un élément. Je pense que c'est important, là, on l'a dit, il y a une partie de la transformation qui était reliée à une décroissance des crédits. Mais, juste à titre d'exemple, dans la réduction des crédits, dans trois ans, 39 400 000 \$; il y a eu un ajout du ministère de 9 700 000 \$, ce qui faisait 49 100 000 \$ à redistribuer. Sur le 49 100 000 \$, il y en a 18 000 000 \$ qui est retourné au gouvernement. La balance des crédits qu'on a, ça a été pour la transformation du réseau, de sorte que souvent les efforts que des établissements font le font avec la demande qu'on leur fait de contribuer à la transformation du réseau, mais l'effet net sur les crédits nets qui sont réduits est beaucoup moins que les crédits bruts qu'on demande à l'ensemble des établissements, ce qui fait que bien sûr que les efforts, dans le temps, qui ont été demandés aux établissements de faire, ces changements-là, sont considérables par rapport aux résultats nets qui ont été livrés au ministère. Mais la réduction des crédits nets est pas mal moins importante que 39 400 000 \$. C'est 50 %.

• (16 h 40) •

M. Williams: Mais...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière.

M. Williams: Oui, une dernière. C'est une chose de prêter de l'argent pour les immobilisations comme une hypothèque, et c'est une autre chose de prêter de l'argent pour le fonctionnement. La même chose, une dette, c'est

une dette; on peut dire «récurrente», «récurrente», «récurrente», on doit la payer. Et mon point aujourd'hui était: Peut-être qu'on doit réfléchir. «On», tout le monde; je ne cite pas juste votre régie, parce que j'ai dit que je pense que vous avez fait, selon vos moyens, presque une mission impossible. On doit réfléchir sur cette façon, comme je l'ai dit, de cacher un déficit, laisser tout le monde emprunter. Parce que ça donne une image selon laquelle nous sommes capables de vivre avec ces compressions, et actuellement on ne peut pas vivre avec ces compressions. Nous allons payer je ne sais pas quand, l'année prochaine ou l'année après, ou l'année après, mais, d'une façon ou d'une l'autre, on doit payer pour ça. Et c'est le point que j'ai voulu faire avec vous aujourd'hui.

M. Bernier (Pierre-André): Mais il y a une partie des dépenses qu'on a faites qui sont de nature capitalisable. N'importe quel genre d'entreprise qui fait des changements aussi importants qu'on en fait capitalise un certain nombre de ses transformations. Je pense à l'achat des départs, c'est ce qu'on a fait. Donc, dans la partie des dettes qu'on a, il y a une partie dont on peut penser qu'elle est une partie capitalisable qui ne doit pas nécessairement être à la charge de chacune des succursales du système, mais peut-être quelque part au niveau central. C'est ce qu'on pense.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Deux dernières courtes questions: M. le député de Gaspé, et on terminera avec Mme la députée de Matapédia.

M. Lelièvre: Merci, M. le Président. Mesdames, messieurs, en ce qui a trait à la santé mentale, j'ai regardé le document que vous nous avez déposé ainsi que le document complet, et, à la page 24, vous nous dites qu'il y a deux axes d'organisation des soins et des services de psychiatrie: la premier, c'est la concentration d'expertise psychiatrique dans les centres hospitaliers régionaux et celui de Rivière-du-Loup, et la deuxième est la déconcentration des soins et des services spécialisés vers les territoires des MRC. J'aimerais que vous m'expliquiez comment ça va opérer dans le quotidien, dans la vie de tous les jours. Je comprends que vous allez concentrer l'expertise dans des centres — ça, ça va — donc les psychiatres, tous ceux qui interviennent. Mais, après ça, comment allez-vous opérer ça sur le territoire? Parce que vous avez un immense territoire, c'est ça que vous nous avez représenté cet après-midi. Donc...

Mme Vallières (Diane): Dans le fond, c'est simple, ce qu'on... Bien, c'est simple et ce n'est pas simple, ce qu'on veut faire, mais c'est que soit constituée dans chacun des territoires de MRC une équipe de base en santé mentale qui pourrait regrouper médecins, travailleurs sociaux, infirmières, différents types de professionnels qui constituent une équipe de base qui donne les services de première ligne au niveau de la santé mentale; et l'équipe de spécialistes serait concentrée sous la gestion du Centre

hospitalier régional de Rimouski, pour l'est, et du Centre hospitalier régional du Grand-Portage, pour les territoires de l'ouest. Ces spécialistes viendraient en appui aux équipes de base dans chacun des territoires pour des traitements plus spécialisés. Donc, ils pourraient se déplacer, les spécialistes, dans les territoires pour venir en appui, soit former une équipe de base ou rencontrer des patients qui présentent des problèmes qui ont besoin de plus de spécialités; ou, s'il y a hospitalisation, à ce moment-là ce serait plus concentré.

M. Lelièvre: Vous avez combien de lits au niveau de l'hospitalisation en santé mentale?

Mme Vallières (Diane): Il y en a 56 actuellement...

M. Lelièvre: Et combien vous en restera-t-il?

Mme Vallières (Diane): Cinquante-six.

M. Bernier (Pierre-André): Cinquante-cinq

Mme Vallières (Diane): Cinquante-cinq, et 49 prévus pour le 31 mars 1998.

M. Bernier (Pierre-André): Mais actuellement le virage qu'on a à faire, on a encore beaucoup de dépenses dans l'hospitalisation. Si on veut faire le virage, je pense... On s'est donné deux ou trois ans pour le faire à partir de...

Mme Vallières (Diane): On commence à ce niveau-là.

M. Bernier (Pierre-André): On commence à le faire.

M. Lelièvre: O.K. J'ai vu que vous allez déposer un rapport à l'automne.

Mme Vallières (Diane): Tout à fait. On commence, là, parce que, dans la politique en santé mentale, on pense à 40 %, hospitalisation, 60 %, les services dans la communauté. Nous, on est l'inverse actuellement. Alors, il faut faire ce virage-là, mais on commence.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Matapédia. Dernière intervention.

Mme Doyer: Merci.

M. Lelièvre: M. le Président nous coupe la parole. Ha, ha, ha!

Mme Doyer: M. le Président est pressé, là. Alors, je vais faire vite. D'abord, je veux dire mon contentement de voir qu'on a quand même à vivre aujourd'hui ensemble

un moment historique, c'est-à-dire accueillir une commission parlementaire dans la région Bas-Saint-Laurent—Rimouski.

Ceci étant dit, moi, j'aimerais avoir des chiffres sur de quoi à quoi on est passé en termes de ratio personnel d'encadrement versus service direct aux clientèles. Souvent, la perception qu'on a, c'est que, avec tout ce qui s'est passé, avec la transformation du réseau, il y a moins de services rendus. Alors, est-ce que c'est supérieur, égal? Est-ce que c'est vrai que c'est diminué en termes de services d'actes rendus en santé et services sociaux?

Mme Vallières (Diane): Diminution des cadres, 30 %.

M. Bernier (Pierre-André): L'ensemble du personnel a diminué de 17 %; les cadres ont diminué de 30 %.

Mme Doyer: Globalement.

M. Bernier (Pierre-André): Ça vous donne un peu... Et là, la problématique est inverse dans notre région. On est en train de se demander si on n'a pas diminué trop de personnel d'encadrement. Alors, c'est comme ça qu'on est rendu, parce que les charges de supervision ont été élargies et les groupes semi-autonomes ou autonomes ne sont pas encore habitués à travailler d'une façon autonome, semi-autonome. Donc, on a une réduction du personnel d'encadrement qui est très forte. Heureusement qu'on a un programme de formation continue pour le personnel d'encadrement et l'ensemble, là. Mais c'est ça, la réalité.

Mme Doyer: Puis, pour les services de...

M. Bernier (Pierre-André): Globalement, on est passé de 60 % du personnel, personnel clinique, on est rendu à 65 %, personnel clinique. Ça veut dire que la décroissance des ressources humaines s'est faite surtout dans le personnel non clinique.

Mme Doyer: Donc, on ne se trompe pas en disant qu'on a une augmentation des services dispensés

M. Bernier (Pierre-André): On a une diversification de l'offre de service...

Mme Doyer: Diversification de l'offre de service. J'aimerais ça...

M. Bernier (Pierre-André): ...et une diversification de l'ordre de service...

Mme Doyer: ...diversification de l'offre de service.

Mme Vallières (Diane): Les choses se font autrement.

M. Bernier (Pierre-André): Autrement.

Mme Doyer: Ça va.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Alors, comme les autres régions, j'ai réservé trois minutes à chacun pour la conclusion. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président, mais particulièrement merci à Mme Vallières et à tous les représentants de la Régie du Bas-Saint-Laurent. Je trouve que nous avons passé deux heures tellement intéressantes. Vous avez essayé, d'une façon très efficace, d'expliquer toutes vos activités et vos enjeux, et je pense que vous avez bien fait ça. Je pense que vous avez aussi aidé les députés de l'Assemblée nationale à mieux comprendre les enjeux des territoires, toutes les problématiques imposées par les coupures et les compressions et toutes les... Et je souligne que c'est imposé chez vous et que vous avez réagi d'une façon compétente. Mais, quand même, la population doit vivre avec ces coupures et ces compressions. Je pense que toutes nos interventions étaient toujours d'essayer de mieux comprendre c'est quoi, la qualité du service, comment toujours protéger le citoyen, comment on peut essayer que les Québécois et les Québécoises aient quand même, malgré les coupures, les compressions, accès à une haute qualité du service.

Vers la fin de notre discussion, vous avez essayé de nous... Je pense que vous avez clarifié un point, que l'endettement du réseau est aussi un point inquiétant dont on doit discuter un petit peu dans l'avenir parce que, si on ne discute pas de ça, je pense que nous sommes en train de manquer une partie de la problématique que vous êtes en train d'essayer de régler.

Je trouve que c'était un deux heures tellement éducatif, et j'apprécie ça beaucoup. Comme je l'ai dit aux autres régions, j'espère que nous allons avoir un contact régulier pour mieux comprendre la situation chez vous. N'hésitez pas à nous contacter si vous voulez passer les messages.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le député. M. le ministre.

M. Rochon: Il y a la ligne directe et la ligne indirecte.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Alors, M. le Président, moi aussi, je voudrais remercier la régie. On a entendu cet après-midi deux nouvelles régions, en fait, qui sont issues de ce qui était une seule région avant. On peut parler comme un biologiste: la cellule mère et la cellule fille d'abord.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Et, dans les deux cas, bien, je le note parce que la Régie de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, en plus de tous ses efforts de transformation, a dû mettre sur pied une nouvelle organisation régionale, et la cellule mère a dû, elle, développer des services suprarégionaux pour couvrir une partie du Québec. Alors, c'est un effort additionnel de plus.

Vu le temps, qui est très bref, qui nous est donné, je voudrais, en commentaire, pour ne pas laisser dans les enregistrements des dossiers des affirmations et des allusions qui ont été faites sans faire l'équilibre des choses, dire deux choses. Notre collègue de Nelligan est revenu avec des chiffres qui sont un mélange de chiffres de crédits de budgets, puis tout ça, pour encore dire que le gouvernement a comprimé plus fort dans la santé que dans l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement. Or, ce n'est pas vrai.

Une voix: C'est faux.

M. Rochon: Ce n'est pas vrai. Le président du Conseil du trésor l'a déjà beaucoup expliqué et, quand on regarde les budgets de l'an passé, le plus haut taux de compressions a été fait à plus de 7 % des budgets de l'an passé dans l'ensemble du gouvernement, au taux — puis là je le dis de mémoire, parce que je n'ai pas ces documents-là ici — de l'ordre d'à peu près 6,5 %. Parce que les crédits, ce n'est pas comme le budget, puis ce qui est significatif, c'est le budget. C'est à peu près 6,5 % à l'Éducation, 5,7 % en Santé. Le seul qui a été plus bas que la Santé, c'est la Sécurité du revenu, de l'ordre de 4,3 %. C'est de ces ordres de grandeur là dont on parle. C'est important de dire ça, parce que ce n'est pas vrai de dire que la Santé a été coupé beaucoup. C'est le tiers du budget de programmes de dépenses du gouvernement. On y a goûté, puis ça ne peut pas faire autrement. Mais, en proportion, ce n'est pas vrai de dire que ça a été plus fort là qu'ailleurs. Ce n'est pas vrai.

Deuxièmement, la fameuse question de l'endettement — ça aussi, là, je veux clarifier ça pour tout le monde — il y a deux choses. Je pense que les réponses qui ont été données étaient très justes, mais je veux le redire.

Il y a une opération court terme, moyen terme. Court terme, en fonction des opérations, il y a un contrôle de coût, puis de croissance de coût qui est fait dans le système, et je pense que ça introduit, effectivement, une plus grande efficacité. Les dollars dépensés donnent plus de services, de sorte que la réduction des budgets n'a pas voulu dire une réduction équivalente de services. Il y a eu des ajustements. C'est ça qui a été la transformation.

L'endettement qui est fait n'est pas fait pour l'opération, puis pour payer l'épicerie, comme on dit. Il est vraiment fait, vous l'avez bien dit, pour les coûts de transformation et de réorganisation. Et ça, c'était une dépense vraiment d'immobilisation carrément ou de réorganisation qui doit se financer sur une plus longue période de temps.

À court terme, on l'a financé sur les budgets d'établissements pour commencer. Il faudra, l'an prochain,

qu'on ait une formule qui soit plus porteuse. J'ai déjà expliqué ça. Ça revient toujours de la part de nos collègues de l'opposition. On va le réexpliquer à chaque fois. Maintenant, je comprends, M. le Président, qu'on va avoir à l'expliquer bien des fois, parce qu'il y a des gens qui nous ont endettés jusqu'à l'ordre de 6 000 000 000 \$ et qui ont doublé la dette du Québec en sept ans; ils ne peuvent pas facilement comprendre ça, c'est bien sûr.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie.

M. Williams: Je vois qu'on a touché un point sensible du ministre. Je vois qu'il veut essayer de convaincre les autres qu'il n'y a pas de dette. Il y a dette.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le ministre. Mme Vallières

Mme Vallières (Diane): Est-ce qu'il faut que je parle après ça, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vallières (Diane): Mais je vais dire...

Une voix: On préfère vous écouter, Mme Vallières.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Vallières (Diane): ...un tout autre ordre de choses. Moi, ce que je veux dire, c'est que... Je vais peut-être parler un petit peu plus pour moi. Ça fait depuis le début des régions régionales que je suis au conseil d'administration de la régie, donc depuis 1992, et le constat que je fais aujourd'hui, c'est que les impacts que je constate, ils sont davantage sur les organisations et les personnels du réseau de la santé et des services sociaux que sur les services comme tels, en termes, je dirais... peut-être plus, là, les impacts ébranlants.

Au niveau des services, on constate une amélioration des services. C'est bien sûr que, quand on travaille avec les perceptions, on va penser plus négatif, parce que les perceptions qui circulent actuellement, c'est qu'effectivement il y a moins de services, c'est qu'effectivement les impacts sont terribles, c'est qu'effectivement il y a réduction de crédits, puis que, bon, il n'y a plus d'argent dans la santé et les services sociaux, etc. Mais, quand on fait des sondages ou qu'on va au niveau des gens qui ont eu des services du réseau de la santé et des services sociaux, ils sont généralement satisfaits et même très satisfaits. Donc, effectivement, c'est difficile, la transformation du réseau. On ne peut pas dire que c'est facile. C'est difficile, mais les impacts, pour moi en tout cas, sont davantage sur les organisations et sur les personnels. Il faut travailler ça pour que ce soit moins difficile.

Il y a un élément qu'il faut se rappeler, je pense, aussi, c'est que 80 % des besoins, en services de santé particulièrement, sont des services de base. Les services qui sont exprimés sont des services de base et, nous, dans la région, nous accordons une attention particulière à ça. Ce qu'on veut, c'est que cette accessibilité-là aux services de base soit universelle et partout sur le territoire, et c'est à ça qu'on s'applique. Ce qu'on veut, c'est que les services spécialisés viennent en appui aux services de base. Or, c'est là-dessus qu'on travaille plus particulièrement et très intensément. C'est ce que j'avais à vous livrer

Remarques finales

M. Rosaire Bertrand, président

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Vous allez me permettre de faire quelques commentaires et quelques remerciements

• (16 h 50) •

Je voudrais d'abord remercier Mme la députée de Rimouski qui a travaillé, elle aussi, pour l'organisation de ces deux journées; remercier encore une fois — je l'ai fait au début, mais il y avait beaucoup d'absents — la Régie du Bas-Saint-Laurent pour une collaboration tout à fait exceptionnelle avec le secrétariat, et particulièrement Mme Brisson; vous remercier, vous autres, les membres, d'avoir accepté si gentiment, spontanément, qu'on se déplace ici pour rencontrer les régies; remercier nos collaborateurs et nos collaboratrices qui travaillent très fort et qu'on ne souligne pas toujours de façon suffisante.

Peut-être vous souligner, au nom de tous les membres de la commission, je pense sans me tromper, qu'on a vécu une expérience très enrichissante, on a vécu une expérience très positive. On va en faire une évaluation, c'est bien sûr. Mais je pense qu'il est important que vous sachiez que nous sommes conscients de l'énorme bénévolat qu'on — «qu'on» comme gouvernement, inclus tous les partis politiques — demande aux gens. Nous sommes conscients de tout ce que ça veut dire comme effort. Nous sommes aussi conscients que, dans des régions particulièrement éloignées, ce que vous vivez ou ce que vous avez à vivre est aussi spécial. Et je pense que d'avoir vécu ça, ça va peut-être nous en rendre encore plus conscients.

Alors, ayant terminé ses travaux, la commission est ajournée sine die. Merci à tout le monde.

(Fin de la séance à 16 h 57)