
ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 9 avril 1998 — N° 110

Examen des rapports annuels 1993-1994 à 1996-1997
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 5P3

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 9 avril 1998

Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. Jean Rochon	1
M. Russell Williams	1
Auditions	2
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec	2
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	21
Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches	39
Remarques finales	59
M. Jean Rochon	59

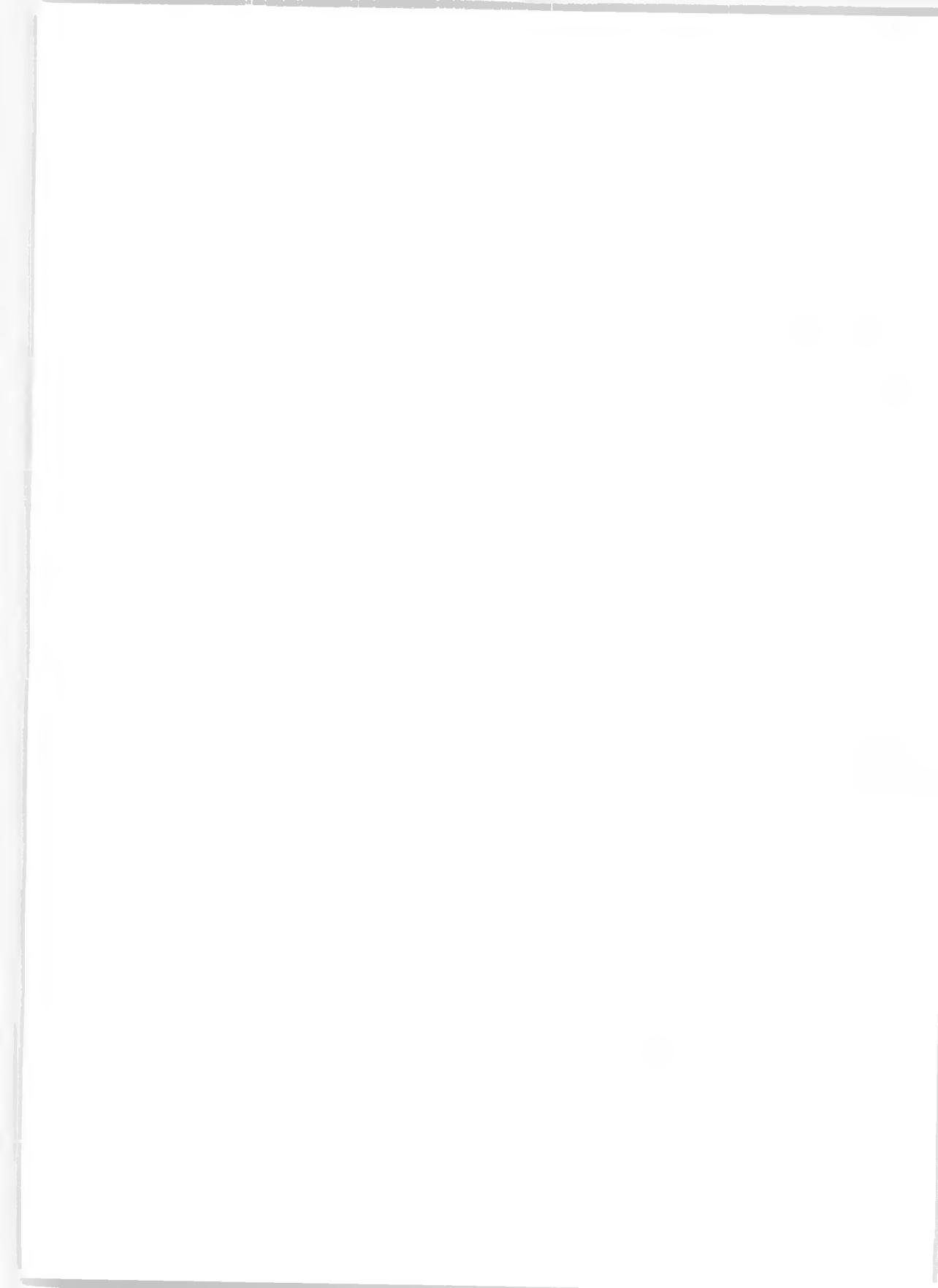
Autres intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
Mme Marie Malavoy, présidente suppléante

M. Michel Létourneau
M. Rémy Désilets
M. Denis Chalifoux
M. Léandre Dion
Mme Solange Charest
M. François Gendron
M. André Pelletier
M. Claude Lachance
Mme Diane Leblanc
M. Jean Garon
M. Jean-Guy Paré

- * Mme Céline Leclerc, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec
- * M. Jules Pelletier, idem
- * M. René Ricard, idem
- * Mme Nathalie Bois, idem
- * M. Gilbert Barrette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
- * M. Claude Sanesac, idem
- * M. Daniel Fortin, idem
- * M. Hugues Germain, idem
- * M. Jean Mercier, idem
- * M. Gaston Gourde, Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches
- * Mme Louise Montreuil, idem
- * M. Richard Boucher, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 9 avril 1998

Examen des rapports annuels 1993-1994 à 1996-1997 de certaines régions régionales

(Neuf heures trente-huit minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît. Mme la secrétaire, est-ce que le quorum est constaté?

La Secrétaire: Oui, M. le Président, nous avons quorum.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Je rappelle le mandat de la commission. La commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à l'étude des rapports annuels 1993-1994 à 1996-1997 des régions régionales de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue et de Chaudière-Appalaches et de les entendre à cette fin conformément à l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. LeSage (Hull) sera remplacé par M. Bécharde (Kamouraska-Témiscouata) et M. Paradis (Brome-Missisquoi) par Mme Lamquin-Éthier (Bourassa).

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Et je ferai part d'autres changements éventuels tout de suite, dans une minute ou deux. Vous avez l'ordre du jour devant vous. À moins d'avis contraire, je considère l'ordre du jour adopté.

Je rappelle brièvement la répartition du temps. Alors, c'est deux heures par région, réparties en 30 minutes de présentation et 30 minutes de chaque côté. Je vais adopter le principe de l'alternance par député et non par côté de façon à permettre un meilleur échange.

● (9 h 40) ●

Et j'aurais besoin, tout de suite — ce serait fait pour la journée — de votre permission de permettre à des députés qui viennent des régions concernées, en particulier, ou même à d'autres députés qui, pour toutes sortes de raisons, peuvent venir, leur permettre de poser une question de temps en temps. Entre autres, je pense au député Gendron, d'Abitibi-Ouest, au député Pelletier, d'Abitibi-Est, au député de Lévis, au député d'Ungava et au député de Bellechasse. Je n'ai pas mentionné le député de Bertrand parce que, n'étant membre d'aucune commission, vous pouvez, comme ça, y être et poser des questions sans problème. Et je pense que la députée de Beauce-Sud doit venir cet après-midi aussi. Alors, ça serait fait pour tout le monde si vous êtes d'accord. Pas d'objection?

M. Williams: Et pour tous les autres députés aussi.

Remarques préliminaires

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Et tous les autres s'il y en a qui viennent. Quelle générosité, ce matin! Ha, ha, ha!

Alors, je vous remercie beaucoup. Avant de présenter nos invités, j'invite à la fois le ministre pour cinq minutes et le représentant de l'opposition, si vous voulez prendre... En tout cas, vous avez le droit, dans les procédures, à cinq minutes chacun, sinon on procède immédiatement.

M. Jean Rochon

M. Rochon: Bon, écoutez, ça va être très bref. Je veux simplement vous souhaiter la bienvenue, à la délégation qui représente la région du Nord-du-Québec et nous rappeler au début de cette journée et de cette rencontre qu'on se prépare à faire un exercice de reddition de comptes qui est très important, je pense.

L'organisation des services de santé repose sur une décentralisation, une régionalisation. Au-delà des régions régionales, il y a la base du système, au niveau du territoire local, qui est très importante. Et, dans tout système, même si on n'a pas un mode électoral complet, c'est quand même des gens de la population qui assument la responsabilité, aux conseils d'administration des régions régionales, de coordonner les services, d'organiser les services sur un territoire, et la loi a prévu que, entre autres mécanismes de reddition de comptes, il y ait cette rencontre à tous les trois ans, je pense, de chacune des régions régionales qui vient, devant une commission d'élus, de représentants de l'opposition et du gouvernement, nous informer de comment les choses se passent dans les régions, comment les choses évoluent et quels sont les enjeux pour l'avenir. Alors, je pense que c'est un exercice très important, M. le Président, et je peux assurer la délégation de la région du Nord-du-Québec de tout notre appui et notre collaboration.

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

M. Russell Williams

M. Williams: Oui, brièvement, à mon tour, je voudrais dire la bienvenue aux représentants de la région régionale du Nord-du-Québec. Je pense que je vous connais déjà un peu parce que j'ai eu plusieurs discussions avec le député d'Ungava sur les affaires. Avec ça, je suis très content de vous voir aujourd'hui et j'espère qu'on peut avoir un bon échange, un échange honnête et transparent. Et c'est votre chance de vraiment expliquer ce qui se passe

chez vous, incluant les problèmes. On ne veut pas avoir une discussion que tout est beau et tout est correct malgré la présence du ministre aujourd'hui, on veut avoir une bonne discussion, la réalité.

Nous avons eu des peurs, nous avons eu les coupures dévastatrices dans le système de santé pendant trois ans et demi, depuis la nomination de ce ministre, et je pense qu'on doit vraiment utiliser ce temps pour plaider la cause de votre territoire, pour plaider la cause de la population chez vous parce que je pense que nous avons besoin d'un changement complet de la façon de faire dans le système de santé, et, comme instance régionale, je pense que vous pouvez expliquer aux parlementaires ce qui se passe chez vous. Avec ça, c'est votre chance, aujourd'hui, d'expliquer ce qui se passe, aussi de passer le message au gouvernement et aussi à l'opposition, si vous voulez, certainement sur les choses qui marchent, mais particulièrement sur les choses qui ne marchent pas. Avec ça, je souhaite une bonne discussion et un bon échange.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Juste avant de débiter, je voudrais faire, peut-être, juste une petite correction. Je parlais de 30 minutes et 30 minutes chacun, c'est 30 minutes de présentation et 45 minutes chacun, évidemment, toujours selon ce que vous voulez.

Auditions

Alors, c'est avec beaucoup de plaisir que nous recevons, pour débiter, les représentantes et représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec. Et, Mme Leclerc, je sais que c'est votre première expérience, je voudrais, au nom de tous les membres de la commission, que toute votre délégation, vous vous sentiez bien à l'aise, sans aucune espèce de problème. On est toujours nerveux les premières fois qu'on vient ici, alors soyez totalement à l'aise. Si vous voulez nous présenter les gens qui vous accompagnent et peut-être, y inclus, les deux dames qui s'occupent du vidéo.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nord-du-Québec

Mme Leclerc (Céline): D'accord. Je vous remercie. Alors, j'aimerais vous présenter, à ma gauche, M. Pelletier, qui est directeur général par intérim; à ma droite, M. René Ricard, qui est directeur à la planification de programmes; son adjointe, Mme Nathalie Bois; et Julie Pelletier, conseillère en communications.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Vous pouvez y aller.

Mme Leclerc (Céline): Alors, M. le Président, Mme, MM. membres de la commission, M. le ministre, M. le député du comté d'Ungava, c'est avec plaisir, à titre de représentants de la Régie régionale du Nord-du-Québec, que nous nous conformons à l'article 392 de la Loi sur les

services de santé et les services sociaux et que nous nous présentons pour la première fois devant cette commission parlementaire pour faire rapport de nos réalisations et de nos activités des trois dernières années.

Nous présumons que vous avez déjà en main nos rapports annuels des années antérieures et le texte intégral de notre présentation. Nous vous présenterons donc un court résumé et insisterons, dans notre présentation, sur les éléments les plus importants qui ont marqué la courte vie de notre régie régionale. Nous pourrions répondre par la suite à toutes questions que pourraient avoir suscitées notre présentation ou la lecture de nos rapports.

Les objectifs de notre présentation sont d'abord de vous présenter un bref portrait de notre région et de sa population, de vous présenter la Régie régionale du Nord-du-Québec, sa mise en place, ses effectifs et son conseil d'administration et, enfin, ce vous brosser un tableau du réseau régional avant et après le plan de transformation.

Je cède donc la parole à MM. Jules Pelletier et René Ricard pour la suite de la présentation.

M. Pelletier (Jules): Merci, Mme Leclerc. Comme vient de vous le mentionner Mme Leclerc, notre présentation va être très brève parce que, finalement, on vous a envoyé des documents assez volumineux, mais, dans le temps qui nous est imparti, je pense bien qu'on va se limiter à une présentation d'environ 20 minutes.

Personnellement, je vais vous parler du contexte géographique et démographique de notre région et, par la suite, de la Régie régionale du Nord-du-Québec proprement dite. Je laisserai à mon confrère René Ricard le soin de vous présenter notre réseau régional de services.

Donc, contexte géographique. La région administrative Nord-du-Québec — si la carte apparaît, oui — finalement, c'est une région qui est immense, qui est vaste. C'est toute la partie pâle. Moi, je la vois en rose d'ici, mais c'est plus que la moitié du Québec, finalement, la région administrative Nord-du-Québec. Ça correspond aux limites du comté d'Ungava. Cette région administrative englobe trois régions sociosanitaires: Le Nunavik ou la région 17, c'est-à-dire la partie la plus nordique; ensuite, il y a les terres crie de la Baie-James ou la région 18, et puis la région Nord-du-Québec, la région 10, pour laquelle nous comparaisons devant vous aujourd'hui.

Une particularité, c'est que cette région 10, Nord-du-Québec, ça correspond aux mêmes limites que les limites des terres crie, c'est-à-dire que le Conseil cri de la santé et services sociaux couvre le même territoire, mais pour sa population. Cette région 10, comme je vous le disais, est immense, c'est 350 km² de superficie. Ça correspond aux deux tiers de la superficie de la France. La population que nous desservons est composée de 18 335 habitants répartis principalement dans cinq municipalités, soit, dans la partie sud, Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et la municipalité de la Baie-James qui correspond au territoire de la municipalité, qui correspond aux limites mêmes de la région 10. Il y a plusieurs localités, dont celle de Radisson, où on a des services à cet endroit-là.

Je dois vous souligner aussi que nous desservons 5 000 Cris dans la partie sud du territoire, dans les réserves de Waswanipi, Oujé-Bougoumou, Mistassini et Nemaska. Cette population-là vient recevoir des services, principalement à notre point de services de Chibougamau, puisque, dans les réserves, ils ont des dispensaires, mais ils n'ont pas de services de chirurgie ou de services spécialisés, les quelques services spécialisés que nous avons à Chibougamau.

• (9 h 50) •

Dernière caractéristique que je dois vous souligner et avec laquelle nous devons composer, c'est la dispersion de notre population sur cet immense territoire. Les distances entre les différentes communautés que nous desservons apparaissent sur le tableau qui est en haut, ce qui apparaît en annexe de la carte. Et puis qu'il me suffise de vous souligner qu'il nous faut parcourir jusqu'à 1 200 km pour relier les deux communautés les plus éloignées, soit Chibougamau et Radisson. Ça, c'est pour la géographie.

Au niveau politique, la région administrative Nord-du-Québec est très jeune, puisqu'elle a été créée par décret gouvernemental en décembre 1987. La Régie régionale du Nord-du-Québec, quant à elle, a été créée aussi par décret, mais le 18 décembre 1991. Le premier conseil d'administration de la Régie régionale a été formé le 16 juin 1992, et le premier directeur général de la Régie est entré en fonction le 5 avril 1993. Ça fait seulement cinq ans.

Au départ, il y a cinq ans, la Régie comptait sept employés et disposait d'un budget de 600 000 000 \$, environ. Aujourd'hui, la Régie régionale compte 13 employés et dispose d'un budget d'environ 1 000 000 \$, y incluant une somme de 185 000 \$ provenant de réallocations régionales qui nous ont permis de commencer à développer des services de santé publique sur le territoire que nous desservons.

Comme vous pouvez le constater, c'est avec une équipe très réduite que nous pouvons assumer nos fonctions de régie régionale. Bien sûr, ça oblige notre personnel à être très polyvalent et à traiter plusieurs dossiers simultanément. Notre conseil d'administration compte 12 membres, dont cinq femmes. Les membres du conseil d'administration proviennent des cinq municipalités que nous desservons.

Vous avez l'organigramme qui apparaît là, au tableau. C'est une partie de l'organigramme, finalement, parce que c'est l'organigramme régie régionale, puisque, depuis août 1996... On va vous parler tantôt de ce qu'on a fait en fait de transformations, mais notre réseau de services établissements et régie régionale sont, en pratique, là, intégrés. Au niveau du conseil d'administration, je vous l'ai mentionné, le directeur général — c'est marqué, c'est ça — est partagé, finalement, avec le Centre de santé et de services sociaux de la Radissonie. Ça fait qu'il y a un seul directeur général pour les deux organisations.

La Direction de la planification et programmation, poste occupé par M. Ricard, finalement, c'est vraiment le noyau de la fonction régie avec l'adjointe au directeur qui s'occupe plus spécifiquement de toute la gestion financière et puis des fonds nationaux, finalement, qui sont

décentralisés en notre région. Et puis il y a la conseillère au niveau des services préhospitaliers d'urgence et aux mesures d'urgence. Et puis on a trois conseillers, justement, au niveau de la Direction planification programmation.

Au niveau de la santé publique, on n'a pas de direction — même si on a marqué Direction de la santé publique — spécifique pour la région Nord-du-Québec. C'est une entente de services qui nous lie avec la Régie des Laurentides, donc c'est la même directrice. C'est la directrice de la santé publique de la Régie des Laurentides qui occupe en même temps, par entente de services, la direction de la santé publique de la région Nord-du-Québec.

Il y a une adjointe médicale qui vient à Chibougamau deux jours à tous les deux semaines. Disons qu'elle a une moyenne d'une journée par semaine. Et puis notre équipe de santé publique, au niveau régie, est composée de deux infirmières et d'une agente de recherche.

Avant de céder la parole à M. Ricard, je vous ai parlé d'ententes de services, c'est sûr qu'on ne peut pas organiser, finalement, une régie, avec si peu de population, se faire une immense structure administrative. Donc, il y a plusieurs choses qu'on va chercher dans les régions limitrophes. J'ai mentionné tantôt les services préhospitaliers, les mesures d'urgence, les centres jeunesse, les ressources intermédiaires de type familial et puis la santé publique. Ce sont des ententes de services, quoique les trois premières, là, les services préhospitaliers, ça va être bientôt rapatrié, en termes de personnel, au niveau de notre région, on va gérer nous-mêmes ces employés-là. Mais il va rester qu'on va toujours aller chercher, avec les corridors de services naturels avec les régions limitrophes, par entente de services, des choses qu'on ne veut pas organiser nécessairement sur place dans le Nord-du-Québec.

Je vais laisser M. Ricard poursuivre, si vous voulez bien.

M. Ricard (René): Merci, M. Pelletier. Comme on le mentionnait au tout départ, ma présentation va porter principalement sur le plan de transformation qui a été appliqué et qui continue de s'appliquer dans notre région. La présentation va être brève, effectivement, comme tous les autres l'ont dit avant moi, mais on pourra toujours y revenir par la suite pour des précisions ou des clarifications.

D'abord, quelques dates pour nous mettre en contexte. En février 1995, la Régie régionale est avisée que la région Nord-du-Québec va devoir, à l'instar du reste du Québec, fournir un effort de réduction budgétaire. À ce moment-là, on met la barre à 2 000 046 \$. Donc, immédiatement, on se met à l'oeuvre, et, en avril 1995, il y a acceptation par le Conseil d'un plan stratégique triennal. En juin 1995, on met sur pied un comité aviseur avec, comme mandat, de trouver les moyens de réaliser les objectifs de réduction budgétaire en protégeant au maximum les services régionaux de base.

Ce comité-là se composait de 21 personnes qui regroupaient des membres de tous les établissements de la

région, conseils d'administration et directions, deux représentants des organismes communautaires, représentants des médecins. Finalement, on avait essayé d'avoir des gens représentatifs d'un peu tous les milieux, et ce comité-là a fait un travail pendant environ six mois, et, à la fin, avec le scénario retenu, on a fait le tour de la région pour présenter ce scénario-là à tous les conseils d'administration et on a fait des assemblées publiques pour présenter ça à la population. Et, finalement, au bout du compte, en décembre 1995, le plan de transformation était adopté par l'ensemble des conseils d'administration de la région et celui de la Régie également.

Mentionnons tout de suite que ce plan de transformation là prévoit une réorganisation importante de la gestion des services par le regroupement des établissements et de la Régie régionale en une seule organisation unifiée. Il était prévu que cette fusion-là se ferait en deux phases: d'abord, le regroupement des établissements en une seule organisation dispensatrice de services, ce qui est fait, et une seconde phase qui serait la fusion avec la Régie régionale, ce qui exigeait des modifications législatives.

Donc, le plan est accepté en décembre 1995, il est déposé en janvier 1996 au ministre. Il est accepté en mars 1996 par le ministre, et, en juillet 1996, on reçoit les lettres patentes du nouvel établissement fusionné, si bien que, en août 1996, c'est la formation du premier conseil d'administration provisoire du nouvel établissement fusionné. Donc, actuellement, comme je le mentionnais, la phase I est réalisée, est en consolidation. La phase II dépend du projet de loi n° 404.

Avant l'application du plan de transformation existaient dans notre région cinq établissements de santé et de services sociaux: un CLSC qui desservait Chapais et Chibougamau, deux centres de santé desservant Lebel-sur-Quévillon et Matagami et deux centres hospitaliers, un à Chibougamau desservant la population de Chibougamau et de Chapais et un autre à Lebel-sur-Quévillon. Ces établissements étaient tous autonomes, avaient tous leur directeur général et leur conseil d'administration.

Le bilan lits. À cette époque-là, en 1995, il y avait 91 lits de courte durée sur notre territoire et 14 lits de longue durée, et, à ce moment-là aussi, la durée moyenne de séjour était de 5,6 comparativement à 9,7 pour le Québec.

Le total des charges de l'ensemble des établissements se chiffrait à 23 657 131 \$ en 1994-1995. Je vous mentionne ça pour voir la différence avec ce qui s'est fait après le plan de transformation.

Donc, suite à l'application du plan de transformation, qu'est-ce qui s'est passé? Il y a d'abord eu la fusion effective. Ça veut dire que, à partir de cette fusion-là, cinq postes de directeurs généraux ont été abolis sur six qu'il y avait dans la région. Tous les postes de cadres supérieurs et de postes de cadres intermédiaires ont été abolis, et on a recréé les postes avec un objectif de diminuer d'environ 40 % le personnel d'encadrement. Les conseils d'administration des établissements ont été dissous, et on a mis en chantier un nouveau plan d'organisation visant à intégrer les services administratifs et la régionalisation de ces services-là.

Évidemment, pendant ce temps-là, comme le but était de faire des réductions, on a examiné les services qui se prêtaient à des économies possibles, surtout les services diagnostiques et les services auxiliaires, à part, évidemment, les services administratifs. Donc, le fonctionnement des laboratoires et de la radiologie a été revu. Le laboratoire et le service de radiologie du point de services de Chapais, par exemple, ont été intégrés à ceux du point de services de Chibougamau, et des recommandations ont été élaborées, qui sont en train de se réaliser, pour améliorer la performance de ces services dans tous les points de services. Les services auxiliaires en alimentation, en buanderie, en lingerie, en entretien ménager sont à l'étude avec, comme objectif, de parvenir aux coûts moyens de la province plus 10 %. On a encore du chemin à faire dans ces secteurs-là et on est en train, actuellement, de faire une analyse détaillée pour vérifier l'état d'atteinte des cibles et ce qui nous reste comme chemin à parcourir.

Un des éléments importants du plan de transformation va nécessiter des transformations physiques. Ces transformations-là vont être nécessaires pour intégrer le point de services du CLSC à Chibougamau et, éventuellement, le centre jeunesse dans les locaux du point de services de l'hôpital ou de l'ancien hôpital, ce qui va nous permettre de réduire les coûts de location et de favoriser l'intégration des services. Ça va nous permettre également d'ajouter des lits de longue durée et d'hébergement temporaire, de rendre plus fonctionnelle l'offre de services en courte durée par une réorganisation de nos unités de soins, d'améliorer la confidentialité à l'accueil et d'améliorer le fonctionnement des urgences.

Évidemment, ces transformations physiques là, actuellement, sont en attente d'une autorisation de procéder. On a déposé un PFT et on attend les autorisations. Les coûts estimés de ces travaux sont d'un petit peu moins de 6 000 000 \$, et on se propose d'investir nous-mêmes 2 000 000 \$ dans les travaux, à même nos soldes de fonds.

• (10 heures) •

Le bilan lits actuel. Je vous mentionnais tout à l'heure que, avant le plan de formation, au niveau de la courte durée, on avait 91 lits, ce qui nous donnait un ratio de 4,5 par 1 000 habitants. Actuellement, on a 38 lits de courte durée, ce qui ramène notre ratio à 2,1 par 1 000. Et à l'échéance du plan, notre objectif, c'est de le ramener à 32 lits, ce qui nous mettrait à un ratio de 1,7 par 1 000. Si on considère que l'objectif qui est visé par le ministère pour l'an 2000 est de deux lits par 10 habitants, on est pratiquement déjà dans la cible, pour ce qui est de la courte durée.

Au niveau de la longue durée, on avait 14 lits de longue durée. Actuellement, on en a 18; l'objectif, c'est de se rendre à 26. Évidemment, pour les huit qui manquent, on est en attente des transformations physiques incluses au PFT.

On n'avait aucun lit d'hébergement temporaire. On a actuellement six lits d'hébergement temporaire. Au niveau des taux d'occupation, on avait, lorsqu'on avait 91 lits chez nous, un taux d'occupation très bas qui se tenait autour de 30 % à 36 %. Actuellement — on a regardé des

estimés rapidement, avant de partir — avec les 38 lits qu'on a dans la région, on a augmenté ça à 68 % à Chibougamau et à 70 % à Lebel-sur-Quévillon. On est encore seulement à 25 % à Matagami. Donc, les lits qui restent à fermer, je pense que ça démontre qu'il va falloir le faire.

Au niveau des durées moyennes de séjour, dans notre région, on a toujours été en bas des durées moyennes de séjour de la province, sauf dans un secteur qui était celui des accouchements et des complications de grossesse; on était toujours un peu au-dessus. Sauf qu'en 1996-1997, même dans ce secteur-là, on a atteint la moyenne du Québec qui est de 3,1. On a 3,1 aussi dans notre région.

Par rapport aux efforts financiers qui ont été fournis, depuis l'année financière 1995-1996, ce qui a été l'année du début du plan, les établissements avant et l'établissement maintenant ont contribué à l'effort de réduction des coûts. Et au 31 mars 1998, à la suite de l'application du plan, l'ensemble des efforts s'élevait à 3 200 000 \$. De ce montant, ou de cette somme, 1 287 000 \$ sont allés à la contribution aux efforts nationaux et 1 950 000 \$ sont allés en réallocation régionale. Par rapport à la réallocation, j'aimerais préciser qu'à l'automne 1996 on a entrepris plusieurs travaux dans le but d'identifier les besoins de services et les programmes à développer ou à consolider dans notre région. Et on a fait une vérification de l'équité régionale en matière de partage des ressources. À partir de tous les besoins retenus, on a fait aussi un exercice de priorisation, ce qui nous a permis d'attribuer les sommes en tenant compte de l'équité et des priorités. Notre intention était et demeure toujours de répondre à un maximum de besoins connus, en conformité avec les attentes exprimées. Cette première étape là n'est pas encore terminée. D'autres étapes sont prévues, ce qui va nous permettre d'aller plus loin encore dans la réalisation des actions qui sont à mettre en place, afin d'offrir une gamme de services de base adéquats.

On va voir sur le tableau, ici, la répartition de l'allocation ou de la réallocation régionale. On peut voir comment on a dispersé le 1 900 000 \$: 267 000 \$ sont allés en santé physique, et dans ce 267 000 \$ là, 195 000 \$ sont allés directement au maintien à domicile. En santé mentale, on a alloué 231 542 \$; en santé publique, 385 000 \$; en enfance jeunesse famille, 489 000 \$, c'est-à-dire 25 % de l'enveloppe. Dans les autres programmes, violence faite aux femmes, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, 109 000 \$. Sauf qu'il faut dire que là-dedans, la grosse part du gâteau est allée en alcoolisme toxicomanie pour à peu près 75 000 \$. Et on a retourné 467 000 \$ à l'établissement, pour lui permettre d'aider à supporter la transformation.

Les impacts qu'a eus le plan de transformation à ce jour, c'est qu'on constate, au 31 mars 1997, que les coûts des services de soutien, des services techniques, des services administratifs, des services d'urgence, de cliniques externes de même que les services diagnostiques et thérapeutiques ont tous diminué. En contrepartie, en conséquence des réallocations, on voit que les services de

première ligne, les services de maintien à domicile, ont augmenté. Les impacts sur la main-d'oeuvre, c'est que le personnel à temps complet a diminué de 370 à 341, entre 1993-1994 et 1996-1997, soit une baisse de 7 %. Le personnel-cadre, pour sa part, est passé de 43 à 32 équivalents temps complet, mais on doit préciser qu'à l'intérieur du 32, on a toujours neuf équivalents temps complet qui bénéficient des mesures de stabilité d'emploi. Donc, si on considère la diminution du personnel de l'encadrement nette de ces cadres en stabilité d'emploi, notre diminution aurait donc été de 46 % au niveau des postes d'encadrement, alors que notre objectif était de 40 %.

Si on voit le tableau, si on prend l'ensemble du personnel-cadre et personnel global, on voit qu'on est passé de 413 à 373, soit une diminution de 10 % de l'ensemble de notre personnel. Notre quote-part à la réduction des coûts de main-d'oeuvre a été de 311 701 \$, après la récupération de 60 % assumée par le ministère. Ce montant-là va être annualisé à 415 000 \$ cette année.

Un mot sur la diminution des charges brutes d'activités. En 1993-1994, nos charges brutes d'activités étaient de 24 439 000 \$. En 1997-1998, on était à 22 626 000 \$, donc une diminution de 1 800 000 \$, ou 8,5 %.

Un mot, finalement, sur nos organismes communautaires. Notre région présente une allocation per capita de 48,53 \$ à l'ensemble des organismes communautaires subventionnés — on en a 24 — comparativement à un per capita de 22,95 \$ pour l'ensemble du Québec. On peut voir sur ce tableau que, en quelques années, de 1993-1994 à 1996-1997, on a augmenté de 66 % la contribution aux organismes communautaires, donc, passant de 591 000 \$ à 981 000 \$. Comment s'est faite cette distribution-là? On peut voir que, sur le 991 000 \$ de 1996-1997, 190 000 \$ sont allés à huit organismes qui s'occupent de promotion et de services à la communauté; 354 000 \$ sont allés à quatre organismes qui s'occupent de services aux femmes. Je dois mentionner ici que la grosse part du gâteau, là-dedans, va à une maison d'hébergement qu'il y a sur notre territoire, qui est L'Aquarelle. Sept organismes de services à la jeunesse se sont partagé 285 000 \$; trois organismes de services de maintien à domicile se sont partagé 42 924 \$; et, en santé mentale, deux organismes se sont partagé 108 285 \$. D'où viennent ces montants? 67 % des montants qui sont allés aux organismes communautaires viennent du programme SSOC, Service de soutien aux organismes communautaires, et 33 % viennent des fonds de réallocations régionales. C'est donc dire qu'on a mis la main dans notre poche pour aider les organismes communautaires.

J'arrête ici. On nous a demandé de faire une courte présentation d'une vingtaine de minutes. Le document qu'on vous a transmis comprend des informations sur divers dossiers d'intérêt et sur les divers programmes en place dans notre région. Donc, il nous fera plaisir de répondre à vos questions sur ces sujets dans les minutes qui vont suivre, et je cède la parole à Mme Leclerc pour la conclusion.

Mme Leclerc (Céline): Merci, M. Ricard. Alors, la Régie régionale Nord-du-Québec existe officiellement depuis décembre 1991. Ce n'est cependant qu'en 1993, avec l'engagement d'un directeur général et de quelques employés, que la Régie régionale fut vraiment à même d'assumer ses responsabilités. La Régie Nord-du-Québec n'a donc véritablement que cinq ans d'âge. Ces cinq années furent fertiles en rebondissements, si l'on considère que, dès 1995, s'enclenchaient divers travaux devant mener au plan régional de transformation, dont la principale mesure était la fusion des cinq établissements de la région. Cette fusion fut l'objet d'un réel consensus régional et fut réalisée dès l'été 1996, dans la plus grande harmonie. L'adoption du projet de loi n° 404 nous permettra bientôt de franchir une autre étape importante de ce plan, soit la fusion de la régie régionale avec l'établissement, ne laissant sur le territoire qu'une seule organisation ayant le mandat de poursuivre diverses missions, tels CLSC, centres hospitaliers de courte et de longue durée, centres jeunesse et d'assumer les fonctions de régie régionale. Cette organisation originale est en soi un défi à relever.

• (10 h 10) •

Nous voulons également, malgré la fusion de la Régie avec l'établissement, maintenir la plus large autonomie possible dans les décisions financières relatives à notre territoire. C'est pourquoi nous avons récemment proposé quelques amendements en ce sens au projet de loi n° 404. L'ensemble du plan de transformation amorcé il y a trois ans devra être finalisé dans les deux prochaines années. Ceci nous permettra de réaliser les économies essentielles et nécessaires qui nous permettront de doter la région Nord-du-Québec de la gamme complète des services de base en santé et en services sociaux. La création d'une régie régionale, en région 10, nous a permis d'assumer nos responsabilités en matière de gestion et d'organisation des services offerts sur le territoire. Il nous reste à finaliser le transfert de certains programmes et services actuellement à la charge des régies régionales voisines.

Enfin, nous pourrions consolider nos services en santé publique dès que nous aurons obtenu le financement adéquat. L'étendue du territoire nous oblige à être proactifs et innovateurs dans la recherche de moyens susceptibles de permettre une gestion efficace et efficiente. Compte tenu de très grandes distances entre nos points de services en réseau de communication rapide et des informations accessibles simultanément à tout notre réseau, ce sont des outils qui nous permettront d'être encore plus efficace tout en maintenant le cap sur la réduction des coûts. C'est pourquoi, dès l'automne dernier, nous avons établi un Plan régional de développement des ressources informationnelles, PDRJ. Aussi, nous sommes très heureux de la décision récente du ministère de relier toute la province par une inforoute de la santé. Nous mettons beaucoup d'espoir dans ces nouvelles technologies et nous avons l'intention de procéder rapidement à leur implantation. Pour une région éloignée comme la nôtre, ces nouvelles technologies permettront de rendre plus accessibles certains services spécialisés qui autrement seraient hors de notre portée.

Enfin, nous vous remercions de nous avoir écoutés et de nous avoir permis de vous faire connaître un peu plus notre région. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. C'est tout un plaisir pour nous autres aussi d'en apprendre pas mal. Avant de débiter, je fais simplement lire l'article 173: Temps consacré aux auditions. Le président partage entre les députés de la majorité et ceux de l'opposition le temps que la commission consacre à chaque personne ou organisme. Sous réserve de l'alternance, chaque député peut parler aussi souvent qu'il le désire sans excéder 10 minutes consécutives.

M. le député d'Ungava, c'est vous qui avez l'honneur de débiter.

M. Létourneau: Merci, M. le Président. Quel honneur! Ça me fait plaisir de saluer les gens de chez nous Alors, Mme Leclerc, M. Pelletier, M. Ricard, Mme Bois, Mme Pelletier. On est habitués chez nous de s'appeler par nos prénoms, mais, pour les besoins de la cause, on va y aller avec les noms de famille. Mais je suis content, effectivement, que les gens de chez nous soient ici pour vous présenter ce bilan-là, parce que, un, vous le savez, on en parle souvent, la région Nord-du-Québec, c'est une région méconnue, c'est une région qu'on ne connaît pas beaucoup, et même si ça représente au total 57 % de la superficie territoriale du Québec. Alors, les gens vous ont bien expliqué la dynamique chez nous, la partie des Inuit. Quand on parlait de la partie nord, la région 17, de mémoire, je pense, où il y a 8 000 Inuit, 12 000 Cris dans l'autre région et une région qu'on appelle habituellement la Radissonie, qui est la partie où il y a 20 000 Blancs et aussi une présence d'une communauté autochtone de 12 000 Cris, mettent des liens qui s'exercent entre chacune de ces communautés-là.

Moi, ce que je trouve intéressant dans les travaux de la Régie, ça a été, en si peu de temps, de transformer complètement la desserte régionale. Vous avez vu, quand on regarde d'avril 1995 à août 1996, dans un territoire où les distances d'un point à l'autre sont de 1 200 km, il faut le faire. Et je pense qu'il faut, en commençant, rendre hommage aux gens, aux travailleurs et travailleuses du réseau et aux gens qui ont pris ça à coeur pour le faire, dans un premier temps. Et, dans un deuxième temps, je veux aussi souligner que, si on n'avait pas eu le support non plus du ministère, les nombreuses visites du Dr Rochon, du ministre de la Santé, qui est venu à six ou sept reprises chez nous prendre connaissance de ce que c'était la région, parce que les gens...

Une voix: ...

M. Létourneau: ...non, contrairement à ce que le collègue peut penser, non, on a regardé ça région par région. Alors, chez nous, c'était de façon spécifique. Alors, ce qui se passe dans les autres régions, ça regarde les régies et les gens des autres régions. Alors, comme j'avais suffisamment de boulot avec la région Nord-du-Québec, on

s'est plutôt attardés à regarder comment on peut réorganiser ça. Ce qui m'intéresse et ce qu'on voit maintenant avec les résultats, parce qu'à l'époque on en parlait, c'est de voir qu'on réussit dans une région immense à obtenir les cibles qui sont un peu les mesures étalons pour l'ensemble du Québec même s'il y a des restrictions, ou une dimension, ou des contraintes énormes au niveau du territoire.

Moi, ce que je voudrais vous demander, dans un premier temps, parce qu'on l'a élaboré rapidement, j'aimerais ça que vous nous parliez, compte tenu des distances dans la région, compte tenu des différents pôles, compte tenu des cultures de communautés — là, je ne fais pas référence aux autochtones, non-autochtones, mais à Matagami il y a une culture, à Radisson, à Chapais, à Chibougamau, à Lebel-sur-Quévillon — du comment vous en êtes venus à arrimer un peu ces différentes cultures là, les besoins évidemment de chacun des milieux, ce qu'il y avait comme ressources traditionnelles avant, dans un premier temps. Comment ça s'est fait, et quelles ont été les réactions de la population?

Puis, dans un deuxième temps évidemment, comment les travailleurs et des travailleuses du réseau aussi, qui étaient partie prenante de ces cultures, ont été mis à contribution pour arriver à ces résultats-là?

M. Pelletier (Jules): C'est large.

Une voix: M. Pelletier.

M. Pelletier (Jules): Ha, ha, ha! O.K. C'est ça. C'est parce qu'au niveau de l'organisation, c'est sûr que chaque établissement... Avant la fusion, il y avait cinq organisations. René l'a mentionné tantôt: cinq directeurs régionaux, cinq conseils d'administration. Je pense que le secret de notre démarche — Mme Leclerc vous a souligné que ça s'était fait dans une parfaite harmonie — c'est tout le travail préparatoire qui s'est fait finalement à l'intérieur du comité avisé où il y avait une représentativité de chacune des communautés, et puis sur des principes. Ces gens-là qui venaient de tous les milieux se sont entendus sur des principes directeurs, justement, là. C'est sûr qu'on avait une commande de diminuer, à cause de la situation financière provinciale, les coûts dans notre région aussi. Donc, on s'attendait à une commande de 2 000 000 \$ sur 24 000 000 \$, puis c'est important. Puis les services dans le Nord-du-Québec, c'est vraiment des services essentiels de base. Ça fait qu'on n'avait pas le choix: ou on coupait des services qui étaient déjà très réduits ou bien on réorganisait, on coupait au niveau des services administratifs. Ça fait que, tout le monde, on est arrivés à partir de ce principe directeur là. C'est un des éléments au départ. Disons que la réorganisation s'est faite très rapidement et très facilement. En l'espace de six mois, le comité est arrivé à une conclusion où on fusionnait toutes les organisations en une pour diminuer les coûts au niveau des services administratifs. Ça fait que c'est ce qui a été fait, puis je le répète, dans la parfaite harmonie.

Ce qui existe maintenant, c'est que c'est sûr que chaque point de services, là, avec la distance qui les sépare, on a adopté un mode de fonctionnement, une gestion, là, vraiment décentralisés. Les points de services sont pratiquement autonomes. Le personnel d'encadrement est très réduit, mais le siège social et puis la régie régionale, on est là pour supporter les trois cadres, finalement, qu'on a par point de services. Et puis il y a un coordonnateur et un chef des services de santé et un chef des services sociaux. Point. C'est le seul personnel. Il n'y a plus de ressources humaines. Le service des finances, ça n'existe plus, ça. C'est tout au siège social à Chibougamau.

Donc, le sentiment d'appartenance à la nouvelle organisation, ça se fait progressivement. Mais, nous autres, on a fait le constat, justement, puis il n'y a pas lieu non plus de détruire ça parce que chaque communauté a son sentiment d'appartenance propre. Ça va rester une communauté. Les gens qui travaillaient au centre Isle-Dieu de Matagami, centre de santé, on respecte ça. Les gens ont un lien; ils sont situés à 250 km de l'autre point de services. Donc, c'est une grande famille qui continue à travailler ensemble et continue de s'identifier à ça. Mais, de plus en plus, les gens sont fiers de dire qu'ils font partie de l'organisation régionale. Mais on ne bouscule pas ça. Puis on est convaincu que jamais on ne fera un. On va faire un, unis, mais ça ne sera pas rendu homogène complètement. Chacun, on va être composé de cinq points de services différenciés qui fonctionnent dans une organisation régionale dans l'harmonie.

M. Létourneau: Peut-être au niveau aussi des ressources, les gens du réseau à l'intérieur même, est-ce que ça s'est vécu de la même façon, dans le même type de relation d'ouverture vers une régionalisation des activités, tout en préservant le caractère spécifique de chacune des communautés?

M. Pelletier (Jules): Je ne comprends pas le sens de votre question.

M. Létourneau: Au niveau des ressources du réseau, les gens qui travaillent dans le réseau...

M. Pelletier (Jules): Ah, les gens!

M. Létourneau: ...il y a eu une démarche qui a été faite globalement auprès de la population, donc, appelons ça les usagers potentiels du service. Mais à l'intérieur même du réseau, est-ce que ça s'est vécu de la même façon?

• (10 h 20) •

M. Pelletier (Jules): Non, mais il y a eu... Disons que la méfiance face à une nouvelle organisation, ça s'atténue, c'est sûr qu'on n'arrive pas à une nouvelle organisation puis que... Dans notre réseau, tout le monde veut protéger finalement sa mission et puis, une des choses, quand M. Ricard vous a parlé tantôt de notre plan de transformation, c'est que, nous autres, on intègre vraiment, on n'a pas insisté beaucoup là-dessus, mais on

est en train d'intégrer tous les services parce qu'on fonctionne par programme, donc on s'adresse à une clientèle. Et puis il n'y a pas de raison par exemple que le CLSC, les cabinets privés de médecins, le centre jeunesse... Finalement, on a fait un tout, puis il y a un comité qui siège présentement puis tous ces services-là, avec la transformation physique, je pense au secteur Chapais-Chibougamau, le CLSC, il va être dans la même bâtisse. Ça ne s'appelle plus CLSC d'ailleurs, c'est le point de service Chibougamau puis on va offrir des services complets à tous les niveaux, autant au niveau des services traditionnels de CLSC que ceux d'un centre hospitalier; ça va faire une équipe.

Ça fait que c'est sûr que les gens, le personnel, ils sont impliqués. Les syndicats sont appelés à travailler à l'intérieur de ces comités-là, et puis l'intégration complète, ça va se faire quand la transformation physique va se faire, au début de 1999. Mais, déjà, il y a des comités pour chaque secteur, chaque programme d'activité pour chaque clientèle spécifique, puis les gens sont en train de discuter. Quand je dis les gens, ce sont les employés qui sont en train de discuter comment on va intégrer ces services-là.

M. Létourneau: Vous parliez tantôt d'un potentiel de 18 000 et quelques personnes, disons 20 000 personnes, mais vous parliez aussi d'une communauté crie qui est desservie, de l'ordre de 5 000 Cris dans la région. Est-ce que vous avez des liens avec la structure, l'équivalent de la région régionale de la santé pour les Cris, notamment pour une desserte de cette communauté-là? Comme vous disiez tantôt, vous avez des ententes de services qui se font avec différentes régions, la région limitrophe, même au niveau de la santé publique avec la région des Laurentides. Mais, avec l'organisation de la santé crie, est-ce qu'il y a des liens, des rapports étroits qui vous permettent d'allouer des ressources ou de partager des ressources pour la desserte de ces communautés-là?

M. Pelletier (Jules): Je vais continuer à répondre, oui? O.K. De deux niveaux, au niveau de la partie la plus nordique, on vous parlait de Radisson. C'est sûr que Radisson, il y a une diminution importante de la population, donc, il y a des services qui ont été fermés, là, entre autres la radiologie; c'est à 100 km. Entre Chisasibi et Radisson, il y a environ 100 km. Chisasibi, c'est le plus gros noyau, finalement, de Cris, le plus gros village, la plus grosse communauté crie, c'est à Chisasibi, donc, ils ont des services hospitaliers diagnostiques. Ça fait que la population de Radisson va recevoir, même si c'est à 100 km... À Radisson, il reste environ 600 personnes, donc, ce n'était plus justifié d'avoir des services de radiologie; d'écographie, il n'y en a jamais eu, mais l'écographie, c'est fourni aussi à Chisasibi. Donc, la population de Radisson se déplace pour recevoir les services du Conseil crie de la santé et des services sociaux.

Dans la partie sud — je vous ai parlé de 5 000 — il y a plus que 5 000 Cris sur tout le territoire, mais on a identifié des villages qui étaient situés dans la partie sud et puis les Cris, finalement, qui avaient plus de contact avec

les Blancs, entre guillemets, parce qu'on ne sait jamais quelle appellation donnée à nous... Ha, ha, ha!

Une voix: C'est nous autres.

M. Pelletier (Jules): C'est ça, c'est qu'il y a des ententes de services qui existaient antérieurement avec l'ancien hôpital de Chibougamau, donc aujourd'hui avec le Centre de santé et de services sociaux de la Radisson. Et puis, même à notre point de services où les Cris se rendent le plus fréquemment, il y a un service d'interprète même pour les Cris sur place, au point de services de Chibougamau.

Les contacts, la collaboration pourrait être encore plus grande, ne serait-ce que de nous, mais, d'un autre côté, le Conseil crie de la santé et des services sociaux sont chatouilleux un peu, comme tout le reste des ententes au niveau de la Convention de la Baie James, c'est leurs propres services puis c'est difficile de mettre des choses en commun. On a tenté de le faire, voilà deux, trois ans, au niveau des services préhospitaliers d'urgence. Inévitablement, nous autres, en rapatriant, d'ici le mois de juin, des services, il va falloir qu'on fasse des ententes de complémentarité, si vous voulez, parce qu'on est sur le même territoire. Ça fait qu'à un moment donné, s'il y a des véhicules de secours qui sont dans un village crie, il va y avoir au moins des ententes avec la Régie régionale du Nord-du-Québec pour qu'on se fasse des zones de desserte ou de services puis qu'on se rejoigne quelque part.

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

Je vais maintenant passer la parole au député de Nelligan, tout en vous rappelant, M. le député d'Ungava, que vous avez tout loisir d'y revenir. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Merci pour votre présentation. Je voudrais avoir votre opinion sur la question des services ambulanciers dans votre territoire parce qu'effectivement, comme vous avez mentionné, c'est un territoire plus ou moins la moitié du Québec. J'ai déjà entendu le discours de mon ami le député d'Ungava. Avec ça, je connais la grandeur du territoire.

Il me semble que les services ambulanciers doivent jouer un rôle important dans tous les territoires du Québec, mais particulièrement dans un territoire aussi large que ça. Selon mon information, les contrats avec les services ambulanciers ne sont pas renouvelés. Je voudrais avoir un compte rendu de la situation des services ambulanciers chez vous. Je commence comme ça, et après ça on pourra avoir un échange.

Mme Leclerc (Céline): Si vous me permettez, je céderais la parole à M. Ricard.

M. Ricard (René): Je veux d'abord dire que les services ambulanciers sur notre territoire ne sont pas gérés actuellement par la Régie du Nord-du-Québec. Actuellement, les

services ambulanciers, qui sont dans la partie est du territoire, Chapais-Chibougamau, sont gérés par la Régie du Saguenay—Lac-Saint-Jean, et les services qui sont de l'autre côté du territoire, la partie ouest, Lebel-sur-Quévillon—Matagami, sont gérés par la Régie de l'Abitibi. Donc, on n'a pas de données particulières sur les services ambulanciers, sauf que...

M. Williams: Est-ce que je peux vous interrompre? Pourquoi ils sont gérés par deux places différentes?

M. Ricard (René): ...il faut dire que notre région auparavant était séparée en deux. La partie est appartenait à la Régie du Saguenay—Lac-Saint-Jean; la partie ouest appartenait à la Régie de l'Abitibi. Lorsqu'on a créé la région, on n'a pas rapatrié tout de suite l'ensemble des services. On doit dire qu'on est actuellement en discussion avec le Saguenay—Lac-Saint-Jean et l'Abitibi pour rapatrier, ce qui devrait se faire cette année, les services préhospitaliers sur notre territoire.

Donc, pour le moment, on n'a pas de données très précises là-dessus, sauf qu'on a engagé quelqu'un récemment qui commence à brasser ça, à s'informer de ça. On a demandé aux deux régions limitrophes de nous inviter lorsque viendra le temps de négocier effectivement les prochains contrats avec les services ambulanciers, si ça se fait avant que les services nous soient transférés.

Pour le moment, dans notre document, vous pouvez voir ce qu'il y a comme ambulances sur notre territoire. Dans la région Chapais-Chibougamau, il y a deux ambulances, et dans la région du côté ouest, il y a une ambulance à Lebel-sur-Quévillon, il y a une ambulance à Matagami et une ambulance, je pense, sur le territoire entre Matagami et Radisson. Évidemment, deux ambulances, ça crée un petit problème, je dois dire, entre Chapais et Chibougamau, parce que bien souvent on a des transferts à faire à l'extérieur de la région. C'est donc qu'il y a une ambulance, par exemple celle de Chibougamau, qui va partir vers l'extérieur. Normalement, celle de Chapais, à ce moment-là, doit couvrir Chapais-Chibougamau, et il y a quand même une distance d'une cinquantaine de kilomètres entre les deux municipalités

Vous avez peut-être, si vous avez regardé notre document, constaté que la Régie avait reçu quelques plaintes de première instance. On en a reçu deux, et les deux portaient effectivement sur les services ambulanciers, parce qu'on considérait, à ce moment-là, que le délai était long. Sauf qu'effectivement c'est évident que ça prend entre 25 et 30 minutes pour amener une ambulance de Chapais vers Chibougamau et vice versa. Mais, pour le moment, considérant la population du territoire, on est dans les normes du nombre d'ambulances à avoir. Là, on discute avec la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Il y a une ambulance qui est dans ce qu'on appelle nous, «le parc», c'est-à-dire la distance entre Chibougamau et La Doré, qui est la première ville du côté du Lac-Saint-Jean. Il y a une ambulance dans le parc, et on veut la récupérer de notre côté pour qu'on en ait trois qui puissent se partager les tâches, que cette ambulance-là puisse

s'avancer quand celle de Chibougamau va aller à l'extérieur.

Aussi, considérant cette situation-là des temps d'attente, on s'est donné comme objectif cette année de se développer un service de premiers répondants sur notre territoire, ce qui va, on l'espère, aider en attendant que l'ambulance arrive.

Je ne peux pas vous en dire beaucoup plus que ça pour le moment, sauf que je ne sais pas si Nathalie aurait quelque chose à ajouter. Nathalie est responsable des services ambulanciers ou du transfert des services ambulanciers chez nous. Donc, c'est elle qui travaille dans ce secteur-là.

● (10 h 30) ●

Mme Bois (Nathalie): Bien, effectivement, je pense que... Je renchéris sur ce que M. Ricard vous apportait en termes de premiers répondants. Dans des régions comme la nôtre, où il y a énormément de distance, le système de premiers répondants devient une solution qui peut faire bénéficier notre population à un coût aussi qui est acceptable. Puis, compte tenu qu'on vise à rapatrier rapidement ces services-là, ça va faire partie des priorités qu'on va mettre en branle au cours de la prochaine année.

M. Williams: Selon mon information, les régies régionales sont en pleines négociations, entre guillemets, avec la corporation des services ambulanciers du Québec, mais, le fait que ça ne marche pas bien, elles ont déjà demandé d'avoir un décret. Je voudrais savoir: Est-ce que votre Régie régionale est impliquée dans ces discussions? Parce qu'il me semble que vous êtes... Sinon, peut-être que je peux vous suggérer de vous impliquer, parce que vous pouvez être à la remorque de la décision entre les autres régies régionales et il me semble que ça va être assez important pour votre Régie d'avoir le meilleur service ambulancier.

Encore selon mon information, les négociations sont loin d'être réglées et je pense que ça va être un problème assez grave chez vous si vous ne pouvez pas augmenter la présence, un, des premiers répondants et aussi des ambulances. Je ne sais pas si vous avez des commentaires sur ça, sur les négociations?

Mme Bois (Nathalie): Au niveau des négociations, comme on vous le disait, c'est encore la régie 02 et la régie 08 qui doivent faire, pour l'année qui se termine, les négociations qui n'ont pas été faites pour les contrats au niveau des services ambulanciers. Nous, on n'a pas la gestion budgétaire. Les enveloppes ne sont pas encore rapatriées pour nous permettre d'effectuer nous-mêmes la négociation. Les transferts entre régies ne sont pas encore complétés. Sauf qu'on a demandé d'être impliqués, c'est-à-dire d'assister aux négociations, parce qu'on sait qu'on veut rapatrier le dossier justement pour être en mesure de bien voir les implications que ça va avoir aussi sur notre région. Ça fait que les régions 08 et 02 nous ont donné leur accord à ce qu'on assiste aux négociations.

M. Williams: Peut-être que c'est moi qui ne comprends pas, et je suis le seul. Pourquoi les budgets ne sont

pas transférés? Je comprends pour les années précédentes avec les changements, mais on commence une nouvelle année fiscale. Pourquoi vous n'avez pas reçu le mandat d'avoir ce budget pour l'année 1998-1999?

M. Ricard (René): On est actuellement en discussion avec les régions 08 et 02. On est prêts. On les a avisés. Il y a eu des échanges de lettres à l'effet qu'on était prêts à ramasser effectivement le service cette année, sauf qu'il y a des points litigieux pour le moment. Il y avait des contentieux entre la Régie et les propriétaires ambulanciers. Il y en avait un, entre autres, qui était très pointu pour nous et on leur a demandé d'essayer de le régler avant de nous passer la patate chaude.

Maintenant, évidemment, on s'est dit qu'on n'attendrait pas éternellement non plus. Si on se rend compte qu'ils ne peuvent pas le régler, bien, on va quand même ramasser ça pour effectivement être en mesure de gérer nos propres affaires. Mais je suis d'accord avec ce que vous disiez tout à l'heure. Je pense qu'il est très important qu'on participe maintenant à tout ce qui se passe dans ce secteur-là, puisqu'on va ramener chez nous cette responsabilité-là. Et — Nathalie le mentionnait, mais je le redis — on a spécifiquement demandé aux deux autres régies qui s'en occupent de nous inviter dans toute discussion qui va porter sur les contrats ambulanciers. Aussi, la personne qui s'occupe chez nous des SPU, des services, participe actuellement à toute réunion provinciale où les régies sont invitées sur les questions ambulancières. Elle y va. Donc, on essaie de ramasser le maximum d'informations parce que c'est bien évident pour nous qu'on va ramasser, peut-être dans quelques semaines ou dans quelques mois, ces services-là.

M. Williams: Une dernière question sur les ambulances, et merci pour vos réponses. Mme Bois, vous avez mentionné l'importance d'un système de premiers répondants. Je suis d'accord avec ça parce qu'on ne peut pas toujours transporter tout le monde et on doit avoir les soins sur les lieux d'un accident ou d'un problème. Est-ce que la Régie régionale ou l'hôpital va demander des subventions pour ça? Qui va payer pour les services de premiers répondants?

Mme Bois (Nathalie): Les services de premiers répondants se font, dans la majorité des régions, avec la collaboration des municipalités. C'est souvent une collaboration et c'est pour ça qu'on va avoir besoin de l'appui, justement, des municipalités pour mettre en place ces structures-là. Il n'y a pas nécessairement de coûts en tant que tels qui vont être rattachés à ça, mais ça demande une bonne collaboration au niveau des municipalités et de tous les intervenants qui vont participer à ce système-là.

M. Williams: Bonne chance avec ça, avec le pelletage que ce gouvernement vient juste de passer aux municipalités. La même chose se passe chez moi. Mon comté, c'est dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal et souvent nous avons la même chose. Les premiers répondants

peuvent être une partie intégrante de la solution et je suis d'accord avec ça, mais je trouve ça assez ironique que le ministère de la Santé et des Services sociaux dise: Ah! Ça peut être un... tellement effectif, mais je ne paie pas. Je demande que les taxes foncières, les taxes municipales paient pour ça. Je trouve ça complètement incorrect. C'est pourquoi j'ai voulu demander. J'ai espéré que la réponse soit que vous avez négocié avec le ministre et que ça va être le ministère qui va payer. Mais, malheureusement, vous avez eu la même réponse que nous. Et je trouve que, comme stratégie gouvernementale, de faire, encore une fois, un autre pelletage au niveau municipal, c'est dangereux.

Comme les représentants régionaux des régies régionales du territoire, j'espère que nous allons avoir une bonne discussion, peut-être, au niveau de la conférence des régies régionales sur cette question, parce que, si nous allons bâtir un système de premiers répondants juste sur les taxes municipales, je pense que nous sommes en train de créer un précédent tellement dangereux. Mais, en tout cas, je vous souhaite bonne chance avec ça. Je sais que les premiers répondants, ça peut être une réponse, une solution tellement efficace, mais j'espère que ça ne sera pas nécessairement juste payé sur le dos des contribuables municipaux.

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

M. Désilets: Oui. Merci, M. le Président. Une simple question d'information, parce que notre ami Michel nous parle souvent des services de santé mentale et, dans votre rapport, vous nous mentionnez qu'il y a une étude, puis qu'une ressource d'hébergement transitoire est fort souhaitable. Cette ressource-là devrait arriver quand chez vous?

L'autre question, ça concerne la violence faite aux femmes. Il y a une table régionale de concertation qui est établie. Vous en êtes rendus où avec la table de concertation? Vous avez un bon montant, quand même, 100 000 \$ par année. Où se trouve le... C'est quoi, le devenir de cette table-là?

M. Ricard (René): Ce n'est pas 100 000 \$, c'est 10 000 \$.

M. Désilets: Ah! O.K. Mais, dans le document, à la page 16, c'est marqué 100 000 \$.

M. Ricard (René): Ah! Eh bien, ça a été corrigé dans le mien. C'est marqué 10 000 \$. Je m'excuse, il y a effectivement erreur.

M. Désilets: O.K. 10 000 \$.

M. Ricard (René): D'abord, sur la santé mentale, effectivement, on a une étude qui s'achève actuellement, elle devrait être présentée au prochain conseil d'administration de mai, une étude qu'on a enclenchée il y a

plusieurs mois pour essayer de faire un état de situation des problématiques de santé mentale sur notre territoire propre, puis on a essayé de faire ça municipalité par municipalité pour avoir une meilleure idée de ce qui se passe. Donc, cette étude-là nous montre qu'effectivement il y a des problèmes qui sont reliés à l'éloignement, des problèmes qui sont reliés au fait que, bon, plusieurs de nos municipalités, actuellement, les entreprises principales ont fermé, à Matagami et à Chapais, entre autres. Donc, il y a des problématiques qui sont reliées à ça.

En fonction de ça, cette année, il va falloir, une fois que l'étude va être terminée, regarder ce qu'on peut mettre sur le territoire. Parce qu'il faut quand même avouer que, au chapitre de la santé mentale, sur notre territoire, on a beaucoup de choses à faire pour le moment, on n'est pas beaucoup développés.

L'autre question par rapport au service d'une maison de transition, effectivement, c'est en train d'aboutir. On vient d'allouer une somme assez importante à un organisme communautaire qui va mettre sur pied, probablement dans les prochaines semaines ou les prochains mois, une maison transitoire pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. On a fait faire une première étude l'année passée. On nous avait donné un créneau plus ou moins large. Finalement, on n'était pas en mesure, avec seulement ces problématiques-là qui étaient des problématiques qu'on appelle sévères et persistantes, de développer ce service-là. Il n'y avait pas assez de clients. Donc, on a ouvert un petit peu plus large les services qu'on pourrait offrir par le biais d'une maison de transition et les services de nature psychologique vont être inclus là-dedans. Et cette maison-là, comme je le mentionnais, va se mettre en place dans les prochaines semaines.

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

M. Désilets: Le centre de femmes?

M. Ricard (René): Le centre de femmes, la table sur la violence?

M. Désilets: Ou la violence. La table de concertation ou...

M. Ricard (René): La table sur la violence, on l'a mise sur pied cette année. Cette table-là a commencé des travaux récemment, a fait... Comme vous avez dans la page, les éléments qu'on a mentionnés, elle a travaillé à ça, l'organisation et le financement d'une conférence sur la violence et l'agressivité dans notre... Ils sont actuellement à organiser une formation virage, qu'ils appellent, qui va se donner... D'ailleurs, elle vient de se donner la semaine dernière. Donc, une formation dans le cadre du programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes.

● (10 h 40) ●

On est aussi, avec cette table-là, à s'organiser pour mettre en place dans tous les établissements du territoire le

protocole de référence sur la violence. Bon. C'est les éléments qui me viennent à l'esprit. Il y a eu une étude qui a été faite à Matagami même, la première étude de 20 000 \$, une étude exploratoire sur la violence faite aux femmes. Et cette étude-là, justement, va être reprise par la table pour voir si ça peut s'élargir à l'ensemble de la région, s'il y a des éléments, à partir de ça, qu'on peut mettre en place. Mais on commence aussi là-dedans.

Il faut bien comprendre qu'on commence à beaucoup d'endroits. Notre Régie est toute jeune et, le temps de se mettre en place... On a quelques conseillers et, déjà, on commence à avancer dans nos programmes. Mais, à beaucoup d'endroits, on est au premier jalon.

Donc, ce que je viens de vous mentionner là, c'est les premiers jalons de ce qui se passe par rapport à la violence.

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

M. Chalifoux: Bonjour. Bienvenue. Je suis particulièrement réjoui de voir que c'est le gouvernement libéral qui, en 1987, avait reconnu votre région comme faisant partie intégrale du Québec, et puis l'installation, en 1991, par voie de décret, de votre Régie régionale.

J'aurais juste une question à vous poser. Vous vivez une entente — excusez ma voix — avec la Régie régionale des Laurentides — j'ai cru comprendre ça tantôt — en santé publique particulièrement. La Régie régionale des Laurentides, c'est situé chez nous, ça, même assez loin de chez vous.

Dans un premier temps, j'aimerais savoir pourquoi ces services-là ou ces ententes-là sont faits avec la Régie régionale des Laurentides plutôt que d'être faits avec une régie qui serait un peu plus limitrophe, dans un premier temps?

Dans un deuxième temps, on lit, dans votre document, que vous avez fait des requêtes répétées afin d'obtenir le financement pour le développement des services en santé publique. À l'heure où on se parle, ça n'a pas été reconnu par le ministère. Et vous dites aussi qu'il y a un montant de 185 000 \$ qui est tiré du fonds de réallocation, et puis, un petit peu plus loin, je voyais que votre budget en santé publique se situe à 385 000 \$. Êtes-vous capables de m'instruire ou de... Je comprends peut-être un petit peu mal. Dans un premier temps, pourquoi la Régie régionale des Laurentides, vous avez une entente avec eux? Comment ça fonctionne, cette entente-là? Puis les budgets que vous possédez en santé publique et les demandes répétées que vous avez faites qui sont octroyées? Trois ou quatre questions dans la même.

M. Pelletier (Jules): Je vais répondre à la première partie, pourquoi la Régie des Laurentides, puis je laisserai M. Ricard, je pense, poursuivre au niveau du financement.

Pourquoi la Régie des Laurentides? Dans la première entente qu'on avait, c'était avec la Régie du Saguenay—Lac-Saint-Jean, et puis on a décidé de changer, à un moment donné, parce qu'on n'était pas satisfaits, finalement,

des services qu'ils nous donnaient puis qu'ils nous rendaient, puis l'encadrement qu'ils fournissaient à notre personnel. On n'était pas satisfaits. Ça, c'est la première raison.

Deuxième raison, c'est que, quand on est allés chercher... Pour s'entendre, finalement, il y avait au niveau de l'Abitibi qui était une région limitrophe avec laquelle on aurait pu s'entendre. Mais, là encore, ils n'étaient pas assez bien organisés au niveau de la santé publique. Si on a choisi la Régie des Laurentides, c'est parce que c'était une des organisations de santé publique les meilleures au niveau provincial et puis qu'il y avait une directrice de la santé publique dont la compétence est reconnue au niveau de la province. C'est Mme Sauvé, le Dr Sauvé, puis c'est vraiment pour ça. Ça fait que la distance, ça n'a pas tellement d'importance puisqu'on a notre personnel sur place. Le support au niveau des programmes comme tels est donné par les professionnels, les médecins, les professionnels de la Régie des Laurentides. Avec les moyens de communication que nous avons aujourd'hui, on n'a pas besoin qu'ils soient là physiquement quotidiennement.

Est-ce que ça répond pour la partie...

M. Chalifoux: Oui. Et la Régie des Laurentides est dédommée comment pour les services qu'elle rend à la Régie de la Côte-Nord?

M. Pelletier (Jules): La partie financière, puis tout ça, je vais laisser M. Ricard compléter cette partie-là.

M. Ricard (René): Sur la partie financière, effectivement, on n'a pas été financés par la santé publique, mais on voulait développer quand même, sur notre territoire, des services relatifs à la prévention-promotion sur des problématiques comme le sida, le tabac, ces choses-là. Donc, il y a quelques années, on a décidé d'utiliser effectivement nos fonds, nos propres fonds, et d'allouer 185 000 \$ en santé publique, ce qui nous a permis d'engager deux infirmières et une demi-secrétaire qu'on a affectées à la santé publique.

L'année dernière, on a décidé d'ajouter à ce montant-là et on a repris un autre montant encore dans notre fonds de réalloc, de 160 000 \$, qu'on a rajouté en santé publique pour un poste de chercheur, pour engager un poste en santé mentale et pour des frais avec la Régie des Laurentides, pour payer des services avec la Régie des Laurentides. Donc, c'est pour ça que vous voyez, à un endroit, 185 000 \$ et, à un autre endroit, 385 000 \$. En réalité, actuellement, on met 385 000 \$ de nos propres fonds pour faire fonctionner la santé publique sur notre territoire.

Est-ce que ça vous éclaire?

M. Chalifoux: Oui. Je voudrais savoir aussi le montant qui est versé à la Régie des Laurentides pour vous donner ce service-là. Quel est-il?

M. Ricard (René): 55 000 \$.

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

M. Chalifoux: Oui. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix); M. le député de Saint-Hyacinthe

M. Dion: Merci, M. le Président. Je dois vous dire que j'ai été particulièrement intéressé par votre présentation tout à l'heure. En peu de mots, vous avez brossé un tableau assez significatif de ce qui se passe dans le Nord.

Mon collègue, tout à l'heure, vous a fait une question, en particulier, sur la violence faite aux femmes. C'est une question qui m'intéresse aussi. Et, à partir de ce que vous avez dit tout à l'heure, je ne sais pas si vous seriez en mesure de me donner quand même, bien que, dans ce domaine-là, vous soyez au début de vos interventions et de vos études, je ne sais pas si vous seriez en mesure, premièrement, de me dire ce qui se passe actuellement. Vous avez un territoire très, très grand. Les concentrations sont vraiment limitées. Ce n'est pas très peuplé. Qu'est-ce qui se passe en cas de crise, une femme qui est en situation de violence? Le seul recours, c'est d'aller à l'hôpital ou s'il y a une maison, ou d'aller chez... Parce que souvent elle risque d'être pas mal loin de maman. Alors, comment ça se passe, actuellement?

M. Ricard (René): Actuellement, à Chibougamau où on retrouve plus de 50 % de la population du territoire, il y a une maison d'hébergement qu'on appelle la Maison L'Aquarelle, pour les femmes violentées. Donc, actuellement, même les femmes autochtones, je pense, peuvent bénéficier des services de cette maison-là. C'est la seule. Sur le reste du territoire, à ma connaissance, il n'y en a pas d'autre. Donc, effectivement, si jamais il y a des femmes violentées, elles doivent se présenter dans les centres de santé à Label-sur-Quévillon ou à Matagami.

M. Dion: C'est parce que j'ai vu, dans votre cahier, page 20, qu'il y a 109 000 \$, disons 110 000 \$ pour cet élément-là. Est-ce que ça couvre la Maison L'Aquarelle?

M. Ricard (René): Non.

M. Dion: Parce que c'est relativement peu d'argent pour couvrir une maison de transition comme ça, une maison de refuge.

M. Ricard (René): Bien, ça, ce que je mentionnais, c'est que, dans ce 109 000 \$, il y en a les trois quarts, pratiquement, qui vont en alcoolisme et toxicomanie.

M. Dion: Exactement?

M. Ricard (René): 75 000 \$. Donc, il en reste très peu pour la violence faite aux femmes, effectivement. Pour le moment, ce n'est pas un secteur où on a beaucoup investi, il faut bien l'avouer. Les 200 000 \$ et quelques qui

est alloué à la maison d'hébergement ne vient pas de notre fonds de réallocation. Il vient de l'enveloppe SOC, l'enveloppe des organismes communautaires.

M. Dion: O.K. Merci

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

M. Chalifoux: M. le Président, je vais sauter. M. le député de Saint-Hyacinthe a posé la question que je voulais poser.

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

Mme Charest: Bonjour. Merci. Tout comme mon député de Saint-Hyacinthe, je trouve que vous nous avez fait un portrait très concis mais très éclairant par rapport à vos orientations, par rapport au travail que vous avez fait. Ce que ça me donne comme image, c'est que vous êtes en train de structurer vraiment une nouvelle région sociosanitaire, et j'ai le sentiment que tout est à faire. Je ne sais pas si je me trompe en disant ça. Vous avez des choses de faites, mais il vous en reste énormément à faire.

Moi, ce qui me soulève comme question, c'est au niveau du per capita qui est consacré aux organismes communautaires. Je vais vous dire que, si mes organismes communautaires, chez moi, avait une somme per capita aussi importante, ils en seraient heureux. J'aimerais savoir... Parce que vous ne nous en avez pas beaucoup parlé, de vos partenariats avec les organismes. Je veux savoir, cet argent, il est consacré sur quelles problématiques? Parce que les organismes, souvent, sont axés sur une problématique plutôt que sur une autre. Là, vous venez de me dire que vous avez consacré 75 000 \$ à la toxicomanie. Est-ce que ce 75 000 \$ là, c'est vos services ou si c'est des argents que vous avez consacrés à des partenaires?

• (10 h 50) •

M. Ricard (René): C'est surtout à des partenaires, quand on parle d'alcoolisme et de toxicomanie. Actuellement, on est en train d'essayer d'installer, sur le territoire, des travailleurs de milieu, qu'on appelle, ou des travailleurs de rue dans chacun des établissements. Et on rattache ces travailleurs de rue là aux centres jeunesse qui existent dans les différentes municipalités.

Donc, pour revenir sur le premier élément de votre question, on est très proches de la majorité des organismes communautaires du territoire. Il n'y en a pas beaucoup et, bien souvent, on les a presque créés, je pourrais dire, parce qu'on voulait développer dans des secteurs. Prenons l'enfance et la jeunesse, vous avez pu voir qu'on a beaucoup investi à ce niveau-là et beaucoup au niveau des organismes communautaires. D'abord, au début, il y a eu les projets PASSS, il y a quelques années, qui nous ont aidés à implanter. Ensuite, on a consolidé ces projets PASSS pour qu'ils deviennent permanents sur notre territoire. Alors...

Mme Charest: Programme d'action concertée.

M. Ricard (René): Oui. Je pense qu'on travaille de très, très près avec les organismes communautaires. Il y a la TROC, qui est la Table régionale des organismes communautaires, qui est quand même assez près de nous également. On est en train d'essayer aussi... Parce qu'on s'est rendu compte à un moment donné que si, nous, la Régie, on était assez près de nos organismes communautaires, ce n'était pas nécessairement toujours le cas entre les établissements et les organismes communautaires, ou les points de services. On a commencé à travailler là-dessus pour les rapprocher et, actuellement, il s'est fait un travail, je pense, intéressant, qui montre, qui commence à avoir des meilleurs liens. On a essayé de leur faire comprendre que les gens ne se concurrençaient pas, mais devaient être complémentaires, travailler ensemble. C'est en train de se faire. Et là on se rend compte que ce qu'ils nous disent, c'est: On ne connaît pas vraiment assez ce que chacun fait. Donc, on va instaurer des espèces de tables de partage pour que les gens sachent que, moi, je fais ça, toi, tu fais ça, où est-ce qu'on se rejoint, où est-ce qu'on est complémentaires.

Mais on est une grande région, avec cinq populations très localisées. Donc, nos organismes communautaires sont, comme je mentionnais, assez près des établissements; il y en a bien souvent juste un dans chaque municipalité. Moi, en tout cas, j'ai l'impression qu'on fait beaucoup confiance à nos organismes communautaires. Actuellement, ils nous donnent un bon coup de main. C'est pour ça qu'on ne craint pas d'investir. Si vous avez constaté, tout à l'heure, on a mis quasiment 300 000 \$ de notre fonds de réallocation dans des organismes communautaires, surtout, encore là, au niveau de l'alcoolisme et au niveau de la jeunesse. Il y a des secteurs qu'on n'a pas développés beaucoup à date, on le mentionnait tout à l'heure. Je pense que, en santé mentale, on a du chemin à faire. En violence faite aux femmes, on a du chemin à faire. En alcoolisme et toxicomanie, on a encore un bout de chemin à faire, bien qu'on commence quand même à avoir une bonne assise. Mais, dans tous les programmes, dans toute la gamme des programmes, on veut aller plus loin.

On est en train de faire une analyse sur notre territoire actuellement pour bien déterminer quels sont les services qui existent de façon plus pointue. On a une liste des services qui existent, mais on veut aller voir d'une façon plus pointue. Quand on nous dit: On fait du santé maternelle et infantile à Lebel-sur-Quévillon, on fait quoi exactement, combien d'heures on donne, qui on rejoint avec ça, de façon à voir si, au niveau au moins de tous les services de base au niveau de la région, ils seront bien assis ou si on a du développement à faire. Ce qu'on voudrait, c'est avoir une accessibilité un peu partout sur le territoire qui soit à peu près identique.

Mme Charest: C'est justement la question que j'avais en sous-question: C'était quoi, à peu près, le niveau de services offert sur l'ensemble de votre territoire? Parce

que, quand vous dites que vous consacrez 300 000 \$ à des organismes communautaires qui offrent des services, bon, c'est sûr qu'ils vont toujours être fidèles à la Régie, vous êtes ceux qui les alimentez. Par contre, est-ce qu'un organisme qui reçoit une subvention pour faire de la prévention ou la promotion des habitudes de vie différentes, entre autres, en alcoolisme et toxicomanie... Est-ce qu'ils ont des mandats d'assurer une partie du territoire ou l'ensemble du territoire? C'est quoi, vos critères qui font que...

M. Ricard (René): Habituellement, les organismes communautaires sont identifiés à un milieu donné. Le territoire est tellement vaste qu'ils ne peuvent pratiquement pas sortir de... Les organismes de Chapais—Chibougamau ne peuvent pas aller donner des services à Lebel-sur-Quévillon, c'est à deux heures d'automobile de là. Et ceux de Lebel-sur-Quévillon ne peuvent pas aller donner des services à Matagami: s'ils passent par l'Abitibi, c'est à trois heures et demie de là. Donc, les distances sont trop vastes. Un organisme communautaire est dans une communauté donnée et donne ses services dans cette communauté-là. Par contre, il y a la TROC, dont je vous parlais tout à l'heure, qui est la Table régionale qui, elle, essaie de concerter ces organismes communautaires pour au moins qu'ils fassent un travail semblable dans chacun de leurs territoires.

Mme Charest: J'aimerais que vous nous parliez de vos CLSC.

M. Ricard (René): Nos CLSC?

Mme Charest: Vous en avez deux, je pense, ou un avec des points de services?

M. Ricard (René): C'est-à-dire qu'il faut bien comprendre que là, maintenant, il y a un seul établissement sur le territoire. Ça a été fusionné. Auparavant, il y avait un CLSC, deux centres de santé, deux hôpitaux. Actuellement, il n'y a qu'un seul établissement dont le nouveau nom tout récent est le centre régional de santé et services sociaux de la Jamésie. Donc, ce centre-là regroupe actuellement les missions, ou anciennement la mission CLSC et la mission hospitalière.

Mme Charest: Alors, la mission de CLSC, elle devient quoi à l'intérieur de ce regroupement d'entités administratives?

M. Ricard (René): Eh bien, elle devient quoi? Je dois vous dire que, personnellement, j'ai tout intérêt à ce qu'elle se poursuive, je suis un ancien directeur de CLSC. Je pense qu'on mentionnait tout à l'heure, au début, qu'il y avait des interrogations chez les employés qui avaient des inquiétudes, parce que, effectivement, lorsqu'on a commencé à discuter de ça, on se disait: Il faut préserver nos missions. Maintenant que je suis rendu à la Régie et que je suis à la planification, je suis bien placé pour faire

en sorte d'essayer de protéger les missions. En tout cas, j'essaie de le faire.

Mme Charest: On n'en doute pas, monsieur.

M. Ricard (René): À Chapais-Chibougamau, je devrais dire que la mission CLSC était déjà bien ancrée parce qu'on était un CLSC dédié, si je peux dire ça comme ça, pur, alors que, de l'autre côté de la région, c'étaient des centres de santé.

Or, de l'autre côté de la région, la partie hospitalière prenait le pas, si je peux dire, sur la partie CLSC. Et c'est un peu pour ça, tout à l'heure, que je vous mentionnais que là on est en train de faire une analyse, parce qu'on veut regarder au niveau des services justement de CLSC, des services de promotion, prévention, première ligne, ce qui se donne vraiment. Quand on me dit, à Lebel-sur-Quévillon ou à Matagami, qu'on fait de la santé maternelle et infantile, on fait quoi exactement? Parce que j'ai l'impression, d'après ce que je vois, qu'on a du travail à faire, du développement à faire de ce côté-là parce que, effectivement, au moment où on a tout fusionné ça, la partie CLSC était peut-être moins développée que la partie curative ou hospitalière. Ça fait qu'on est conscients qu'on a du chemin à faire du côté de l'ouest, et il faut protéger les missions du côté est.

Mme Charest: Je vous remercie parce que cette information est très importante. Il y a beaucoup de régions au Québec où on est en train de regarder la possibilité de fusionner certains établissements. Vous n'êtes pas sans savoir que la Fédération des CLSC était très inquiète par rapport à ce genre de mouvement parce qu'elle avait pour préoccupation de maintenir, je vous dirais, sur le haut du pavé son mandat, sa vocation. Ce qui est tout à fait normal, parce que traditionnellement, au Québec, le volet médical a toujours pris le pas sur le volet social, sur le volet préventif. C'est dans ce cadre-là que je vous posais la question: Qu'advient-il de la vocation du CLSC? Vous m'avez bien répondu. Je vous en remercie.

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

M. Chalifoux: Je vous remercie, M. le Président. J'aimerais vous entendre un peu sur le plan régional d'effectifs médicaux dans votre Régie régionale. Comment se comporte-t-il? Est-ce que vous avez des omnipraticiens en nombre suffisant? Est-ce que vous avez des spécialistes en nombre suffisant aussi?

M. Pelletier (Jules): O.K. Premièrement, au niveau de l'omnipraticien, disons qu'on avait des problèmes de recrutement voilà deux ou trois ans. Maintenant, nos effectifs sont complets au niveau des omnipraticiens. Il n'y a pratiquement pas de spécialités, disons, dans la partie Nord du Québec. Il y a seulement Chibougamau où il y a de la chirurgie et puis, naturellement, de l'anesthésie si on y fait de la chirurgie.

La faible densité ne nous permet pas de recruter des... Parce qu'un chirurgien, il ne viendra pas travailler tout seul. Souvent, ils vont venir à deux. Ça fait que là on fonctionne présentement sur la base d'itinérants. Mais on met beaucoup d'espoir... Vous savez qu'il y a des négociations qui sont faites actuellement avec la Fédération des médecins spécialistes sur la possibilité d'avoir un forfait réseau. Par exemple, d'avoir une équipe de chirurgiens ou d'anesthésistes de la région de Québec qui nous garantiraient un service à l'année longue, 365 jours par année, sur une base itinérante. Parce que c'est impossible pour une région comme Chibougamau de penser recruter deux chirurgiens puis deux anesthésistes qui... Sans ça, bien, on a un-un, puis on lui demanderait d'être en disponibilité 365 jours par année. C'est absolument impensable. Je ne sais pas si tu avais quelque chose à rajouter, René?

M. Ricard (René): Je ne sais pas si tu l'as mentionné. Je veux juste dire que notre plan au niveau des effectifs des omnipraticiens est actuellement complet, ce qui est rare parce que, pendant des années, on a eu beaucoup de difficultés à recruter des médecins. Actuellement, on a 30 médecins en poste dans la région, ce qui est extraordinaire pour nous.

Au niveau des spécialistes, on a six postes à combler. Actuellement, sur les six, on a seulement les deux postes d'anesthésistes qui sont comblés. Donc, on est toujours à la recherche de chirurgiens, de médecins en médecine interne, de psychiatres et de médecins en santé communautaire. Et ça, ce n'est pas facile.

M. Chalifoux: Vous me dites que vous avez deux postes d'anesthésistes de comblés sur la Côte-Nord?

M. Ricard (René): Oui, un poste dans la région Nord-du-Québec.

M. Chalifoux: Le poste au Nord-du-Québec. C'est assez exceptionnel. Ça doit être des anesthésistes qui aiment la pêche, parce que les anesthésistes là, vous conviendrez avec moi que ce n'est pas nécessairement la spécialité la plus facile à combler. Mais je reviendrai en vous demandant: Vous êtes en demande pour six postes au niveau des spécialités, c'est ce que j'ai bien compris?

M. Ricard (René): Exactement.

M. Chalifoux: C'est vos besoins réels, ça, que je dois comprendre.

M. Ricard (René): Oui.

M. Chalifoux: Est-ce que les ajouts nets du ministre, à l'heure où on se parle, vous les autorisez ou s'ils ne sont pas autorisés, comme c'est arrivé chez nous?

M. Pelletier (Jules): Non. Ça, c'est le plan d'effectifs.

M. Ricard (René): On vous parle des postes autorisés dans notre plan d'effectifs médicaux.

● (11 heures) ●

M. Chalifoux: Ça, c'est le plan d'effectifs.

M. Ricard (René): On vous parle des postes autorisés à notre plan d'effectifs médicaux

M. Chalifoux: Ça, c'est le plan d'effectifs 1997-1998.

M. Ricard (René): Oui, je pense que oui.

M. Chalifoux: O.K. Parce que vous avez des besoins réels comme toutes les régies régionales au Québec, et puis le ministre autorise ce qu'on appelle «des ajouts nets». Alors, quand il dit: Oui, on accepte ça, alors, là, je peux comprendre que les six postes dont vous êtes en demande que le ministre a approuvés, que c'était nécessaire que vous les ayez. Je comprends bien?

M. Pelletier (Jules): Oui.

M. Chalifoux: Donc, il vous reste à les combler.

M. Pelletier (Jules): Oui.

M. Chalifoux: Mais ils sont autorisés.

M. Ricard (René): On en a deux de comblés; il en reste quatre à combler.

M. Chalifoux: Mais ils sont autorisés.

M. Ricard (René): Ce n'est pas mon secteur, mais je présume que, oui, ils sont autorisés. Je pense qu'ils font partie du plan.

M. Pelletier (Jules): Oui, oui, ils sont autorisés. Ça fait partie d'un plan des effectifs médicaux approuvé par le ministre.

M. Chalifoux: Approuvé, autorisé par le ministre.

M. Pelletier (Jules): Oui, oui.

M. Chalifoux: Merci. Félicitations.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Mme la députée de Sherbrooke.

Mme Malavoy: Bonjour. Je trouve ça fort intéressant de vous entendre parler et nous expliquer comment vous arrivez à vous débrouiller dans cette vaste région que, nous, on regarde un peu de loin et qu'on connaît, je dois dire, mal.

Il y a une donnée qui m'a beaucoup intriguée dans votre présentation: c'est celle de la durée d'hospitalisation. Parce que je dirais que c'est un symbole d'un aspect du

virage ambulatoire que de dire: Il faut, dans l'ensemble du territoire du Québec, diminuer la durée des hospitalisations et, donc, trouver d'autres façons, des alternatives pour que les gens soient moins longtemps à l'hôpital. Or, vous avez dit, si j'ai bien compris, que vous étiez, vous, en deçà de la moyenne du Québec, et j'aimerais d'abord comprendre pourquoi, parce que, si on m'avait posé la question, moi, je ne sais pas, j'aurais imaginé que vous étiez au-dessus. J'aurais imaginé que, comme les territoires sont très grands, comme il y a peut-être, je ne sais pas, des problèmes de déplacement, comme, peut-être, il vaut mieux garder les gens un peu plus longtemps à l'hôpital que les renvoyer chez eux s'ils habitent à une certaine distance, j'aurais cru, moi, que vous aviez un taux au moins aussi important. Alors, j'aimerais que vous m'éclairiez sur cet indicateur et que vous m'expliquiez peut-être pourquoi vous arrivez à ce résultat. Il y a peut-être des choses que vous faites chez vous dont on pourrait prendre exemple ailleurs.

M. Ricard (René): Écoutez, je ne crois peut-être pas qu'on a tant de mérite que ça. Je ne connais pas les raisons très exactes qui font que le tableau qui est présenté à la page 18 démontre que depuis les années 1993-1994 on a toujours été, pour les principales causes d'hospitalisation, en bas de la durée moyenne de séjour du Québec.

Une des raisons qu'on s'expliquait, nous, parce que c'est des causes d'hospitalisation, quand même des problématiques importantes, c'est qu'on se disait: Peut-être comme on n'a pas de spécialistes chez nous, il est possible qu'à l'occasion, quand la problématique est très complexe, ces gens-là soient référés à l'extérieur de la région. Je dis bien: Possible. Je n'ai pas d'explication, je ne sais pas pourquoi la durée moyenne de séjour est si basse que ça chez nous par rapport aux régions du Québec, à la moyenne du Québec.

Mme Malavoy: Ça ne peut pas être lié au fait qu'on ait trouvé, par exemple, des façons pour que les gens soient pris en main dans leur milieu familial plus rapidement que ce qu'on arrive à faire dans d'autres régions?

M. Pelletier (Jules): En partie, mais ce n'est pas la raison principale, parce que la pratique médicale n'est pas différente, finalement, dans une région comme la nôtre. C'est sûr que l'explication que M. Ricard vous a fournie, je pense que je suis d'accord, c'est la principale raison: c'est qu'on n'a pas de services spécialisés, donc, on n'a pas des interventions chirurgicales, par exemple, qui nécessiteraient des longues hospitalisations. La même chose au niveau de la médecine. On n'a pas des complications, souvent, parce qu'il n'y a pas de médecins spécialistes. Quand un client va faire une complication, il va être transféré dans un centre spécialisé où il va pouvoir recevoir ces services spécialisés là.

Mais on a quand même une partie qu'il faut qu'on travaille au niveau de la région, parce que, même si ce sont des cas mineurs, entre guillemets, qu'on va hospitaliser, il reste que la pratique médicale, il faut qu'elle

change, à un moment donné. Les hospitalisations ne sont pas toujours justifiées, puis la durée non plus n'est pas toujours justifiée.

Mme Malavoy: Donc, vous avez comme objectif, même, de diminuer la durée actuelle.

M. Pelletier (Jules): Oui. C'est pour ça même en termes de nombre de lits, qu'on peut garder un nombre de lits... Vraiment, on a atteint l'objectif, finalement, que le gouvernement avait fixé en l'an 2000. Il est déjà atteint, puis probablement qu'on va diminuer en bas de ça à cause des caractéristiques de la population. On ne peut pas dire: Nous autres, on va atteindre l'objectif provincial. On est capables de baisser plus bas que ça.

Mme Malavoy: Est-ce qu'il y a un élément qui pourrait tenir au fait que la population est plus jeune dans votre région et, donc, moins malade? On sait qu'il y a un facteur fort important de vieillissement, particulièrement dans les grands centres. Donc, il y a une incidence, en conséquence, sur les maladies, les hospitalisations, les interventions. Est-ce que cet élément-là pourrait être un élément explicatif?

M. Pelletier (Jules): C'est un autre facteur, oui, qui est réel. Notre population est très jeune, quoiqu'on a de plus en plus de personnes âgées. Mais disons que, si on prend des strates d'âge, là, c'est vraiment inférieur au reste de la province. Nous autres, je pense que la première cause de décès dans la région, ce sont les traumatismes. Si je me souviens bien.

M. Ricard (René): On n'a pas beaucoup de personnes âgées: 3,4 % de notre population a plus de 65 ans. Donc, ce n'est pas énorme.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan. Et M. le député d'Ungava terminera.

M. Williams: Merci beaucoup. M. le Président. L'endettement du réseau de santé et services sociaux, c'est une question qui touche tous les Québécois et Québécoises. Je voudrais savoir c'est quoi, le niveau d'endettement dans votre territoire.

Mme Bois (Nathalie): Il faut dire qu'il y a énormément d'efforts qui se sont faits au niveau de l'atteinte des cibles budgétaires qui ont été fixées. Au niveau de l'endettement en tant que tel des établissements, les équilibres budgétaires ont été réalisés au cours des dernières années, de sorte que pour le fonctionnement de l'exploitation courante, on ne retrouve pas d'endettement ou de déficit chronique.

M. Williams: Oui, pour le fonctionnement, mais pour le capital, l'endettement tel quel pour les bâtisses et tout ça, je voudrais savoir le niveau.

Mme Bois (Nathalie): Il faut dire qu'il y a des autorisations d'emprunts, là, qui sont faites pour l'achat d'immobilisations dans le cadre des enveloppes décentralisées que le ministère permet pour l'achat d'équipement et le financement aussi de certains projets d'immobilisation qui sont faits. Pour vous donner un chiffre exact du niveau du pourcentage, je ne l'ai pas en main.

M. Williams: Je voudrais avoir ça si vous pouvez fournir ça après.

Mme Bois (Nathalie): Oui.

M. Williams: Parce qu'effectivement le gouvernement a essayé de nous convaincre que tout ça va bien et que tout est correct là. Et on sait qu'on paie pas mal sur les hypothèques et sur les autres dettes, et c'est pourquoi si vous pouvez fournir ça, pas maintenant, là, mais dans les plus brefs délais, ça va être très utile. Merci.

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

M. Williams: Oui. J'ai un autre sujet, mais je peux attendre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y. Continuez.

M. Williams: Merci. Un sujet que le ministre sait qu'il m'intéresse beaucoup: ce sont les services de santé et services sociaux pour les minorités. J'ai cherché dans votre rapport ce que vous avez fait et, finalement, j'ai trouvé ça à la page 46 d'un rapport de 47 pages. Mais j'ai trouvé ça. Nous avons entendu de plusieurs autres territoires des régions qui ont eu des lettres. Ils ont des appels, ils ont eu, selon eux, selon leur interprétation, le harcèlement du ministère sur toute la question de l'offre de services pour la communauté d'expression anglaise, parce que vous savez qu'il y a une obligation légale d'avoir un programme d'accès qui peut, d'une bonne façon, répondre à la question: Comment une personne de la communauté d'expression anglaise peut avoir les services dans sa langue? Je voudrais savoir: Est-ce que vous avez, pas comme la Mauricie, bel et bien protégé votre programme d'accès, ou est-ce que vous-mêmes avez subi les pressions du ministère pour changer ça et réduire l'offre de services à la communauté d'expression anglaise?

M. Ricard (René): On vient effectivement, au conseil d'administration du mois de mars, d'adopter notre plan d'accès révisé. Bon, finalement, on n'a pas modifié grand-chose.

M. Williams: Révisé ou réduit?

● (11 h 10) ●

M. Ricard (René): Révisé. Mais, finalement, ce que j'allais dire, c'est qu'on n'a pas modifié quand même grand-chose dans notre plan. Il fallait faire des ententes avec les établissements extérieurs où on doit acheminer ou

faire suivre nos clients qui doivent aller chercher des services spécialisés. Et, normalement, il fallait avoir des ententes avec tous les établissements où on est susceptible de transférer nos clientèles. Donc, on a revu avec eux aussi s'il y avait des modifications dans leurs plans, parce que, dans notre plan à nous, d'accès, on identifiait l'établissement ou ces personnes-là, et on identifiait aussi le type de service qu'ils étaient en mesure de recevoir en anglais dans ces établissements-là. Donc, on a refait partie-là parce qu'il y avait eu des modifications, effectivement, à certains endroits. Et il y a seulement à Chibougamau où il y a des Anglais, si je peux dire ça comme ça, quelques-uns et la majorité, ce sont les autochtones qui viennent chercher les services au centre hospitalier. Déjà, on a un service d'interprète cri-français à l'hôpital de Chibougamau, et on a maintenu l'obligation d'offrir les services médicaux en anglais.

M. Williams: Le premier programme d'accès pour l'hôpital à Chibougamau et le deuxième révisé après les interventions du ministère, c'est quoi, la différence entre les deux?

M. Pelletier (Jules): Je peux répondre.

Une voix: Oui, allez-y.

M. Pelletier (Jules): La différence, c'est que dans l'ancien projet, premièrement, il n'y avait pas d'entente de services pour référer notre clientèle à d'autres établissements pour recevoir des services spécialisés. Puis il y avait aussi d'inscrire, les services d'accueil, mais comme indiqué. Mais l'accueil, on ne l'a jamais donné, finalement. On ne s'est jamais assuré qu'il y avait un service en anglais 24 heures par jour. Ça fait qu'on l'a retiré, ce qui était antérieurement dit, mais on ne l'a jamais donné comme tel, le service.

M. Williams: Vous avez enlevé le service d'accueil dans le programme d'accès?

M. Pelletier (Jules): Oui. Ça ne change rien; c'est sur papier. Parce que de toute façon, le service, il n'a jamais existé, parce qu'on avait un service d'interprète.

M. Williams: Et il y a les autres changements de programme. Peut-être que vous pouvez déposer le programme révisé?

M. Pelletier (Jules): Oui.

M. Williams: Je présume que vous avez un comité régional pour ce programme d'accès. Est-ce qu'ils ont étudié et est-ce que vous avez envoyé ce programme révisé au comité provincial, selon la loi?

M. Ricard (René): Provincial?

M. Williams: Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant que vous répondiez, M. le ministre, je pense, a une mise au point à faire par rapport à une demande qui vient d'être faite.

M. Rochon: Bien, peut-être, M. le Président, si je peux juste clarifier ce qu'est le parcours prévu par la loi sur les plans d'accès. C'est que les plans sont préparés par les régies régionales et recommandés au ministre qui, lui, par la suite, doit faire une recommandation au Conseil des ministres, et c'est le Conseil des ministres qui prend la décision. Alors, tant que...

M. Williams: Il n'y a aucun rôle pour le comité provincial maintenant?

M. Rochon: ...le comité provincial a toujours son rôle d'aviser le ministre sur l'ensemble de tout ce qui est l'accessibilité aux services en langue anglaise. Le comité provincial n'a pas de rôle spécifique dans l'élaboration des plans d'accès. C'est le bras administratif, exécutif; c'est non pas sa partie aviseur. Maintenant, le comité est informé, il est au courant, il donne ses avis, mais il n'a pas un rôle à jouer sur chacun des 16 plans d'accès régionaux. C'est à partir des avis que les plans sont préparés. Je veux juste préciser...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): O.K. C'est ça.

M. Rochon: ...je ne veux pas partir un débat là-dessus ce matin, là; le processus, il est très clair. On le suit de façon très rigoureuse. Ça va continuer à être fait de façon très transparente, et l'objectif, je l'ai dit souvent, qui est l'article 15 de notre loi, que les services soient assurés en langue anglaise. C'est un objectif important, et il va être réalisé.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez fini votre question, M. le député?

M. Williams: Oui. Juste avant... Vous pouvez déposer le nouveau programme d'accès?

Une voix: Non.

M. Williams: Pas ici?

M. Rochon: Dans la procédure qui est prévue, la recommandation de la régie vient au ministre, et ça devient un projet. On vérifiera quand le projet pourra circuler, mais on ne peut pas mettre un document en circulation, qui fait le tour du Québec tant qu'il n'y a pas une décision qui est prête à être prise là-dessus.

M. Williams: Est-ce que c'est une décision de votre Conseil? Vous avez approuvé ça par un vote?

M. Pelletier (Jules): Oui.

M. Williams: Avec ça, c'est un document public, et je redemande de le déposer ici.

M. Rochon: Je n'ai aucune objection. Je veux juste que ça se fasse selon ce qui est prévu dans les règles du gouvernement, quels types de documents peuvent être partie publique.

M. Williams: Si vous voulez cacher les choses, vous pouvez cacher les choses, mais ils ont pris ça de bonne foi, et je demande qu'ils le déposent.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît! Ça va? Est-ce qu'il y a un autre commentaire avant que je passe au député d'Ungava? Non? M. le député d'Ungava.

M. Létourneau: Merci, M. le Président. Juste peut-être pour compléter au niveau de la connaissance sociopolitique de la région Nord-du-Québec, simplement pour vous dire qu'au niveau de la desserte des services, peu importe dans quel secteur d'activité, il s'enseigne actuellement en territoire inuit trois langues: le français, l'anglais et l'inuktitut. Il s'enseigne dans les écoles, chez les Cris, l'anglais, le français, le cri. Et il s'enseigne évidemment dans la partie non autochtone, l'anglais et le français. Mais il y a une volonté chez nous, compte tenu de la spécificité et de la proximité de ces communautés autochtones là une volonté d'intégration. Alors, ce n'est pas rare qu'il se donne des cours en cri et des cours d'inuit, notamment aux commerçants ou aux gens de la communauté non autochtone. Alors, toute cette dynamique d'échange et de desserte aux populations qui constituent la région, en regard de leur large d'origine, est tout à fait comprise et fait partie de la dynamique chez nous. À cet égard-là, il n'y a pas de problème.

La même chose, il y a certains mythes aussi qui existent à l'intérieur de la région 10, comme de dire, comme le collègue de Bertrand tantôt, qu'il faut nécessairement être un amateur de pêche pour être dans la région du Nord-du-Québec. Alors, les régions limitrophes, comme je vois des gens de l'Abitibi-Témiscamingue, les gens du Saguenay—Lac-Saint-Jean où pullulent les lacs vont vous dire qu'il y a autre chose que la pêche qui intéresse les gens dans le Nord-du-Québec.

Alors, s'il y a des effectifs médicaux complets, c'est que ça n'a pas toujours été comme ça. Il y a eu des époques pas si lointaines où, avec le Dr Rochon, le ministre de la Santé, on a dû regarder de façon spécifique la région Nord-du-Québec. Maintenant, il y a des effectifs médicaux complets. Mais il faut dire, et je pense que la Régie pourrait en parler longuement, quand on parlait de liens tissés serrés dans la région, notamment au niveau des services communautaires, au niveau des échanges, avec les municipalités notamment, il y a un groupe de citoyens qui ont décidé de donner un coup de main, des entrepreneurs, des gens de la région qui ont décidé de donner un coup de main à la Régie et de dire: Bien, écoutez, nous, on peut vous aider peut-être à aller vendre la région ou expliquer

aux gens, aux jeunes médecins ce que c'est, la région Nord-du-Québec, la faire comprendre, parce que les gens ne la comprennent pas.

Et il fut un temps où il y avait cette espèce, ce que j'ai toujours appelé la foire aux médecins, où tout le monde se rendait ou à Montréal ou à Québec avec des badges puis c'était qui avait le plus d'imagination pour vendre sa région avec toutes sortes d'artifices. Les gens de chez nous ne vont plus là maintenant; on fait les contacts directement. Et on s'est aperçu qu'il n'y a rien comme des médecins pour attirer d'autres médecins. Et on s'aperçoit que, chez nous, il y a beaucoup de jeunes médecins qui viennent parce qu'ils ont une dimension de qualité de vie qui est différente, des valeurs différentes de ce qu'étaient les médecins, que j'appelle «plus traditionnels», en termes de valeurs. Et je pense qu'à l'avenir, la région Nord-du-Québec est basée là-dessus, et c'est ça qui va faire en sorte qu'on va pouvoir avoir des ressources médicales ou d'autres ressources d'autres natures. On parle de ressources professionnelles. Les avocats, les ingénieurs, il y a de plus en plus de ce type de gens-là qui viennent et qui s'installent dans le Nord-du-Québec. C'est un petit parallèle.

Mais je voudrais terminer en posant cette question-là, parce que, quand on parle de distance et qu'on parle d'effectifs médicaux évidemment dans une région comme la nôtre, les gens de la Régie ont parlé tantôt de l'inforoute de la santé, toute la dimension technologique dans la région Nord-du-Québec prend un sens — évidemment vous allez le comprendre — d'urgence et d'importance première. Alors, je voudrais demander aux gens de la Régie qu'ils nous fassent un petit portrait sur tout ce qu'il en est de la question de la télémédecine, chose qu'on a longuement et souvent abordée avec le Dr Rochon lors de ses nombreuses visites. Mais où en est-on avec des projets de télémédecine dans la région Nord-du-Québec? Où en est-on en regard de l'inforoute de la santé? Et est-ce que la région Nord-du-Québec va être considérée comme une région-pilote à cet égard-là?

La Présidente (Mme Malavoy): Qui va répondre à cette question?

M. Letourneau: Et, si jamais vous n'avez pas les réponses, je peux demander au ministre de la Santé aussi.

M. Pelletier (Jules): Non, c'est que c'est sûr que, quand je l'ai mentionné tantôt dans la présentation, c'est-à-dire que c'est Mme Leclerc qui a précisé ça, nous autres, on attache une importance vraiment importante à ça, quand elle faisait référence, Mme Leclerc, à des services qu'on n'a pas actuellement. Je pense qu'il n'y a jamais un radiologiste qui va venir s'installer à Chibougamau ou à Matagami ou à Lebel, donc ce sont des services qui pourraient être facilement accessibles.

• (11 h 20) •

On a souligné aussi notre accord, notre satisfaction. On était très heureux finalement que le ministère ait décidé de créer, de relier toute la province, tous les établissements. Parce que c'est sûr que, dans les régions

qui sont plus éloignées, comme la nôtre, s'il n'y a pas de système qui est développé au niveau provincial, on aurait été oublié parce que ça aurait été développé strictement dans des grands centres. Donc, l'inforoute, c'est à la grandeur de la province, puis on trouve ça extraordinaire. Est-ce qu'on va être oublié? Non, je ne le pense pas, puis on s'organise pour ne pas l'être. Mais toutes les régions vont être considérées, puis on sait qu'il y a des prérequis: ça prend un technocentre au départ. Nous autres, on va être prêts à l'installer. On a déjà l'ébauche à Chibougamau, un technocentre. On a déjà fait le lien entre nos points de services au niveau Intranet. On n'a même pas attendu l'inforoute pour le faire. On trouvait ça important dans notre fonctionnement. Mais on va attendre, bien entendu, que le réseau téléphonique le permette pour faire quelque développement que ce soit. Je vous parlais de la télémédecine, de la téléconférence, de ces choses-là. Actuellement, ça serait trop coûteux, puis ça ne serait pas assez de bonne qualité, finalement, pour qu'on organise ces services-là. Mais ça vient. Nous autres, on prévoit ça que probablement d'ici un an, un an et demi, on sera relié avec le reste de la province au niveau télémédecine.

La Présidente (Mme Malavoy): Merci, M. Pelletier. M. le ministre voudrait faire un complément d'information.

M. Rochon: Tout court, Mme la Présidente. Comme M. Pelletier vient d'y faire référence, le contrat pour le développement du réseau de télécommunications a été adjugé en janvier dernier, je pense — ça, c'est vraiment parti — et la politique du gouvernement sur l'inforoute de l'information, qui va vraiment donner l'encadrement et le lancement à tous les développements, sera probablement rendue publique par ma collègue Louise Beaudoin dans quelques semaines ou en tout cas sûrement avant l'été, selon l'échéancier qui est connu actuellement. Alors, on peut être rassurés. Je pense que c'est vraiment parti, ça, c'est lancé.

La Présidente (Mme Malavoy): Je passerai maintenant la parole, pour une dernière question...

M. Chalifoux: Oui, une toute petite.

La Présidente (Mme Malavoy): ...au député de Bertrand, et ensuite on aura une conclusion de chaque côté.

M. Chalifoux: Alors, vous nous dites dans votre document qu'il s'avère difficile de recruter des médecins spécialistes et particulièrement en chirurgie générale. Afin de me rassurer puis de rassurer votre population aussi, est-ce que vous avez bon espoir, par exemple, que vous allez en recruter un ou une, à l'heure où on se parle?

M. Pelletier (Jules): Dans le secteur de la chirurgie, je vous ai mentionné tantôt qu'il y a eu des discussions avec le ministère, puis il y a des négociations qui ont

lieu actuellement entre la Fédération des médecins spécialistes puis le ministère. Puis il y a une chose qu'on appelle «le forfait réseau» plutôt que d'avoir... Parce que, comme je l'ai mentionné, la difficulté d'avoir un chirurgien résident dans une ville où il n'y a pas de volume d'activité suffisant, justement, pour qu'il y ait deux chirurgiens... Il y a à peine du travail pour un. Ça fait que c'est impossible qu'on ait deux chirurgiens sur place.

Je vous ai mentionné tantôt qu'on pourrait... Il y a des discussions, puis aussitôt que ça va être signé, l'entente, je pense que le ministère est venu à une entente avec la Fédération des médecins spécialistes à ce sujet-là. C'est qu'à ce moment-là on va pouvoir, plutôt que d'avoir un médecin, un chirurgien sur place continuellement, avoir une entente avec un groupe de chirurgiens — je vais donner la région de Québec comme exemple — où ces chirurgiens-là nous garantiraient une présence continue, à l'année longue, parce que, là, actuellement, on fait affaire toujours avec des dépanneurs. Ça nous prend quasiment quelqu'un en permanence pour s'occuper de trouver des dépanneurs.

M. Chalifoux: Mais vous aurez un chirurgien à plein temps, si je comprends bien, parce que vous êtes loin un peu quand il se passe quelque chose, vous, là.

M. Pelletier (Jules): On va en avoir plusieurs.

M. Chalifoux: O.K. Mais vous allez toujours avoir un chirurgien sur place?

M. Pelletier (Jules): C'est-à-dire qu'on va toujours avoir un chirurgien sur place. Ça ne sera pas toujours le même. C'est ça.

M. Chalifoux: C'est bien. Merci.

La Présidente (Mme Malavoy): J'inviterais donc M. le député de Nelligan à conclure, s'il le souhaite, cette période. J'inviterai le ministre ensuite.

M. Williams: Merci beaucoup pour votre présentation. Je pense que nous avons tous appris beaucoup de choses. J'ai grand intérêt à lire le document, que vous allez déposer plus tard, certainement, et j'espère que ça ne sera pas le seul échange que nous allons avoir. Si vous avez eu de la difficulté à passer vos messages au ministre, vous pouvez toujours téléphoner à l'opposition. Merci beaucoup.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Malavoy): M. le ministre, voulez-vous donner votre numéro de téléphone aussi?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Je pense qu'il est bien connu, Mme la Présidente. Bien, moi aussi, je veux vous remercier

beaucoup. Il y a trois choses qui me frappent spécialement dans la présentation que vous faites, ce matin, pour avoir vu évoluer votre plan d'organisation et vos réalisations au cours des dernières années. D'abord, quand on le revoit comme ça, je pense que c'est frappant comment tout ça s'est fait très rondement, dans un échéancier très, très, très serré où en peu de temps il s'est fait beaucoup de choses très, très, très structurantes pour l'avenir. Alors, on l'a vécu un peu avec vous autres, mais de le voir présenté comme ça, c'est frappant comment ça a été particulièrement efficace comme opération.

Deuxièmement, ce qui ressort beaucoup aussi, c'est comment vous avez su impliquer la population. Les régies régionales, un de leurs premiers rôles qui est d'assurer la participation des populations... Et ça nous rappelle très bien comment vous avez réussi, sur un vaste territoire comme ça, à aller chercher un consensus qui dépassait même strictement le réseau de la santé et des services sociaux mais qui allait chercher aussi les autres partenaires et les représentants de ceux qui sont des clients de ce système-là.

Et, finalement, ce qui est aussi frappant quand vous le décrivez, je pense, c'est comment on a là une belle intégration capable d'assurer ce qui est essentiel, cette première raison d'existence: des services de qualité, mais aussi accessibles, ce n'est pas peu dire, ça, dans un territoire comme le vôtre, et la continuité des services dans une opération comme ça en intégrant les différents niveaux et les différents types de mission. Et tout ça, ça me rappelle des discussions il y a trois ans avec mon collègue Michel Létourneau. Moi, je suis heureux de voir comment ça place bien les systèmes de santé pour être vraiment un partenaire, là, dans une espèce de modèle nordique du développement qui est, je sais, très cher à Michel Létourneau. Alors, merci beaucoup et ne lâchez pas.

• (11 h 30) •

La Présidente (Mme Malavoy): Il me reste, moi aussi, à vous remercier au nom de la commission, Mme Leclerc, M. Ricard, M. Pelletier, Mme Bois. Et je remercie également le député d'Ungava, qui s'est joint à cette discussion fort intéressante. Et je vous dis bonne chance pour la suite de vos projets. J'inviterais maintenant la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue à prendre place, s'il vous plaît.

(Changement d'organisme)

La Présidente (Mme Malavoy): J'inviterais les membres de l'opposition à reprendre leur place, s'il vous plaît. Et j'inviterais les représentants de la Régie régionale de la santé et services sociaux d'Abitibi-Témiscamingue à prendre place pour que la présentation débute.

Juste avant que vous commenciez votre présentation, je voudrais signaler que nous avons deux collègues qui se joignent à nous pour cette période qui sont les deux députés d'Abitibi-Ouest et d'Abitibi-Est et je les assure que le président, tout à l'heure, a bien indiqué que les députés des régions concernées sont bienvenus pour poser des questions pour intervenir. Donc, ça nous fait plaisir de

vous avoir avec nous. Je pense qu'on peut passer tout de suite, donc, à la présentation.

J'indique simplement que, dans la gestion du temps, on a une double contrainte en ce qui vous concerne. La première, c'est qu'on essaie d'entrer 30 minutes de présentation pour avoir ensuite environ 45 minutes de discussion et d'échanges réparties entre l'opposition et le côté ministériel. La deuxième contrainte, c'est qu'on va être à cheval entre la fin de la matinée et l'après-midi, donc on devra interrompre nos travaux à 12 h 30 et reprendre à 15 h 00, cet après-midi. J'espère que ça ne perturbera pas trop la discussion. Mais je suis certaine que, comme ce sera encore frais à notre esprit, on pourra reprendre cet après-midi de façon relativement aisée.

Alors, je vous invite à commencer la présentation en identifiant les personnes qui vous accompagnent de sorte qu'on puisse bien enregistrer leurs noms.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Barrette (Gilbert): Merci, Mme la Présidente. Mmes, MM. les députés, j'aimerais vous introduire les gens qui m'accompagnent ce matin: à ma droite, le Dr Hugues Germain, président de la Commission médicale; à ma gauche, M. Claude Sanesac, nouveau directeur général de la Régie régionale d'Abitibi-Témiscamingue; ainsi que, à l'arrière, à votre extrême droite, Daniel Fortin, directeur aux programmes et services; M. Jean Mercier, directeur aux ressources financières; ainsi que Mme Nicole Pépin, qui était directrice aux ressources humaines et relations avec la population et aussi le service des plaintes.

Donc, c'est les gens qui m'accompagnent ce matin pour cette présentation.

La Présidente (Mme Malavoy): Et vous-même...

M. Barrette (Gilbert): Gilbert Barrette.

La Présidente (Mme Malavoy): ...si je peux me permettre. C'est pour les fins d'enregistrement, M. Barrette.

M. Barrette (Gilbert): Oui, oui. Gilbert Barrette, président du conseil d'administration de la Régie régionale d'Abitibi-Témiscamingue.

La Présidente (Mme Malavoy): Merci beaucoup.

M. Barrette (Gilbert): Donc, Mme la Présidente, Mmes, MM. les députés, au nom du conseil d'administration et de la direction de la Régie régionale d'Abitibi-Témiscamingue, il me fait plaisir de vous convier dans notre belle région durant les prochaines minutes. Cette audition devant la commission parlementaire des affaires sociales nous a permis de faire un bilan des activités de la Régie régionale au cours des années visées par la présente. Il s'est avéré très bénéfique 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 régionale, travail qui aura permis à la population d'Abitibi-Témiscamingue d'avoir accès à des services de santé et des services sociaux de qualité en fonction de ses besoins et de ses disponibilités.

En guise de présentation, nous procéderons d'abord à une description de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, de sa population et autres principales caractéristiques. Nous aborderons par la suite son réseau sociosanitaire avec ses ressources et ses interrelations avec les autres secteurs. La transformation du réseau fera ensuite l'objet d'une présentation particulière en fonction des différents processus qu'elle a engendrés et de ses nombreux impacts sur l'offre des services, les ressources humaines et les suivis qu'elle nécessite. Nous passerons ensuite en revue les principales activités tenues lors des exercices financiers 1993-1997 pour finalement faire état des principaux dossiers pour la région.

Pour ce qui est de la région Abitibi-Témiscamingue, je vous inviterais, pour visualiser le territoire, à consulter la petite carte qu'on vous a remise, en annexe, qui image bien, je pense, les cinq territoires de MRC, les populations ainsi que les villes principales et les types d'établissements sur chacun de ces territoires.

L'Abitibi-Témiscamingue, comme vous le constatez, est un vaste territoire d'une superficie habitable de 65 131 km², soit près de 5 % du territoire québécois. Les distances y sont importantes. Par exemple, il faut compter près de 400 km de routes entre Senneterre, au nord-est, et Témiscamingue au sud-ouest. Au total, 85 municipalités se partagent le territoire, sans compter un certain nombre de territoires non municipalisés.

La grande étendue du territoire combinée à la dispersion de la population nécessite le maintien des infrastructures nécessaires à une accessibilité minimale aux services pour sa population, notamment en matière de services sociosanitaires. C'est pourquoi les établissements du réseau doivent être présents dans chacune des cinq MRC de la région.

Concernant la population, les dernières estimations de Statistique Canada indiquent à 157 467 la population d'Abitibi-Témiscamingue au 1er juillet 1996. Cette population régionale a la particularité de comprendre également une population algonquine qui se répartit entre les quatre réserves de Kebaowek, Témiscamingue, Pikogan et Lac-Simon ainsi que les trois établissements indiens de Hunter's Point, Winneway et Kitcisakik. Pour votre information, il y a une population en réserve d'environ 4 700 personnes. Je dis bien en réserve, mais il y a quand même des populations qui vivent dans la région de Senneterre et de Val-d'Or qui sont aussi des autochtones, mais pas nécessairement en réserve.

Une autre particularité tient au fait que la population d'une localité, Beaucanton, et de deux agglomérations, Val-Paradis, Villebois, de la municipalité de la Baie-James se procure ses services dans la région 08 plutôt que dans la région 10, région que vous venez d'entendre, à laquelle elle appartient administrativement. Selon le greffe de la MBJ, en 1995, cela représentait 894 personnes.

Toute la population de l'Abitibi-Témiscamingue représente un peu plus de 2 % de celle du Québec, et, même si les dernières années ont été marquées par une très légère croissance de la population en général, les petites municipalités voient leur effectif diminuer d'année en année.

Sur le plan linguistique, il s'agit d'une population relativement homogène, puisque plus de 93 % des gens déclarent le français comme langue maternelle. Enfin, la moyenne d'âge régionale demeure inférieure à celle du Québec.

Les principales caractéristiques. L'Abitibi-Témiscamingue connaît une situation de dépendance économique un peu plus importante que dans l'ensemble du Québec. Près de la moitié de la population en âge de travailler est sans emploi. Je préciserais qu'on a inclus là-dedans tout ce qui est clientèle étudiante.

L'économie régionale, pour sa part, est orientée de façon importante vers l'exploitation des ressources naturelles. Ce secteur d'activité regroupe plus de 16 % de la population active comparativement à un taux de 4 % pour le Québec. C'est le secteur tertiaire qui est de loin le plus important en Abitibi-Témiscamingue pour plus de 67 % de sa population active.

Une faible scolarisation concerne près de la moitié de la population d'Abitibi-Témiscamingue, ce qui est sensiblement plus important que l'ensemble du Québec. Ce phénomène apparaît en lien avec l'éloignement et la petite taille des municipalités ainsi qu'avec le déclin de la population.

• (11 h 40) •

Pour ce qui est du réseau sociosanitaire, le portrait qui suit présente le réseau régional et son évolution au cours des dernières années. Dans un premier temps, nous brosons un tableau des ressources publiques dédiées aux services de santé et services sociaux pour ensuite présenter les grandes lignes de leur planification.

Pour ce qui est des établissements — rapidement, parce que je ne lis pas tout, là — nous avons passé, en 1993-1994, de 24 établissements à 15 en 1997 par un processus de fusion et de rapprochement, mais c'est tous des processus de fusion. Je vous fais grâce de la lecture des MRC, avec les établissements, qui sont comprises. Vous avez Abitibi-Est, qui est la ville d'Amos en particulier; Abitibi-Ouest, La Sarre; Rouyn-Noranda; Témiscamingue, dont la plus grande ville est Ville-Marie; ainsi que la Vallée-de-l'Or, qui est celle de Val-d'Or. Et vous remarquez les établissements qui demeurent.

Parmi ces établissements, les centres de réadaptation et les centres jeunesse ont une vocation régionale pour l'ensemble de leurs services, alors que les centres hospitaliers ont chacun des spécialités régionales en plus de leurs mandats locaux de base.

Les services intermédiaires non institutionnels. Dans le cadre de son plan de transformation, la Régie régionale a procédé à des réallocations pour permettre des investissements de plus de 450 000 \$ pour les ressources de type non institutionnel. Ces ressources ont été consolidées ou mises en place au rythme de la réorganisation de

l'offre des services prévue au plan régional. En outre, les établissements gèrent plus de 460 ressources de type familial et intermédiaire. Pour les organismes communautaires, en 1993-1994, 91 organismes sont subventionnés par la Régie, et c'est passé à 101 en 1997, pour un budget de 4 200 000 \$.

Pour assurer une gestion adéquate des subventions, la Régie régionale a révisé son cadre d'analyse des demandes de subvention pour l'exercice 1996-1997. Cette opération était d'autant plus justifiée par le fait que la Régie régionale a décidé d'accorder des budgets supplémentaires de 600 000 \$ répartis sur deux ans aux organismes communautaires du territoire, et ceci, afin de consolider les activités reliées à la transformation du réseau.

Pour ce qui est des achats regroupés, rapidement, nous atteignons près de 60 % de tous les achats au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue — je pense que c'est à signaler — ce qui représente 16 000 000 \$ et quelque 100 000 \$ pour ce qui est des achats regroupés.

Le GATT a également signé une entente avec le réseau canadien — le dernier paragraphe de 3,4 — de distribution des produits pharmaceutiques, permettant ainsi à la région de se procurer des médicaments auprès d'un seul distributeur représentant une trentaine de fournisseurs, et ce, sans frais additionnels.

Pour ce qui est des ressources humaines, secteur des plus importants, c'est la ressource publique qui génère la part la plus importante des emplois de ce secteur d'activité. En Abitibi-Témiscamingue, cela représente près de 11 % de tous les emplois. En 1993-1994, les établissements de la région employaient près de 3 700 salariés en équivalents à temps plein et 296 cadres, soit 4 015 effectifs. Depuis, les compressions budgétaires et la transformation du réseau ont sensiblement modifié la structure des ressources humaines. Ainsi, le plan régional de main-d'oeuvre nous révèle que le nombre de détenteurs de postes syndiqués est passé de 3 005 équivalents à temps complet à 2 697 en 1997. Ceci représente une diminution de 403 postes durant l'exercice. En ce qui concerne le personnel d'encadrement, le nombre est passé de 279 à 224, pour une diminution de 55. Ces variations représentent respectivement une diminution de 13 % pour le personnel syndiqué et de 20 % pour le personnel d'encadrement.

Les personnes bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi sont passées de 23 à 25, tandis que les personnes sécuritaires sont passées de 39 à 146. Ce sont surtout les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés qui ont vu leurs effectifs diminuer. Le nombre de salariés a connu une baisse de 11 % entre 1993 et 1997 dans cette catégorie d'établissements. Par contre, les établissements ayant un volet CLSC ont enregistré une augmentation de 9 % de leurs salariés.

La MRC d'Abitibi-Ouest a été la plus touchée, pour une perte de 16 %, passant de 628 en 1993-1994 à 525 en 1997. Cette situation résulte du fait que, historiquement, cette MRC était favorisée en termes de ressources institutionnelles et que cette situation doit progressivement être corrigée dans une orientation d'équité intrarégionale. C'est un dossier assez majeur actuellement.

Programme d'incitatifs aux départs volontaires. En région, 215 personnes se sont prévalues du programme d'incitatifs aux départs volontaires, dont 11 cadres.

Les effectifs médicaux. Alors que la région de l'Abitibi-Témiscamingue est tributaire des différentes mesures négociées centralement pour le recrutement et la rétention des médecins, leur répartition sur le territoire est en fonction du plan régional d'effectifs médicaux et également du modèle régional d'organisation de services médicaux. Je saute les deux paragraphes suivants.

Entre 1993 et 1997, le nombre de médecins omnipraticiens dans la région est passé de 137 à 155, soit une augmentation de 18. Je vous ferai remarquer que nous sommes encore en recrutement pour huit à 10 généralistes ou omnipraticiens pour combler le plan d'effectifs.

En ce qui a trait aux médecins spécialistes, leur nombre est de 102 au 31 mars comparativement à 87 en 1993, ce qui représente une hausse de 15 médecins. Pour compléter son plan, la région devrait pouvoir compter sur le recrutement de 15 autres spécialistes.

Pour ce qui est de la Régie régionale — point 4 — la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue est née en 1992 dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux impliquant une nouvelle loi. Elle succédait au Conseil régional de la santé et des services sociaux. La mission du nouvel organisme est de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux dans le respect des orientations du ministre et des priorités régionales, et ce, dans le but de maintenir et d'améliorer la santé globale de la population.

En 1993-1994, la Régie régionale comptait un total de 95 employés, dont 14 cadres et sept occasionnels. En 1997, ses effectifs sont de 68 employés, incluant huit cadres et sept employés à temps partiel et cinq cadres en stabilité d'emploi. Cette réduction des effectifs et du nombre de cadres résulte des compressions budgétaires subies au fil des ans, mais également de la révision du plan d'organisation de la Régie en 1995-1996. Cette modification structurelle et fonctionnelle était rendue nécessaire pour effectuer le virage engendré par la réforme et les nouveaux mandats décentralisés dans les régies.

Pour ce qui est de la planification de services, la réforme axée sur le citoyen était suivie, en 1992, d'une politique de santé et bien-être. Cette dernière a donné lieu, en Abitibi-Témiscamingue, à la formulation de 22 objectifs et d'un plan d'action résultant d'une tournée de consultation dans les MRC. On y reconnaît huit cibles d'action prioritaires touchant les habitudes de vie, l'environnement physique et social, le développement des compétences, la lutte contre la pauvreté et les inégalités et l'accès aux services.

La réforme a aussi amené une nouvelle approche de l'organisation des services résultant du fait que l'on ne veut plus axer sur un réseau d'établissements, mais plutôt sur un réseau de services intégrés. On fait maintenant référence à huit grands programmes clientèles, soit la santé physique, la santé publique, la santé mentale, les personnes âgées en perte d'autonomie, la déficience physique,

la déficience intellectuelle, la jeunesse, l'alcoolisme et autres toxicomanies. À ces programmes s'ajoute tout le volet interprogrammes incluant des problématiques comme la violence envers les femmes, l'autisme, et autres. Le processus devant mener à la transformation du système sociosanitaire au Québec et du réseau régional ainsi débutait. Je passe le paragraphe suivant.

Nous souhaitons souligner à ce moment-ci le haut niveau d'implication de la commission médicale régionale dans le plan régional de transformation du réseau et également dans tous les dossiers régionaux de planification de services médicaux. Parmi les principales activités, j'aimerais attirer votre attention, entre autres — parce que je ne fais pas toute la lecture — sur le dernier élément de cette page — pour moi, en tout cas — production et approbation du plan d'action global en matière de santé et bien-être en Abitibi-Témiscamingue. En 1994-1995, production du plan régional d'organisation de services médicaux spécialisés. Il y en a d'autres, mais j'attire votre attention là-dessus. En 1995-1996, diagnostic du réseau sociosanitaire régional avec ses forces, ses faiblesses et ses contraintes et l'élaboration des contraintes et objectifs de transformation de l'offre de services régionale. En 1996-1997, l'adoption par le ministère du plan de transformation en Abitibi-Témiscamingue au début du processus d'implantation de ce plan dans le réseau sociosanitaire.

Le 27 juin 1996, le ministre de la Santé et des Services sociaux approuvait le plan de transformation du réseau sociosanitaire Abitibi-Témiscamingue 1996-1998. Ce plan est le résultat d'un processus de participation, de consultation et d'implication des établissements, des organismes communautaires et de plusieurs autres organismes de la région. Quand on dit plusieurs autres, c'est, entre autres, des organismes socioéconomiques dans certains cas et les municipalités, les territoires de MRC.

● (11 h 50) ●

Par la suite, la Régie régionale a effectué une tournée régionale auprès des établissements et partenaires à l'automne 1996 dans le cadre du suivi d'implantation de la transformation du réseau. Parallèlement, les établissements des MRC procédaient à l'élaboration et au dépôt de leurs offres de services à la Régie régionale. Des indicateurs de suivi des résultats de la transformation du réseau ont été développés afin de fournir des points de repère dans l'appréciation de l'évolution de la transformation. La Régie régionale, dans son plan de transformation, a précisé des principes de base et, plus particulièrement, que les orientations retenues dans le cadre du virage santé bien-être en Abitibi-Témiscamingue devaient guider nos choix par des cibles d'action prioritaires.

Le plan de transformation 1996-1998 précise les cibles suivantes. Je fais simplement énumérer ces cibles: accès aux services de base, soutien à la famille, support aux réseaux naturels d'aide, environnement physique et biologique. Pour ce qui est des principes, simplement deux que je vous signale — et je vous fais grâce de la lecture — entre autres, que l'accès des services intégrés continus et complémentaires soit assuré aux personnes de toutes les MRC. En un mot, on ne veut plus voir quelqu'un assis

entre deux chaises, c'est-à-dire qu'on ne sait pas qui va s'en occuper à un moment donné. Donc, pour ce qui est du service intégré continu et complémentaire, pour nous, c'est très important. Que la transformation du réseau contribue à l'atteinte des objectifs de santé et bien-être de la région en s'inspirant du plan d'action.

Les objectifs généraux, 6.3. Le plan précise de plus les objectifs généraux qui doivent influencer le choix d'organisation dans chacun des programmes. Rapidement, soit entre autres: ressources plus légères; milieu naturel axé sur la protection, la promotion et la prévention; un service accru de maintien à domicile; et développer et consolider des modes d'intervention efficaces pour contrer la violence et la négligence envers les clientèles vulnérables. Et ce qu'on travaille aussi beaucoup, c'est de compléter et de consolider la complémentarité des services — je reviens là-dessus parce qu'on en discute régulièrement — dans chaque territoire de la MRC.

L'intersectoriel et l'implication avec le milieu. La transformation a présenté une excellente opportunité pour la Régie régionale de se rapprocher de sa population et des autres secteurs d'activité dans le milieu. La consolidation du partenariat dans l'implantation du programme Villes et Villages en santé en est un bon exemple. Ce programme a pris racine à Rouyn-Noranda il y a une dizaine d'années. Maintenant, c'est beaucoup plus étendu au niveau du Québec et particulièrement dans notre région.

Villes et Villages en santé. Dans le cadre de la transformation du réseau, des actions de promotion de santé ont été prévues pour consolider le projet Villes et Villages en santé dans la MRC de Rouyn-Noranda et entreprendre le développement dans les quatre autres MRC de la région. Au cours de 1996-1997, plus de 200 personnes ont été sensibilisées aux avantages d'un tel programme d'action, des élus et des gestionnaires municipaux, des membres de corporations et de développement local de la société de développement de la MRC, cela avec la collaboration de gestionnaires et d'intervenants de CLSC et de centres de santé

Dernier paragraphe de cet item. Finalement, signalons que la Régie régionale vient de conclure une entente de collaboration avec le Conseil régional de développement d'Abitibi-Témiscamingue et le Secrétariat au développement des régions pour renforcer le développement de Villes et Villages en santé, une première au Québec

Mesure travail de rue. Dans le cadre de la transformation du réseau, le conseil d'administration de la Régie régionale a retenu l'implantation de la Mesure travail de rue dans chacune des MRC. L'approche préconisée vise à rejoindre les jeunes dans leur milieu de vie et à créer un environnement de soutien. Ce mode d'intervention est jugé efficace et avait été retenu dans le plan régional en matière de santé et bien-être.

Pour ce qui est du point 7, bilan des lits et des places dans les établissements, je vous inviterais à consulter un tableau qu'on vous a remis en même temps que...

Une voix: ...

M. Barrette (Gilbert): On vous a caché... Rapidement, lits en hospitalisation de courte durée. Nous avons 499 lits en 1993-1994 pour passer à 381 en 1996-1997. Donc, diminution de lits courte durée pour entrer dans la norme de 2,5 par 1 000 habitants. Pour personnes âgées, soins de longue durée, nous sommes passés de 902 en 1993-1994 pour atteindre 612, soit une diminution de tout près de 300 lits pour atteindre le ratio de quatre par 100 personnes âgées. En pavillon, une augmentation de 135 à 153. En psychiatrie, une diminution de 57 à 46. Et, en réadaptation physique, nous sommes à 28 lits. En fait, ça, c'est un programme que nous devons développer et dont nous avons entrepris le développement. Pour ce qui est des jeunes en difficulté d'adaptation, on est passé de 130 lits en 1993-1994 à 84 lits en 1996-1997, et l'objectif visé est de 48, à venir. Ressources intermédiaires, 57 places. Personnes autistes, il y a 10 places en interne, mais ce qui est visé, c'est de diminuer le plus possible. Mais, étant une clientèle particulière, il faut s'organiser pour que les ressources intermédiaires soient en place avant de désinstitutionnaliser. Déficience intellectuelle, nous sommes à 70, 39 à Macamic et 31 dans la région d'Amos. Alcoolisme et toxicomanie, il y a 10 places internes. Donc, c'est le bilan rapide des lits, et vous avez ça dans le texte à la page 20 de votre document, là, en texte plus détaillé.

On passerait au point 8. En 1996-1997, les principales modifications apportées en relation avec la transformation sont présentées ci-dessous par programme. Là aussi, je vous indique simplement ceci: Tous les centres hospitaliers ayant des vocations régionales ont déposé à la Régie régionale leur plan d'organisation de services pour leurs spécialités respectives. Pour aider à votre compréhension, dans notre région, il n'y a pas d'hôpital, ce qu'on appelle un hôpital régional ou un centre M. Dans la région, il y a trois centres majeurs qui ont des spécialités décentralisées. Donc, c'est pour ça qu'on a ce qu'on appelle des «corridors de services», et vous avez la liste des centres hospitaliers avec les spécialités qui s'y rattachent

J'attire votre attention sur le réseau de la santé et des services sociaux des Auréoles boréales. C'est un beau mot, un beau nom. Ça, ça représente l'Abitibi-Ouest. C'est regroupé dans cette MRC, un petit centre hospitalier de 47 ou 48 lits avec CHSLD, centre hospitalier de soins longue durée, ainsi que le CLSC. Donc, tout ça est regroupé sous la même administration, le même conseil d'administration.

Le temps d'attente, élément qui vous intéresse, j'en suis convaincu. Malgré la fermeture de 120 lits de courte durée physique pour atteindre un ratio de 2,5 par 1 000 habitants, le temps d'attente en région pour recevoir des services en chirurgie ambulatoire hospitaliers varie de quelques semaines à plusieurs mois selon la spécialité et les centres. Les spécialités présentant le temps d'attente le plus court sont la gynécologie, la chirurgie générale, la chirurgie maxillo-faciale et la chirurgie plastique. Les temps d'attente les plus longs se retrouvent au niveau de

l'urologie, de l'ORL, de la chirurgie orthopédique et ophthalmologique.

Séjour sur civière. Le registre nous démontre que, au niveau des moyennes de séjour des patients sur les civières à l'urgence, les établissements de la région maintiennent un niveau satisfaisant de performance. Ainsi, 6,11 % des patients ont séjourné au cours de l'année 1996-1997 pour plus de 24 heures à l'urgence, alors que l'objectif est de 15 %. D'autre part, 1,15 d'entre eux ont séjourné plus de 48 heures lorsque l'objectif de séjour est de zéro.

Virage ambulatoire. Plusieurs mesures ont été mises en place pour faciliter le virage ambulatoire. Ces mesures ont nécessité l'implication des partenaires tant du réseau que du communautaire. Tous les centres hospitaliers et centres de santé ont concentré leurs efforts en vue d'augmenter la chirurgie d'un jour et l'admission le jour même. Des cliniques de préadmission sont en place dans certains centres ainsi que des unités de médecine de jour. Des activités d'enseignement préopératoire se donnent presque partout et les services de maintien à domicile sont planifiés dès l'admission. Quelques éléments de services qui ont été développés: l'antibiothérapie à domicile, l'inhalothérapie à domicile, centre d'enseignement sur l'asthme, les mini-centres de diabète.

L'Info-Santé. J'attire votre attention là-dessus parce que c'est un service, pour nous, qui est drôlement utile et drôlement aidant. En 1996-1997, le service Info-Santé CLSC-centre de santé a traité près de 4 000 demandes par mois. De plus, la diffusion d'une publicité télévisée a eu des effets à la hausse sur l'utilisation de la ligne Info-Santé CLSC, et un budget supplémentaire a été accordé pour l'ajout de personnel et d'une ligne téléphonique. Un bilan du fonctionnement d'Info-Santé CLSC-centre de santé a été réalisé, et l'analyse des informations recueillies relève les forces et les faiblesses du service. C'est ainsi que la Régie régionale vise maintenant l'amélioration du service au niveau local, plus particulièrement en regard de l'accessibilité du service et de l'immédiateté de la réponse.

• (12 heures) •

En néphrodialyse, la Régie régionale a consolidé l'accessibilité au service de néphrodialyse en Abitibi-Témiscamingue en finançant l'ouverture, en février 1997, du centre d'hémodialyse semi-autonome du centre hospitalier Rouyn-Noranda. Ce dernier est devenu un centre satellite du Centre hospitalier de Val-d'Or qui détient la vocation régionale en néphrologie.

Sur le plan préventif, des activités de dépistage de l'insuffisance rénale sont également mises en place dans les mini-centres de diabète de chaque MRC.

En santé mentale, le conseil d'administration de la Régie régionale a adopté, le 21 mars 1997, un modèle de prestation de services intégrés en santé mentale pour l'Abitibi-Témiscamingue. Ce modèle prévoit une coordination régionale des services assumés par le centre hospitalier Malartic et une coordination locale par les partenaires identifiés dans chaque MRC.

Au dernier paragraphe, en ce qui concerne la clientèle psychiatrique de longue durée hospitalisée, une

démarche d'évaluation entreprise conjointement avec le centre hospitalier Malartic permettra de connaître la nature des services requis par les usagers dans la communauté.

Au 31 mars 1997, il n'y avait pas de liste d'attente pour des hospitalisations de courte durée de même que pour des services de longue durée au centre hospitalier Malartic. Pour ce qui est des services externes de psychiatrie et de consultation en santé mentale, le temps d'attente varie de quelques jours à quelques semaines, selon les centres.

Alcoolisme et autres toxicomanies. Conformément aux objectifs de la transformation, des tables d'organisation de services ont été mises en place dans chacune des MRC en vue de coordonner les actions des partenaires oeuvrant en alcoolisme et toxicomanie. Et, quand on parle de partenaires, on parle beaucoup d'organismes communautaires, entre autres. Par ailleurs, des discussions ont eu lieu avec les établissements concernés pour développer et implanter un programme d'intervention précoce pour les jeunes n'ayant pas encore développé de dépendance physique, mais ayant une consommation problématique. Bref, une large partie des activités prévues au plan de transformation du réseau est réalisée ou en voie de l'être.

Enfance, jeunesse. Il y a eu fermeture de 38 places à l'interne au centre jeunesse et au centre de réadaptation La Maison — c'est situé à Rouyn-Noranda — et la mise en place des mesures alternatives au placement des jeunes en milieu institutionnel va bon train et respecte les échéanciers prévus au plan de transformation. En matière de prévention, la Régie régionale travaille étroitement avec les partenaires du réseau pour l'implantation d'un programme intégré en périnatalité dans la région. Ce programme est actuellement implanté dans les MRC de Vallée-de-l'Or et de Rouyn-Noranda.

La liste d'attente en protection de la jeunesse a fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part de la Régie régionale. Cependant, cette liste se situe à 59 en attente de services, au 31 mars 1997, soit près de trois fois au-dessus du zéro théorique. Cette situation serait due en grande partie à une augmentation importante du nombre de signalements reçus, 25 %, et au fait que les programmes de prévention dans le domaine de la jeunesse ne sont pas tous opérationnels dans l'ensemble des MRC. Une concertation du centre jeunesse avec les CLSC est cependant en cours.

Pour les personnes âgées, la région a réalisé des fermetures de 196 lits et la fermeture de 94 lits supplémentaires est prévue afin d'atteindre l'objectif de 5 %. Il y a eu transfert de 250 lits de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés vers les CHSLD, dans le cadre d'une réorganisation régionale des responsabilités pour la clientèle âgée.

Pour soutenir le développement des services de maintien à domicile, le conseil d'administration de la Régie régionale accordait, le 25 septembre 1996, un montant de 706 000 \$ annualisé à 1 000 000 \$ pour toute personne qui requiert des services à domicile. L'investissement total en maintien à domicile prévu au plan de transformation est de 2 800 000 \$.

Je sauterais un paragraphe.

Au 31 mars 1997, 76 personnes âgées en perte d'autonomie étaient en attente de services d'hébergement dans la région. Un bon nombre d'entre elles requièrent des services d'hébergement et de soins longue durée, soit 52, 15 autres personnes sont en attente pour un hébergement de ressources intermédiaires et les six autres sont en attente pour une ressource de type familial.

L'année 1996-1997 a également donné un premier contact avec des ressources privées sans permis, dans la perspective de reconnaître la clientèle, les services offerts et le fonctionnement. Une intervention de la Régie régionale dans ces ressources sans permis a été effectuée à trois reprises, conséquemment à des demandes de vérification de services.

La déficience physique. La Régie régionale a développé, au cours de l'année 1996-1997, un modèle de services en déficience physique basé sur un continuum intégré de services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. À cette fin, elle avait mandaté un comité d'experts en déficience physique pour développer un cadre de référence basé sur une approche-programme. Ce cadre de référence a permis d'identifier les pistes d'organisation des services qui s'inscrivent dans un continuum intégré de l'ensemble des services requis par les personnes tout en respectant les grands paramètres de la transformation du réseau, comme la complémentarité de l'ensemble des services offerts sur le territoire.

De façon plus spécifique, le plan régional prévoit la mise en place d'équipes multidisciplinaires d'adaptation et de réadaptation de base dans chaque MRC ainsi que des services d'adaptation et de réadaptation spécialisés régionaux sous la responsabilité du centre de réadaptation La Maison. Le plan prévoit également que des équipes de réadaptation du centre de réadaptation La Maison aient accès aux clientèles des services de stabilisation et de réadaptation des centres hospitaliers et des centres de santé. Ce support s'effectue en complémentarité des services offerts par chacun de ces établissements.

Le centre de réadaptation La Maison s'est vu confier la responsabilité d'assurer, avec ses partenaires en région et les établissements ultraspecialisés hors région, le continuum intégré des services en déficience physique en convenant avec eux des corridors de services, des protocoles de transferts ainsi que des protocoles d'ententes de services cliniques à mettre en place.

Dans les faits, 28 lits d'adaptation et de réadaptation ont été identifiés pour l'ensemble de la région, soit 16 lits pour les services d'adaptation et de réadaptation de base, répartis équitablement dans chacune des MRC, et 12 lits spécialisés régionaux au centre hospitalier Saint-Jean, situé à Macamic, sous la responsabilité du centre de réadaptation La Maison. Par ces choix, l'ensemble des services de réadaptation fonctionnelle, qu'ils soient à l'interne ou à l'externe, intensifs ou non, seront assurés à l'ensemble des clientèles concernées.

Au 31 mars 1997 — je vous inviterais à consulter — il y avait des gens en attente de services, il y avait 342 personnes en attente de services. Il faut remarquer une baisse de cette liste de l'ordre de 28 %, comparativement

au 31 mars 1996 qui était à 476. Par contre, une augmentation de 7 % du nombre d'usagers ayant une déficience physique inscrits à cet établissement est observée au 31 mars 1997. Il est raisonnable de croire que ces variations positives s'expliquent par l'implantation du continuum intégré de services en déficience physique amorcé depuis la fin novembre 1996. Là-dessus, j'aimerais signaler que la région a investi près de 1 000 000 \$ sur deux ans pour aider à développer un meilleur accès aux services en déficience physique.

Services aux personnes ayant un handicap. Plus de 1 056 personnes handicapées ont reçu des services au cours de l'exercice 1996-1997, pour des budgets totalisant 1 574 000 \$. Ces budgets sont gérés par les CLSC de notre région. Chacun des établissements fournit annuellement à la Régie régionale un relevé des statistiques concernant les sommes octroyées aux personnes admises comme personnes handicapées dans leur MRC.

Services en autisme. La fermeture de places en établissement permet également de récupérer un budget évalué à près de 600 000 \$ sur deux ans, pour le développement des ressources externes largement déficientes. De plus, un investissement est prévu pour des ressources substitués au placement, de maintien dans le milieu et à celles d'adaptation et de réadaptation. Le 27 septembre 1996, en conformité avec le plan de transformation du système de santé et de services sociaux, le conseil d'administration allouait un budget annualisé à 400 000 \$ pour les services en autisme.

Déficience intellectuelle. La Régie régionale a confié à Clair Foyer — c'est situé à Amos comme siège social, mais il y a des services dans toute la région — la responsabilité d'assurer le maillage et le transfert de l'expertise clinique entre les différents partenaires associés dans la prestation des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle, qu'elles aient ou non des problèmes multiples associés à cette déficience. Pour ce faire, la Régie régionale privilégie des protocoles ou ententes de services cliniques entre Clair Foyer et l'ensemble de ses partenaires du milieu, dont le centre hospitalier Saint-Jean et les organismes communautaires impliqués en déficience intellectuelle.

• (12 h 10) •

L'année 1996-1997 a donc été marquée par l'implantation, dans chacune des MRC, des mécanismes d'action en déficience intellectuelle et par la transformation des ressources résidentielles de Clair Foyer en milieu de vie intégré dans la communauté. Le nombre de personnes en attente de services de cet établissement s'élève à 54, au 31 mars 1997, comparativement à 38, l'année financière précédente. L'augmentation du nombre d'usagers en attente peut s'expliquer par un impact certain du processus actuel d'implantation des mécanismes d'action en déficience intellectuelle amorcé au printemps 1996. Un rapprochement des différents intervenants est observé, ainsi qu'une augmentation du nombre d'usagers présentant des pathologies mixtes ou nécessitant une expertise spécifique en déficience intellectuelle.

Accès aux services pour la clientèle autochtone.

La Présidente (Mme Malavoy): M. Barrette, je vais devoir vous demander d'accélérer un petit peu, si c'est possible, parce qu'on dépasse. Je veux bien être généreuse dans le dépassement, mais en même temps je veux qu'on ait le temps de discuter un peu avec vous.

M. Barrette (Gilbert): Je l'apprécie, Mme la Présidente, et je conclus dans quelques minutes.

La Présidente (Mme Malavoy): Je vous laisse aller quand même. Je vous signale simplement que ce serait bien si on pouvait attirer l'attention sur les points les plus importants, dans la dernière partie du texte.

M. Barrette (Gilbert): Merci, madame. Accès aux services pour la clientèle autochtone. La Régie régionale a collaboré au processus de transfert des services sociaux vers les premières nations algonquines du Lac-Simon, Kitchisakik, du Grand-Lac-Victoria, et Abitibiwinni, Pikogan.

L'entente signée le 24 janvier 1996 reconnaît un partage de responsabilités. Dorénavant, les Services sociaux Minokin dispensent aux populations des trois bandes tous les services sociaux, sauf ceux qui concernent les responsabilités exclusives attribuées au directeur de la protection de la jeunesse.

En regard des bandes algonquines de l'ouest de la région, la Régie régionale a accordé son support à l'obtention d'un permis pour l'implantation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné pour les personnes âgées en perte d'autonomie, dans la réserve de Notre-Dame-du-Nord. Cette ressource est présentement en construction et pourrait loger 10 personnes en permanence, et deux places seront réservées pour le répit des ménages.

Contour des ressources en CLSC. Il y a un travail qui a été fait là-dessus pour cerner les sommes qui sont investies — je passe dessus.

Équité intra et interrégionale. La recherche de l'équité dans l'allocation des ressources en Abitibi-Témiscamingue a donné lieu à la mise en place d'un comité chargé d'élaborer une méthodologie susceptible de mesurer les écarts de financement entre les MRC tout en tenant compte des particularités de chaque territoire et des caractéristiques des populations qui y résident. Cette méthodologie doit également inclure un processus de réduction des écarts de financement observés, s'il y a lieu. Des travaux sont en cours afin de réaliser des estimations en regard des programmes.

Par ailleurs, la recherche de l'équité entre les régions du Québec a suscité la création de plusieurs comités MSSS-régie. La Régie régionale a directement participé au groupe de travail sur les indicateurs de besoins, à celui sur les coûts relatifs de production et au comité portant sur la réduction des écarts entre les régions. En outre, des données ont été recueillies auprès des établissements concernés en ce qui a trait aux services dispensés à la clientèle provenant de l'extérieur de la région.

Pour ce qui est des plaintes, il y a 141 plaintes qui ont été traitées. En tout cas, c'est plutôt statistique; vous pourrez en prendre connaissance. La même chose au point 9.3.

Pour ce qui est des élections, bien, il y a eu des élections. Il y a eu des petits problèmes à l'occasion, mais ça fait partie de la démocratie.

En terminant, j'aimerais vous remercier, Mme la Présidente et Mmes, MM. les députés, de nous accueillir ce matin et de l'intérêt que vous portez aux services qui sont dispensés dans la région ainsi qu'à la qualité de ces services. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Malavoy): Merci beaucoup, M. Barrette. Je vous remercie également de votre présentation et aussi de la clarté du texte qui va nous permettre de continuer à échanger avec des points de repère très précis.

Alors, je vais céder la parole tout de suite au député d'Abitibi-Ouest pour une première intervention.

M. Gendron: Très rapidement, Mme la Présidente, je vais saluer le directeur général ainsi que tous les membres de son équipe d'être venus ce matin rencontrer les membres de la commission et expliquer les grandes orientations que la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue a prises au cours des dernières années. Je pense qu'il s'agit là d'un rapport très détaillé, assez précis, comme vous venez de l'indiquer, et qui nous donne l'occasion de reprendre un certain nombre de grands créneaux sur lesquels les actions ont été plus spécifiques. J'y reviendrai.

Pour les quelques autres collègues, autres que de l'Abitibi-Témiscamingue, je veux juste rappeler peut-être deux phrases. C'est important, rapidement, de situer la géographie de l'Abitibi parce qu'il y a du «découlant» lié à notre géographie.

Alors, pour ceux qui n'auraient pas été attentifs, l'Abitibi, c'est quatre pôles, quatre MRC, quatre villes principales, l'Abitibi, et une MRC et un pôle principal au Témiscamingue. Il y a quelques appendices, bien sûr, mais...

Mme la Présidente, ainsi que les autres collègues, il faut se rappeler qu'il y a trois facteurs, je pense, qui sont importants de réapprécier toujours: l'éloignement, la petite taille et le grand nombre de municipalités. Et là-dessus, juste une parenthèse. Moi, je doute énormément du chiffre qu'il y a dans votre rapport, messieurs, mais je ne ferai pas un gros plat là-dessus, parce que, moi, si j'en ai 48, des municipalités, j'ai de la misère à voir qu'il y en ait 85 pour tout l'Abitibi-Témiscamingue. Le chiffre, selon ce que je connais, est plus alentour de 114 municipalités. Donc, là je ne sais pas...

M. Barrette (Gilbert): Il peut y avoir des fusions.

M. Gendron: Oui, mais là...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gendron: Vous êtes censés démontrer le portrait et non vos intentions, que je louange parce que c'est un des programmes du gouvernement. Non, mais on ne fera pas un drame là-dessus. C'est quand même pour bien illustrer — et ça, c'est important — éloignement, petite taille, petitesse et un découlant qui a des conséquences sur le bilan sociosanitaire et tous ses impacts. On est, par rapport à d'autres, moins scolarisés. Le taux de scolarisation en Abitibi-Témiscamingue au total est pas mal plus faible que la moyenne du reste du Québec, et ça, ça a une conséquence

Alors, moi, je voulais commencer comme ça. Je voulais également faire un commentaire avant de poser une série de questions en cascade. Vous les prendrez en note et vous répondrez. Le commentaire que je veux faire, c'est que, dans les grandes missions, à la page 13-14, on a indiqué très clairement qu'au cours des années la Régie régionale a eu, comme d'autres régies, à s'appliquer très concrètement sur d'abord un plan d'action global en matière de santé. C'est important qu'une région ait ça. On en a un, puis, après qu'on l'a, bien, il faut essayer de vivre avec.

On a également toute la question de la révision de la méthode d'allocation qui est importante, compte tenu du virage. Et, que la région ait établi un diagnostic du réseau sociosanitaire régional avec ses forces et ses contraintes, normalement, ça devient un guide pour cette batterie, parfois, de spécialistes — là, je ne voudrais faire rougir personne — mais parfois surtout des gens dévoués à la cause qui veulent faire leur simple possible pour essayer d'avoir un système de santé, en Abitibi-Témiscamingue, qui corresponde aux normes modernes.

Questions. Principaux points que je voudrais apprécier, puis je sais que mon collègue aura l'occasion de le faire tantôt aussi puis cet après-midi. Il y a un certain nombre de questions que je voulais poser. Bon. Une première question, puis, je vous le dis, j'en fais quatre ou cinq en cascade. Vous répondrez, puis, s'il y a de la place pour du temps, on en fera d'autres. Oui.

La Présidente (Mme Malavoy): Mais on en fera d'autres dans une seconde série. On s'entend?

M. Gendron: Oui, oui.

La Présidente (Mme Malavoy): Vous pourrez revenir plusieurs fois.

M. Gendron: Oui, oui.

La Présidente (Mme Malavoy): Allez-y avec votre première cascade.

M. Gendron: Ma première cascade. Alors, au niveau des organismes communautaires, j'aurais une question à poser, parce que je trouvais qu'il y avait une augmentation à peu près de 10 %, en termes de demandes, pour un budget de 4 200 000 \$. Alors, ma question, c'est que j'aimerais avoir un portrait un peu avant. Avant que

la Régie s'implique un peu plus dans le financement des organismes communautaires, combien il y en avait? Première question. Mais, toujours lié aux organismes communautaires, quand on a à se comparer avec d'autres régions du Québec — vous devez savoir ça, vous autres — une hausse de 10 % pour une période à peu près de quatre ans, «c'est-u» une hausse comparable ou si, nous, on est différents des autres à ce chapitre-là? J'aimerais ça savoir ça. Première question.

Deuxième question, sur les ressources humaines. Vous avez dit: À un moment donné, on avait 4 000 ressources au total, en 1994. Ça incluait les salariés plus les cadres et les temps partiels, à peu près. Puis là j'ai de la misère à retrouver l'autre chiffre. J'ai de la misère. Tu sais, je veux dire... Vous détaillez différentes affaires. Je parle toujours, évidemment, ETC, équivalents temps complet. Alors, j'aimerais ça savoir, aujourd'hui, c'est combien, puis là ça me permettrait d'avoir un jugement en pourcentage sur la réduction et, encore là, un comparable avec d'autres régions. Moi, j'ai trouvé que, dans le rapport que vous avez donné, on y va fort en termes de perte d'effectifs.

Sur les effectifs médicaux... Et ça achève, il n'y en aura qu'une autre dans mes questions en cascade. Sur les effectifs médicaux, vous avez été assez précis: 15 spécialistes de plus. Les omnibus, vous l'avez dit, mais ils ne sont pas dans le rapport, vous en cherchez huit. Mais, moi, huit, je veux savoir: Est-ce que cette recherche de huit que vous avez indiquée tantôt correspond au plan d'effectifs que vous nous aviez donné? Moi, à ma connaissance, c'était plus que ça. Alors, je voudrais savoir si je suis dans les patates ou si effectivement...

Une voix: ...

M. Gendron: Oui. Dernière, puis là... C'est parce que, sur les plaintes, j'ai resté surpris de la statistique. Il y a 40 % des plaintes pour lesquelles vous n'avez pas été capables de trouver une solution. Alors, moi, ce n'est pas le nombre, là. Il y en a 60 où il se passe quelque chose puis il y en a 40 où on ne peut rien identifier de mesures de correction. Bon. Est-ce qu'elles sont farfelues, inappropriées, ou si c'est parce que, effectivement, le type de plaintes ne permettait pas d'apporter quelque correction que ce soit, dépendamment de la nature des plaintes? Ça m'apparaît important pour nous qui avons à répondre... Puis j'arrête là parce que je ne veux pas prendre toute la place, mais j'en aurais d'autres, évidemment. Mais c'est ces quatre ou cinq là pour tout de suite.

La Présidente (Mme Malavoy): C'est bien, on commence par ça. Je ne sais pas qui d'entre vous veut commencer à répondre?

• (12 h 20) •

M. Barrette (Gilbert): Je vais commencer par la fin puis je vais en laisser d'autres compléter.

M. Gendron: Je suis capable de jouer avec l'ordre, je n'ai pas de trouble.

M. Barrette (Gilbert): Pour ce qui est des plaintes, effectivement, moi aussi, c'est une question que j'ai soulevée parce que je trouvais qu'il y avait quand même un bon écart. Ce qui fait qu'il y a un 40 % où il ne semble pas y avoir de satisfaction concrète, c'est effectivement des plaintes qui n'ont pas été retenues ou des plaintes qu'il n'y avait pas lieu de cheminer. En fait, c'est une formulation de plaintes qui nous ont été adressées. Après analyse et échange, c'est tombé lettre morte, si on veut. Ou encore des plaintes qu'il n'y avait pas lieu... Ce n'étaient pas des plaintes, c'étaient des informations, dans bien des cas. Donc, c'est pour ça qu'il y a un pourcentage quand même assez grand d'écart entre les plaintes traitées et les plaintes réussies — si on peut dire réussir — et aussi le 41 %.

Pour ce qui est du plan d'effectifs, ça ne compte pas les annonces de gens qui nous ont annoncé qu'ils quitteraient très bientôt, d'ici juin. Ça compte, en 1997, pour l'écart entre le plan d'effectifs et le plan de ce moment-là. Si on se reportait à mars 1998, et tenant compte des annonces de départ qui nous sont faites, qui sont sept ou huit, on peut ajouter ça facilement aux huit qui sont là: ça veut dire une quinzaine.

M. Gendron: Oui, mais, M. le président, combien le plan d'effectifs nous donne de généralistes en 1998?

M. Sanesac (Claude): Combien de?

M. Gendron: À quel nombre de généralistes ou d'omnis le plan d'effectifs adopté par la Régie nous donne droit?

M. Sanesac (Claude): C'est 155.

M. Gendron: Bon. On aurait droit à 155, selon le plan d'effectifs. Puis vous dites: Ça, il en manque huit pour avoir le plan d'effectifs prévu.

M. Barrette (Gilbert): C'est ça. Ça, c'est en date de 1997.

M. Gendron: En date de 1997. Ça va.

M. Barrette (Gilbert): Mais, aujourd'hui, on nous annonce qu'il y en a d'autres qui vont partir. Donc...

M. Gendron: Oui.

M. Barrette (Gilbert): ...ça veut dire que c'est 15 à 20 qu'on peut penser...

M. Gendron: L'écart va s'agrandir.

M. Barrette (Gilbert): C'est ça.

M. Gendron: Mais le chiffre connu actuellement, c'est huit. Ça va.

La Présidente (Mme Malavoy): D'autres questions auxquelles vous répondez?

M. Gendron: Bien, il restait les deux autres, là.

M. Barrette (Gilbert): Les ressources humaines.

M. Sanesac (Claude): Pour les ressources humaines, M. Gendron, si vous prenez votre page 10, vous allez avoir les explications à votre question. Autrement dit, au niveau du personnel, nous avons, en région, 3 100 équivalents temps plein et, en 1997, nous en avons 2 697. Donc, une diminution de 403 durant l'exercice. Puis cette diminution-là correspond à une baisse de 13 %. Pour les cadres comme tels, on parle de 279 à 224, soit une baisse de 55 cadres, ce qui représente un taux de 20 %; autrement dit, un cinquième.

M. Gendron: Oui, mais, M. Sanesac, rapidement, là... C'est parce que je connais les distinctions... Quand on dit: On avait 4 000 employés... Et là on ne fait pas de distinction avec salariés, syndiqués, puis c'est toutes des nuances qui ne me permettent plus, à un moment donné, de suivre. Alors, moi, j'avais dit...

M. Sanesac (Claude): Attention. Quand on parle de 3 100, ça, ce sont des syndiqués...

M. Gendron: Oui.

M. Sanesac (Claude): ...puis, quand on parle de 279, on parle de cadres; donc, cadres supérieurs, cadres intermédiaires.

M. Gendron: Je comprends ça. Mais, moi, je regarde rapidement...

M. Sanesac (Claude): C'est parce qu'on parle aussi de temporaires, de personnes occasionnelles, là.

M. Gendron: Oui, mais voulez-vous...

M. Sanesac (Claude): Tout ça est ramené en termes de postes équivalents temps complet.

M. Gendron: Ça va. Mais, voulez-vous, on va repartir tranquillement du premier chiffre: 4 015 effectifs. Moi, j'ai arrondi, là: ça incluait tout le monde. En 1993-1994, il y avait 4 000 effectifs en Abitibi-Témiscamingue. J'aimerais ça savoir combien il y a d'effectifs, avec le même nominatif que vous avez retenu en 1993-1994, aujourd'hui? Me comprenez-vous? C'est ça que j'aimerais avoir parce que là ça nous permettrait vraiment de saisir globalement le personnel qui oeuvrait au niveau des organismes sociaux, de santé, sanitaires, et ainsi de suite, là. J'en avais 4 000, tout compris: occasionnels, équivalents temps complet, cadres, syndiqués, peu importe. Aujourd'hui, il m'en reste combien? Parce que là j'ai peur que... Quand je regarde tout ça, là, je serais à peu près à 2 500,

à moins que je ne compte mal. Alors, si c'est vrai, 4 000, puis 2 500, je trouve que j'ai subi, pendant trois ans, à peine... 1993-1994 à 1998, ça fait quatre ans. On s'accorde? Aie! 4 000 à 2 500, je dis pourquoï...

M. Barrette (Gilbert): Vous en avez 2 700. Si on regarde dans le paragraphe du haut, là...

M. Gendron: Oui.

M. Barrette (Gilbert): ...la ligne du centre: on est passé de 3 100 équivalents temps plein, en 1996, à 2 697, en 1997, donc une diminution de 403 postes durant l'exercice. Et là c'est les départs massifs. Peut-être qu'on ne se comprend pas, là.

M. Gendron: Non, ce n'est pas grave. J'essaierai de revoir la conciliation de tout ça.

M. Barrette (Gilbert): Oui.

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce que vous avez d'autres questions auxquelles on pourrait... Parce que je suis consciente que le temps file vite

M. Barrette (Gilbert): Il reste sur les organismes communautaires.

M. Gendron: Oui.

M. Barrette (Gilbert): L'augmentation... Il y a eu une augmentation, mais, de là à comparer avec le Québec, je ne pourrais pas dire. Je ne sais pas si Daniel...

La Présidente (Mme Malavoy): Vous pouvez vous approcher, monsieur. Il faudrait peut-être simplement que... On identifie que c'est M. Fortin, je pense?

M. Fortin (Daniel): C'est ça.

La Présidente (Mme Malavoy): Très bien.

M. Fortin (Daniel): Bon, au niveau des organismes communautaires, si on regarde en 1993-1994, il y en avait 91. Donc, le budget affecté à ce moment-là était de 2 400 000 \$, à cette époque-là. Et on remonte en 1997, vous passez à 101 pour...

M. Gendron: 4 200 000 \$.

M. Fortin (Daniel): ...4 200 000 \$. Aujourd'hui, où on en est rendu, il y a 154 organismes communautaires accrédités et on passe à 5 200 000 \$, en 1998. Donc, en termes de pourcentage d'augmentation, oui, c'est comparable. Notre région est comparable avec le reste de la province, avec des chiffres différents. C'est sûr.

M. Gendron: Oui. Merci.

La Présidente (Mme Malavoy): Bien. Je vous remercie, M. Fortin. J'aurais aimé céder la parole à M. le député d'Abitibi-Est, mais je voudrais être sûre que du côté de l'opposition, on ait un petit temps au moins pour saluer les gens. Comme il nous reste très peu de temps, je pense que je vais laisser le député de Bertrand intervenir rapidement et, vous, je vous promets une intervention longue, qui prendra sûrement plus de trois minutes au total, si vous permettez, et je vous laisserai peut-être un petit mot de bienvenue aussi. Allez-y.

M. Chalifoux: Je serai bref, Mme la Présidente. Je vous remercie. Je serai très bref et je laisserai à mon collègue d'Abitibi-Est souhaiter aussi un mot de bienvenue. Parce que notre collègue d'Abitibi-Ouest, il en a pris beaucoup puis il y a été avec une cascade. Alors, mes collègues continueront cet après-midi, dès 15 heures.

J'aimerais vous souhaiter la bienvenue. Effectivement, vous vivez dans une très belle région, une région que je fréquente toutes les années, d'ailleurs, quand on va à la pêche au lac Abitibi, dans le comté de mon collègue d'Abitibi-Ouest. D'ailleurs, je suis un petit peu jaloux de votre région parce que vous nous avez emprunté pour pas mal de temps deux bons chirurgiens qu'on avait chez nous, à Sainte-Agathe, à l'hôpital, qui sont maintenant rendus à Ville-Marie. Alors, apparemment qu'ils ont préféré votre région à la nôtre. Mais ils nous ont rendu de très bons services et vous avez de très bons chirurgiens.

Je ne poserai pas de question, Mme la Présidente, parce que je sais qu'on doit ajourner pour 12 h 30. Je laisserai à mes collègues, cet après-midi... Je voulais simplement vous souhaiter la bienvenue au nom de l'opposition officielle, et je laisserai le temps qui reste à mon collègue d'Abitibi-Est, étant donné que c'est sa région aussi, pour vous adresser la parole.

La Présidente (Mme Malavoy): Je vous remercie beaucoup de votre collaboration.

Alors, M. le député d'Abitibi-Est, s'il vous plaît, des paroles plus d'introduction, sachant que, cet après-midi, on pourra reprendre avec vous pour une période d'échange plus longue.

M. Pelletier: Mais est-ce que je dois comprendre qu'on peut peut-être prendre cinq minutes de plus que le temps prévu?

La Présidente (Mme Malavoy): C'est difficile généralement de prendre cinq minutes de plus quand on a déjà un agenda rempli. Vous êtes là cet après-midi, à 15 heures?

M. Pelletier: Si on est ici à 15 heures, je n'ai pas de problème, mais, si on est ici à 15 h 30, j'ai des problèmes au niveau d'avion.

La Présidente (Mme Malavoy): Alors, écoutez, prenez quelques minutes, mais vous comprendrez qu'on ne peut pas prendre 10 minutes d'échange, c'est un peu trop long.

M. Pelletier: D'accord. Merci. Merci à mon collègue de l'opposition pour faire un petit peu plus de temps. Merci à la présidente.

Concernant les mots de bienvenue et les mots sur la région, ça a déjà été fait en partie par François et, tout en vous souhaitant la bienvenue, je n'élaborerai pas davantage.

• (12 h 30) •

Je veux tout simplement revenir sur des cas très précis. On a touché à la question des effectifs médicaux, au niveau des médecins. On dit d'une manière très claire que, en vertu du plan, il manque 15 spécialistes, mais, en vertu du plan, il manque aussi des omnis. Vous avez dit verbalement que c'est peut-être alentour de huit qui manquent et qu'il y a des démissions pour à peu près le même nombre. Ça, ça fait 15 et 15, ça fait 30 ou 32, on est alentour de 30, 35. C'est parce que ces chiffres-là ne sont pas tout à fait avec des chiffres que j'ai eus pas plus tard que voilà trois jours. Ça revient alentour de 30, 35. Ce que je veux savoir: Au moment où on se parle, s'il en manque 35, les plans des prochains trois mois, ça peut nous ramener où, au niveau du recrutement? S'il en manque 35, est-ce que vous pouvez nous donner une indication où on s'en va au niveau du recrutement?

M. Barrette (Gilbert): Peut-être que je vais laisser le président de la Commission médicale dire un mot là-dessus.

M. Germain (Hugues): Alors, M. Pelletier, bonjour. En ce qui concerne le recrutement, vous savez, pour l'instant, on a comme un temps mort. Vous n'êtes pas sans savoir que l'espoir qu'a suscité peut-être la levée du décret a comme ralenti les adhésions par rapport à notre région. Et puis je ne pourrais pas vous dire où on va en être rendus dans trois mois. Il va sûrement se développer beaucoup d'efforts, se faire beaucoup d'efforts, durant les trois prochains mois, pour tenter d'activer le recrutement en spécialistes et en omnipraticiens.

Mais les tournées de recrutement, actuellement, sont plutôt désertées par les résidents et par les résidents en médecine familiale pour une raison qu'on ignore mais qu'on suspecte être celle que je viens de mentionner.

Alors, pour l'instant, on est, je vous dirais, un petit peu inquiets du recrutement à court terme pour l'Abitibi. Peu de gens se sont montrés intéressés à venir en Abitibi, et c'est comme une espèce de vide, là, qui est tout récent.

M. Pelletier: O.K. Pour bien comprendre votre réponse, c'est qu'il en manque une trentaine, globalement, et que, au moment où on se parle, on est devant pas grand-chose.

M. Germain (Hugues): Au moment où on se parle, on est devant pas grand-chose...

M. Pelletier: O.K. Merci.

M. Germain (Hugues): ...alors que d'habitude, on avait toujours quelques individus qui voulaient venir. Mais là on n'en a pas pour l'instant.

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce que vous avez une autre question urgente? C'est ça que je comprends par votre geste, M. le député?

M. Pelletier: Ça ne concerne pas le sujet des médecins. Est-ce qu'on peut continuer ou on doit terminer?

La Présidente (Mme Malavoy): Bien, moi, je pourrais vous autoriser une dernière question. Mais, voyez, l'opposition vient de partir parce qu'ils sont occupés. Donc, moi, je ne peux pas vraiment continuer en dehors du temps. Mais, si vous avez une autre question rapide, on peut peut-être la prendre pour terminer.

M. Pelletier: Oui. Merci. Je veux apporter le point qu'on retrouve, M. le président, et je m'adresse aussi à M. le ministre.

Je vous ramène à la page 30 de l'exposé de la Régie régionale, l'item 9.2, équité intra. Je me limiterai à l'intra, messieurs, mesdames, et M. le ministre. C'est parce que je trouve que le paragraphe sur l'équité intra est pas mal plus court que les problèmes que je vis en région. C'est parce que je vais prendre juste une phrase à partir de: «Cette méthodologie doit également inclure un processus de réduction des écarts de financement observés», et là je vois un petit mot, «s'il y a lieu». Et «observés», chez nous, il y a eu un rapport de la Régie. Vous avez déposé un rapport qui démontre... Dans le rapport, il n'y a pas «s'il y a lieu». Dans le rapport, ça dit qu'il y a une iniquité intrarégionale, et j'aimerais vous entendre là-dessus.

L'autre phrase: «Des travaux sont en cours afin de réaliser des estimations en regard des programmes.» Je ne comprends absolument pas cette phrase-là. Est-ce que vous voulez un petit peu... Le paragraphe est court. Pourriez-vous essayer de le rallonger?

La Présidente (Mme Malavoy): Allez-y.

M. Barrette (Gilbert): Lorsque ça a été écrit, on avait quasiment la photo du député devant nous autres, parce qu'on voyait qu'il était préoccupé, et...

La Présidente (Mme Malavoy): Ça vous a inspirés?

M. Barrette (Gilbert): ...je le comprends. On doit dire «s'il y a lieu» parce qu'il y a des régions où il y a plus ou moins d'écart, mais il y en a d'autres où l'écart est grand. Exemple, l'Abitibi-Est, la Vallée-de-l'Or et Abitibi-Ouest. Là, c'est théoriquement. Quand je dis «théoriquement», c'est selon les analyses que nous avons maintenant déposées. Maintenant, cette analyse-là est ballottée, c'est-à-dire est critiquée et analysée par les régions qui auraient théoriquement un chèque à faire. Et ça, ça se comprend.

Suite à ces analyses et comme on vous a rencontrés à quelques reprises pour échanger là-dessus, il y a un nouvel échéancier qui sera proposé au prochain conseil d'administration, le 23 avril, pour s'assurer que notre document sera le plus crédible possible dans le milieu, pour être capables d'avancer le mieux possible et le plus sécuritairement possible, parce qu'il y a des adhésions qu'on doit recueillir là-dedans. Mais je sais très bien que vous vous faites harceler de tous bords, tous côtés pour que l'écart de quelque 3 100 000 \$ soit comblé à très court terme, dans la Vallée-de-l'Or.

Il y a d'autres démarches qu'on doit faire aussi et qui sont débutées avec les fonctionnaires du ministère pour regarder comment on peut réaliser ça aussi, parce que ce n'est pas demain matin qu'Abitibi-Ouest va faire un chèque de, je ne sais pas, moi, quelque 2 100 000 \$. Parce que c'est ça qui est reconnu actuellement par la Régie. Ça ne veut pas dire que c'est infallible. Il y a possiblement des modifications, mais, en tous les cas, ça, c'est à valider.

On pourrait le rallonger beaucoup, le paragraphe, mais je pense que ça résume bien la situation. L'écart, s'il y a lieu, c'est qu'à des endroits il n'y a peu ou pas d'écart. Comme chez vous, il y a beaucoup d'écart et c'est vrai. En fait, le conseil d'administration, pour en avoir discuté encore avant-hier avec le comité administratif, c'est unanime là-dessus qu'effectivement il y a un manque à gagner à combler dans la Vallée-de-l'Or et il faudra en tenir compte dans tout investissement futur qu'on aura à faire en termes financiers pour des services.

La Présidente (Mme Malavoy): Je vous remercie beaucoup, M. Barrette. On va devoir terminer ici.

Je suspends les travaux jusqu'à environ 15 heures cet après-midi, soit après la période des affaires courantes. M. le député d'Abitibi-Est, si vous êtes là, soyez sûr que je mets une note au dossier qu'on recommence avec vous.

M. Pelletier: Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Malavoy): À cet après-midi.

(Suspension de la séance à 12 h 36)

(Reprise à 15 h 19)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, nous reprenons nos travaux avec les représentantes et représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Et M. le député d'Abitibi-Est, vous poursuivez votre intervention.

M. Pelletier: Merci, M. le Président. Avec votre permission, j'aimerais demander au président de la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue une question par rapport à l'équité interrégionale. J'aimerais connaître ce qui entre en ligne de compte lorsqu'on veut essayer de rétablir l'équité interrégionale. Est-ce que les grandes

distances de notre région par rapport aux populations qui sont par ville ou regroupement de communautés mais très distantes l'une de l'autre, est-ce que ça a une influence? Et, aussi, je veux donner un exemple au niveau d'une MRC, qui est la MRC de Vallée-de-l'Or. Il y a trois villes principales dans la MRC: il y en a une au centre, comme ça arrive dans bien des MRC, mais il y en a deux à l'extrémité. À l'extrémité, il y a des distances qui font en sorte qu'on ne peut pas donner des services de première ligne à partir d'un seul endroit. Donc, il faut que les services se donnent à partir de trois centres dans une même MRC

• (15 h 20) •

M. le Président, est-ce que, dans les calculs d'équité interrégions, ces phénomènes-là jouent? Et, à l'intérieur aussi de la région, est-ce qu'une MRC comme celle de Vallée-de-l'Or n'est pas pénalisée parce qu'elle doit absolument donner les services de santé dans trois centres différents?

M. Barrette (Gilbert): Sur le plan provincial, les analyses qui ont été faites et les arguments qui ont été apportés par deux membres de la région qui étaient sur le comité provincial et aussi, je me souviens très bien, lors d'une visite du ministre Rochon à Val-d'Or, en avril 1995 ou à peu près, un 1er avril, il y avait eu une démonstration qui avait été faite par M. Mercier, directeur des services financiers. Et je pense que ça avait sensibilisé au plus haut point le ministre sur les coûts de production, étant donné l'étendue du territoire et aussi étant donné l'accessibilité que nous devons protéger et sauvegarder. Donc, ça, ça a joué, je pense, sur le plan provincial pour nous reconnaître en besoins sur le plan financier. Pour l'instant, en tout cas, je dis pour l'instant parce que ce n'est pas terminé comme analyse, on reconnaîtrait la région comme étant en manque à gagner d'un 3 400 000 \$. Donc, pas besoin de vous dire qu'on n'attend pas l'écriture du chèque demain matin, sauf qu'il y a quand même des éléments de reconnus qui tiennent compte de la réalité du milieu.

Et aussi, je me souviens très bien, c'est l'an passé, lorsqu'il y a des fonds qui ont été distribués au niveau des CLSC pour le maintien à domicile — si je fais erreur, M. Fortin va sûrement me corriger, si je ne me trompe pas — à ce moment-là, on avait tenu compte des distances en termes de services à dispenser dans la région, en termes de maintien à domicile. Parce que c'est clair que, si tous les domiciles sont proches du même coin de rue, ce ne sont pas les mêmes coûts éparés comme dans votre territoire, entre autres, en particulier, ou dans le territoire, que ça soit du Témiscamingue ou ailleurs. Donc, ça avait été tenu en compte, ça, au niveau des CLSC.

C'est clair que ça peut varier, mais il reste que ça fait partie du contexte de la région. Et quand c'est déjà tenu en compte dans le volet maintien à domicile — parce que les distances touchent, en termes de coûts — s'il y a d'autres services qui sont influencés par les coûts de production, qu'on appelle, il faudra les regarder. Mais est-ce que ça peut toucher de façon majeure, je ne suis pas sûr, en termes de services de santé directs, dans un centre hospitalier, par exemple?

M. Pelletier: Une dernière question, M. le Président. Toujours dans le domaine de l'iniquité interrégions dont souffre la région Abitibi-Témiscamingue, vous avez mentionné que notre région est à court de 3 400 000 \$. J'imagine que... en tout cas, je peux penser que le ministre n'a pas le chèque ici, cet après-midi, mais est-ce que vous autres, en tant que responsables de la Régie régionale, vous n'auriez pas des propositions à nous faire sur le comment on peut gérer cette situation que j'espère temporaire?

M. Barrette (Gilbert): Dans les étapes qu'il nous reste à poursuivre dans notre équité régionale, au niveau de la région, il y a sûrement l'étape de comment on va éliminer ou comment on va tenter d'éliminer ou de diminuer l'écart qu'il y a entre les différents territoires de MRC. Ce qu'on sait, actuellement, c'est qu'il y a des MRC qui sont présumées en surplus mais aussi avec des situations d'emprunt assez élevés dues au fait qu'on a dû diminuer plusieurs, pas plusieurs mais une centaine de lits, donc, je veux dire, beaucoup de personnes, aussi, soit en sécurité d'emploi ou en disponibilité.

Donc, il y a sûrement des suggestions qui vont vous venir à très court terme. Il nous reste à les analyser de façon plus concrète pour nous donner un coup de main pour diminuer le choc que ça peut emmener dans une région, quand on parle d'équilibre de l'équité ou de diminution d'écart.

M. Pelletier: Merci, M. le président, Merci, M. le Président. J'aimerais aussi remercier l'opposition qui nous a permis de poser les questions immédiatement.

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

M. Williams: Merci, M. le Président. Merci pour votre présentation. J'ai demandé à l'autre régie régionale, ce matin, de décrire la situation de l'endettement du réseau chez eux. Je vous demande la même question: C'est quoi, le niveau de l'endettement? Et est-ce que vous pouvez fournir, par établissement, le niveau de l'endettement chez vous? Parce que j'ai entendu que c'est pas mal élevé partout au Québec.

M. Barrette (Gilbert): Vous allez me permettre, M. le député et M. le Président, de faire appel à notre directeur des services financiers qui a, de façon beaucoup plus complète et claire, la situation financière des établissements au niveau de la région.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Qui s'appelle M. Mercier, pour fins d'enregistrement.

M. Mercier (Jean): Oui. Jean Mercier. Je vais essayer de répondre d'une façon plus globale, M. le député, étant donné que je n'ai pas apporté évidemment les

détails 1997-1998 au niveau des emprunts individuels des établissements, mais je peux vous donner une vue assez globale de ce qui s'est passé dans les exercices qu'on est en train d'examiner actuellement, c'est-à-dire les années 1993-1994, exemple, où on avait, sur le plan régional, un budget à toutes fins pratiques en équilibre, puisqu'on avait seulement, pour l'ensemble de 24 établissements, à ce moment-là, 155 000 \$ de déficit pour l'année 1993-1994. Et il n'y avait que trois établissements qui totalisaient des déficits, à travers ça, pour 433 000 \$, donc, ce qui laisse voir qu'il y avait d'autres établissements qui étaient aussi en surplus. Mais le net de tout ça, on avait à peu près 155 000 \$ sur un budget de 200 000 000 \$. Alors, à toutes fins pratiques, on est en équilibre.

En 1994-1995, on avait un surplus régional de 341 000 \$, donc, un an plus tard, et en 1995-1996, le surplus était monté à 631 000 \$, malgré qu'on avait deux établissements, à l'époque, qui avaient des pertes pour un total de 708 000 \$. Mais on parle d'établissements qui ont des budgets de 30 000 000 \$, qui avaient relativement créé les deux pertes de 708 000 \$. Alors, à toutes fins pratiques, à venir à 1995-1996, on avait une région en équilibre budgétaire. Et en 1996-1997, là, la situation s'est un peu détériorée. Alors, on s'est retrouvé avec six établissements qui totalisaient des pertes de 3 861 000 \$ et le déficit régional — parce qu'il y a quelques surplus — de 3 200 000 \$. Mais il faut aussi relativiser ça en fonction des compressions qu'on a faites. Nous autres, les compressions se sont faites particulièrement avec le plan de transformation entre 1996-1997 et 1997-1998. Même si c'est un plan triennal de transformation, l'année 1994-1995, pour nous autres, ça a été une année de compressions; l'année 1996, à aller jusqu'à 1998. Les deux dernières années du plan, ça a été vraiment notre plan de transformation. Alors, on a quand même eu à faire face, pendant cette période-là, à 34 000 000 \$ de compressions sur un budget de 200 000 000 \$, grosso modo.

Alors qu'on se retrouve actuellement, à la fin de 1996-1997, avec des déficits régionaux de 3 200 000 \$, ça nous montre qu'on a fait quand même une très bonne marche en termes de transformation et en termes, aussi, d'équilibre budgétaire. Évidemment, tout n'est pas accompli. Ce qu'on projette, pour l'exercice 1997-1998, qui est en train de se terminer, on s'attend à un déficit de plus ou moins 5 000 000 \$ et probablement à des niveaux de déficits d'établissements de l'ordre de plus ou moins 5 000 000 \$. Alors, on comprend qu'on est dans une deuxième très forte année de compressions; 1997-1998, c'est la dernière année du plan de transformation, et on va se situer à peu près à 5 000 000 \$, plus ou moins, de l'ensemble des déficits nets de notre région.

Au niveau des emprunts, on va situer à peu près, je dirais, si on exclut les emprunts pris en charge par le ministère, tous les emprunts sur la reddition de main-d'oeuvre et autres types d'emprunts qui ont été pris en charge, à peu près à 14 000 000 \$ dans notre région. Il va nous rester à peu près l'équivalent de 6 000 000 \$ à 7 000 000 \$ d'emprunts pour les besoins courants des établissements. Dans le déficit qu'on projette, de

5 000 000 \$, on peut dire, grosso modo, qu'il y a peut-être une récurrence de 3 500 000 \$ là-dedans qu'on devra adresser dans les années futures puis qui correspond surtout aux cadres mis en stabilité aux trois ans et pour les syndicats sécuritaires qu'il nous reste à résorber, parce qu'on a plus ou moins 80 ressources sécuritaires qu'il nous faut continuer à résorber et qu'on ne peut pas résorber actuellement. Ça explique, grosso modo, une vue d'envol assez rapide, mais ça demande quand même qu'on a fait des efforts de 34 000 000 \$ en région.

M. Williams: Mais, si j'ai bien compris, vous avez eu beaucoup moins de problèmes en 1993-1994 que vous avez maintenant?

M. Mercier (Jean): ...oui, beaucoup moins de problèmes

M. Williams: J'ai vu que les problèmes ont commencé en septembre 1994?

• (15 h 30) •

M. Mercier (Jean): On ne peut pas les appeler nécessairement «problèmes», mais ce qu'on a dit, ce que j'ai mentionné tantôt, c'est que le plan, c'est un plan de transformation de trois ans. Il faut dire que notre région, on était un an en retard sur le plan de transformation. En 1994-1995, ce qu'on a essayé, c'est plus des compressions. Mais, lorsqu'on parle de plan de transformation, ce n'est pas juste retourner de l'argent au ministère, c'est qu'aussi il faut redévelopper, il faut réinvestir. Et, nous autres, on a, dans notre plan de 1996-1998, réinvesti 8 000 000 \$ en région, de sommes d'argent. Donc, il a fallu l'enlever à certains établissements pour le réinvestir dans d'autres. Donc, ça fait partie des compressions. Évidemment, les coûts de système aussi: c'est 10 000 000 \$, pendant cette période-là, de coûts de système qu'on a absorbés. Ce n'est pas de la perte d'argent qui sort de la région, mais pour les établissements, c'est 10 000 000 \$ d'efforts à faire pareil.

M. Williams: Oui, oui, je ne mets pas en doute l'apport des établissements; ce n'est pas ma question. Je blâme le gouvernement de faire des coupures comme ils ont fait. Je ne mets pas en doute ça, vous n'avez pas besoin de défendre ça comme ça. Je voulais juste bien comprendre que chez vous, maintenant, le niveau d'endettement... Parce que le ministre essaie de nous convaincre que tout est beau, tout est correct, son virage ambulatoire marche très bien, sauf que les patients, le personnel, les professionnels des établissements disent: Ce n'est pas vrai, le gouvernement fait beaucoup d'exercices financiers pour cacher son déficit. C'est pourquoi, quand les régies régionales arrivent chez moi, je le demande pour savoir c'est quoi, le niveau d'endettement chez vous. Vous avez bien répondu, si j'ai bien compris, que l'endettement cette année, c'est plus ou moins 6 000 000 \$?

M. Mercier (Jean): De niveau d'emprunts à la charge des établissements, oui.

M. Williams: O.K., parfait. Merci. Merci beaucoup pour cette réponse. Pour quelqu'un qui n'a pas eu tous les chiffres, vous avez pas mal bien répondu aux questions.

Pour les effectifs médicaux, si je peux, M. le Président, continuer...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous pouvez, mon ami.

M. Williams: ...est-ce que vous pouvez décrire la situation entre la période dans votre rapport 1993-1996 et la situation maintenant? Est-ce que, comme l'endettement, c'est pire maintenant qu'avant ou est-ce que vous avez eu une chance de corriger le problème de spécialistes et de médecins chez vous?

M. Barrette (Gilbert): Si on regarde... Je vais faire un petit bout, et ensuite je vais passer ça au président de la Commission médicale, le Dr Germain. Globalement, je dois vous dire que, de 1994 à aujourd'hui, il y a eu une amélioration, mais amélioration très fragile, parce que, comme je l'ai déjà indiqué par exemple aux journalistes lors d'une question, actuellement, il y a au moins presque une dizaine de médecins qui ont annoncé leur départ pour le mois de juin.

M. Williams: Combien?

M. Barrette (Gilbert): Une dizaine. Donc, ça, ça nous préoccupe, et ça, peut-être que ça fait partie du décor de la négociation, mais ça, je ne m'embarque pas là-dedans. Mais il reste que ça a été signalé quand même. Pour ce qui est du plan d'effectifs, à aller jusqu'en 1997, on peut dire que dans la dernière année, sur le plan des généralistes, il était presque comblé, quand je dis «presque comblé», à sept ou huit médecins; pour ce qui est des spécialistes, il était comblé à 15 médecins, il manquait 15 spécialistes. Mais, ça, c'est en 1997.

Si on se reporte dans le temps, comparé par exemple au prochain plan d'effectifs, 1997-2000, là, il y a de la place pour du recrutement d'une trentaine de généralistes, si ce n'est pas plus, et la même chose de spécialistes. Mais, ça, c'est dans le plan 1997-2000. Mais si on se parle aujourd'hui, au moment où vous me posez la question, il y a un potentiel de manque de généralistes d'une quinzaine, incluant les médecins qui ont annoncé un départ possible, et les spécialistes, d'une quinzaine aussi. Je vais laisser le Dr Germain poursuivre ou compléter.

M. Germain (Hugues): Alors, je pourrais peut-être compléter en ajoutant certains éléments. Ça demeure fragile, au point qu'on a toujours une crise au coin de la rue, qui serait possible. Les équipes sont au minimum dans beaucoup de spécialités. En pratique générale, il y a des manques qui se manifestent dans certaines régions: quand ce n'est pas une année, c'est l'autre; quand ce n'est pas une région ou une partie du territoire, c'est l'autre. Et puis le recrutement, qui n'était déjà pas facile, semble pour

l'instant, depuis quelques semaines, beaucoup plus difficile. Alors, comme je l'ai mentionné un petit peu ce matin, il y a eu des rumeurs de levée de décret, qui font que les résidents en médecine familiale et les résidents en spécialités ne semblent pas intéressés à choisir les régions pour l'instant. Alors, on serait bien de nous rassurer d'apprendre que ces rumeurs-là sont fausses. Et puis il reste que la situation va toujours rester fragile tant qu'on n'aura pas une façon de régler des plans d'effectifs autrement que de façon non coercitive. Vous comprenez bien que, pour l'instant, nos plans d'effectifs, on essaie de les remplir, mais rien ne nous empêche de constater que dans d'autres régions les plans d'effectifs ne sont peut-être pas aussi bien respectés. On peut avoir des surplus ailleurs, et puis c'est sans conséquence. On a un déficit chez nous, mais on n'a pas de levier pour amener les médecins. Alors, donc, ça nous nuit.

Des plans d'effectifs, ça demeure une espèce de comptabilité des médecins sans qu'on ait vraiment de moyens associés pour les amener chez nous. Alors, évidemment si on avait à plaider quelque chose, on plaiderait pour que les incitatifs qui sont actuellement les nôtres puissent rester, puissent demeurer de façon à nous aider à aller en recrutement avec une certaine chance de succès.

M. Williams: Merci. Nous avons entendu que, dans quelques autres territoires, il y a une pénurie d'anesthésistes, et dans quelques hôpitaux, ils n'existent pas. Est-ce que, chez vous, vous avez ce même problème?

M. Germain (Hugues): Je serais bien placé pour vous répondre, je suis moi-même anesthésiste. En fait, je me demande même comment j'ai réussi à venir ici aujourd'hui.

Il est certain qu'il y a une pénurie d'anesthésistes pour l'instant. L'Association prévoit pouvoir répléter les troupes d'ici trois ans. Ça va être très long. Il est certain que, pour l'instant, on n'a pas de levier non plus pour pouvoir faire plus de travail qu'on en fait là. Alors, dans notre région, on fonctionne avec peu d'anesthésistes. La moitié des troupes sont des omnipraticiens anesthésistes. Et puis, dans certains milieux, on est obligés souvent de fermer des salles dans la période prolongée, de façon à ce qu'on puisse, si on veut, affronter la pénurie d'anesthésistes sans carrément fermer le bloc opératoire.

M. Williams: Sans perdre trop de temps, parce que je sais qu'un médecin comme vous doit être assez occupé. J'apprécie votre présence aujourd'hui.

M. Germain (Hugues): Cet après-midi, j'ai tout mon temps.

M. Williams: Est-ce que vous pouvez nous donner un rapport de combien de fois les actes médicaux ont été retardés ou reportés à cause de la pénurie d'anesthésistes chez vous?

M. Germain (Hugues): On n'a pas fait le décompte exact. Je ne pourrais pas vous donner un chiffre qui aurait du sens...

M. Williams: Est-ce que vous pouvez faire ça?

M. Germain (Hugues): .. je ne pourrais peut-être pas aujourd'hui, mais je pourrais me renseigner. Je pourrais vous dire que c'est quand même fréquent. La façon dont ça se passe, c'est que si, supposons comme à Val-d'Or, à Val-d'Or, ils peuvent fonctionner à trois salles, et puis très souvent ils fonctionnent à deux salles. Alors, donc, très certainement que ça a un impact sur les chirurgies électives. À Amos, on était cinq anesthésistes. On va maintenant être trois dans quelques mois. Ça va avoir un impact sur les chirurgies électives. Ça a un impact également sur le recrutement parce que, plus les équipes diminuent, plus les gens pensent à s'en aller, parce que le niveau de travail augmente. Et puis la moitié des troupes en anesthésie sont des omnipraticiens. Donc, on n'a pas de spécialistes pour remplir ces postes-là.

M. Williams: Nous n'avons pas arrangé les questions à l'avance, mais comment peut-on améliorer cette situation-là? Vous avez le ministre devant vous, là, qu'est-ce qu'on peut faire pour corriger ça? Parce que dans chaque territoire j'ai entendu le même problème. Je présume que vous avez quelques idées, comme solutions, qui peuvent être bonnes pour votre territoire mais qui peuvent être bonnes pour le reste de la province.

M. Germain (Hugues): Les discussions que j'ai eues avec le président de l'Association étaient à l'effet qu'il serait peut-être possible de songer à un forfait réseau pour permettre à de grandes équipes de grands hôpitaux universitaires métropolitains de se jumeler à des régions pour pouvoir dépanner de façon ponctuelle les troupes qui sont en déficit dans les régions. Alors, probablement que ça pourrait être une des solutions.

La deuxième solution, si on pouvait avoir un moyen de prévoir et de corriger les admissions dans certaines spécialités, ce serait sûrement quelque chose qui serait bon. On ne pourrait pas toujours laisser les étudiants décider au hasard de leur goût, de leur choix. On pourrait peut-être essayer, un peu, d'aider la nature à ce niveau-là. Et puis je ne vois pas vraiment beaucoup d'autres solutions. On n'a pas beaucoup de levier pour permettre... Un des grands problèmes qu'on a en région, c'est le travail du conjoint. Alors, on n'a pas de levier sur le travail du conjoint évidemment. Beaucoup de gens refusent de venir en région parce que le conjoint n'a pas de travail. On n'a toujours pas de solution à ce problème-là. C'est un problème, pourtant, qu'on vit quotidiennement. On manque beaucoup de recrutement parce que les gens disent: Ma femme, mon mari n'aura pas de travail si on va travailler chez vous.

M. Williams: Mais les changements dans nos universités, les changements d'admission dans nos universités,

c'est une solution à long terme, ce n'est pas une solution à court terme.

M. Germain (Hugues): Solutions à court terme; il y a des solutions qui ont été évoquées. Toutes ont leurs avantages et leurs inconvénients. Et puis les différents éléments de solution, il ne m'appartiendrait peut-être pas d'en faire le tour cet après-midi. C'est des discussions qui permettent à des anesthésistes de faire deux salles en même temps. Alors, c'est violemment décrié par notre Association, et puis c'est peut-être même pas extrêmement prudent non plus.

● (15 h 40) ●

D'autres types de formation donnée aux généralistes, ça a été également décrié par l'Association. Je ne pourrais vraiment pas vous dire, je ne pourrais vraiment pas évaluer les impacts qu'aurait ce genre de décision là. Pour l'instant, l'Association des anesthésistes accepte de motiver des troupes à aller remplacer en région en attendant qu'on ait formé suffisamment de résidents pour pouvoir répléter les troupes.

M. Williams: Merci. Un autre sujet. J'ai entendu que les régies régionales sont en train de faire des négociations avec les services ambulanciers et les ententes ne sont pas signées, et c'est loin d'être réglé. Avez-vous quelques commentaires sur le niveau de services des ambulances et les négociations qui sont en train de se passer?

M. Barrette (Gilbert): Si je peux me permettre rapidement, je peux vous dire que, en termes de... Ce n'est pas comme les médecins: on en a assez mais ils sont mal dispersés, ils sont mal distribués. Mais je peux vous dire qu'en termes de services ambulanciers, sur le plan financier et sur le plan du nombre de contrats, nous en avons suffisamment, sauf qu'un moment donné, ils sont mal redistribués sur le territoire. Ça, c'est un autre problème. C'est par des contrats, et ce n'est pas nécessairement simple à modifier. Pour ce qui est des négociations, je sais qu'il y a eu des négociations, et les ententes, à ce que j'ai entendu parler, je pense que c'est avant les Fêtes, c'était presque complété et presque attaché. Je vais peut-être demander à M. Fortin, qui faisait partie de la négociation, ou Jean, en tout cas... Ça semblait pas mal complet.

M. Fortin (Daniel): Lorsqu'on parle pour la dernière année, qui s'est terminée le 31 mars, au niveau des négociations, il y a eu un moratoire au niveau provincial, au niveau de l'Association des services ambulanciers du Québec, qui avait demandé de négocier provincialement et non régionalement. Donc, ça, c'est toujours dans le décor. Donc, pour l'année se terminant le 31 mars, les services ambulanciers de la région n'ont pas demandé de négociation pour la convention qui était en cours. Donc, ce qui était demandé au niveau de l'Association, c'était un décret provincial. Donc, les négociations, on a été en attente des propriétaires ambulanciers

pour la négociation. Là, ils sont prêts pour l'année 1998-1999 à entreprendre des négociations. Ça, ça va aller. Mais pour la dernière année, qui terminait au 31 mars, il n'y a pas eu de négociation, compte tenu de ce qui se passait au niveau provincial.

M. Williams: Merci.

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

M. Dion: Oui, M. le Président. J'ai été très intéressé par votre présentation assez fouillée avec beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de chiffres, beaucoup de détails administratifs fort intéressants, et j'ai pu en général... En fait, je n'ai pas vu beaucoup de choses concernant tout ce qui touche la question de la violence faite aux femmes. J'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu comment ça se passe actuellement. Quel est l'équipement dont vous disposez pour pouvoir faire face à cette problématique?

M. Barrette (Gilbert): C'est une bonne question. C'est qu'il y a eu beaucoup d'échanges dans le milieu. En fait, on a eu à trancher entre est-ce qu'on fait un programme spécifiquement pour les femmes ou tenir compte de l'élément femmes-violence et tout autre type de méfaits si on veut, à l'intérieur de chacun des programmes. Mais c'est le choix qui a été fait, qu'à l'intérieur de chacun des programmes il y ait un volet particulier, ou encore qu'on ait une préoccupation particulière pour tout ce qui est violence faite aux femmes, ou encore tout l'élément femmes au niveau de services à recevoir. Pour aller plus dans le détail, je sais qu'il y a quelqu'un à la Régie qui s'occupe spécifiquement du dossier femmes, qui est justement à la rencontre, ici, aujourd'hui à Québec. Est-ce que Daniel peut compléter là-dessus en termes de plus spécifique, de ce qui se fait?

M. Fortin (Daniel): En termes d'organisation des services, dans chacune des MRC, on a des maisons pour femmes violentées, bien sûr, avec l'ensemble des services. Dans chacune des MRC, au niveau violence, c'est couvert. Au niveau programmation, on a décidé de ne pas faire un programme spécifiquement femmes mais de le répartir dans chacun des programmes. Mais on a... Au lieu de faire un programme, ce qui a été fait, c'est un plan d'action non-violence. Un en violence envers les femmes, bien sûr; ensuite, celui qui est en préparation actuellement, c'est envers les personnes âgées, parce qu'on sait qu'il y a de la violence envers les personnes âgées, et c'est une violence qui est beaucoup plus pernicieuse que d'autres. Celui-là est en préparation. Et le troisième qui va venir après, c'est au niveau des personnes handicapées. Donc, au lieu d'y aller dans un programme pour l'ensemble de la violence, nous, ce qu'on a préféré faire, c'est des plans d'action mais pour des clientèles très ciblées et à haut risque.

M. Dion: Si je comprends bien, il vous serait possible, actuellement, de nous dire combien de budget va à cette problématique-là

M. Fortin (Daniel): Oui, oui, oui, absolument, on peut, le temps de quelques recherches. On va vous donner le chiffre, oui, absolument.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Pendant, M. le ministre, on pourrait continuer, vous pourrez revenir avec les chiffres. Vous avez une autre question, oui, oui?

M. Dion: Alors, on me dit que pour les jeunes, pour le milieu des jeunes, il y a des problèmes particuliers, en tout cas, ou des problèmes seraient particulièrement graves en Abitibi. Il serait question un peu de découragement, peut-être, de suicide, et tout ça. Est-ce que vous avez des données particulières à ce sujet-là?

M. Fortin (Daniel): En termes de taux au niveau du suicide?

M. Dion: Oui, et de la façon dont vous abordez la question.

M. Fortin (Daniel): Au niveau du taux de suicide, c'est le deuxième plus haut taux au Québec, suicide chez les jeunes. Mais c'est de façon globale. On dit: Chez les jeunes. Il faut extensionner, parce que ce qu'on remarque que les tendances, c'est plus jeune qu'on l'entendait avant, les 15-18 ou les 15-20. On est rendu dans les 30-35 ans. Et il y a des phénomènes, actuellement, qui se passent aussi vers les personnes âgées; ça aussi est dans le décor. Donc, il faut prendre le phénomène du suicide beaucoup plus large que seulement chez les jeunes.

Bien sûr que dans toutes les MRC de notre région, on a ce qu'on appelle des prévention-suicide qui sont en place et actuellement qui fonctionnent et qui fonctionnent bien. Les problèmes qu'on peut rencontrer, c'est une fois que la personne, possiblement une tentative de suicide, peut référer à prévention-suicide et elle peut être référée à ce qu'on appelle une «bascule sociale de soir et de nuit», une bascule sociale, c'est-à-dire être transférée à un professionnel de la santé ou à une personne d'un organisme communautaire qui peut la prendre en charge. Le problème qu'on a, des fois, c'est cette référence-là. Il y en a qui ne veulent pas être référés, donc, ils veulent seulement parler de téléphone à téléphone, si vous voulez, entre deux individus. Mais, lorsqu'on parle, bon: Est-ce qu'on pourrait vous aider davantage? Est-ce qu'on pourrait vous référer, le lendemain matin, soit à un CLSC ou à une clinique de santé mentale? Bien des fois, il y a des refus. Donc, statistiquement, si vous voulez, on ne peut pas savoir est-ce que d'une année à une autre on peut s'améliorer ou on peut... On ne le sait pas, parce que les références ne sont pas toujours acceptées.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, vous pouvez donner les chiffres avant qu'on passe à une autre intervention?

M. Fortin (Daniel): Oui, pour les maisons de femmes, c'est 1 200 000 \$.

M. Dion: 1 200 000 \$?

M. Fortin (Daniel): Oui.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? Merci beaucoup, monsieur. Ce sera la dernière intervention du côté ministériel. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci. Je voudrais vous questionner sur le programme d'accès pour le comité d'expression anglaise. Je sais que vous avez eu un programme d'accès bel et bien ratifié par le conseil d'administration qui a fait, je pense, beaucoup de progrès dans cette démarche. Mais depuis un certain temps, nous avons entendu, nous avons vu beaucoup de lettres de sous-ministres qui encouragent les régies régionales à changer leurs plans; nous avons entendu, dans les autres territoires, les appels; nous avons entendu que certainement quelques régies régionales acceptaient la pression du ministère, elles ont complètement changé et vidé le programme d'accès. Je voudrais savoir ce qui se passe chez vous. Est-ce que vous avez protégé votre programme d'accès pour le comité d'expression anglaise ou est-ce que vous avez aussi changé votre programme d'accès?

M. Barrette (Gilbert): M. le député, M. le Président, je peux vous dire que le programme d'accès pour les personnes d'expression anglaise, je pense qu'on peut dire que c'est un programme qui fonctionne très bien et à la très grande satisfaction des usagers. Ce programme a été révisé tout récemment, a été adopté lors du conseil du 12 mars dernier. Et, même pour s'assurer que le programme fonctionne bien et soit bien adapté, il y a un comité avisé de formé...

M. Williams: Excellent

• (15 h 50) •

M. Barrette (Gilbert): ...de gens de langue anglaise, bien sûr, et aussi il y a un membre du conseil qui fait partie de ce comité avec aussi la personne répondante à la Régie régionale. Le document a été envoyé au ministère au cours du dernier mois. En fait, le programme d'accès a été envoyé au ministère et approuvé par le conseil lors de l'assemblée du 12 mars.

M. Williams: Est-ce que vous pouvez déposer ça ici, à cette commission?

M. Barrette (Gilbert): Ha, ha, ha! Je ne l'ai pas avec moi, là, mais...

M. Williams: Plus tard.

M. Barrette (Gilbert): ... il a été envoyé.

M. Williams: Si c'est un document approuvé...

M. Barrette (Gilbert): C'est sûr.

M. Williams: ...par le conseil...

M. Barrette (Gilbert): Oui

M. Williams: ...c'est un document public.

M. Barrette (Gilbert): Pas de problème.

M. Williams: Avec ça, vous avez changé le programme. Vous en avez soumis un l'année passée et vous avez refait ça le 12 mars, à la satisfaction de tout le monde?

M. Barrette (Gilbert): À mon point de vue, oui Ha, ha, ha!

M. Williams: Oui. Ha, ha, ha!

M. Sanesac (Claude): En 1995, il y a eu un programme d'accès de langue anglaise approuvé par le conseil d'administration. Le ministère a fait les interventions de voir à une mise à jour. Donc, au niveau de la Régie de l'Abitibi-Témiscamingue, il y a eu une mise à jour du programme comme tel, et, comme M. Barrette vous disait, cette mise à jour là s'est faite avec les établissements et s'est faite avec le comité aviseur. Et, ce qu'on peut dire, c'est qu'il n'y a pas eu de changement majeur, à part que de clarifier le programme d'accès présenté comme tel

M. Williams: Chez vous, quand vous avez fait cette mise à jour, vous n'avez pas réduit le nombre de services. Vous avez clarifié quelques services, et le comité qui travaille avec le conseil, qui inclut le comité d'expression anglaise mais aussi les professionnels, est à l'aise avec ça.

M. Sanesac (Claude): Il n'y a pas eu de réduction. Même, ce qu'on peut dire, pour en avoir parlé avec le directeur de programmes, au niveau de la jeunesse, il y a eu des ajouts par rapport à certains services, même.

M. Williams: Merci beaucoup pour cette réponse et toutes les autres réponses que vous avez fournies aujourd'hui. Moi-même, j'ai appris beaucoup de choses, et, comme j'ai dit à l'autre et je vais dire ça à tous les autres régies régionales: Si vous avez des difficultés à passer vos messages au ministère, vous pouvez toujours nous téléphoner. Ça va être notre plaisir de vous écouter...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: ...parce que nous sommes ici pour défendre la population. Vous avez dit que vous n'avez pas

pensé d'avoir un chèque de 3 400 000 \$, mais au moins le ministre ne vous a pas coupés aujourd'hui, comme ils ont fait pendant des années. Avec ça, merci beaucoup pour toutes vos réponses, et n'hésitez pas à communiquer avec la commission. Bonne chance avec vos démarches, particulièrement pour les effectifs médicaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M le ministre, pour votre conclusion.

M. Rochon: Premièrement, je voudrais vous remercier beaucoup d'être venus pour cet exercice de reddition de comptes. J'ai eu l'occasion de le dire, ce matin, quand on a commencé avec la première régie qui s'est présentée. La réorganisation des services de santé, sur une base régionale, avec une décentralisation, comme vous le faites d'ailleurs déjà très bien dans votre région, à venir jusqu'au niveau du territoire local, implique qu'on modifie beaucoup nos mécanismes d'évaluation et de reddition de comptes. Et ces présentations, ces rencontres en commission parlementaire, qui sont prévues par la loi d'ailleurs, pour moi, c'est un élément important, que ceux qui assument leurs responsabilités prévues dans la loi, pour les régies régionales, puissent venir rencontrer les élus et qu'on puisse avoir la chance d'échanger, d'assurer la transparence du système. Et, en plus de la reddition de comptes, il y a un élément, je pense, comme le témoigne le député de Nelligan, d'information qui est très important pour qu'on connaisse bien ce qui se passe dans les différentes régions du Québec et que ceux qui agissent comme législateurs, au niveau de l'ensemble du Québec, puissent garder le plus possible une vue d'ensemble, mais en évitant de faire du mur à mur, en étant conscients des spécificités des différentes régions

Pour avoir travaillé avec vous aussi au-delà de l'exercice d'aujourd'hui, au cours des dernières années, j'apprécie particulièrement, d'une région comme la vôtre, le travail qui est fait dans les conditions de ce qu'on appelle «des régions éloignées». Vous êtes une des quatre ou cinq. Le président, M. Barrette, faisait référence à ça en parlant des critères d'équité tout à l'heure. C'est plus que juste une classification administrative. Ça veut dire une population, pas tellement nombreuse, répartie sur un très grand territoire, et les défis sont toujours beaucoup plus grands. Et, comme on l'a souligné aussi, en plus de cette caractéristique d'une région éloignée, les difficultés que ça pose, différentes d'ailleurs. Il y a toute la question, vous en avez parlé beaucoup aujourd'hui, des effectifs médicaux.

Je me rappelle la première visite dans la région — on était vraiment, je pense, dans des situations particulièrement difficiles. Il y avait plusieurs spécialités, en plus de la médecine de famille. Vous l'avez dit, M. Barrette, je pense, ou le directeur, M. le directeur général, le progrès qui a été fait partout. Mais on voit comment ça reste toujours fragile, et on se replace à peu près à flot et très confortable, mais on sait que c'est fragile. Et j'espère que, dans les prochaines négociations qui sont en cours avec les médecins — Dr Germain, vous y avez fait référence — il

y a des mécanismes qui peuvent nous aider, là. Alors, on va se souhaiter bonne chance pour qu'on puisse en consolider quelques-uns. Alors, merci beaucoup, bonnes Pâques et bonne chance pour la prochaine étape.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de tous les membres de la commission, merci et bon retour en Abitibi-Témiscamingue. Joyeuses Pâques!

Une voix: Merci.

• (16 heures) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'invite maintenant les gens de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches à se présenter.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, étant donné qu'il y a de nouveaux députés pour cette partie-ci, je me permettrai simplement de vous rappeler que nous avons adopté le système d'alternance. Et, étant donné que vous êtes quatre députés, quand même, qui venez d'arriver, je vais prendre la peine de lire l'article 173, temps consacré aux auditions: «Le président partage entre les députés de la majorité et ceux de l'opposition le temps que la commission consacre à chaque personne ou organisme. Sous réserve de l'alternance, chaque député peut parler aussi souvent qu'il le désire sans excéder 10 minutes.»

Depuis ce matin, on essaie de consacrer le plus de temps possible au député de la région. Simplement, je veux répéter, par exemple, que, étant donné que vous êtes quand même quelques-uns, le 10 minutes, je devrai quand même plus ou moins le respecter. Les invités ont 30 minutes de présentation et 45 minutes de chaque côté pour la période des questions.

Alors, M. Gourde, si vous voulez présenter les gens qui vous accompagnent et débiter la présentation de votre mémoire.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches

M. Gourde (Gaston): Alors, merci, M. le Président. M. le ministre, membres de la commission, mesdames et messieurs, c'est mon plaisir de vous présenter, au nom du réseau de la santé et des services sociaux de la région Chaudière-Appalaches, le bilan des activités.

Alors — vous l'avez fait — mon nom, c'est Gaston Gourde. Je suis de la région de la Chaudière-Appalaches et je suis membre du conseil d'administration de la Régie, pour y avoir été nommé à titre de maire. Donc, je suis du collège municipal de la municipalité de Saint-Isidore, dans le comté de Beauce-Nord. En fait, je suis là depuis 1995, comme membre du conseil d'administration et, vers la fin de 1995, comme président.

Je suis accompagné de M. Valier Caron, qui est vice-président, élu par le collège électoral des groupes socioéconomiques; également, Mme Louise Montreuil,

directrice générale, toute nouvelle directrice générale puisqu'elle est en poste depuis le 26 mars, et elle était auparavant directrice générale adjointe.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On va en profiter pour lui souhaiter bonne chance, au nom de tout le monde.

M. Gourde (Gaston): Elle est également secrétaire du conseil d'administration. Également avec nous — et je ne sais pas s'il est dans la salle au moment où on se parle — M. Pierre Morin, secrétaire général et directeur des ressources humaines. À mon extrême gauche, ici, M. Richard Boucher, qui est directeur des ressources financières et matérielles; M. Gilles Patry, qui est directeur adjoint à l'organisation et à la coordination des services; M. François Desbiens, qui est directeur de la santé publique; également, Mme Lise Roy, qui est conseillère en communications.

Alors donc, tel que convenu, avant la période des questions des membres de la commission, nous procéderons à une brève présentation de la région puis à l'exercice synthèse de reddition de comptes relativement à la réalisation de nos mandats de 1993 à 1997.

Alors, parlons de la région. La région de la Chaudière-Appalaches est la cinquième région la plus peuplée au Québec avec ses 385 000 habitants qui représentent 5,3 % de la population du Québec. Cette population est répartie dans 165 municipalités — du moins, c'est le chiffre que nous avons du ministère des Affaires municipales, dans les dernières heures — regroupées en 11 MRC.

En vous référant à la carte géographique que vous avez probablement avec vous, vous constaterez que la région s'étend du fleuve Saint-Laurent au nord, à la frontière américaine au sud et, d'est en ouest, de la MRC de L'Islet aux limites de la région Centre du Québec. Notre région a une superficie de 15 000 km². La densité de population est de 25,4 habitants par kilomètre carré alors qu'elle est de 5,3 au kilomètre carré dans l'ensemble du Québec.

Près du tiers de la population de la région est concentré dans deux MRC, celles qui sont tout près ici, ce qu'on appelle des Chutes-de-la-Chaudière et de Desjardins. Quatre MRC sur 11, celles des Chutes-de-la-Chaudière, de Desjardins, de La Nouvelle-Beauce et de Beauce-Sartigan, sont en croissance démographique, les sept autres étant en décroissance.

La proportion des jeunes de zéro à 19 ans habitant dans la région demeure plus élevée qu'au Québec. En 1996, elle représentait 28,4 % de la population, comparativement à 26,1 % au Québec. Quant à la population âgée de 65 ans et plus, elle représentait 11,9 %, en 1996, alors qu'en 2001 elle comptera pour 12,9 %. Ça signifie un taux d'accroissement de 1 %.

Au point de vue socioéconomique, le secteur de la santé et des services sociaux représente 9 % de l'emploi en Chaudière-Appalaches. Le revenu annuel moyen dans la région est inférieur à celui de la province: 36 310 \$ par

rapport à 48 826 \$. De plus, la population de la région présente un niveau de scolarité plus faible que celui du Québec. Malgré ces faits, la région compte un pourcentage de chômeurs et d'assistés sociaux inférieur à celui du Québec.

La population de la région est relativement homogène au point de vue ethnique puisque les citoyens d'origine anglophone représentent moins de 1 % de la population et il n'existe pas de communauté autochtone recensée dans notre région.

Nous considérons que la densité de population dans les zones urbaines, les distances et la dispersion des populations en milieu rural représentent des défis constants afin d'assurer à la population de la région l'accessibilité à des services de qualité.

Alors, parlons du réseau. Le réseau de la santé et des services sociaux de la région est passé, entre 1992 et 1997, de 69 à une vingtaine d'établissements publics, à la suite de diverses fusions. Il est maintenant constitué de quatre centres hospitaliers, quatre centres locaux de services communautaires, des CLSC, évidemment, sept établissements qui ont les deux missions de centres locaux de services communautaires et de centres d'hébergement et de soins de longue durée, deux centres d'hébergement et de soins de longue durée, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, regroupant aussi un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté, deux centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle. À ces établissements publics s'ajoutent sept centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés.

Ce réseau comprend aussi plus de 200 organismes communautaires, 650 ressources de type familial, 500 places en pavillon, 8 870 employés — selon l'estimation au 31 mars 1998 — 540 médecins et 12 compagnies ambulancières. Nous voulons souligner particulièrement la contribution essentielle de plus de 3 000 bénévoles qui oeuvrent au sein des conseils d'administration des établissements et des organismes communautaires.

● (16 h 10) ●

L'enveloppe budgétaire de dépenses consacrées aux services de la santé et aux services sociaux de la région est de l'ordre de 385 000 000 \$, excluant les dépenses de la RAMQ pour la rémunération des médecins.

Ces considérations vous étant soumises, je vais maintenant vous présenter un sommaire des principales réalisations de la Régie régionale de 1993 à 1997. Je tiens à rappeler que la Régie régionale de Chaudière-Appalaches a été créée en 1992. Donc, elle a une histoire très récente, comme la région, d'ailleurs, en tant que telle.

Parlons de 1993-1994. Quatre priorités ont particulièrement retenu l'attention de la Régie durant l'année 1993-1994, soit: l'adoption de 19 objectifs de santé et de bien-être, à la suite d'une vaste consultation publique; le redéploiement des ressources d'hébergement et de soins de longue durée dont l'enjeu principal était de réorganiser la distribution des lits d'hébergement dans la région — certaines parties de la région, notamment les MRC des Chutes-de-la-Chaudière et de Desjardins, étaient, en effet,

mal desservies en ressources d'hébergement — la création de la direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation à la Régie régionale et le début de la réorganisation des ressources en santé publique; la poursuite de l'implantation des plans régionaux d'organisation des services en déficience intellectuelle et en santé mentale.

Durant cette année, la Régie a assumé pleinement ses responsabilités sociales face au problème fondamental de la dette publique et à l'obligation de rationaliser et de s'engager dans l'opération Défi qualité-performance. Nous avons aussi commencé à réviser les structures d'organisation des services dans la région.

L'année 1993-1994 et les suivantes ont été propices au travail de collaboration dans le réseau de la santé et des services sociaux et avec les partenaires des autres secteurs d'activité, notamment dans les secteurs de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique et les municipalités. À maintes reprises, notamment pour l'appropriation régionale de la politique de la santé et du bien-être et l'opération Défi qualité-performance, la Régie a fait appel aux représentants des établissements, des organismes communautaires, des autres secteurs d'activité, et leur réponse a toujours été positive et généreuse.

L'année 1994-1995. C'est donc en étroite collaboration avec le réseau et ses partenaires que la Régie a entrepris, en 1994-1995, de poursuivre le Défi qualité-performance qui a précédé celui de la transformation du réseau. Pour faire face à ces nouveaux défis, la Régie adoptait, à l'automne 1994, le projet régional *Pour Bâtir ensemble une région en santé*. Ce projet régional définit les orientations de la Régie et ses engagements.

Je me permets, M. le Président, de vous faire part de ces orientations qui ont d'ailleurs servi de guide de référence aux décisions de la Régie depuis 1994. Nous avons décidé de mettre l'accent sur la promotion de la santé dans tous les programmes clientèles, d'adopter le virage vers les services de maintien dans la communauté ainsi que vers les services alternatifs à l'hospitalisation et au placement définitif, d'effectuer le virage vers l'atteinte de résultats dans l'allocation budgétaire et d'inciter les établissements à s'engager dans des rapprochements administratifs et des mises en commun de services.

Tout au long de l'année 1994-1995, la Régie régionale a voulu se donner, avec ses partenaires, les moyens d'atteindre les objectifs prioritaires en matière de santé et de bien-être. Le plan d'action régional 1995-2002 pour la mise en oeuvre de la politique de la santé et du bien-être a été établi grâce à la participation de plus de 1 500 personnes dans la région.

Ce plan d'action vise, entre autres, la réduction des principaux problèmes de santé dans la région, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les traumatismes routiers, les suicides, les abus et négligences faits aux enfants et la violence faite aux femmes.

C'est aussi en 1994 qu'a été défini le modèle régional de service d'accessibilité 24/7, devenu depuis Info-Santé CLSC. La région de la Chaudière-Appalaches avait été un précurseur dans ce domaine, puisqu'un service d'assistance-santé opérait déjà dans la région depuis 1988

afin de répondre aux demandes d'information et de référence de la population de la Beauce, en plus d'offrir le programme de télésurveillance à domicile dans les territoires des 11 CLSC depuis 1991.

Dans la perspective d'un virage des services vers la communauté et vers des services alternatifs à l'hébergement, la région s'est dotée, pour les personnes en perte d'autonomie, de programmes-cadres pour les services d'hébergement temporaire et de centre de jour. Elle a aussi poursuivi activement les travaux en vue de redéployer les ressources d'hébergement de longue durée en fonction des besoins de la clientèle âgée.

Toujours en 1994, le premier plan des effectifs médicaux pour la région Chaudière-Appalaches a été adopté par le ministre. En santé mentale, le modèle d'organisation des services à l'intention des enfants et des adolescents a été implanté dans certaines parties de la région. La Régie régionale a aussi adopté, à cette époque, le plan d'organisation des ressources en santé publique.

En 1995-1997, la transformation. De 1995 à 1997, les efforts de la Régie régionale ont grandement porté sur la réalisation du plan triennal de transformation du réseau. Ce plan avait pour buts d'ajuster les modes de dispensation des services aux réalités modernes et d'atteindre un objectif de réduction des dépenses de 36 000 000 \$.

Le document *À l'heure des choix: décisions*, qui vous a été remis, présente ce plan triennal adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale en septembre 1995 et approuvé par le ministre en janvier 1996. Cette transformation du réseau s'imposait dans Chaudière-Appalaches pour divers motifs, entre autres: le vieillissement de la population, les changements de pratique apportés par l'introduction de nouvelles technologies médicales non invasives, les modifications dans les pratiques d'intervention sociale auprès, notamment, de jeunes en difficulté, l'intégration dans la communauté de clientèles ayant une déficience intellectuelle ou aux prises avec des problèmes de santé mentale, l'augmentation de problématiques telles que la violence familiale, le suicide, le sida et la détresse psychologique.

Nous avons donc voulu revoir l'organisation des services avec l'approche-clientèle, transformer des ressources lourdes vers des ressources plus légères, diversifier la gamme des services en rehaussant les services de première ligne, agir en amont des problèmes, donc accentuer encore davantage la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé, centrer le réseau sur le client en redéfinissant des objectifs cliniques, faire en sorte que le maximum de ressources disponibles soit consacré aux services directs et rationaliser la partie des budgets des services administratifs.

Ce plan, fort ambitieux et mobilisateur, a été soumis à la consultation publique et a sollicité la contribution de tout le réseau. Les ressources humaines du réseau, y compris les médecins, ont été particulièrement interpellées afin d'ajuster leurs modes de pratique en fonction des nouveaux besoins et des nouvelles orientations pour la dispensation des services.

L'autonomie régionale est un enjeu important de la transformation et de la consolidation du réseau dans Chaudière-Appalaches. L'autonomie régionale est un moyen qui permet à notre population de disposer du plus de services possible à l'intérieur de la région. Il s'agit ici d'un principe qui favorise l'accessibilité, et ceci implique qu'il faut disposer des ressources nécessaires en toute équité avec les autres régions.

En mars 1998, le bilan de la réalisation du plan de transformation est le suivant: sur 205 mesures de transformation prévues au plan, 117 sont entièrement réalisées, 59 sont en cours d'actualisation, 39 seront prises en considération dans le plan de consolidation des services en préparation pour 1998-2001.

Santé physique. En santé physique, dans un but d'efficacité, d'efficience et d'intégration des services, nous avons organisé les services hospitaliers en fonction de quatre territoires: L'Amiante, Beauce-Etchemin, qui comprend les MRC des Etchemins, de Robert-Cliche et de Beauce-Sartigan, Montmagny-L'Islet — par définition, c'est la MRC de Montmagny-L'Islet — et le Littoral, qui comprend les MRC des Chutes-de-la-Chaudière, Desjardins, Bellechasse, Lotbinière et Nouvelle-Beauce. Un centre hospitalier dessert chacun de ces territoires.

La transformation devant se faire par réallocation de ressources existantes, la réduction des lits de courte durée dans les centres hospitaliers faisait partie des moyens pour dégager des marges de manoeuvre nécessaires à la mise en place de services alternatifs à l'hospitalisation. Plusieurs objectifs nous ont permis d'atteindre le résultat recherché: la réduction du taux d'hospitalisation de 112,2 à 99,4 par 1 000 habitants — l'objectif étant de 100 par 1 000, alors il a été dépassé — la réduction de la durée moyenne de séjour en centre hospitalier de 9,4 à 8 jours — notre objectif était de 7,9 — l'augmentation des activités de médecine de jour jusqu'à 6 % — l'objectif était de 4 % — et de chirurgie d'un jour à 55,2 % — notre objectif était de 50 % — l'augmentation du taux d'occupation des lits jusqu'à 89 %, alors que l'objectif était de 87,5 %.

De 772 lits, en 1994-1995, la région est passée à 512 en courte durée, à la fin de 1997 — l'objectif était de 562.

Une partie des budgets dégagés par cette opération nous a permis de consolider Info-Santé CLSC et d'effectuer le virage ambulatoire en augmentant les budgets de CLSC en soins à domicile de 2 600 000 \$, tel que prévu au plan de transformation, dont la réduction du séjour hospitalier en postaccouchement.

En 1995-1996, près de 15 000 clients ont été desservis par les CLSC, soit une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente.

● (16 h 20) ●

L'implantation d'un modèle d'urgence de première ligne, adapté aux caractéristiques de chaque MRC, et l'établissement d'un réseau de garde intégré avec les cabinets privés de médecins nous permettent maintenant d'assurer une disponibilité médicale dans les territoires qui étaient moins couverts auparavant et d'avoir une meilleure coordination entre les médecins des cabinets privés et les établissements.

Mentionnons aussi l'importante démarche de rationalisation des laboratoires qui nous permet de regrouper principalement dans les quatre centres hospitaliers l'ensemble des analyses de laboratoire tout en offrant une meilleure accessibilité aux prélèvements.

En santé mentale, nous avons poursuivi le virage vers les services dans la communauté et le développement d'une gamme variée de services à la clientèle. Nous avons atteint notre objectif d'autonomie régionale et d'auto-suffisance des territoires pour les services en pédopsychiatrie et en psychiatrie pour les adultes. La mise en oeuvre de plusieurs mesures nous a permis d'atteindre cet objectif, notamment: le regroupement des services de psychiatrie, le développement de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention de la détresse psychologique et du suicide, ainsi que la promotion des droits des usagers, l'implantation de services de crise et d'urgence, de services de réadaptation et d'entraide et de services pour les personnes souffrant de troubles transitoires, le développement de ressources résidentielles alternatives à l'hospitalisation, le transfert des ressources en santé mentale de la région de Québec, la mise en place des services de consultation en pédopsychiatrie dans toute la région avec le support des pédopsychiatres de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Pour le programme de santé publique, celui-ci a fait l'objet d'une révision en considérant les priorités de la politique de la santé et du bien-être et les priorités nationales de santé publique. La région a procédé à l'adoption de quatre programmes spécifiques, soit les maladies infectieuses, la santé et l'environnement, la santé cardiovasculaire et la périnatalité. Les autres activités de santé publique font présentement l'objet de travaux en vue de l'adoption d'orientations en 1998-1999.

En regard des services aux jeunes et à leur famille, des efforts importants ont été faits pour diversifier la gamme des services et offrir des réponses le plus près possible des jeunes en difficulté et de leur famille. Cela a nécessité un virage communautaire important qui s'est traduit notamment par la consolidation des services externes de réadaptation et la création de deux centres de ressources multidisciplinaires.

Grâce à la réduction de 48 places d'hébergement en milieu institutionnel, nous avons pu développer, dans la communauté, 43 places d'hébergement de type foyer-appartement ainsi que des ressources résidentielles de réadaptation. De plus, des projets-pilotes d'équipes jeunesse dans deux MRC ont été une réussite, ce qui a incité le conseil d'administration de la Régie à amorcer le développement de ces services dans 11 MRC de la région. Ces équipes jeunesse-famille visent à supporter les jeunes en difficulté et leurs proches. Elles sont formées d'intervenants des secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux ainsi que d'organismes de la communauté.

En alcoolisme et toxicomanie, nous sommes à définir un plan régional d'organisation des services qui va nous permettre de doter la région d'une gamme de services adéquats, continus et accessibles pour la clientèle. Les

mesures de transformation s'actualisent. Elles visent, entre autres, à accentuer la promotion de la santé et la prévention de la toxicomanie en ciblant les interventions axées sur les facteurs de risque et les clientèles à risque, à consolider l'intervention de première ligne, à développer des solutions alternatives à l'hospitalisation telles que des lits de dégrisement et des services externes de désintoxication.

De nombreuses activités de promotion sont en voie de réalisation grâce à la dynamique contribution des tables d'action préventive en alcoolisme et toxicomanie dans chacune des MRC.

Pour les personnes en perte d'autonomie, deux types d'interventions importantes ont été menés de front: d'abord, la consolidation formelle du virage ambulatoire par l'investissement, comme nous l'avons mentionné précédemment, en services de maintien à domicile dans les CLSC et par la consolidation du programme d'hébergement temporaire. Parallèlement, 80 lits d'hébergement et de soins de longue durée, dont 40 temporaires ont été ajoutés sur le Littoral. Nous sommes à actualiser le projet de relocalisation de 32 lits de centres d'accueil privés conventionnés de la Beauce vers le Littoral pour août 1998. Ces opérations ont été rendues possibles par la fermeture de 368 lits d'hébergement, entre 1992 et 1996, dans la région.

La reconfiguration du réseau dans ce secteur d'activité sous-tendait en effet un rééquilibrage majeur dans la distribution des ressources dans la région. En 1997, la Régie régionale a adopté la norme de 4,3 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus comme balise à l'organisation des services d'hébergement et de soins de longue durée. Pour actualiser cette opération, la Régie a demandé à chaque territoire de soumettre son plan d'action afin que cet objectif soit atteint au 31 mars 1998.

Au cours de 1997, les deux centres de réadaptation en déficience intellectuelle ont définitivement atteint l'objectif de redéployer leurs ressources dans la communauté, au plus grand bénéfice des 1 600 personnes qu'ils desservent.

Pour les personnes présentant une déficience physique soit visuelle, auditive ou motrice, un plan régional d'organisation des services en réadaptation physique a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale, suite à une consultation publique. Ce plan se caractérise particulièrement par un objectif de déconcentration des services dans la région. Des ententes devront être conclues avec la région voisine pour rapatrier les clientèles et les ressources qui doivent les accompagner.

En ce qui concerne la réalisation du plan d'action associé aux objectifs de santé et de bien-être, nous avons investi, depuis 1995, près de 1 500 000 \$ dans des activités visant directement l'atteinte de ces objectifs. Ce montant a permis de consolider, de développer ou d'initier des interventions à l'égard de nos priorités régionales. Les problématiques suivantes ont fait l'objet d'allocations: les abus, la négligence et la violence envers les enfants, l'alcoolisme et les toxicomanies, les maladies cardiovasculaires, les

traumatismes, le sida, les MTS, la détresse psychologique, le suicide, l'intégration sociale, la lutte à la pauvreté et à ses impacts. De plus, une recherche sur l'accessibilité aux services de première ligne a été réalisée, et une sur la complémentarité et la continuité des services pour les soins infirmiers à domicile est en cours.

Les organismes communautaires jouent un rôle majeur auprès de la population de la région. En 1996-1997, la Régie régionale a alloué quelque 7 000 000 \$ à plus de 150 organismes communautaires de la région. Ces fonds provenaient du budget de soutien aux organismes communautaires, des différentes allocations de programmes et du financement des priorités de la santé et du bien-être.

La Régie régionale travaille actuellement en étroite collaboration avec les organismes communautaires de la région à définir les orientations pour la consolidation des activités de ces organismes.

À l'égard des ressources financières, le gouvernement a exigé, pour 1995-1996, des objectifs d'économies totalisant près de 12 000 000 \$. L'atteinte de ces objectifs a constitué, pour le conseil d'administration, trois défis majeurs: le défi de protéger le coeur du système, soit les services directs à la population; le défi de répartir les objectifs de réduction des dépenses en considérant l'atteinte de l'équité dans les services disponibles pour la population du territoire. En ce sens, l'équité dans l'allocation des ressources a été une préoccupation constante du conseil au cours des dernières années. Des orientations précises ont été prises en vue d'assurer un budget équitable, notamment pour les personnes en perte d'autonomie dans les volets d'hébergement et du maintien à domicile.

Le défi d'assurer l'efficacité dans les activités effectuées par les établissements. Pour ce faire, des objectifs d'économies ont été fixés. La phase I d'un plan de modernisation a été réalisée. Elle visait la rationalisation des services administratifs et de soutien; entre autres, les archives, les laboratoires, l'entretien ménager et le fonctionnement des installations. La phase II du plan de modernisation est en préparation. Elle a pour but, tout en visant aussi l'efficacité et l'efficience, de consolider ses services en fonction des technologies disponibles et de rendre les établissements capables de capitaliser sur ces technologies pour leur organisation.

Les ressources humaines. L'effet des compressions sur les ressources humaines du réseau était évalué à 900 postes, dans la région, sur une base de trois ans. Aussi, pour supporter les ressources humaines, diverses mesures ont été prises, entre autres: de nouvelles ententes collectives visant à prévoir des mécanismes et procédures spécifiques au remplacement, à l'adaptation et au recyclage de la main-d'oeuvre; un programme incitatif de départs volontaires ou de la mise à la retraite en 1996-1997; la mise en oeuvre de programmes d'adaptation et de recyclage de la main-d'oeuvre; la création d'un service régional de remplacement de la main-d'oeuvre.

À la fin de l'année 1997, le bilan est le suivant: 1 060 personnes ont bénéficié du programme de départs volontaires et de retraite sur deux ans; 840 personnes ont utilisé les services du centre de remplacement; 504

personnes ont été replacées; 31 personnes ont participé au programme de recyclage et d'adaptation; plus de 600 000 \$ ont été investis pour ces programmes.

Communications. Cette nouvelle configuration du réseau modifiait aussi des habitudes de consommation de services de la part de la population. Nous nous devons donc de préparer la population à ces changements en l'informant et en la guidant vers la ressource la plus appropriée pour répondre à ses besoins en soins et en services.

C'est ainsi qu'en début de l'année 1997 une vaste campagne d'information fut organisée en partenariat avec les établissements du réseau, les organismes communautaires et les médecins en pratique privée. Un carnet de services, présentant les services de santé et les services sociaux offerts dans les MRC, a été distribué dans chaque foyer de notre région.

Nous avons aussi effectué, en 1996-1997, une étude sur la satisfaction des besoins des usagers des services de santé et des services sociaux dans la région alors même que la transformation du réseau était déjà amorcée. Cette étude à caractère scientifique a été réalisée auprès de 1 700 usagers. Elle nous révèle que la population est satisfaite des services reçus dans des proportions qui varient de 87 % à 99 % selon le type d'établissement.

Les résultats de cette étude ont permis aux établissements de cibler certains aspects des services à améliorer, telle l'information concernant les services, le temps d'attente sur place et le temps pour obtenir un rendez-vous. Une répétition de cette étude devrait être réalisée à nouveau dans quelques mois.

● (16 h 30) ●

Nous avons brossé, M. le Président, un compte rendu sommaire des activités de la Régie régionale depuis 1993. Comme vous avez pu le constater, depuis la création de la Régie, nous nous sommes engagés dans un projet régional dynamique qui imprime une direction claire, celle de bâtir ensemble une région en santé. Je vous remercie de votre attention, et nous demeurons disponibles pour répondre à vos questions, évidemment avec l'aide de mes acolytes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. La première intervention sera faite par le député de Bellechasse, suivi de Mme la députée de Beauce-Sud et du député de Lévis. Les interventions que j'ai jusqu'à maintenant. M. le député de Bellechasse.

M. Lachance: Merci, M. le Président. C'est intéressant de voir les représentants de la Régie régionale de Chaudière-Appalaches être ici, au Parlement, aujourd'hui. Je pense que ça prouve une chose, c'est que vous êtes imputables de votre administration et de vos gestes puis de l'administration, en fait, de l'argent des taxes et des impôts payés par les contribuables. Alors, vous avez des comptes à rendre, et je pense qu'il n'y a plus personne qui va pouvoir dire dans l'avenir que vous pouvez faire ce que vous voulez puis que vous n'avez pas de comptes à rendre à personne.

Moi, je voudrais vous demander comment la Régie régionale peut-elle contribuer à ce que les régions, dont la mienne, puissent avoir accès à des omnipraticiens en plus grand nombre. Sérieux problème, surtout depuis la mise en oeuvre de départs de médecins de carrière qui ont quitté il y a quelques mois certains coins de notre région. Dans Bellechasse, pourtant, ce n'est quand même pas le tiers-monde, et, à une place comme Saint-Damien ou à Sainte-Claire, on me dit assez souvent: Bon, on manque de médecins. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus dans un premier temps puis je reviendrai pour une autre question.

M. Gourde (Gaston): Alors, M. le député, je veux juste... Sur votre entrée en matière, tout à l'heure, vous avez parlé d'imputabilité. Effectivement, les régies, c'est nouveau comme façon de s'organiser, il faut comprendre que l'imputabilité... Aujourd'hui, on est ici devant les membres de la commission des affaires sociales, mais, de façon régulière — de façon très régulière — nous procédons à l'imputabilité, nous procédons à rencontrer des gens du milieu, d'abord, dans un premier temps, dans des réunions publiques, les fameuses réunions du conseil d'administration, mais aussi — en tout cas, depuis que je suis là, puis je pense que c'était de même aussi auparavant — nous rencontrons régulièrement les préfets, les maires. Nous avons aussi rencontré ou offert de rencontrer à l'occasion les députés de la région pour expliquer ou mieux faire comprendre dans quel sens allaient nos actions ou dans quel sens allaient nos préoccupations en regard de l'organisation de la santé dans Chaudière-Appalaches.

Donc, l'imputabilité, jamais auparavant avant la création des régies, n'avions-nous de façon aussi près, un peu comme dans des conseils municipaux, l'occasion de pouvoir indiquer à des citoyens, au fur et à mesure, comment les choses allaient. Ce n'est pas toujours facile, par contre. On sait que même dans des conseils municipaux c'est difficile, des fois, de prendre des décisions. Ce n'est pas parce que c'était facile, mais que 23 ou 24 citoyens qui forment un conseil d'administration de la Régie soient prêts à répondre à des questions, soient prêts à être interpellés régulièrement, à mon avis, c'est très sain et c'est dans ce sens-là que ça doit aller. C'est vraiment la bonne direction qui a été prise, quitte à corriger des tirs à certains moments donnés, mais, vraiment, nous sommes très conscients aussi que, si jamais il y avait pas eu de ces régies-là, toute la transformation qui a été faite n'aurait pas pu être faite. Elle n'aurait pas pu être dirigée de l'édifice Joffe, à mon avis, c'est sur le terrain, par la mobilisation, par les ententes qui se sont prises entre les grandes parties d'une région comme la nôtre, qui est une nouvelle région, en fait, qui n'était pas une région au départ, c'était l'addition de quatre sous-régions.

Alors, des gens se sont réunis puis ont pris ensemble des ententes, puis ont bâti des consensus, et ça, c'est excessivement important. Et, si jamais on avait à donner un bulletin sur ce qui a été les bienfaits de la Régie, ça a été notamment d'être capable de bâtir des

consensus à l'intérieur d'une région comme la nôtre, tant et si bien que, dans d'autres domaines, aujourd'hui, il y a des gens qui nous regardent aller puis ils disent: Bien, c'est peut-être une façon, de même, de procéder.

Maintenant, sur la question des omnis, je me ferai aider de Mme Montreuil tout à l'heure, mais je veux juste vous dire que, effectivement, tout à l'heure, on avait les représentants d'Abitibi qui étaient ici avec nous puis on parlait des régions éloignées puis des préoccupations qu'il pouvait y avoir. La région Chaudière-Appalaches, ce n'est pas une région éloignée, mais, même si elle n'est pas une région éloignée, elle a des problèmes qui ressemblent à ce qui se passe dans les régions éloignées. Ça sera peut-être la définition des régions éloignées qu'il faudra refaire parce que qu'on se souvienne, par exemple, que, à Sainte-Marie de Beauce, qui est à 20 minutes du pont Pierre-Laporte, on a eu toutes les misères du monde à avoir une garde 24 heures. Il y a eu des épopées il y a cinq ou six ans, par exemple, où on ne pouvait pas avoir accès à un médecin un dimanche, puis il y avait eu un jeune, on se souvient, ça avait fait les manchettes, qui avait passé près de se noyer, puis la question de la disponibilité des médecins avait été remise en cause. Vous nous identifiez Saint-Damien, vous avez parlé de Sainte-Claire, il y a aussi Lac-Étchemin qui a un problème. Il y a Saint-Pamphile, dans ce secteur-là aussi, où il y a des problèmes.

Alors, la question d'avoir accès à des services médicaux, pour nous autres c'est une grande préoccupation, et on espère que, avec le nouveau département régional de médecine générale, qui est dans le projet de loi n° 404 qui est en train d'être débattu — il va falloir vivre avec, on ne sait pas comment ça va vivre, cette espèce d'organisation là — on va avoir plus, peut-être, d'auto-discipline de la part des médecins qui, eux autres, vont se sentir responsabilisés pour se déployer sur le territoire. Et je ne sais pas, Mme Montreuil, sur la question des médecins, s'il y a des trucs ou s'il y a des moyens plus efficaces.

M. Lachance: Je voudrais peut-être vous illustrer rapidement un cas qui m'a été soumis dernièrement, qui, j'imagine, doit exister ailleurs, mais qui est assez paradoxal, puis ça, je n'aime pas ça l'évoquer parce que, là, on ne fait pas appel nécessairement à des gens qui sont en bonne santé, mais à des gens qui sont décédés. Imaginez-vous, là, le problème de faire constater le décès d'une personne qui décède dans sa résidence privée. Souvent, ce qui arrive, c'est qu'il n'y a pas de médecins qui sont disponibles — parce que ça prend un certificat médical pour le constater — alors on appelle l'ambulance, l'ambulance ramasse le décédé, l'amène à l'hôpital pour faire constater le médecin, et, ensuite de ça, l'entrepreneur de pompes funèbres s'en va à l'hôpital, bon, recueillir le corps. C'est un détail, mais, pour les gens qui le vivent, ce n'est pas rigolo, hein, alors que, auparavant, semble-t-il, ce problème-là ne se posait pas. C'est très terre-à-terre comme problème, comme problématique, mais je pense qu'il y aurait quelque chose à améliorer de ce côté-là.

M. Gourde (Gaston): Je pense que la prochaine négociation sera alimentée, justement, d'exemples comme celui-là avec les médecins omnipraticiens.

M. Lachance: Ça coûte cher en ambulance, en tout cas.

M. Gourde (Gaston): Oui, oui, je suis d'accord avec vous.

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

M. Gourde (Gaston): Oui, Mme Montreuil.

Mme Montreuil (Louise): Bien, peut-être ajouter que le problème, ce n'est pas nécessairement d'avoir des postes disponibles. On a les postes disponibles pour, entre autres, votre territoire, ce qui est important, c'est d'assurer le recrutement, ce qui n'est pas toujours facile. Comme le disait le président tout à l'heure, avec l'arrivée des départements régionaux de médecine générale, ça va permettre une meilleure coordination entre les médecins qui sont exclusivement en établissement ou en cabinet privé, ce qui pourrait rendre beaucoup plus facile l'accessibilité aux médecins 24 heures par jour, pas seulement dans une situation d'urgence, mais peut-être aussi dans des situations comme vous évoquez qui sont de constater un décès. Puis prendre une ambulance pour constater un décès, pour aller jusqu'à Lévis, disons que ce n'est pas l'idéal. Alors, on compte beaucoup sur cette disposition législative là pour nous permettre, dans chacun des territoires de MRC, d'avoir cette accessibilité-là 24 heures sur 24 pour des situations d'urgence ou particulières, comme vous les décrivez.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie Mme la députée de Beauce-Sud.

Mme Leblanc: Merci, M. le Président. M. le ministre, membres de la Régie régionale, je suis heureuse d'être ici aujourd'hui, puisque ça me permet de pouvoir vous poser des questions. Vous savez, j'ai été à votre dernière rencontre et j'ai voulu poser des questions, et, malheureusement, on a manqué de temps. Il me semble que 15 minutes pour poser des questions n'est pas suffisant, surtout lorsqu'il y a 300, 400 personnes dans la salle. Alors, aujourd'hui je suis bien contente d'avoir cette occasion-là qui ne m'a pas été permise, qui ne m'a pas été donnée et ce que je déplore, d'ailleurs, parce qu'on devrait peut-être tenir compte du nombre de personnes dans la salle pour rallonger, peut-être, la période de questions même si ça rallonge les réunions, qui sont déjà très longues, de la Régie régionale.

Alors, la dernière fois que je suis allée vous rencontrer, on a parlé de couper 21 lits au Centre hospitalier de l'Assomption, qui est un centre hospitalier privé conventionné. On voit dans votre document, à la page 24, qu'on parle de 32 lits, alors je suppose qu'il y en a 11

autres qui proviennent de Saint-Michel de Bellechasse. Est-ce que c'est exact?

M. Gourde (Gaston): Là, il faudrait vérifier... Oui, M. Boucher.

● (16 h 40) ●

M. Boucher (Richard): Lorsqu'on parle des 32 lits en question, ce sont 32 lits du foyer Sainte-Famille de Saint-Éphrem qui vont être transférés du côté du foyer Saint-Joseph de Lévis.

Mme Leblanc: O.K. Alors, les 21 lits qu'on doit couper au Centre hospitalier de l'Assomption à compter du 1er avril s'ajoutent à ces 32 lits-là dans le privé conventionné?

M. Boucher (Richard): Oui.

Mme Leblanc: Alors, moi, ce que je vous demandais comme question, c'était: Compte tenu que le Centre hospitalier de l'Assomption reçoit une clientèle qui est déjà beaucoup plus lourde... Elle reçoit d'ailleurs des clients, des patients qui sont actuellement dans les CHSLD publics de la Beauce pour être traités, stabilisés parce qu'on n'a pas, semble-t-il, ce qu'il faut dans nos foyers publics pour accueillir ces gens-là. Alors, on sait que, depuis deux ans, huit patients ont été transférés au Centre hospitalier de l'Assomption de façon à les stabiliser. Je vous ai demandé, à ce moment-là, s'il y avait un plan pour compenser la perte de services spécialisés que seul le Centre hospitalier de l'Assomption pouvait offrir actuellement et je n'ai pas eu de réponse à ma question. Je ne sais pas si c'est possible d'en avoir une aujourd'hui.

M. Gourde (Gaston): O.K. Avant de passer la parole à Mme Montreuil, vous avez, d'entrée de jeu, tout à l'heure, parlé d'un 15 minutes. Je vais vous indiquer que c'est 30 minutes de période de questions que nous avons, mais, à la demande de certains intervenants, il y a une couple d'années, on les a divisées en deux 15 minutes. Mais il y a un 15 minutes en début de réunion et il y a un 15 minutes en fin de réunion. Finalement, il y a 30 minutes, et, en 30 minutes, on permet aux citoyens de pouvoir réagir à toutes les fois qu'il y a des réunions. Écoutez, on a deux heures pour parler de quatre ans de vie d'une régie régionale ici aujourd'hui, alors il faut comprendre que, à un moment donné, il y a une limite, en quelque part, qui doit se faire. Je suis d'accord avec vous que, des fois, il faut être plus large, et il est arrivé souvent que nous avons élargi de quelques minutes les interventions.

Le problème qu'on a souvent, c'est qu'il y a des gens qui prennent beaucoup de temps à l'intérieur du 15 minutes, et il arrive que d'autres personnes veulent intervenir, puis... Ça, c'est la nature, elle est ainsi. Mais je prends bonne note de vos remarques. Nous sommes en train de revoir toute l'organisation parce qu'il y a toutes sortes de choses qui sont nouvelles, et, actuellement, il y a un groupe qui travaille sur l'organisation au conseil

d'administration, à modifier notre règlement. Alors, peut-être, à ce moment-là, qu'il y aura des modifications. Je ne peux pas vous le promettre, mais juste pour dire que votre argumentation, à ce moment-là, sera prise en note.

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

Mme Montreuil (Louise): En ce qui concerne la diminution des lits dans le territoire de la Beauce-Sartigan, la question que vous posez à savoir si, oui ou non, la Régie a pris en compte l'activité de suppléance ou, dans certains cas, que le Centre hospitalier de l'Assomption peut faire pour accueillir certaines clientèles qui ont besoin de soins particuliers, le seul fait que l'hôpital de l'Assomption demeure quand même un très important établissement d'hébergement et de longue durée de la Beauce avec encore 96 lits une fois que les 21 lits auront été retirés était pour nous une garantie dès le départ que le type de soins offerts par cet établissement-là était là pour durer et que c'était très évident que les échanges de collaboration qui existent entre les établissements du public et du privé continueraient par la suite. Donc, pour nous, il y avait une diminution de places, comme c'est le cas dans l'ensemble de la région pour atteindre une norme de 4,3, mais, à notre avis, ça n'avait pas d'impact sur la qualité des services offerts à la clientèle ni sur la disponibilité de ces services-là. Elles continueraient lorsque requises, ces collaborations-là entre le privé et le public.

Mme Leblanc: Comment ça peut concrètement, pratiquement s'opérer, puisque, à partir du 1er avril, le Centre hospitalier de l'Assomption doit y aller par attrition naturelle jusqu'à temps qu'il ait atteint son 21 lits? Ça va prendre combien d'années avant que le Centre hospitalier de l'Assomption puisse de nouveau offrir les services spécialisés qu'il fait actuellement?

Mme Montreuil (Louise): Moi, là-dessus, je dirais que je fais confiance au bon jugement des gens du territoire de Beauce-Sartigan. L'attrition va se faire graduellement, au fur et à mesure que, bon, des décès vont survenir. Mais c'est très évident que, si, pour un cas particulier, la seule ressource capable de desservir cette clientèle-là était le Centre hospitalier de l'Assomption... Tantôt, vous faisiez référence à huit personnes qui avaient été reçues par le Centre hospitalier. Vous comprenez que huit personnes, ça s'échelonne dans le temps, et je pense que, à ce moment-là, le gros bon sens fait en sorte que le Centre hospitalier de l'Assomption va accueillir la personne. On n'est pas à une semaine ou deux semaines près pour atteindre cette attrition-là, il faut quand même que ça se fasse dans le respect des gens puis, je dirais, aussi en maintenant les acquis qui ont été développés au cours des années.

Mme Leblanc: Une autre question que j'avais posée à ce moment-là, c'est qu'il y avait eu quand même une résolution de la MRC de Beauce-Sartigan qui semblait

être favorable au maintien des lits au Centre hospitalier de l'Assomption. Je ne suis pas certaine qu'on ait pu tenir compte de la position des élus municipaux là-dedans. Je ne sais pas jusqu'à quel point aussi ça pèse dans la balance. Est-ce que vous êtes capable de me renseigner là-dessus?

M. Gourde (Gaston): Sur cette question, effectivement, il y a une résolution qui est arrivée, je ne sais pas, peut-être 48 heures ou 72 heures avant la réunion des élus de Beauce-Sartigan. Il faut comprendre que, dans la décision que nous avons prise à la dernière réunion — c'était le 25 mars, le 26 mars — à notre dernière rencontre, on ne faisait qu'actualiser une décision déjà prise, au contraire, par exemple, de la situation de Bellechasse qui était en discussion le même soir, alors que nous n'avions pas pris de décision dans Bellechasse, et, à ce moment-là, les élus de Bellechasse nous ont demandé, en fait, de reporter pour permettre les consensus dans la région. Dans le cas de Beauce-Sartigan, ce sont des décisions qui avaient été prises, dans certains cas, il y a presque deux ans, mais qui n'étaient pas encore actualisées pour toutes sortes de raisons, parce qu'il y avait des négociations qui se faisaient avec les privés, etc. Alors, on ne faisait que desservir ce qui avait déjà été décidé auparavant. C'est un consensus régional qu'il y avait eu à ce moment-là de faire un redéploiement des lits.

Mme Leblanc: Justement, pour revenir à cette décision-là de juin 1996 — parce que vous dites que la réunion qu'il y avait au mois de mars 1998, c'était seulement pour l'actualisation — on disait bien que la décision de 1996, elle faisait suite à un consensus, mais que ce consensus-là était assujéti à la réalisation de certaines conditions, et semble-t-il que ces conditions-là ne seraient plus valides aujourd'hui. Alors, c'est pour ça qu'il y avait autant de monde à la réunion du 26 mars dernier pour venir vous dire que ça ne fonctionnait pas. Il n'y a pas eu, finalement, d'entente parce qu'on disait que, pour être valide, le plan devait se réaliser en entier, que, si une partie du plan ne devait pas se réaliser pour quelque raison que ce soit, le plan au complet devait être abandonné — ça, c'était dans la décision — et que la réalisation du plan était conditionnelle à une entente provinciale à intervenir entre le MSSS et l'ACHAP, et aucune de ces conditions-là ne se sont réalisées. Alors, c'est pour ça que vous avez vu autant de monde, à votre réunion du 26 mars, qui venait vous dire: Ça ne marche pas, ça ne tient plus, ça, et on vous demande de réviser votre position.

M. Gourde (Gaston): Je vais demander à M. Boucher, qui est un des artisans, d'ailleurs, de toutes ces négociations-là qui ont lieu avec les privés conventionnés pour le redéploiement... M. Boucher.

M. Boucher (Richard): Dans les faits, c'est que les conditions qui prévalaient à ce moment-là, lors du transfert volontaire de l'établissement de la Beauce vers le littoral, étaient les suivantes. C'est qu'auparavant les relocalisations des privés conventionnés se faisaient dans des

édifices qui étaient construits par le privé conventionné et loués par la suite au public. Les conditions qui ont changé depuis ce temps-là, c'est que, avec la négociation provinciale, on transfère le privé conventionné dans une bâtisse qui était devenue excédentaire, c'est-à-dire le foyer Chanoine Audet, à ce moment-là un édifice public. Or, quand vous parlez de conditions, c'est une condition concernant la propriété de la bâtisse, alors, qui a été faite par les négociations provinciales depuis un an.

Mme Leblanc: O.K. Alors, si mon information est bonne, Chanoine Audet n'est pas encore prêt à accueillir les personnes. Semble-t-il que les immobilisations ne seraient pas réalisées actuellement, mais on continue quand même à vouloir actualiser, depuis le 1er avril dernier, la coupure des 21 lits au Centre hospitalier de l'Assomption

Une voix: Mme Montreuil.

Mme Montreuil (Louise): En fait, je pense que ce qu'il faut comprendre là-dedans, c'est que vous comprenez que, quand il s'agit de soit fermer un établissement ou de diminuer le nombre de places, il faut être respectueux des gens, il faut prendre le temps de le faire. Et, au moment où se parle, on prévoit que les locaux vont être disponibles, du côté du foyer Chanoine Audet, à Saint-Romuald, vers la fin de l'année. Alors, on se donne dès à présent le moyen de commencer, d'une part, à diminuer les admissions dans un établissement et de se mettre en perspective de relocaliser les clientèles qui devront l'être dans d'autres établissements de la région. Et, pour ce faire... Ce n'est pas une opération qu'on peut faire du jour au lendemain, il y a les familles à sécuriser, il y a les gens à rencontrer. et c'est pour cette raison-là que, voyant venir l'échéancier de la fin 1998, nous concevons que c'est le temps de commencer à amorcer les mouvements de réduction ou de fermeture pour que ça se fasse dans l'ordre puis dans le respect des gens.

Mme Leblanc: Mais en attendant...

• (16 h 50) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Mme la députée, je reviendrai à vous tout à l'heure.

Mme Leblanc: O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Lévis, et je reviens à vous après.

M. Garon: M. le Président, j'ai un mot à dire, je suis d'accord avec la députée de Beauve-Sud quand elle dit que, au point de vue imputabilité, 45 minutes pour trois ans, ce n'est pas beaucoup. Ça fait 15 minutes par député. Je ne sais pas combien ça veut dire de budget, là, les trois ans qu'on couvre. Ça fait combien de budget total en trois ans?

M. Boucher (Richard): À peu près 1 000 000 000 \$.

M. Garon: À peu près 1 000 000 000 \$. On a 15 minutes pour questionner 1 000 000 000 \$. Tu sais, ceux qui sont satisfaits de ça comme imputabilité, bien, à mon avis, ils n'ont pas compris ce c'est nous autres qui votons ces sommes-là ici. C'est nous autres qui votons ces sommes-là ici, c'est réparti, après ça, dans les régies régionales qui administrent ça. Quand on dit qu'ils n'ont pas de comptes à rendre à personne, je le dis encore parce que, à toutes fins pratiques, on va poser des questions, chaque député, pendant 15 minutes. À mon avis, c'est ridicule. C'est du grand guignol, c'est ridicule. Alors, une fois dans trois ans, 15 minutes, moi, je pense que cette loi-là doit être changée pour que la régie régionale rende des comptes.

Les maires n'ont pas de responsabilités en matière de santé, c'est une responsabilité provinciale que le gouvernement du Québec assume lui-même. Les maires n'ont aucune responsabilité. Ils ont des responsabilités en termes d'égouts, d'aqueducs, de trottoirs, de rues municipales, mais ils n'ont pas de responsabilités en matière de santé. En tout cas, dans le Code municipal, il faudrait l'amender parce qu'il n'y en a pas. Et, quant à moi, je veux dire, on n'a pas appelé souvent la Régie, mais le dernier téléphone que mon attaché politique a fait, il attend encore la réponse, il n'y a pas eu de retour d'appel. Pourtant, on n'a pas abusé, ça se compte sur les doigts d'une main, les fois qu'on a appelé.

Il y a une question que j'aimerais savoir, on parle du 32 lits de Saint-Éphrem, savez-vous à quel prix les soeurs l'ont acheté, le permis? Est-ce que la Régie sait à quel prix les soeurs ont acheté le permis de Saint-Éphrem pour avoir le droit de soigner 32 personnes dans Desjardins, pour avoir un peu plus d'équité régionale? Est-ce qu'on le sait?

M. Gourde (Gaston): C'est une entente privée. À ce moment-là, on n'a pas...

M. Garon: Et savez-vous combien de centaines de milliers de dollars ça a coûté aux soeurs pour avoir le droit de soigner 32 personnes, pour donner l'équité régionale?

M. Boucher (Richard): Le transfert de permis a été fait sans...

Une voix: Sans intervention de la Régie.

M. Boucher (Richard): ...intervention de la Régie de ce côté-là. Il a été acheté tout simplement.

M. Garon: Non, non, je comprends tout ça, mais on dit qu'on transfère 32 lits, et, moi, je sais que c'est plus proche du 1 000 000 \$ que du 100 000 \$. Pour avoir le droit de soigner 32 lits puis avoir l'équité régionale, les soeurs ont déboursé plus de 600 000 \$. Je ne me rappelle pas du chiffre exact, c'est entre 600 000 \$ et 700 000 \$ pour avoir le droit de soigner 32 personnes. Moi, je trouve ça spécial en démon. Je trouve ça spécial en démon, puis, une chance qu'elles ont dépensé ça, autrement, si on

n'avait pas trouvé les personnes qui auraient acheté le permis, on n'en aurait pas eu d'équité, on n'aurait pas eu les lits. Et savez-vous qu'elles l'ont acheté au mois d'avril 1996 et que la lettre du ministre est arrivée au mois de décembre 1997 après de nombreux appels? Parce qu'on était incapable de savoir, le dossier, où il était, chez vous ou au ministère de la Santé. Chez vous, ils disaient qu'il était au ministère, puis, au ministère, ils disaient qu'il était à la Régie régionale. Les soeurs avaient acheté le permis au mois d'avril 1996 puis elles ont eu la lettre parce que le Dr Rochon a accepté d'envoyer la lettre au mois de décembre 1997. C'est quand même spécial. Alors, quand on parle de grande efficacité, moi, je ne comprends pas beaucoup. Les gens ont le permis, il est acheté, il coûte cher, puis, en plus, bien, ça prend du temps pour avoir le droit de faire les lits.

Autre affaire dont je voulais parler rapidement, parce qu'on dit ici, dans le rapport, à la page 18: De 772 lits en 1994-1995, la région est passée à 512 lits en courte durée à la fin de 1997. Notre objectif était de 562. C'est quoi? Est-ce que c'est une entreprise qui dit: Si j'ai zéro lit, je suis encore plus efficace? Si l'objectif était de 562 lits, ça devait être un objectif réfléchi. Comment ça que vous avez décidé, sur l'erre d'aller, de vous rendre à 512? Parce que j'imagine qu'on a droit à tant de lits par personne dans notre région. Si l'objectif était de 562, pourquoi on a décidé d'aller à 512?

M. Gourde (Gaston): O.K. Il y a une explication à ça. Mme Montreuil.

Mme Montreuil (Louise): En fait, la réponse à ça, M. le Président, c'est que l'objectif que la Régie régionale visait pour l'an 2001 était d'atteindre une norme de 1,8 lits par 1 000 habitants. Cependant, avec les mouvements de transformation, les choses se sont accélérées. Il y avait les réorientations qui étaient possibles à cause de la poursuite du virage ambulatoire, et les établissements s'en sont allés dans un mouvement un petit peu plus rapide, ce qui nous met aujourd'hui à 512 lits, à 2 lits par 1 000 habitants.

M. Garon: Puis, dans les autres régions, c'est quoi?

Mme Montreuil (Louise): Dans les autres régions, il y en a qui sont un petit peu moins, il y en a qui sont encore un peu plus. La majorité des régions semblent tendre vers 1,6, 1,7, 1,8. Évidemment, pour arriver à ce nombre-là, il y a encore des modifications, je devrais dire, dans les pratiques qui sont nécessaires pour faire en sorte que le virage ambulatoire puisse se poursuivre mais puisse se poursuivre sur des clientèles ciblées et de façon très sécuritaire aussi pour ces clientèles-là, ce qui nécessite une implication beaucoup plus importante et qui va être, je devrais dire, le cours des choses pour les prochaines années avec le corps médical, tant du côté des spécialistes que des omnipraticiens, en impliquant les soins infirmiers, en impliquant aussi les CLSC, les cabinets privés pour que le maintien dans le milieu de ces gens-là puisse se faire.

Quand on parle d'arriver à moins de lits, ça suppose qu'on diminue encore la durée de séjour et, pour le faire, dans Chaudière-Appalaches, on veut le faire de façon sécuritaire.

M. Garon: Oui, mais je ne comprends pas pourquoi on essaie d'imprimer un rythme à Chaudière-Appalaches qui est différent de celui des autres et que vous avez 562 lits comme objectif en 1997 et vous vous rendez à 512. Il y a des conséquences à ça, hein?

Mme Montreuil (Louise): Peut-être, M. le Président...

M. Garon: J'y ai été, moi, quand il y a eu des débordements d'urgences à Lévis, j'ai été questionner les gens. On m'a dit: On a été refusé à Québec. Ils nous disent: Allez dans votre région. Parce qu'ils ont un moins gros budget. Mais, nous autres, le résultat, par exemple, c'est qu'on n'a pas les argentés qui vont avec le transfert des clientèles parce que les gens ne veulent pas... En tout cas, moi, les gens m'ont dit ça dans la salle d'urgence, ils ont dit: Avant, j'allais à tel hôpital, je suis obligé de venir ici parce qu'on m'envoie ici, parce que je ne peux pas aller dans l'autre région parce qu'ils disent que, maintenant, je ne suis plus sur leur budget.

Par ailleurs, nous autres, comment on peut faire l'accroissement, alors qu'on coupe plus de lits plus vite qu'ailleurs? Et je remarque que ça s'est fait surtout à l'Hôtel-Dieu de Lévis, là. Je sais que, au conseil d'administration, la présence du littoral n'était pas très, très forte. On est passé de 372 lits à 228. Et de 379, si on compte Armagh, à 228. C'est une moyenne coupure. Toutes les coupures, à toutes fins pratiquées, ont été faites... Une grande partie des coupures ont été faites là.

L'autre question à laquelle je n'ai pas eu de réponse, on dit que les soeurs ont acheté le permis en avril 1996, et vous dites dans votre document: Nous sommes encore à réactualiser. Je ne sais pas ce que vous réactualisez parce que l'autorisation du ministre est arrivée aux soeurs, puis là on est en train de donner le contrat de construction. À quel moment, à quelle date précisément le dossier a été transféré au ministère, ou l'avis a été transféré pour décision du ministre? Parce que, là, moi, je ne veux pas vous poser la question puis que me disiez une affaire puis que le ministère me dise autre chose, j'aimerais ça le savoir publiquement, les deux étant en présence l'un de l'autre.

M. Gourde (Gaston): Si l'information est disponible, on va vous la donner.

M. Boucher (Richard): La date de transmission, ça a été une demande de rénovation du foyer Saint-Joseph, l'établissement de la mise en norme du foyer Saint-Joseph pour recevoir les 32 lits. Alors, ça a été envoyé dès 1996, dès juin 1996. Maintenant, il y a tout le processus de la mise en place du plan fonctionnel et technique du foyer Saint-Joseph de Lévis dont nous avons eu l'autorisation au

cours de l'automne 1997, début janvier 1998. C'est le processus de la mise en rénovation du foyer Saint-Joseph de Lévis.

M. Garon: Est-ce que je pourrais avoir le document que vous avez envoyé?

M. Boucher (Richard): Oui.

M. Gourde (Gaston): Oui, on pourra en fournir... Est-ce que voulez qu'il soit déposé ou...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À la commission.

M. Garon: Oui, à la commission.

M. Gourde (Gaston): Alors, il sera déposé à la commission.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le document complet?

M. Garon: Le document complet à partir duquel le ministre pouvait prendre une décision.

J'aimerais savoir également... Dans la pédopsychiatrie, à l'Hôtel-Dieu de Lévis, moi, ça fait plusieurs personnes qui m'appellent pour me dire que les normes de soumission n'ont pas été respectées. J'ai même eu des téléphones jusqu'à 23 h 30, le soir, pour me dire que ça n'a pas été respecté. J'aimerais savoir, les contrats d'architecture, ils se totalisaient à combien? Est-ce qu'il est exact que les contrats d'architecture ont été subdivisés pour pouvoir ne pas aller en appel d'offres de candidatures? Parce que l'information qu'on nous a dite à l'hôpital, c'est que c'est la Régie qui avait demandé de subdiviser le contrat d'architecture. Alors, est-ce que c'est exact? Et comment se fait-il que c'est un M. Roberge, qui est en société avec le président du conseil d'administration, qui est l'architecte?

M. Gourde (Gaston): O.K. Bon, sur la première question, quant à savoir... Il faut comprendre que le dossier de la pédopsychiatrie, en fait, c'est un remaniement à l'intérieur d'un espace x, c'est des travaux qui correspondent environ à 500 000 \$ à 600 000 \$, plus ou moins, un.

● (17 heures) ●

Deuxièmement, ce sont les architectes de l'Hôtel-Dieu de Lévis qui ont procédé à faire les plans.

Trois, il y a une demande d'assistance technique faite auprès d'un architecte qui s'appelle Hugues Roberge; et ne pas confondre avec Gilles Roberge.

M. Garon: De la firme...

M. Gourde (Gaston): Un instant. Avec Hugues Roberge, O.K., qui, à ce moment-là, était de la firme Cloutier, Bédard, Roberge; c'est une espèce de

consortium, je ne sais trop. Alors, le dénommé Hugues Roberge a eu un contrat, à ce moment-là, à peu près pour 9 500 \$, plus ou moins. On nous a dit que, par la suite, en cours de mandat, il lui a été demandé une couple de travaux supplémentaires à l'heure et qu'il aurait, à ce moment-là, peut-être reçu des honoraires supplémentaires pour 1 500 \$, ou peut-être 2 000 \$; en tout cas, on ne s'obstinera pas sur le montant. Donc, le dénommé Hugues Roberge, travaillant pour la firme — ou je corrigerai le nom — Bédard, Cloutier, Roberge a procédé l'automne dernier à faire les travaux d'assistance technique comme architecte dans ce dossier-là. La personne à qui vous référez, c'est le président de l'hôpital, qui s'appelle Gilles Roberge, qui est lui-même...

M. Garon: ...oui.

M. Gourde (Gaston): ...architecte. Et plusieurs mois ou, enfin, plusieurs semaines après le moment où le dénommé Hugues a réalisé les travaux, il y a eu un contrat d'association qui a été signé — je pense que c'est le 22 janvier cette année, 1998 — un contrat d'association, si bien qu'aujourd'hui il y a une firme qui s'appelle Roberge et Roberge mais qui ne date... Et les travaux — je me souviens, parce que j'y étais — de pédopsychiatrie ont été inaugurés le 16 janvier. O.K.

M. Garon: Alors, expliquez-moi comment ça se fait...

M. Gourde (Gaston): Juste une seconde. Ils ont été inaugurés...

M. Garon: ...que Roberge...

M. Gourde (Gaston): ...oui.

M. Garon: ...Hugues Roberge, quand il s'agissait de l'hôpital, c'est Roberge avec une autre firme. Mais quand c'est à l'Hôtel de Ville de Lévis, au mois de juin 1997, il soumissionnait sous Roberge et Roberge...

M. Gourde (Gaston): C'est possible. À ce moment-là, peut-être qu'il n'était pas...

M. Garon: ...avec Hugues et... Les deux ensemble sur le papier à lettres.

M. Gourde (Gaston): ...c'est possible, ce que vous me dites là, M. Garon, mais je dois vous avouer qu'un contrat d'association et des gens qui ont des projets qui présentent des soumissions ensemble quand ils font un consortium, c'est deux choses. Ce que je sais, ce que j'ai comme information — et ça a été vérifié par les procureurs de l'Hôtel-Dieu de Lévis, ils ont vérifié la chose — il y a déjà eu antérieurement — et ça n'a pas été caché par le président — des projets dans le cadre d'un consortium présenté par le dénommé Roberge, Hugues avec le dénommé Gilles, à ce moment-là, mais en consortium. Je présente...

Par exemple, il y a un projet qui s'en vient, supposons, à ville de Pintendre. Supposons, à ville de Pintendre, qu'on décide de modifier l'hôtel de ville. Roberge et Roberge, dans le cadre d'un consortium, présentent un projet. Ils l'ont, ils le font; ils ne l'ont pas, ça se termine là. Le projet est terminé, il n'y a plus rien qui lie ces deux architectes-là; ils procèdent à ce moment-là par consortium. Ça, c'est habituel, on voit ça très souvent. Comme si, par exemple, un avocat, il a un gros dossier qui s'en vient, il ne se sent pas capable de le faire tout seul, il va faire appel à un spécialiste dans le domaine municipal, par exemple, je ne sais pas, moi, Pothier, Delisle, pour dire: Je ne suis pas capable de faire ce dossier-là, je vais me faire aider de Pothier, Delisle. Le dossier étant terminé, il n'y a plus aucun lien qui existe entre les personnes. C'est ça, l'idée d'un consortium. Alors, ça ne veut pas dire que ces personnes-là sont en association; ils peuvent faire ça deux, trois, quatre, cinq fois dans leur vie.

M. Garon: Bien, vous devez voir que, si vous regardez les soumissions à l'hôtel de ville, j'en ai une du mois de juin, et c'est très clair: c'est Roberge et Roberge, architectes. C'est signé par Gilles Roberge et son associé, qui est dans la lettre, Hugues Roberge. Alors, ils l'étaient pour la ville. D'ailleurs, ils ont eu le contrat de mise aux normes de l'Anglicane, à Roberge et Roberge, et c'est marqué dans le rapport qui a été publié au mois de décembre. Alors, je veux bien croire toutes ces affaires-là, mais est-ce que c'est normal que les contrats se passent de cette façon-là? Et j'aimerais savoir combien il y a eu de contrats exactement, dans la pédopsychiatrie, d'architecture, de surveillance des travaux, tout ça, qui sont allés à ces gens-là?

M. Gourde (Gaston): Vous voulez dire à Roberge et Roberge? Parce que ce n'est pas Roberge et Roberge, c'était Cloutier et Roberge, à ce moment-là, qui était la...

M. Garon: À Roberge.

M. Gourde (Gaston): ...Hugues?

M. Garon: Hugues.

M. Gourde (Gaston): Bon.

M. Garon: Bien, celui qui est... Je ne sais pas qui l'a eu, moi, je...

M. Gourde (Gaston): Écoutez, moi, je vous ai dit tout à l'heure: Le contrat d'assistance technique a été de 9 500 \$...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ce sera la dernière...

M. Gourde (Gaston): ...peut-être que 11 000 \$, 12 000 \$.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): ...réponse, là. Après ça, le député de Nelligan.

M. Garon: Moi, j'aimerais, de façon précise, avoir tous les contrats d'architecture ou de surveillance de travaux qui ont été donnés à des architectes au cours des travaux sur la pédopsychiatrie. Est-ce que je pourrais avoir une copie de ça?

M. Gourde (Gaston): Vous voulez qu'on les dépose à la commission, M. Garon? Vous avez reçu exactement le même document que moi qui fait état du total, mais on va le déposer à la commission?

M. Garon: Oui.

M. Gourde (Gaston): D'accord.

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

M. Williams: Merci, M. le Président, merci pour la présentation, cet après-midi. Je vois que les questions, ça intéresse beaucoup de députés, parce que, effectivement, nous avons vu beaucoup de changements dans notre système de santé et services sociaux, particulièrement avec toutes les coupures que nous avons vues pendant les derniers trois ans. L'endettement du réseau m'intéresse beaucoup. Et je sais que ce gouvernement est en train d'essayer de cacher toutes les dettes avec les fonds spéciaux, et tout ça. Le Vérificateur général a refusé de signer les livres. Mais je ne commence pas ce débat ici.

Je voudrais savoir le niveau de l'endettement du réseau chez vous.

M. Gourde (Gaston): O.K. Alors, je vais demander à M. Boucher, qui est notre directeur des ressources financières et matérielles. On s'est aperçus que vous posiez la question aux autres régies, alors on s'est organisés pour pouvoir y répondre, mais je ne suis pas sûr qu'on va avoir tous les chiffres. Mais, enfin, allez-y, M. Boucher.

M. Boucher (Richard): O.K. Alors, si on parle de la prévision au 1er avril 1998 de l'endettement de notre région, en ce qui concerne Chaudière-Appalaches, elle était à peu près de 7 500 000 \$, la prévision. Vous savez, c'est une prévision, parce que l'information va nous rendre plus... dans les prochaines semaines.

M. Williams: Et vous pouvez déposer ça à la commission pour nous?

M. Boucher (Richard): Lorsqu'on va recevoir... Dans les états financiers de la région.

M. Gourde (Gaston): Lorsque nous les aurons, oui. O.K.?

M. Williams: Oui, oui. À la commission. Merci beaucoup.

Avec ça, au-dessus de toutes les coupures que vous avez eues, vous avez une dette de 7 500 000 \$ dans votre réseau, plus ou moins, au-dessus de toutes les autres coupures?

M. Boucher (Richard): C'est ça. Plus ou moins 1 000 000 \$.

M. Williams: Merci. J'ai lu, dans quelques journaux locaux, que vous avez décidé de déménager, de relocaliser le CLSC de Saint-Georges dans un autre endroit, au centre Victor Cloutier. Je voudrais savoir est-ce que... Parce qu'on parle d'une dette, on parle d'une chose fiscale, quelle analyse que vous avez faite sur l'impact court, moyen et long terme, de cette décision?

M. Gourde (Gaston): Ce qu'il faudrait peut-être essayer de comprendre, c'est que, en fait, il y a une organisation qui s'appelle — M. Boucher me corrigera — qui est dans une bâtisse avec de l'espace excédentaire, on prend le CLSC puis on dit: Vous allez travailler ensemble à l'intérieur de la même bâtisse. On ne peut pas dire qu'ils ont une mission, qu'ils vont être ensemble à tous les jours, mais on se comprend qu'on va relocaliser deux établissements à l'intérieur de la même bâtisse. C'est sûr qu'il y a eu beaucoup de considérations. Il y a des considérations à court terme, puis il y a des considérations à moyen et long terme, comme vous le dites, mais une — puis M. Boucher continuera par la suite — qui, pour nous autres, était bien importante, c'est qu'il y avait des économies de fonctionnement de 300 000 \$ par année. M. Boucher.

M. Boucher (Richard): En effet, il s'agit d'un établissement, le centre Victor Cloutier, un centre de réadaptation qui a fait de la désins, qui occupait seulement le tiers de ses surfaces, de sa bâtisse. Ce que nous avons proposé au CLSC, qui occupait les espaces loués... Alors, au lieu... Et le CLSC avait besoin de doubler ses espaces en raison du développement, du virage ambulatoire ou quoi que ce soit, il avait besoin d'un agrandissement. Alors, nous avons proposé au CLSC de déménager au niveau du centre Victor Cloutier pour occuper les espaces libres dont l'État avait financé l'achat et l'amortissement de cette bâtisse-là.

Alors, à ce moment-là, ça leur constituait des coûts fixes de 185 000 \$, occupé pleinement, et s'ils ne déménageaient pas, ça leur coûtait 365 000 \$ de location, donc, à peu près 250 300 \$ d'économies annuelles. Et sur une base de 10 ans, on pouvait compter sur une économie de 2 500 000 \$, après une rénovation de 1 900 000 \$.

M. Williams: L'économie vient...

M. Boucher (Richard): L'écart

M. Williams: ...d'une spéculation que vous pouvez sous-louer le CLSC, je présume?

M. Boucher (Richard): Le CLSC...

M. Williams: Parce que vous avez une obligation au CLSC. Si ma mémoire est bonne, le bail est encore bon pour cinq ans?

• (17 h 10) •

M. Boucher (Richard): ...il va rester à peu près deux ans en termes de location de bail et la durée des rénovations. À ce moment-là, lorsque les rénovations seront terminées, il pourra y avoir un agencement d'un an et demi, deux ans en termes de bail, ça veut dire un montant de 165 000 \$ qui devra être assumé pour faire la transition. Mais, lorsqu'on parle des bénéfices escomptés sur une base de 10 ans, ça venait, à ce moment-là, tenir vraiment en compte par rapport aux dépenses, de la période de transition d'un an.

M. Williams: Où sont calculés les coûts pour la bâtisse Victor Cloutier? Parce que, une, c'est une bâtisse privée avec un bail; l'autre, c'est une bâtisse publique. Est-ce que tous les coûts de fonctionnement, le coût sur le prêt, l'hypothèque sont inclus dans le budget ou est-ce que c'est, comme les fonds spéciaux, caché ailleurs?

M. Boucher (Richard): Le mode de financement, actuellement, du centre Victor Cloutier est assumé par... On a un édifice dont on paie la dette sur une base de 1 000 000 \$, qui est immobilisée dans notre compte d'immobilisation, d'un côté. D'autre part, lorsqu'on parle du budget de fonctionnement de l'ordre requis de 165 000 \$ supplémentaires, cela, à ce moment-là, entraînait une dépense, au bout de 10 ans, comme je vous disais, une économie, ce n'est pas une dépense, une économie de plus de 2 000 000 \$, alors qu'il fallait faire des rénovations d'à peu près 1 900 000 \$. Alors, donc, à ce moment-là, au niveau du compte au bout de la ligne, au bout de 10 ans, déjà, on retraits dans l'économie recherchée.

M. Williams: Je présume que vous avez étudié les deux modèles. Un, l'agrandissement du CLSC, et l'autre, c'est la rénovation du centre Victor Cloutier. Et vous avez fait l'analyse, pendant 10 ans, des deux. Et, si oui, est-ce que vous pouvez déposer ça ici?

M. Boucher (Richard): O.K. Cependant, cette analyse-là a été faite par chacun des établissements qui ont...

M. Williams: Est-ce que la régie a fait une analyse? Je présume que la régie a analysé ça?

M. Boucher (Richard): Ce sont les établissements qui ont fait leurs études et qui, à ce moment-là, ont fait un projet commun. Le CLSC et le centre Victor Cloutier nous ont présenté un plan commun avec les économies de relocalisation, et à ce moment-là nous avons approuvé le projet du CLSC et du centre Victor Cloutier.

M. Williams: Je voudrais voir les copies de ces deux plans. Mais, si j'ai bien compris, la Régie régionale n'a pas étudié, n'a pas analysé. Ils n'ont pas fait leur propre étude sur ça, parce que vous êtes responsables, pour le territoire, des dépenses d'argent, et le député de Lévis a questionné sur la façon dont les décisions étaient prises. J'ai pensé, au moins, que la Régie régionale, une fois que vous avez l'information des deux institutions, vous-mêmes, avez fait votre propre analyse et vous-mêmes avez décidé, à long terme, ça va être quoi, plus efficace et plus cher pour le territoire? J'ai présumé que vous avez fait ça?

M. Gourde (Gaston): Mais il ne faut pas oublier, là, que tout ne s'est pas bâti en un jour, là-dessus, là. Il y a eu de longues discussions et il y a des études qui ont été faites à la Régie aussi. À savoir si ça a été fait dans un rapport formel, là, M. Boucher pourrait...

M. Boucher (Richard): Les rapports vous ont été présentés.

M. Williams: Je m'excuse?

M. Boucher (Richard): À ce moment-là, on pourra vous les déposer.

M. Gourde (Gaston): On va vous les déposer

M. Williams: Merci beaucoup. Merci

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

M. Williams: Oui, oui, j'ai les autres.

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

M. Paré: Ça va? Merci, M. le Président. Bienvenue, madame, messieurs.

La question qu'on a posée dès le début, nous, les députés ministériels, depuis 1994, à notre première réunion, je me rappelle, lorsqu'on a rencontré M. le ministre, on avait eu des rapports préliminaires au niveau de l'équité interrégionale. Donc, je voudrais savoir aujourd'hui, parce qu'on est revenu, M. le président actuel, mais on a parlé à votre prédécesseur aussi, à la charge là-dessus.

On sait où on est parti, mais j'aimerais que vous le rappeliez brièvement, où on est présentement et où on s'en va, surtout au niveau de la jeunesse et au niveau de la déficience physique. Qu'est-ce qui en est au niveau de l'équité interrégionale versus la région de Québec? Lorsque le ministre nous en parlait, il nous parlait d'équité. Mais où en est-on rendu avec l'équilibrage?

M. Gourde (Gaston): Oui. En fait, il y a deux choses là-dedans. Il y a la question de l'autonomie, qu'on devienne autonome pour offrir des services chez nous, puis

il y a aussi la question de l'équité en tant que telle. C'est deux choses qui se rapprochent, puis finalement, qui ne sont pas tout à fait les mêmes. Parce que, quand on est dans notre région, chez nous, on dit: Écoute, on veut être autonome. On veut donc donner des services qui ne se donnaient pas chez nous, dans notre région. On va parler, par exemple, du dossier de la déficience physique. On connaît le Centre François-Charon. Il n'y a pas de Centre François-Charon dans Chaudière-Appalaches. Alors, on a bâti un projet, dans un terme savant, qu'on appelle un PROS, on a bâti un projet où on décide de quelle manière ça va s'articuler chez nous la question de la déficience physique au cours des prochaines semaines et des prochains mois.

Évidemment, à la suite de discussions avec la régie de Québec qui, elle, actuellement, par le biais de ses établissements, donne les services à la région Chaudière-Appalaches, nous, on dit: On va aller chercher certains services et on va les dispenser chez nous. Comme vous allez voir dans le PROS qui a été déposé, il va y en avoir une partie à Paul-Gilbert, une Beauceville, une partie... Bon, ça va se faire dans les CLSC, etc. O.K.? Ça, c'est la partie dite «autonomie». On veut donner chez nous les services qui existent de l'autre côté. Par contre, de l'autonomie, il ne faut pas que ça devienne un dogme puis qu'on s'en aille tête baissée et qu'on frappe sur n'importe quoi. Vous savez, on n'aura probablement pas de centre de grands brûlés dans Chaudière-Appalaches, puis on n'aura probablement pas de chirurgie cardiaque de haut niveau dans Chaudière-Appalaches. Je ne pense pas du moins, en tout cas. Peut-être qu'un jour on me convaincra du contraire. Donc, il y a la partie autonomie.

La partie dite «d'équité», bien, évidemment on a des programmes, nous autres, qui sont chez nous, mais ces programmes-là sont moins subventionnés... Vous savez, on a une nouvelle régie. Il ne faut pas oublier qu'auparavant ça existait comme ça; c'est de même que c'était auparavant. Ce qu'on est en train de faire, c'est jour après jour, tenter de convaincre soit le ministre, soit la région de Québec, ou d'autres régions, quand elles sont interpellées, mais c'est surtout la région de Québec, de faire en sorte que nous ayons droit à notre juste part. O.K.? Auparavant, il y avait une seule région confondue puis, bon, bien écoutez, ça se faisait comme ça. Je donnais l'exemple de François-Charon puis les services en déficience physique, tu allais les chercher de l'autre côté de la rivière, puis tu retournais chez toi. Et puis d'autres, la pédopsychiatrie, tu allais chercher ça de l'autre côté de la rivière, puis, bon, bien, tu revenais chez toi. Alors, donc, pour nous autres, c'est une priorité. De l'équité, c'est une discussion que M. le ministre connaît très bien à la table de la conférence des régies. Il y a des pourparlers actuellement qui devraient aboutir dans des chiffres, quelque chose de très rapidement qui va faire en sorte qu'on va non pas régler, mais je dirais rapprocher un peu les régions pour faire en sorte qu'il y ait plus d'équité.

Il ne faut pas oublier aussi que... Une chose qu'on n'oubliera jamais, c'est que nous autres il y a 35 % de nos citoyens qui se font hospitaliser à Québec. Ce qu'on veut,

on veut en hospitaliser plus chez nous, on veut augmenter la rétention, faire en sorte qu'il y ait plus de citoyens chez nous, et là on va s'assurer que les dollars vont suivre. On a beau dire, par exemple, qu'il y a 300 accouchements de plus dans l'année, mais ça va demander des ressources, ça va demander des structures, ça va demander des choses. Alors, ça, il va falloir s'assurer de la façon la plus rapide possible que les dollars vont suivre, faire en sorte que ces 300 là qui sont en plus chez nous sont en moins en quelque part. C'est ça qui est notre travail. Ça, c'est un travail de tous les instants, et soyez assurés que, comme maintenant on a une régie là-dessus, on a l'oeil vif et on s'en occupe quotidiennement.

M. Paré: Oui, je savais qu'en 1994, c'était 65 %, justement, de nos gens qui étaient traités chez nous; 35 % à l'extérieur. C'est bien sûr que ce qu'on appelle les services tertiaires, les grands brûlés et ainsi de suite, les instituts cardiaques, on n'a pas ça ici en région, puis ce n'est pas notre objectif non plus. Mais c'est quoi, l'objectif de la régie? Après l'analyse, justement, des 35 % qui nous échappaient, quels sont ceux sur lesquels on pourrait avoir une rétention à l'intérieur de la région Chaudière-Appalaches?

M. Gourde (Gaston): Sauf erreur, puis il faudrait voir dans les documents qui ont été préparés pour la consultation en 1995, écoutez, peut-être que je trahis les chiffres, mais entre 5 % et 10 %, si on pouvait obtenir ça, on aurait obtenu quelque chose de très important. Mais il faut comprendre que ça ne se fait pas du jour au lendemain pour la bonne raison que, que ce soit bien ou que ce soit mal, on a un système routier qui est aligné carrément sur le pont Pierre-Laporte puis que 90 % des gens de Lotbinière se font hospitaliser du côté de la rive nord, à Québec, qu'il y a 50 % de Nouvelle-Beauce va à Québec, puis dans le territoire des Chutes-de-la-Chaudière, c'est quelque chose comme 60 %, si je ne me trompe pas. Puis, même dans le territoire de Desjardins, qui est quand même très bien pourvu avec l'Hôtel-Dieu de Lévis, il y a une part encore relativement importante de gens qui se font hospitaliser sur la rive nord. Mais il ne faut pas prendre ça pour du pire. Si, par exemple, il y avait 15 % ou 20 % de Desjardins qui y allait, bien ils y vont peut-être pour des services qu'on n'a pas à Lévis. Donc, c'est pour ça que c'est interrelié, les deux. Tu as ceux qui y vont parce qu'ils n'ont pas le service, puis tu as ceux qui y vont parce qu'ils font le choix d'aller ailleurs.

• (17 h 20) •

M. Paré: Mais vous n'avez pas de statistiques là-dessus au niveau de nos gens qui vont se faire traiter, disons, à Québec, dont nous avons les services à Lévis ou ailleurs?

Mme Montreuil (Louise): Disons que sur un taux de rétention de 65 %, je dirais qu'il y a 10 % des soins hospitaliers, 10 % à 15 % qui sont des soins de nature plus spécialisée ou tertiaire, dont la région ne dispose pas et qui, je devrais dire, à prime abord, ce n'est vraiment

pas le type de service qui risque de se développer à court terme, compte tenu des masses critiques, compte tenu des infrastructures.

Alors, ça voudrait dire qu'à l'heure actuelle il y a peut-être 20 % de la clientèle de la région qui transite du côté de Québec et qui, à toutes fins utiles, pourrait obtenir ces services dans la région de Chaudière-Appalaches. Ce pourcentage-là est surtout concentré, comme le disait le président, sur le littoral, c'est-à-dire Lotbinière, Nouvelle-Beauce et Chutes-de-la-Chaudière pour des raisons historiques, qui font que les gens ont une tendance à aligner directement sur le pont plutôt que de s'en venir du côté de Lévis, parce qu'il ne faut pas oublier que le premier centre qui pourrait desservir ces clientèles-là est Lévis, donc de descendre vers l'est.

Et la tendance naturelle n'est pas comme ça. Il faut se rappeler que nos territoires de Montmagny, de la Beauce et de l'Amiante retiennent entre 75 % et 80 %, 83 % de la population de leur territoire. Alors, le problème de rétention est strictement concentré sur le littoral.

M. Paré: Merci. Mais au niveau, maintenant, de la déficience physique puis au niveau de la jeunesse, ce dont je vous parlais particulièrement, qu'est-ce qu'on a fait au niveau de l'équité interrégionale, parce qu'on sait qu'on n'avait pas tous les services ici? On allait chercher un certain nombre de services à l'extérieur de la région, notamment sur la rive nord, c'est-à-dire ici, à Québec.

M. Gourde (Gaston): O.K. Au niveau de...

M. Paré: Est-ce qu'on a un plan d'action là-dessus ou si...

M. Gourde (Gaston): ...bien, écoutez, juste pour vous faire un petit historique, là, au niveau, par exemple, du rapatriement de certaines choses qui existaient à la Régie de Québec mais qu'on n'avait pas dans la Régie Chaudière-Appalaches, je vous rappellerai — puis c'est M. Chouinard, à ce moment-là, qui était notre directeur général — qu'il s'est négocié des choses au niveau de la santé mentale, il s'est négocié des choses au niveau des services respiratoires et il s'est négocié des choses au niveau de la pédopsychiatrie.

Et donc, c'est des dossiers qui... On comprend que ça ne se règle pas en un jour parce que comprenons aussi qu'à chaque fois que vous faites un rapatriement, ce n'est pas bien, bien compliqué, c'est des ressources qui traversent. Quand vous avez la pédopsychiatrie à Lévis, là, c'est parce que c'est des gens qui travaillaient, par exemple, à Sacré-Coeur, puis qui s'en viennent travailler à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ce n'est pas automatique de se dire: On transfère le budget. Ça, ça serait... Deux comptables feraient ça dans la même journée, puis ça serait réglé. Mais c'est de prévoir les structures qu'on va avoir chez nous puis de prévoir aussi qu'on va transférer des ressources. Donc, ce n'est pas simple en soi.

Pour ce qui est de la déficience physique, bon, nous avons bâti au cours de la dernière année un plan. On l'a,

le plan, le PROS, qu'on appelle, là. On s'est entendus sur ce à quoi ça va ressembler, nous autres, dans notre région. Ce qu'on veut, c'est ça. Et est-ce que ça va être concentré à tel endroit pour certaines choses puis concentré ailleurs pour d'autres? Puis qu'est-ce qui va se passer? Donc, on sait ce qu'on veut. On sait de façon très claire ce qu'on veut.

Maintenant, et c'est là que c'est enclenché, que c'est fait, il y a eu des démarches qui ont été faites auprès de la Régie de Québec. C'est maintenant de dire: Les ressources qui sont à Québec, bien, nous, on va en avoir besoin chez nous: ressources financières, ressources humaines, en tout cas. Mais les ressources, on va en avoir besoin chez nous. Et là, et de savoir est-ce que c'est 1 000 000 \$, 2 000 000 \$, 4 000 000 \$, 10 000 000 \$? Alors, là, la négociation est enclenchée, et on devrait normalement arriver à quelque chose. Si jamais ça ne marche pas ou ça ne fonctionne pas, on demandera, comme on a déjà fait, au ministère, de faire de l'arbitrage là-dedans et de nous dire: Bien, écoutez, là, on n'est pas capables de s'entendre; on est à quelque 100 000 \$ près, puis, bon, nous, on pense qu'on a raison puis le Québec pense qu'il a raison. Tu sais, bon, faisons un arbitrage.

Sur la question de la jeunesse, je sais qu'il y a eu déjà, il y a une couple d'années, des transferts importants, parce qu'il y a eu pas loin d'une quarantaine ou une cinquantaine de fonctionnaires qui étaient à Québec qui sont maintenant rendus à Lévis, au centre jeunesse qui est encore à Place Lévis et qui sera éventuellement localisé sur Mgr Bourget.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très rapidement, s'il vous plaît.

Mme Montreuil (Louise): Juste rapidement, M. le Président. En ce qui concerne la jeunesse, avec la création de la région Chaudière-Appalaches, il y a eu une séparation des budgets des anciens centres de services sociaux avec la région 12. Il y a 30 000 000 \$ de budget dans la région Chaudière-Appalaches pour le programme jeunesse. Si je me mets en comparaison avec les autres provinces, c'est une des régions qui a...

M. Paré: Les autres régions, vous voulez dire?

Mme Montreuil (Louise): ...oui, excusez. Donc, les autres provinces... On va commencer par la province de Québec; c'est assez. On est une des régions qui ont un per capita qui est peu élevé comparativement à d'autres, et je vous dirais que c'est le propre des nouvelles régions. Alors, c'est clair qu'on a une démarche de consolidation à faire comme régie régionale, Chaudière-Appalaches, pour augmenter nos disponibilités en jeunesse

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Mme la députée de Beauce-Sud.

Mme Leblanc: Merci, M. le Président. Alors, pour en revenir tantôt à notre Centre hospitalier de

l'Assomption, on parlait toujours qu'il y avait eu une décision en mars 1996 d'actualisation du transfert des lits vers le littoral. Et il y a vraiment eu une décision d'actualisation qui s'est prise. Et ça m'amène à vous parler du mode de votation chez vous à la régie régionale, parce que lors de cette réunion-là il y a huit personnes qui s'étaient prononcées en faveur de l'actualisation du plan de réduction tel qu'il avait été proposé en juin 1996, quatre personnes s'étaient prononcées contre et trois personnes se sont abstenues. Alors, quand on fait le décompte, c'est clair que huit pour, c'est plus que quatre contre, sauf qu'il y a quand même six personnes qui n'ont pas voté, chez vous.

Si on regarde l'article 36 du règlement de régie interne chez vous, on dit que: «Sauf lorsqu'il s'agit de la nomination ou de la destitution du directeur général ou lorsque prévu dans la loi ou les règlements, les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix des membres présents.» Or, il n'y avait pas une majorité des membres présents qui se sont prononcés pour l'actualisation parce qu'il y avait plus de membres qui se sont abstenus de voter. Alors, comment vous vivez avec ça, vous autres?

M. Gourde (Gaston): Écoutez, je sais que vous avez soulevé cette question. On est en train de faire les vérifications nécessaires, et on a même une séance de prévue pour vérifier si le tout est conforme ou pas conforme. Dans l'hypothèse, improbable à première vue, que ceci aurait entaché la légitimité ou la légalité du vote, on va le reprendre.

Mme Leblanc: O.K. Il semblerait aussi que, lorsqu'il y a eu un vote de pris sur la réduction du nombre de lits, on est passé de 5 à 4,3 lits, le même phénomène s'est produit. Est-ce que vous seriez, à ce moment-là, disposé à reprendre aussi le vote sur la diminution à 4,3 lits?

M. Gourde (Gaston): Bien, justement, vous avez parlé de ça, puis je suis allé voir la décision qui a été prise au mois de mai 1997. Ça indique, au procès-verbal, que la décision a été prise à la majorité. Il s'est dit toutes sortes de choses là-dessus. Je vous ferai remarquer qu'au mois de mai 1997, quand nous avons pris cette décision-là, nous étions dans la zone dite «tampon» du choix des administrateurs. Alors, il y avait beaucoup moins de personnes autour de la table cette journée-là pour la bonne raison qu'il y avait des gens qui avaient déjà abandonné, puis il y avait un processus d'élection. Donc, les personnes ne pouvaient pas siéger autour de la table.

Peut-être ceci s'expliquerait de cette manière, je ne sais pas. Sauf que j'ai vérifié, et effectivement on dit que ça a été adopté à la majorité. Quelqu'un à la dernière réunion a soulevé la chose. Écoutez, si on avait l'avantage d'être ici à l'Assemblée nationale, probablement qu'on aurait un ruban qui nous permettrait de revoir ce qui s'est passé. Moi, le ruban, je ne l'ai pas, puis je peux vous dire une chose: C'est que ça nous a été signalé plus d'un an après. Alors, je ne sais pas si la légitimité ou, enfin, la légalité du vote peut être remise en cause à ce moment-là.

Dans l'hypothèse que ça l'aura été, je dis bien dans l'hypothèse, encore là, on l'aurait repris.

Mais je veux juste vous dire, en conclusion là-dessus, sur la question des votes, c'est que nous avons... Puis c'est peut-être là qu'est l'avantage d'avoir des gens qui viennent à nos réunions puis qui posent des questions puis qui font des commentaires. Ce n'est pas juste l'intention, c'est à l'ordre du jour de la réunion du 6 mai, la réunion de travail qui précède la réunion publique, et on va s'asseoir ensemble, on va regarder la question des prises de vote. Si on a commis des impairs, bien, on va les corriger puis on va s'organiser, et grâce aux lumières des gens qui nous l'ont fait remarquer.

Mme Leblanc: J'espère aussi que vous allez pouvoir avoir la lumière du ministre, parce que j'ai soumis la question au ministre.

Je voulais revenir aux questions du centre jeunesse de Chaudière-Appalaches. J'avais soulevé, il n'y a pas tellement longtemps, en Chambre, la question au ministre justement de l'inéquité budgétaire régionale. Vous dites, chez vous, qu'il y a 1 500 000 \$ qui a été dépensé pour la réalisation des objectifs de santé et de bien-être relativement aux abus, à la négligence, à la violence envers les enfants, et tout ça

● (17 h 30) ●

Je voulais juste vous signaler que le ministre m'a assurée qu'il y avait des discussions et des pourparlers fermes qui se faisaient actuellement avec vous autres et qu'éventuellement il y aurait des budgets, ce que j'ai cru comprendre, qui seraient alloués, des budgets additionnels, chez vous. Est-ce que vous êtes en mesure de me confirmer que ces discussions-là ont bel et bien eu lieu et que vous espérez obtenir les budgets additionnels appropriés?

M. Gourde (Gaston): Première chose, c'est qu'effectivement nous sommes conscients que, au niveau de la jeunesse, il y a une déficience. On est en arrière de ce qu'on devrait avoir, effectivement. De toute façon, les discussions avec le ministère, qu'elles soient formelles ou informelles, sont constantes concernant la jeunesse, deuxièmement.

Troisièmement, c'est qu'actuellement nous sommes en train — et le conseil d'administration en a été saisi samedi dernier ainsi que mardi — de pondre notre plan dit de consolidation. Dans ce plan-là — actuellement, il est à l'étude, au titre de projet — on met un accent tout à fait particulier sur les ressources supplémentaires qui devraient être allouées au secteur jeunesse.

Alors, ce que vous me dites là, ce que vous dites, quand on a un problème au niveau de la jeunesse, nous-mêmes, nous en étions fort conscients et on travaille très fort là-dessus. Et on espère que ça va être important, quand on va arriver à la fin. Mais il y a des décisions qui vont se prendre très rapidement là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée, M. le ministre aurait une information, je pense, additionnelle.

M. Rochon: Oui, si je peux, M. le Président, en complément d'information. Si je me rappelle bien, Mme la députée, quand cette question-là avait été soulevée par vous, c'était avant le discours du budget. Bon. Alors, depuis ce temps-là, la situation a déjà commencé à évoluer. Il y a eu le discours du budget. Et, dans le discours du budget, spécialement dans la section du plan d'action jeunesse, il y a, entre autres, visant plus particulièrement la santé, pour les jeunes, un 20 000 000 \$ pour les jeunes en difficulté et, singulièrement, notamment les problèmes de toxicomanie et de suicide des jeunes qui correspondent à deux plans d'action du ministère.

Alors, c'est un premier pas qui est fait, et là on en est effectivement à préparer la ventilation de ces budgets. C'est sûr que, selon toute la logique à laquelle je vais tenter de me référer à ce moment-là, les régions, dont Chaudière-Appalaches qui, spécialement pour la jeunesse, a une déficience encore plus grande quant aux ressources, notre règle d'équité va nous amener à avoir un oeil très particulier là-dessus.

Alors, je voulais juste rappeler que les choses ont commencé à se passer dans ce sens-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Leblanc: Alors, je prends pour acquis, M. le ministre, qu'on aura des sommes additionnelles en toxicomanie et en problème de suicide, chez nous, en Chaudière-Appalaches, et je vous en remercie.

Je tiens à signaler que les problèmes ne sont pas seulement à ce niveau-là, mais à tous les niveaux. Au niveau de l'abus, de la négligence, de la délinquance, il y a des problèmes chez nous. Je souhaite aussi... Parce que M. le président nous a dit tantôt qu'il y avait une réorganisation qui se passe. Je souhaite que ce ne soit pas simplement un déplacement de budget à l'intérieur de ce que vous avez actuellement, mais qu'il y ait vraiment des budgets additionnels d'accordés chez nous, dans tous les problèmes, à tous les niveaux.

J'aimerais peut-être maintenant...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Voudriez-vous avoir une réponse?

Mme Leblanc: Oui.

M. Rochon: Je ne voudrais pas qu'il y ait de confusion, là. J'ai bien dit — et c'est ce qui est dans le discours du budget; je le paraphrase, mais je pense que ça colle d'assez près — que c'est pour des jeunes en difficulté, notamment, les deux problèmes qui ont été soulignés, mais ce n'est pas exclusivement pour ces deux problèmes-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous pouvez continuer. Je excuse.

Mme Leblanc: La précision est la bienvenue, d'autant plus que je pense bien que... O.K. Alors, je vous

remercie pour la sensibilité que vous avez démontrée à ce problème-là chez nous, en Chaudière-Appalaches. On pourrait peut-être parler maintenant du problème de débordement dans les urgences, dans les hôpitaux. Chez nous particulièrement, en Beauce-Etchemin, on a vécu un problème depuis... en tout cas, tout l'hiver, particulièrement plus pointu en février. On a même atteint jusqu'à 32 personnes sur civière à l'urgence alors que la capacité est de 12. On nous dit, au centre hospitalier chez nous, à la direction, que c'est un problème, c'est sûr... que c'est un problème de période de l'année où il y a toujours des pointes. Mais, justement, il y a toujours des pointes, depuis plusieurs années, dans ces périodes-là. Qu'est-ce qui fait, selon vous, qu'on n'est pas capables de régler la situation?

M. Gourde (Gaston): Je veux juste, d'entrée de jeu, vous dire: Effectivement, il y a eu quelques problèmes particuliers à Beauce-Etchemin. Dans la région de Chaudière-Appalaches, il y a quatre centres hospitaliers. Dans celui de L'Amiante, il n'y jamais eu de débordement. Dans celui de Montmagny, il n'y jamais eu de débordement.

Mme Leblanc: Bien, je vous parle juste de Beauce-Etchemin, là.

M. Gourde (Gaston): Non, non. C'est parce que, d'entrée de jeu, je veux recontexter. Et, après ça, dans Lévis, il y a eu des débordements, puis, dans Beauce-Etchemin, il y a eu des débordements. Je m'aperçois, à la lecture des documents qui me sont remis — parce que vous savez que, nous autres, comme bénévoles, on n'a pas le temps de suivre ça à tous les jours, au fur et à mesure. C'est pour ça qu'on a du personnel qui travaille avec nous — ce que je vois à la lecture de ça, c'est que, finalement, dans les autres centres hospitaliers de notre région, il y a des civières autorisées — c'est dans les termes très techniques — on s'aperçoit qu'on est toujours un petit peu en bas. Peut-être qu'un jour il faudra changer les choses. Je ne sais pas. Mais je voulais juste vous tracer ce tableau-là, d'entrée de jeu.

Pour ce qui est des questions plus particulières des urgences, je vais référer ça à Mme Montreuil qui était auparavant une D.G.A. dans un centre hospitalier. Alors, elle connaît bien. Mme Montreuil.

Mme Montreuil (Louise): Juste pour vous dire que, en ce qui concerne la situation des urgences, cette année a été très particulière. Puis pas seulement dans la région Chaudière-Appalaches; elle l'a été un petit peu partout. Beaucoup de gens se sont demandé pourquoi. Il y a beaucoup de personnes âgées qui ont été affectées par des virus de la grippe qui n'existaient pas nécessairement dans des dimensions aussi importantes. La raison, comme donnait à un moment donné le directeur de la santé publique, c'est que le vaccin qui a été administré en septembre n'a malheureusement pas couvert une nouvelle souche qui est arrivée, ce qui a occasionné un surcroît de personnes

présentant des gripes dans des périodes de l'année qui sont toujours à peu près les mêmes.

C'est très clair que la situation dans les urgences, quand ça déborde, ça cause un stress important et sur le personnel et sur le corps médical. Dans les deux hôpitaux, dont, entre autres, Beauce-Etchemin, le temps que les gens s'ajustent, on a eu des débordements importants. Trente-deux patients, c'est vrai, ce n'est pas facile à gérer. Cependant, l'établissement a, je devrais dire, pris le taureau par les cornes à un moment donné et s'est donné des marges de manoeuvre additionnelles en ouvrant des lits sur une unité de soins, des lits qui n'étaient pas ouverts à ce moment-là. Ce qui veut dire que la solution dont on parle, qu'à un moment donné il faut se garder une certaine marge de lits qui peuvent être ouverts quelques semaines par année, quelques mois, pas nécessairement de façon continue, c'est ça que les établissements ont appris à faire. On vivait très peu ce problème-là dans Chaudière-Appalaches auparavant, mais cette année a été particulière. Et je pense que la façon dont l'établissement et les établissements ont pris la situation en main, que ce soit dans la Beauce ou à Lévis, a permis de vivre avec le problème, je devrais dire, parce que, quand ça arrive, c'est toujours un problème.

Mme Leblanc: Effectivement. D'ailleurs, c'est vrai qu'à la direction de l'hôpital on a pris vraiment la situation en main assez rapidement. Sauf que ce que je voulais vous signaler, c'est que ce phénomène-là de crise revient chaque année. Alors, est-ce qu'on peut appeler «crise» une situation qui se répète d'année en année? Combien de temps on va continuer à appeler ça une crise et quand est-ce qu'on va régler le problème définitivement?

Mme Montreuil (Louise): Je devrais dire... En fait, ce qu'il va falloir faire, ce qui ne se faisait pas auparavant, c'est se garder dans les établissements un bassin de lits qui seront disponibles ou non, selon les situations qui seront vécues à l'urgence.

Mme Leblanc: Pour être en mesure, donc, de réagir très rapidement à l'avenir.

Mme Montreuil (Louise): C'est l'objectif qu'on recherche.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça va? M. le député de Bellechasse, tout en vous faisant remarquer qu'il reste 10 minutes à la formation ministérielle à partager entre vous et le député de Lévis.

M. Lachance: Bon. Je vais essayer d'être bref même si les sujets risqueraient d'être assez longs. Très rapidement, un sujet sur lequel nous avons échangé, c'est le programme de soutien aux organismes communautaires. Vous n'êtes pas sans connaître les écarts importants qui existent, et ça, depuis la création de la Régie, entre les différentes MRC. J'aimerais que vous puissiez nous indiquer à quel moment on peut s'attendre à ce que ce qu'on

peut appeler l'équité intrarégionale puisse être améliorée par rapport aux différentes MRC de Chaudière-Appalaches.

M. Gourde (Gaston): En fait, il faut faire chez nous ce qu'on demande de faire par rapport aux autres régions. C'est ça que vous voulez dire? Bien, écoutez, sur la question des organismes communautaires, là aussi, il y a des choses à faire. D'abord, le financement en tant que tel, mais il y a aussi la question de l'équité par MRC. Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'actuellement, et c'est déjà commencé, nous sommes, avec la collaboration des organismes communautaires, en train de tout repenser notre façon de financer, notre façon d'être en relation avec les organismes communautaires, tant et si bien que, dans les conversations, dans les sujets, dans les propos, il y aura évidemment la question de l'équité qui va être en jeu. Vous parlez de Bellechasse et c'est un fait que Bellechasse n'est pas...

M. Lachance: Bellechasse—Etchemin.

• (17 h 40) •

M. Gourde (Gaston): Bellechasse—Etchemin, ce n'est pas là qu'on a le plus de subventions. Mais c'est parce que, à un moment donné, c'est un peu difficile. Par exemple, quand vous arrivez avec un organisme dit régional, comment on va calculer l'équité, là, si, par exemple, je ne sais pas, supposons que c'est pour la violence faite aux femmes et supposons, une hypothèse, qu'il y a un organisme régional? De quelle façon on va étendre ça sur le territoire?

M. Lachance: Mais vous admettez qu'il y a des écarts importants présentement.

M. Gourde (Gaston): Ah oui. Personnellement, j'admets qu'il y a des écarts, puis j'admets aussi qu'il va falloir les corriger puis que ce qu'on est en train de faire actuellement, avec les organismes communautaires, avec le conseil d'administration, avec le personnel de la Régie, c'est justement d'essayer de corriger des problèmes qui sont vécus à ce niveau-là.

M. Lachance: Est-ce que vous avez un calendrier? Est-ce que vous avez une date? Est-ce que vous avez un échéancier?

M. Gourde (Gaston): Les travaux, pour décision finale en décembre. Parce qu'il faut comprendre que ce n'est pas simple, que, comme je vous l'ai dit, là-dedans, il y a des organismes communautaires subventionnés, au montant d'environ 150, plus d'autres organismes communautaires qui ne le sont pas nécessairement.

Alors donc... Puis il arrive aussi, chez les organismes communautaires, qu'il y ait des choses qui sont un petit peu plus difficiles à attacher entre les organismes en tant que tel. Alors donc, le travail se fait. Il y a déjà des documents qui sont déposés. Le conseil d'administration nous a demandé et on a dit: Oui, on veut, nous,

suivre réunion par réunion jusqu'au mois de décembre, avoir un suivi constant pour savoir où c'est rendu et dans quel sens ça s'en va, pour éviter qu'à la fin on se retrouve avec une décision qui soit prise où, par exemple, on devrait se dire: Bien, écoute, on n'a pas trop le choix, le consensus, il s'en va dans ce sens-là. Le conseil d'administration veut vraiment participer aux discussions, participer à l'avancement du dossier. Et on parle de décembre 1998.

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

M. Williams: Merci. Brièvement, M. le Président, comme j'ai demandé aux autres régies régionales, je voudrais savoir: Est-ce que votre Régie régionale a changé votre programme d'accès pour la communauté d'expression anglaise, compte tenu de la pression que tout le monde a reçue par le ministère? Et, si oui, qu'est-ce que vous avez changé?

M. Gourde (Gaston): O.K. Alors, Mme Montreuil.

Mme Montreuil (Louise): Non. Je dirais que notre programme d'accès date de 1996. On est en train de le revoir à l'heure actuelle avec les gens des communautés anglophones. On ne peut pas vous dire s'il y aura ou non des changements. Cependant, ce qui était convenu dans la région Chaudière-Appalaches avec les établissements, c'est que chacun se mettait en possibilité d'accueillir adéquatement la clientèle d'expression anglaise. Et je dirais peut-être une précision: pour le service de première ligne qui est Info-Santé, la région Chaudière-Appalaches est en mesure, 24 heures sur 24, de répondre en langue anglaise à une personne d'expression anglaise qui appellerait.

M. Williams: Et en français aussi.

Mme Montreuil (Louise): Évidemment.

M. Williams: O.K. O.K. Bon, O.K.

Mme Montreuil (Louise): Mais ça, c'est assez courant, mettons. Elle est en mesure de répondre en anglais à toute personne qui ne peut pas s'exprimer en français parce qu'on a fait une entente de services avec une autre région, avec l'Estrie en particulier, ce qui fait qu'une demande qui arrive en anglais peut être prise en charge immédiatement comme ça doit l'être avec un service comme Info-Santé.

M. Williams: Excellent! Parce que je sais qu'ils ont eu beaucoup de progrès avec le programme d'accès. C'est pourquoi je ne vois que, à cause de la pression d'un ministère, ça va changer. Et c'est ça que nous avons vu dans les autres territoires. C'est pourquoi aujourd'hui je demande à chaque territoire ce qui se passe, parce que nous en avons une autre par chez vous qui a complètement

vidé son programme d'accès à cause de la pression qu'ils ont reçue par le ministère. Je suis heureux de savoir que ce n'est pas le cas chez vous. Merci.

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

M. Williams: Oui.

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

M. Gourde (Gaston): Je pourrais ajouter sur la question du programme d'accès. C'est que, à notre connaissance, il n'y a jamais eu de plainte formelle, d'ailleurs, qui a été formulée au cours des dernières années, ni de revendications majeures. Il faut comprendre que la communauté anglophone, dans Chaudière-Appalaches, est éparpillée un petit peu partout. Ça justifie quand même d'avoir notre programme, là. Mais le taux de satisfaction est très bon.

M. Williams: Mais ça marche parce que vous travaillez ensemble avec la communauté, je présume.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. M. le député de Lévis, il reste six minutes à votre formation.

M. Garon: C'est sur le temps de notre formation ou sur votre temps?

M. Williams: Tu peux utiliser un peu de mon temps

M. Garon: O.K. Je vous remercie. Je vous remercie.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Faites vos six minutes d'abord, puis on verra s'il en manque.

M. Garon: Non, non, ça ne sera pas long. Ça ne sera pas long. Je voudrais lire deux documents, parce que le président de la Régie a référé à deux documents qui ont été écrits. Mais je ne comprends pas la façon de fonctionner, comment ça marche.

Je lis bien: Dans une lettre du 10 septembre 1997 à Mme Huguette Giroux, de la Régie régionale, le directeur général de l'Hôtel-Dieu de Lévis dit: «Pour faire suite à notre conversation téléphonique du 5 septembre 1997, je vous transmets, comme convenu, les documents suivants. En suivi à cette conférence téléphonique, nous comprenons — écoutez bien, il écrit à la Régie pour dire ce qu'il a compris du téléphone — que la Régie régionale Chaudière-Appalaches accepte les conditions suivantes afin que soit respecté le calendrier prévu et, là-dedans, on dit l'octroi à l'Hôtel-Dieu de Lévis du budget requis pour les travaux de transformation nécessaires à l'aménagement de l'unité de soins en pédopsychiatrie est accepté par la Régie régionale.» Je ne sais pas si ça a été voté, mais c'est verbal, ils

confirment un téléphone. «Le coût de ces travaux, estimé à 522 000 \$, sera réévalué par les professionnels désignés par la Régie régionale Chaudière-Appalaches avant l'autorisation finale. La Régie régionale est d'accord sur la procédure proposée par l'Hôtel-Dieu de Lévis, à savoir qu'un appel d'offres séparé soit lancé dans les meilleurs délais afin de respecter le 15 janvier 1998 comme date d'ouverture de l'unité de soins.»

Alors, il y a des règles, il y a des normes, dans la *Gazette officielle*, comment ça marche. Le 25 novembre, c'est-à-dire plus de deux mois et demi plus tard. M. Richard Boucher, qui est ici présent devant nous, écrit à M. Moisan: «Nous confirmons l'autorisation verbale donnée à M. Robert Amyot, en septembre dernier, de réaliser des travaux pour un montant maximum de... — là, ce n'est plus 522 000 \$, c'est 580 000 \$ — 580 000 \$ incluant taxes. À ce montant s'ajoute une enveloppe d'au plus 78 000 \$ pour mobilier et équipement.»

Alors, moi, je ne comprends pas la façon de fonctionner. Je ne suis pas avec vous. Je n'ai jamais vu ça, marcher de même dans un gouvernement. Même dans l'entreprise privée, je ne suis pas certain qu'on fasse des montants de cette envergure-là sur la gueule, par téléphone, certainement pas dans l'administration publique. C'est pourquoi j'aimerais avoir — je suis bien précis — toutes les autorisations concernant les contrats, les contrats qui ont été donnés, préliminaires, parce qu'on m'a dit que l'architecte avait eu, lui aussi, un contrat préliminaire avant le contrat de 9 500 \$. Il aurait eu un autre contrat de quelque 9 000 \$, études préliminaires, alors que ça dit bien que ça, ça doit être inclus dans le contrat total.

Et combien il y a eu d'études préliminaires? Données à qui? Je voudrais avoir la copie de toutes les autorisations données par la Régie pour déroger aux règles normales. Je voudrais aussi avoir les autorisations budgétaires et les dates où elles ont été votées. Je veux voir celles qui ont été votées avant ou après, entre autres, avoir toutes ces questions-là. Parce que, moi, je vais vous dire ça, je n'ai jamais vu un fonctionnement comme ça de ma vie depuis que je suis en politique. Ça va faire 22 ans le 15 novembre 1998.

M. Gourde (Gaston): Alors, ce sera fourni

M. Garon: Je ne peux pas être plus long. Je suis bref parce que je n'ai pas le temps. Comprenez-vous, on analyse 1 000 000 000 \$ dans 45 minutes.

M. Gourde (Gaston): Oui, ce sera livré...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, ça va? Ça va être remis au secrétariat? Je vous remercie. Mme la députée de Beauce-Sud.

Mme Leblanc: Merci, M. le Président. Pour terminer, vous avez fait mention, dans votre rapport, à la page 30, qu'il y a une vaste campagne d'information qui a été organisée en 1997. Je voudrais savoir combien ça a coûté, cette opération-là.

M. Gourde (Gaston): On va vous fournir le chiffre en arrière. Vous vous souvenez, la campagne d'information, c'était un genre de petit calepin, un petit cahier qui a été envoyé dans chaque sous-région, où on indiquait, par exemple, bon, ton CLSC, ton numéro de téléphone, si tu as un problème, des jeunes ont un problème, toxico, suicide, etc. Alors, à ce moment-là, c'est ça qu'on avait fait comme campagne d'information. On l'avait, je dirais, à la limite, personnalisée et envoyée dans chacune des résidences de Chaudière-Appalaches.

Est-ce que... Oui, on l'a, le chiffre, ici.

Mme Montreuil (Louise): M le Président, ce qu'on me dit, c'est que ça a coûté, y compris l'impression des documents et l'envoi des documents, en tout, 45 000 \$.

Mme Leblanc: Pour combien de foyers?

M. Gourde (Gaston): Quelque 100 000 foyers. Il y a 385 000 citoyens, divisé à peu près par deux, peut-être 150 000, 160 000 foyers.

Mme Leblanc: O.K. Vous avez aussi effectué une étude sur la satisfaction des besoins des usagers dans tout le réseau, je suppose. J'aimerais savoir combien a coûté cette étude-là.

M. Gourde (Gaston): Cette étude a été faite par le personnel en place à la santé publique. Ça a coûté 50 000 \$, qu'on me dit.

Mme Leblanc: Par les fonctionnaires de la Régie régionale?

Une voix: Oui.

Mme Leblanc: 50 000 \$, et ça doit être répété cette année. Alors, je suppose qu'on doit prévoir encore des coûts d'environ 50 000 \$ pour 1998.

M. Gourde (Gaston): 40 000 \$.

Mme Leblanc: 40 000 \$ pour 1998. O.K.

Je voudrais juste peut-être revenir sur le fait que vous avez implanté un modèle d'urgence de première ligne en partenariat avec les cabinets privés de médecins. Alors, je voulais tout simplement vous dire que je pense que c'est une bonne chose qu'on fasse ça comme ça, parce qu'il n'est pas évident que le CLSC, c'est la première porte d'entrée pour les citoyens. Moi-même, je pense que je n'ai encore jamais utilisé le CLSC, à part, quand j'ai eu des enfants, pour les vaccins. Alors, je pense que ce serait peut-être bien d'inciter encore de plus en plus les citoyens à utiliser les cabinets privés avant de se rendre à l'urgence. Je voulais vous féliciter pour ce modèle-là.

Moi, je n'ai plus de questions à poser.

• (17 h 50) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Bon Alors, est-ce que vous procéderiez à la conclusion pour votre formation?

Mme Leblanc: Oui. Je voulais d'abord vous remercier pour votre présentation. Ça a été agréable de vous entendre et d'avoir des réponses à vos questions. Si jamais, je suppose, vous avez des problèmes, vous pouvez toujours contacter le ministre et, si jamais vous n'êtes pas satisfaits, bien, il y a l'opposition.

Remarques finales

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le ministre, pour votre conclusion.

M. Jean Rochon

M. Rochon: Je dirais que même quand vous êtes satisfaits, vous pouvez aussi parler à l'opposition.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Alors, moi aussi je voudrais vous remercier d'être venus pour cet exercice de reddition de comptes. Je sais que des collègues de notre formation ont exprimé que notre système de démocratie est peut-être perfectible. Je pense que même le système au niveau du Québec, quant à sa démocratie, est aussi perfectible.

Mais, moi, pour avoir été témoin non seulement de l'exercice d'aujourd'hui qui a peut-être pris l'allure un peu plus d'une période des questions ou d'une étude des crédits, mais, quand même, il ne faudrait pas que ça cache les enjeux très importants qui sont sous la responsabilité d'une régie régionale, quand on regarde son mandat dans la loi, et ce qui a été le travail des régies régionales en général, et la vôtre singulièrement.

De créer une nouvelle région, ce n'est pas évident. Vous y avez fait référence un peu. Il y a quatre ans, Chaudière-Appalaches, ça n'existait pas, comme région de santé et de services sociaux. Créer une région, ce n'est pas seulement de monter une administration régionale, c'est de développer un sentiment d'appartenance. Ce n'est pas encore évident pour certaines parties de la région, présentement. C'est d'organiser des territoires, 11 territoires à l'intérieur de la région; de rétablir une équité avec la région voisine dont vous êtes une cellule-fille — ça, il n'y a pas eu grand temps encore pour faire ça. Ce n'est donc pas surprenant que tout ne soit pas finalisé — et que, en plus de l'équité entre les deux régions, il a fallu déjà commencer à s'assurer d'améliorer l'équité à l'intérieur de la région, alors que, il y a quatre ou cinq ans, les territoires intrarégionaux n'existaient même pas, en tant que territoires. Il y avait les territoires des CLSC, mais il n'y avait pas les mandats qu'on leur donne et il n'y avait pas cette notion d'avoir des enveloppes qui vont jusqu'au niveau du territoire local.

Alors, je veux le rappeler ici, parce qu'une régie régionale, c'est d'abord un conseil d'administration de

citoyens et citoyennes qui viennent de la population et qui mettent du temps là-dessus bénévolement, qui prennent des décisions pas faciles et de façon très courageuse, souvent dans des atmosphères de réunions un peu houleuses. J'en ai vu et il faut savoir ce que c'est.

Il y a aussi, malgré que, là aussi, il n'y a rien de parfait, que vous êtes une des régions qui ont effectivement — je peux le dire pour les avoir vues dans l'ensemble — été celles qui ont fait le plus d'efforts pour informer et faire participer les plus larges segments possible de la population. Ça, ça a été fait et je vois que vous avez la volonté et la détermination de continuer à faire ça.

Moi, je pense que, dans l'ensemble, votre bilan, il est impressionnant. En tenant compte surtout de la difficulté du rôle et des enjeux importants pour la santé publique et pour l'accessibilité aux services à donner aux gens, la réforme que vous avez faite et qu'on a faite de façon générale a été faite dans des conditions excessivement difficiles, des conditions budgétaires qui sont venues frapper une opération de changement majeur, ce qui nous a obligés à procéder avec un échéancier très court. Certains nous disent trop court, et c'est vrai que, dans un sens, c'était trop court. Ça aurait été mieux qu'on prenne plus de temps, mais on n'avait pas le choix. On ne pouvait pas faire ça autrement.

Alors ça, je veux le redire, là, parce que toute médaille a deux faces. C'est bon qu'il y ait un exercice comme ça pour qu'on passe plus de temps à regarder une face de la médaille, mais l'autre, elle est là puis elle est aussi importante.

En terminant, M. le Président, c'est sûr que, dans un exercice comme ça, on ne peut pas répondre à toutes les questions — le temps manque, à un moment donné — et singulièrement des questions en ce qui regarde l'utilisation des fonds publics — moi, je suis très sensible à ça — quand il est question de faire des immobilisations, c'est encore plus sensible. Les questions soulevées par mon collègue de Lévis, le député de Lévis, on a déjà eu pas mal de rencontres et d'informations que le ministère a données aussi. Et on va continuer cette opération-là et le ministère va accompagner la région à cet égard, parce que c'est une responsabilité partagée. La régionalisation, ça ne veut pas dire l'automatisation du système. Les régions prennent leurs responsabilités, mais le ministère en a aussi, des responsabilités, là-dedans.

Alors, on va s'assurer, M. le Président, que régies et ministère ensemble, on va clarifier le dossier jusqu'au bout et que, s'il y a eu quoi que ce soit d'erreurs humaines qui se sont faites, ça va être corrigé. Et la dernière des choses que je veux qui reste de ça, c'est n'importe quel soupçon que quoi que ce soit qui s'est fait de pas correct, parce qu'il était planifié pour le faire contre les règles. Pour ce que je sais du système, ce n'est pas ça qui a été le cas, puis je pense qu'on va le démontrer clairement, puis on n'arrêtera pas tant que la transparence n'aura pas convaincu tout le monde.

Maintenant, on ne pourra pas convaincre tout le monde surtout, parce que, même, tout est enfin fait correct, selon des règles qui existent, on peut vouloir que ça

fonctionne autrement, on peut vouloir changer les choses. Maintenant, qu'elles ne sont pas changées, il faut vivre avec certains systèmes, les héritages du passé.

Alors, je vous remercie beaucoup. Je remercie mes collègues d'avoir participé à cet exercice. Ça fait 12 régions maintenant sur 16 qui, au cours des deux dernières années, ou à peu près... neuf excusez, neuf qui ont passé. Non. Je pensais que, d'ici à la fin de l'année, on devrait être capable de se rendre au moins à 12, peut-être un peu plus, de sorte qu'on ait établi le rythme du cycle à tous les deux ou trois ans et que, une fois ça fait, graduellement, ça devienne quelque chose de régulier, de connu et qu'on puisse apprendre à avoir un bon débat sur les grands enjeux de santé au niveau de chacune des régions au moins une fois à tous les deux ou trois ans avec les élus au niveau du Québec. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Au nom de tous les membres de la commission, merci beaucoup de vous être présentés. Et, la commission ayant rempli son mandat, j'ajourne les travaux sine die. Joyeuses Pâques à tout le monde.

(Fin de la séance à 17 h 57)