

# ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

# Journal des débats

de la Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 7 mars 2000 — N° 31

Examen des rapports annuels de certaines régies régionales de la santé et des services sociaux (2)

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

### 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 mardi 7 mars 2000

#### Table des matières

Auditions	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec	1
Documents déposés	2
Document déposé	32
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie	36
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec	56

#### Intervenants

Mm	e Monique	Gagnon-Tremblay,	présidente
M (	Gilles Lahh	né précident cup <b>olé</b>	ant

M. Roger Bertrand	M.	Ro	ger	Ber	tranc	d
-------------------	----	----	-----	-----	-------	---

M. Yvon Marcoux

Mme Diane Barbeau

M. Michel Després

W. Whener Despites

M. Russell Williams M. Claude Boucher

Mme Lyse Leduc

Mme Madeleine Bélanger

M. Yvon Vallières

M. Russell Copeman

M. Normand Jutras

- \* M. Jean-Marie Laliberté, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
- \* M. Michel Fontaine, idem
- \* Mme Hélène Gingras, idem
- \* M. Pierre Maheux, idem
- \* M. Roger Paquet, idem
- \* M. Valois Malenfant, idem
- \* M. Jean Bellehumeur, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
- M. Jean-Pierre Duplantie, idem
- \* Mme Nicole Michaud, idem
- \* Mme Ginette Dorval, idem
- M. Gaston Bélanger, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Ouébec
- \* M. Michel Rheault, idem
- \* Mme Michèle Laroche, idem
- \* M. Ali Hamrouni, idem
- \* M. Jean-Denis Allaire, idem
- Témoins interrogés par les membres de la commission

#### Le mardi 7 mars 2000

# Examen des rapports annuels de certaines régies régionales de la santé et des services sociaux

(Neuf heures trente-quatre minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Nous allons débuter nos travaux. Je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, comme nous avons le quorum, nous allons commencer immédiatement nos travaux. Je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie ce matin afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 en application de 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, Mme la Présidente. M. Beaumier (Champlain) sera remplacé par M. Boucher (Johnson); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) par M. Després (Limoilou); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loiselle (Saint-Henri-Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie. Je vous rappelle que la commission va consacrer trois heures à l'audition de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Le temps sera réparti ainsi: une trentaine de minutes pour la présentation de l'exposé — bien sûr, vous n'êtes pas obligés de prendre tout le 30 minutes, on trouvera sûrement des questions pour compléter; mais vous avez quand même une période de 30 minutes — et il restera bien sûr 2 h 30 min aux membres de la commission pour questionner. On va fonctionner comme la semaine dernière, c'est-à-dire en alternance, et je demanderais biensûr que les questions soient brèves de façon à ce qu'on puisse avoir des réponses brèves pour qu'on puisse poser le plus de questions possible.

Avant de passer la parole aux représentants de la Régie, je voudrais vous remercier parce que ce matin vous nous avez remis des documents qui sont très intéressants, et je pense, entre autres, aux ententes de gestion, au suivi des résultats, surtout au Plan de consolidation 1999-2002, ce qui est très intéressant et ce qui va sûrement alimenter notre réflexion — alors, je veux vous remercier — et aussi à l'état de la situation sur les services de maintien à domicile qui sont dispensés par les CLSC de la région de Québec. Ce sont des documents qui sont très intéressants pour les membres de la commission, et je vous en remercie.

#### Auditions

Alors, sans plus tarder, maintenant je cède la parole... Est-ce que c'est au président du conseil d'administration ou...

M. Laliberté (Jean-Marie): Vice-président, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Viceprésident. Et j'aimerais, bien sûr, pour les fins de l'enregistrement, que vous vous identifiiez de même que vous nous présentiez les gens qui vous accompagnent.

#### Régie régionale de la santé et des services sociaux de Ouébec

M. Laliberté (Jean-Marie): Tout à fait. Merci, Mme la Présidente. D'abord, je suis Jean-Marie Laliberté, vice-président du conseil d'administration de la Régie. Je suis accompagné, à ma gauche, ici, de M. Pierre Maheux, qui est également vice-président, de M. Michel Fontaine, qui est directeur général de la Régie régionale de Québec, et aussi de M. Roger Paquet, directeur de l'organisation des services.

Je voudrais d'abord vous remercier, Mme la Présidente, au nom de tous mes collègues du conseil d'administration, de l'opportunité que nous avons aujourd'hui de vous présenter notre bilan. Je tiens à présenter également les excuses du président de la Régie régionale de Québec, M. Jean-Marie Bouchard, qui a été retenu par un engagement à l'extérieur du pays et qui ne peut être présent à cette commission parlementaire. Il a suivi cependant tous les travaux préparatoires, et je vous assure de sa haute considération.

Nous convenons avec vous qu'il n'y a pas de plus bel exercice de démocratie que celui où des administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux rencontrent des élus du gouvernement pour présenter un état de la situation, fournissant ainsi l'opportunité de clarifier des positions et de répondre aux questions des membres de la commission parlementaire des affaires sociales. Parler actuellement de bilan dans le domaine de la santé et des services sociaux, c'est aller au front. Pourtant, le choix que nous avons fait à titre d'administrateurs et d'administratrices est beaucoup plus humble mais aussi plus riche. Si on se réfère aux conditions difficiles dans lesquelles nous avons travaillé, nous avons quand même réussi à relever les principaux défis auxquels nous conviait la réforme de la santé et des services sociaux, soit d'améliorer la qualité des services, d'en accroître l'accessibilité, l'efficacité et l'efficience. Les décisions que nous avons prises tout au long de ces dernières années l'ont toujours été dans le but de rendre disponibles les soins de santé et les services sociaux le plus près possible du citoyen.

L'augmentation des besoins en santé et services sociaux plus spécifiquement reliés au vieillissement de la population, à l'évolution rapide des technologies et des pratiques professionnelles, jumelée à un contexte budgétaire difficile, nous a amenés à réaliser des changements majeurs à l'égard de l'organisation régionale des services.

### Documents déposés

Nous vous déposons à cet effet deux documents qui font état des résultats de ces changements, c'est-à-dire le Suivi du plan de transformation dont vous parliez, également le Suivi des services de maintien à domicile.

À titre d'exemple, la transformation de quatre hôpitaux de courte durée en centres hospitaliers de soins de longue durée a permis de diminuer les listes d'attente en hébergement sans augmenter pour autant les listes d'attente en courte durée. Le virage ambulatoire nous a permis de maintenir la même accessibilité en soins de services de courte durée qu'avant la transformation. Les experts s'entendent pour affirmer qu'au moins 75 % des services de santé et des services sociaux sont dispensés en première ligne, d'où l'importance d'avoir une organisation de services proche des citoyens et des citoyennes axée sur leurs besoins. C'est dire aussi où doivent porter nos actions de prévention, de continuum de services et de partenariat entre les différents intervenants.

Une instance régionale forte est en mesure de concevoir une telle planification et une telle consolidation de services, de concerter les intervenants du milieu et de coordonner l'ensemble des activités de ces établissements et organismes communautaires oeuvrant dans la région, d'autant plus que la transformation amorcée au début des années quatre-vingt-dix et intensifiée par la suite en est maintenant à la phase de consolidation. Dans ce contexte, notre défi est de supporter régionalement la dynamique de changement pour que des approches de réseaux de services intégrés s'implantent dans chacun des territoires et assurent une meilleure coordination de l'ensemble de nos services.

• (9 h 40)

Dans une région où une quantité importante des ressources sont disponibles, le défi consiste à les utiliser pleinement, de la bonne façon, au bon endroit et au bon moment. L'accessibilité, la qualité et la continuité des services sont des conditions indissociables. L'expérience des dernières années nous permet d'affirmer que la consolidation de cette transformation, tout comme l'a été la transformation elle-même, ne pourra se réaliser avec succès sans un énoncé clair des orientations ministérielles, une forte coordination du palier régional et une implication constante des établissements dans la dispensation des soins et des services.

Les bilans de 1997-1998 et de 1998-1999 présentent ce qui a été fait. Vous pourrez constater que, malgré le contexte budgétaire difficile, nous avons réussi à améliorer l'accessibilité aux soins et aux services dans la majorité des situations. Ces bilans démontrent à la fois nos limites, nos difficultés mais aussi le travail énorme qui a été accompli.

Le réseau de la santé et des services sociaux de la grande région de Québec s'est beaucoup transformé au cours des cinq dernières années. En lien avec les orientations ministérielles, nous avons ramené sous des conseils d'administration unifiés des services jusqu'alors éclatés dans différents établissements pour assurer le continuum de services tant souhaité par les clientèles et recentrer ainsi les énergies autrement que sur la compétition interétablissements. La Régie régionale de Québec a donc choisi de passer d'une approche établissement à une approche de services intégrés sur une base territoriale. À cet effet, nous sommes passés de 58 établissements autonomes à 34 aujourd'hui. Notre temps de consolidation des services 1999-2002 s'inscrit dans les orientations ministérielles et répond ainsi aux objectifs que nous poursuivons pour rendre les services le plus près possible des populations, avec toutes les exigences que cela suppose aux plans humain, professionnel et administratif.

Comme vous avez pu le constater dans le Plan de consolidation des services 1999-2002, le territoire local est la base de l'organisation de services; on vise à offrir une multitude de services généraux directement dans chacun des territoires. Les décisions que nous prenons, relatives à l'allocation des ressources et à la gestion des établissements, doivent permettre que chaque territoire local bénéficie le plus possible d'une autosuffisance de ressources pour répondre aux besoins de services de première ligne, également, que la population de chaque territoire local ait accès aux services quelle que soit leur localisation et, finalement, que dans un territoire local le mode d'organisation facilite la responsabilisation des acteurs locaux envers la population et le rapprochement des centres de décision des citoyennes et des citoyens. Il accroît d'autant plus la capacité de concertation sur un même territoire qu'il ouvre des champs de partenariat prometteur entre les milieux scolaires, les milieux socioéconomique, communautaire et municipal.

De même, nos décisions à l'égard des services régionaux, c'est-à-dire les services spécialisés et surspécialisés, visent la complémentarité et la continuité avec l'organisation des services locaux. Nous cherchons à établir un continuum de services de façon à ce que toute personne dans le besoin puisse obtenir une réponse. À cet effet, le regroupement des services surspécialisés mais en réseau avec la première ligne constitue une condition nécessaire pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services. C'est pourquoi nous faisons valoir la nécessité de ne pas dissocier, comme on le laisse entendre actuellement, la gestion des centres hospitaliers universitaires de la gestion régionale de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. On ne peut gérer en parallèle des éléments qui s'imbriquent et qui s'inscrivent en continuité dans un réseau de services.

Vous constaterez que notre bilan est très large, puisqu'il touche, au-delà des manchettes, l'ensemble des énergies au quotidien qui sont déployées auprès de toutes les clientèles. Il démontre ainsi que la très grande majorité des activités quotidiennes dans le secteur de la santé et des services sociaux se réalisent à l'intérieur des grandes orientations gouvernementales selon les règles acceptées et en partenariat autour de nos missions respectives.

Pour que l'autonomie ait un sens, elle doit s'inscrire dans la responsabilisation des établissements qui répondent aux besoins de la population dans le cadre de leur mission et des paramètres d'une saine gestion. De même, pour que la régionalisation ait un sens, elle doit également s'inscrire dans la responsabilisation et l'imputabilité de tous les acteurs concernés, à quelque niveau que ce soit. La Régie régionale de Québec a adopté un train de mesures afin de mieux répondre à l'évolution des besoins. Nous vous rappelons quelques exemples de ces mesures et résultats à l'égard, entre autres:

- 1. Des jeunes. En suivi des orientations ministérielles et en conformité avec les objectifs de l'ensemble de gestion, la liste d'attente à la protection de la jeunesse a été éliminée. Une démarche de concertation a été amorcée sur chaque territoire local pour implanter des équipes jeunesse intégrées. La concertation en matière jeunesse est assurée sur chaque territoire local par une table de concertation qui rassemble les représentants de l'école, de la police, des municipalités, des CLSC et des organismes communautaires.
- 2. De la santé mentale. Au cours des dernières années, la région a alloué 2 500 000 \$ pour soutenir le développement des services dans la communauté, soit une augmentation de plus de 39 % des subventions. La moitié de cette somme a permis d'amorcer la consolidation des organismes communautaires. L'autre moitié va permettre d'assurer les services de suivi dans la communauté sur tout le territoire pour les personnes souffrant de maladie mentale grave. À titre d'exemple, un malade atteint de schizophrénie et vivant dans la communauté aura maintenant l'assurance de recevoir de l'aide 24 heures par jour, sept jours par semaine.
- 3. De la déficience intellectuelle. Pour donner suite à une priorité régionale et pour répondre aux besoins d'une clientèle souvent abandonnée, la région de Québec a investi 1 000 000 \$ pour l'amélioration des services aux personnes autistes et à leurs proches. Plus de 500 personnes recevront ainsi les services répondant à leurs besoins, notamment des services de réadaptation et un programme de soutien aux familles.
- 4. De la déficience physique. Pour un des mandats suprarégionaux consentis à la région de Québec, les centres d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est du Québec, soit l'Hôpital L'Enfant-Jésus du CHA et l'Institut universitaire de réadaptation en déficience physique de Québec, desservent 40 nouveaux usagers par année et assurent le suivi auprès de 400 autres usagers ayant une lésion médullaire, en provenance de l'Est du Québec. Aussi, la Régie régionale de Québec a dégagé un montant de 560 000 \$ pour améliorer l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation pour les enfants dysphasiques, soit les enfants ayant une déficience importante du langage et de la parole. Ces enfants dépistés en première ligne peuvent maintenant obtenir des services spécialisés requis par leur état.
- 5. Des personnes âgées en perte d'autonomie. Les services aux usagers du maintien à domicile, plus particulièrement aux personnes âgées, ont été augmentés de

façon significative. Plus de 57 postes ont été accordés en 1998-1999 aux CLSC aux titres d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de travailleurs sociaux et de techniciens en réadaptation. À titre d'exemple, les services de soins infirmiers pour l'ensemble des CLSC ont permis d'aider 14 314 personnes en 1996-1997 et 15 359 personnes en 1997-1998. Deux cents lits de soins de longue durée ont été ajoutés dans le Ouébec métro afin de diminuer les listes d'attente des personnes âgées en perte d'autonomie qui ne peuvent demeurer à domicile même avec le support des services des CLSC. Les délais moyens d'attente sont donc passés de 86 jours en 1996-1997 à 44 jours en 1998-1999. La réponse aux besoins des malades en longue durée n'est pas toujours optimale, actuellement. Cette situation nous inquiète au plus haut point. La sensibilité maintes fois exprimée par Mme la ministre à l'égard de ces clientèles nous permet d'espérer une solution à court terme.

6. De la santé physique. En première ligne, les services d'Info-Santé de la région de Québec ont réussi à répondre aux demandes de la clientèle en moins de trois minutes, ce qui est bien en deçà de l'objectif de cinq minutes visé pour l'ensemble du Québec. C'est donc dire que toute personne en difficulté à la maison peut obtenir en tout temps une première réponse rassurante et, s'il y a lieu, être orientée vers une ressource adéquate. Un réseau de services intégrés a été implanté sur tout le territoire. L'accès aux services médicaux est maintenant assuré par 34 cliniques médicales depuis janvier 1997, de 8 heures à 21 heures en semaine et de 9 heures à 13 heures les fins de semaine et les jours fériés.

#### • (9 h 50) •

La Régie régionale de Québec a également consolidé plusieurs programmes en périnatalité tels que le développement des compétences parentales, le soutien au développement global des enfants et les services aux jeunes en difficulté et à leur famille. En santé physique spécialisée et surspécialisée, nous avons augmenté substantiellement le nombre de chirurgies ou de traitements, notamment augmentation de 13,8 % du nombre de pontages coronariens, augmentation de 7,3 % d'angioplasties, de 16,6 % pour traitement des cataractes, de 7,6 % de chirurgies de la rétine, de 17,2 % pour les reconstructions de la hanche, de 27,6 % pour reconstruction du genou et de 19,5 % de traitements de radiooncologie, soit 1 846 visites additionnelles.

Cependant, malgré les efforts consentis, on ne peut passer sous silence l'augmentation des listes d'attente en radio-oncologie et en ophtalmologie. Cette situation est due particulièrement à l'augmentation du nombre de cancers et de cataractes reliée, entre autres, au vieillissement de la population. Cette situation s'améliorera avec la mise en place à moyen terme de l'ajout d'équipement et de ressources humaines. Dans les salles d'urgence, le nombre de patients séjournant plus de 48 heures a été ramené à toutes fins pratiques à zéro alors que les séjours de 24 à 48 heures ont diminué de façon importante pour se situer en deçà de la moyenne provinciale de 15 %.

7. Des organismes communautaires. Au cours des quatre dernières années, le financement octroyé aux

organismes communautaires de la région de Québec a été augmenté progressivement. En effet, le budget total est passé de 13 472 346 \$ en 1996-1997 à 21 519 573 \$ en 1999-2000, ce qui a permis de consolider le budget de plusieurs organismes communautaires et d'en financer de nouveaux. Afin qu'ils puissent améliorer les services qu'ils offrent à la population de Québec, plus de 200 organismes communautaires ont été subventionnés.

Comme on peut le constater, les réalisations sont nombreuses, et notre action a donné des résultats probants sans perdre de vue cependant les problèmes auxquels fait face le réseau. Nous sommes pleinement conscients qu'il reste beaucoup à faire et que la Régie régionale de Québec ne possède pas seule tous les leviers qui pourraient solutionner ces mêmes problèmes. Il est fort à parier que le questionnement actuel sur l'imputabilité des régies origine de cette absence de levier pour régulariser le système.

L'objectif qui a prévalu à la mise en place des régies demeure pourtant tout aussi pertinent, c'est-à-dire permet aux citoyens et aux citoyennes d'une région de s'impliquer dans la planification et la gestion de son système de santé. Confrontés au feu de l'action, on oublie trop souvent que les sondages et les enquêtes démontrent que la population de la grande région de Québec reçoit des services de qualité. Il est malheureux que certains événements négatifs retiennent toute l'attention, alors que la très grande majorité des services rendus sont appréciés par la population. Ceci ne nous empêche pas d'être toutefois d'accord qu'il y a des services à améliorer, à rendre plus accessibles, plus efficaces et, encore une fois, plus efficients.

Il est important de se rappeler que, même si la situation financière des établissements peut sembler dramatique, il n'en demeure pas moins qu'en 1999-2000, dans la région de Québec, 20 des 23 établissements offrant 75 % des services sont en quasi-équilibre budgétaire. Les trois autres établissements représentent 92 % du déficit régional, qui se situe autour de 60 000 000 \$; il s'agit des hôpitaux universitaires qui offrent des soins de services spécialisés et surspécialisés très onéreux, puisqu'ils disposent de 59 % de l'enveloppe budgétaire régionale pour 25 % de l'ensemble des services que constituent les services surspécialisés.

Malgré les coûts très élevés de ces services qui augmentent de façon importante annuellement, cette augmentation des coûts ne peut certainement pas à elle seule expliquer l'ampleur des déficits. Nous sommes d'accord pour que des solutions soient mises de l'avant afin de régler le problème des déficits dans les établissements. Parmi les solutions, nous pourrions d'abord décider avec le ministère de la nécessité d'ajuster les bases budgétaires des établissements à partir d'un panier de services établi par le gouvernement et en fonction de l'évolution des besoins de la population. Cette situation réglée, nous préconisons que le suivi et le contrôle budgétaire soient faits à partir d'indicateurs de performance communs pour l'ensemble du Québec, d'un système d'aide à la décision clinique également commun

qui permettra d'apporter un diagnostic sur la pertinence des actes professionnels et, enfin, une reddition de comptes à tous les paliers.

Pourquoi n'y aurait-il pas des mécanismes de reddition de comptes face aux autorisations d'emprunt sollicitées par les établissements? Une fois les bases budgétaires rehaussées, si nécessaire, les établissements pourraient démontrer en conseil d'administration public de la régie régionale la nécessité de toute demande d'autorisation d'emprunt en sus de leur budget, un peu comme ça se passe dans le monde municipal, Mme la Présidente. Ce mécanisme d'imputabilité pourrait aussi s'appliquer face à des difficultés chroniques d'organisation de services.

La région de Québec bénéfice de 1 000 000 000 \$ en déficit réparti presque également entre les hôpitaux spécialisés et surspécialisés, les autres établissements et organismes communautaires offrant des soins de services généraux ou de première ligne dans chacun des territoires de la région. Une telle allocation d'argent aux établissements et aux organismes communautaires justifie certainement qu'il y ait une obligation de services et une obligation de reddition de comptes à tous les niveaux, comme nous venons de le mentionner: établissements à régie régionale, régie régionale à ministère et à commission parlementaire des affaires sociales. De plus, toujours après le rehaussement des bases budgétaires, s'il y a lieu, l'application par la régie régionale d'un système formel de sanctions automatiques et progressives pour des établissements présentant des déficits pourrait être instituée dans la loi. La même logique de reddition de comptes de régie à ministère pourrait s'appliquer.

Le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec croit hors de tout doute que l'engagement de la population dans son milieu, la responsabilisation des administrations et la conscience aiguë du service public de ceux et celles qui dispensent au quotidien les services à la population sont des bases permanentes de réussite. Peu importent les investissements que l'on pourra faire, si on oublie que les services de santé et les services sociaux sont d'abord des services de personnes donnés par des personnes à des personnes, on perd le sens de notre mission. C'est le sens que des milliers de travailleurs et travailleuses donnent à leur travail dans le réseau. Nous les remercions pour leur engagement et leur contribution à l'amélioration des soins à la population, et ce, à tous les niveaux.

Mme la Présidente, mesdames, messieurs, au nom des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, je tiens à réaffirmer notre engagement envers la population de la région de Québec, et, à cet effet, la Régie régionale dispose d'un guide, le *Plan de consolidation 1999-2002*, dont l'objectif ultime consiste à répondre de mieux en mieux aux besoins spécifiques de la population que nous desservons. Il me fait plaisir de vous déposer notre bilan d'activités et de vous apporter toutes les explications que vous souhaitez recevoir.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Laliberté, pour votre exposé. Vous nous proposez des pistes de solution intéressantes, je pense, qui méritent d'être étudiées plus en profondeur.

Alors, peut-être avant de passer la parole aux membres, j'ai eu une demande de la part du député de Portneuf, si les membres sont d'accord, pour l'intégrer à notre commission même si on ne l'avait pas prévu au tout début. Est-ce qu'il y a consentement pour permettre au député de Portneuf de poser quelques questions, participer?

Une voix: Ça va nous faire plaisir, Mme la Présidente.

Une voix: Au moins, c'est de notre côté.

Des voix: Ha. ha. ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): J'ai compris qu'il y a consentement pour que le député de Portneuf puisse participer. Alors, M. le député de Portneuf, je vous cède la parole.

M. Bertrand (Portneuf): Merci, Mme la Présidente. Je remercie donc les collègues de me permettre d'intervenir lors de cette commission. Effectivement, à titre bien sûr de député de Portneuf et donc de la région de la capitale nationale, j'aimerais, à l'adresse des représentants de la Régie régionale de Québec, poser essentiellement trois questions. La première est en référence à ce qui est indiqué à la page 7 de votre mémoire, lorsque vous questionnez la pertinence éventuellement que les services surspécialisés puissent ne plus relever, disons, au sens large, des plans d'organisation de services des régies et puissent être gérés autrement que de la façon actuelle, c'est-à-dire, à la limite, directement à partir du ministère. O.K.?

#### • (10 heures) •

De mon point de vue, je suis d'opinion actuellement que la question de la gestion des services, d'une part, et celle de la décision quant à la distribution des services au niveau des surspécialités peuvent être abordées différemment. Est-ce qu'il n'est pas, par exemple, tout à fait logique de penser que les services ultraspécialisés, en termes de décision quant à leur distribution sur l'ensemble du territoire, puisqu'ils concernent une population beaucoup plus large qu'une région en particulier, qu'une région universitaire — c'est vrai pour Montréal, c'est vrai pour Québec... Est-ce que ces décisions-là quant à l'endroit et au niveau des services ne pourraient pas très bien être prises à partir du central du ministère mais que, une fois que cette décision-là est prise, on s'assure effectivement, au niveau de la région, avec la collaboration des établissements concernés, de dispenser ces services-là de la meilleure façon possible? Donc, première question, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Portneuf. Alors... M. Laliberté (Jean-Marie): Je demanderais au directeur général de la Régie, Mme la Présidente, si vous me permettez, de préciser.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Merci, Mme la Présidente. Alors, en réponse à cette question, ce que le mémoire fait valoir, c'est que nous nous inscrivons dans un continuum de soins et de services et que les secteurs qui offrent des soins spécialisés et surspécialisés doivent s'inscrire, eux aussi, dans ce continuum de soins qui est en lien avec la première ligne. Donc, dans ce contexte-là, nous croyons qu'il ne peut pas y avoir deux façons d'amener une reddition de comptes ou d'offrir des services dans une région.

Pour la partie par ailleurs suprarégionale, comme le député de Portneuf y faisait allusion, nous sommes en accord avec cette situation où la décision devrait se prendre de façon tripartite: région, ministère et les établissements concernés. À cet égard-là, oui, nous sommes d'accord avec ce point de vue.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. Dans le même ordre d'idées, parce qu'on a l'habitude de poser une question puis d'y aller en alternance...

M. Bertrand (Portneuf): Oui, aller en alternance. O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À moins que ça touche le même sujet, remarquez.

M. Bertrand (Portneuf): C'est une toute petite question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Par contre, est-ce que vous devez quittez?

M. Bertrand (Portneuf): Oui, je dois retourner à mon travail de président de commission.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Alors, je vais vous permettre une autre question.

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Ma collègue, Mme la députée de Vanier, reviendra sur la question de la responsabilisation des établissements et des mécanismes pour faire en sorte qu'il y ait, disons, une plus grande responsabilisation, ou enfin de meilleurs mécanismes à cet égard. Donc, je passerai sur cette question pour aller directement à celle du traitement des régions périphériques dans une région universitaire. Je sais que M. Fontaine doit me voir venir un peu, là.

Comment peut-on s'assurer que les citoyens des régions périphériques à des régions aussi importantes qu'une région comme celle de Québec puissent

bénéficier, je dirais, d'un traitement équitable en termes d accessibilité aux services, bien sûr, aux services surtout de première ligne? Je pense ici autant aux citoyens de Charlevoix qu'à ceux de Portneuf ou même de la Jacques-Cartier qui des fois sont assez éloignés des centres-villes. Quelle est l'opinion, ou la façon dont la Régie entend s'assurer que les citoyens, par exemple, de Saint-Casimir, pour ne pas les identifier, ou de Saint-Ubalde puissent avoir un accès raisonnable aux services de première ligne le plus près possible de leur territoire? Et c'est vrai non seulement dans le domaine de la santé, parce qu'on pense souvent spontanément à la santé, mais il y a également les services sociaux ou des services des fois entre les deux déficience intellectuelle. réadaptation sociale, ce genre de choses là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Portneuf. M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): D'abord, vous réaffirmez que la Régie régionale est certainement la mieux placée pour avoir une connaissance fine des besoins de ses sous-territoires, et, à cet égard-là, la façon de procéder pour être sûr de bien couvrir l'ensemble des besoins, c'est que nous faisons - vous l'avez dans le plan de consolidation — la collecte des besoins et des données par territoire et que, par la suite, nous travaillons à l'équité intrarégionale, donc interterritoriale. À cet égard-là, nous sommes à faire des travaux importants pour en arriver, à chaque fois qu'on a une allocation de ressources à faire, à tenir compte des sous-territoires par le biais d'un per capita pondéré, c'est-à-dire qui tient compte des indicateurs de besoins. Mentionnons seulement, dans les indicateurs, les indices de pauvreté, d'âge des personnes, de sexe, etc. Progressivement, nous voulons en arriver à rétablir, s'il y a certaines inéquités, l'équité au niveau des budgets à cet égard-là et répondre à l'ensemble des besoins des populations des territoires excentriques ou des sous-territoires de notre région, dont particulièrement Portneuf et Charlevoix.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, oui, je vous permets.

M. Bertrand (Portneuf): Une toute dernière. Bien sûr, M. Fontaine s'adresse pour et au nom probablement de la Régie, mais est-ce qu'on peut avoir un engagement explicite également des représentants élus de la Régie làdessus, sur l'importance de réaliser la pleine équité au niveau des services de première ligne?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Laliberté.

M. Laliberté (Jean-Marie): Tout à fait, M. le député. Mme la Présidente, ça va de soi en ce qui nous concerne, c'est fondamental. Je l'ai dit dans mon texte de présentation, c'est fondamental pour nous que les gens d'une même région aient accès aux mêmes services, même

s'ils sont un petit peu plus en périphérie. C'est un engagement que la Régie entend continuer, M. le député.

M. Bertrand (Portneuf): J'en prends bonne note, Mme la Présidente, et je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Peut-être que la façon la plus simple, ce serait que les centres hospitaliers universitaires aient un budget un peu différent et puis qu'ils n'aient pas à partager avec les périphéries mais qu'on pense davantage aux périphéries. Alors, je pense que ça cause un certain problème. On le vit dans l'Estrie également.

M. Bertrand (Portneuf): On le vit probablement partout. C'est aussi un façon de désengorger, de rendre les services de première ligne plus près des citoyens. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Portneuf. Je cède maintenant la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, M. Laliberté ainsi que les autres personnes qui vous accompagnent, et on vous remercie de votre présentation. J'aurais quelques questions à poser en ce qui a trait au financement et je vais les poser en même temps; je pense que ça se relie les unes entre les autres et que c'est plus facile pour vous de répondre parce qu'il y en a qui méritent des réponses très courtes.

Une première constatation. Si je comprends bien, le budget de fonctionnement des établissements qui sont couverts par la Régie régionale était de 992 000 000 \$ en 1995-1996, était de 930 000 000 \$ en 1998-1999, simplement pour un peu situer l'évolution budgétaire. Donc, première question. La Régie régionale de Québec a signé sans doute une entente de gestion avec le ministère. Je comprends que tantôt — et je vous en remercie — vous avez, dans un dossier ici, inclus des ententes de gestion soit signées ou à signer avec des établissements. Dans mon dossier, je n'ai pas l'entente de gestion signée entre la Régie et le ministère. Alors, j'aimerais ça si vous pouviez peut-être la déposer également à la commission des affaires sociales. Alors, je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, c'est ça. Alors, je comprends que vous allez déposer cette entente. Merci.

M. Marcoux: Merci. Deuxième question qui touche à l'évolution des déficits des établissements, auxquels vous avez fait allusion dans votre présentation, M. Laliberté. J'aimerais avoir quel était le montant total des déficits accumulés dans l'ensemble de vos établissements au 31 mars 1998 et, deuxièmement, le montant total du déficit accumulé — réel, celui-là — pour l'année 1998-1999, donc au 31 mars 1999, mais avec les états financiers qui se sont sans doute vérifiés un peu plus tard. Et, par rapport à ces

déficits, ce déficit total du 31 mars 1999, est-ce que les établissements ont reçu les versements leur permettant de rembourser au total ce déficit accumulé à la fin de l'année 1999?

Troisième question: Quel est, à ce moment-ci, le déficit estimé pour l'ensemble des établissements couverts par la Régie au 31 mars 2000? Donc, à ce moment-ci, quel est le montant total du déficit que vous prévoyez au 31 mars 2000, en y allant avec le CHUQ, les CLSC, le reste des établissements hospitaliers, les CLSC et CHSLD et le centre jeunesse?

#### • (10 h 10) •

Troisièmement, vous avez déposé dans le dossier, ici, des ententes de gestion dont certaines sont tripartites entre le ministère. la Régie et les établissements. Donc, combien d'ententes tripartites deviez-vous signer? Combien ont été signées à date à la fois par la Régie et le ministère? En reste-t-il à signer, des tripartites? Je comprends que vous en avez des bilatérales aussi entre la Régie et certains établissements, donc combien? Et sont-elles toutes signées?

Quatrièmement, quel est le montant total des emprunts des établissements au 31 mars 1999 et quel est le montant total des emprunts des établissements en mars 2000? Et, en mars 2000, quel est le coût des emprunts des établissements? En d'autres termes, les établissements doivent assumer combien d'intérêts au total par année pour ces emprunts-là? Et, cinquièmement, vous avez des engagements régionaux.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Quatre questions? Plusieurs volets.

M. Marcoux: C'est relié, je pense, tout ça est relié. Quel est le montant total des engagements régionaux non provisionnés au 31 mars 1999? Et quel est le montant total d'engagements régionaux non provisionnés que vous prévoyez au 31 mars 2000? Et, pour cette année, pour l'année 1999-2000, y a-t-il des coûts qui sont reliés à la sécurité d'emploi ou à la stabilité d'emploi? Et, si oui, quel est le montant total et qui assume ces coûts-là? Et, entre autres, y a-t-il encore des coûts qui sont reliés au 50 km?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, j'ai bien compris qu'il s'agit d'une question à plusieurs volets. Je cède la parole à M. Fontaine ou à M. Laliberté? M. Fontaine?

M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, oui, je vais laisser la parole à M. Fontaine, et ensuite on vous donnera des précisions sur tous les montants que M. le député demande. Mme Gingras a tout ça, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Alors, merci, M. Laliberté. M. Fontaine, à vous la parole.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, si j'en échappais quelques-unes, des remarques, vous me

rappellerez les questions. Je vais commencer peut-être par les dernières interventions. À l'égard des crédits régionaux non provisionnés pour la Régie régionale de Québec, c'était 24 000 000 \$, et l'entente tripartite qui va vous être déposée probablement dans les prochaines minutes prévoit un retour à l'équilibre de ces crédits régionaux non provisionnés au 31 mars 2002. Cette année, au 31 mars 2000, ces crédits seront de l'ordre de 5 000 000 \$, et, au 31 mars 2001, l'objectif est de 3 000 000 \$ de crédits non provisionnés, et zéro au 31 mars 2002. Donc, ça, c'était pour les crédits régionaux non provisionnés.

M. Marcoux: Est-ce que vous avez des crédits spéciaux du ministère pour rembourser ces engagements régionaux non provisionnés qui étaient de 24 000 000 \$ au 31 mars 1999?

M. Fontaine (Michel): Actuellement, l'engagement du ministère qu'on a, si on entre dans nos objectifs budgétaires de l'entente tripartite, c'est de se faire balayer les déficits accumulés en crédits régionaux, mais pas les déficits courants parce que, ceux-là, c'est l'effort de la Régie régionale pour arriver justement à passer de 12 000 000 \$ annuels à 5 000 000 \$, et à 3 000 000 \$, et à 2 zéro. Mais, les déficits accumulés, à cet égard-là, on a une entente avec le ministère, c'est l'entente qu'on a signée, tripartite, que vous allez avoir en main tout à l'heure.

Concernant le nombre d'ententes, nous avions trois ententes tripartites à signer, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec, le centre hospitalier affilié universitaire de Québec et l'hôpital Laval. Nous en avons deux de signées: l'hôpital Laval et le Centre hospitalier universitaire de Québec. Nous sommes toujours en discussion pour signer le centre hospitalier affilié, l'Hôpital de L'Enfant-Jésus et Saint-Sacrement.

Pour les autres ententes où nous n'avions pas d'obligation de tripartite, parce que la règle était les établissements qui avaient un déficit de plus de 7 %, donc cet ensemble d'autres établissements, on a des projets d'entente quand même d'un retour à l'équilibre budgétaire de neuf établissements. Actuellement, nous en avons un de signé, et les autres devraient se signer dans les jours qui suivent; c'est une question de réussir à se réunir. La plupart des ententes sont acceptées de part et d'autre, mais il reste à les signer, à se rencontrer pour faire les signatures finales.

Pour ce qui est du déficit anticipé au 31 mars 2000, nous parlons d'autour de 60 000 000 \$, et, au 31 mars 1999, on était autour de 68 000 000 \$. Quand je dis «autour», c'est parce que c'est arrondi un petit peu, c'est dans ce contexte-là. Pour le 31 mars 1998, il faudrait trouver la réponse. Nous n'avions pas ces documents ce matin. Mais on l'a dans le rapport annuel, on fouillera dans le courant des minutes qui suivent pour vous la donner également.

Pour la stabilité d'emploi, nous avons, dans la région de Québec, autour de 45 personnes qui sont toujours en stabilité d'emploi. Et, par rapport aux départs à la retraite — vous demandiez les coûts — il y a une autorisation d'emprunt là-dessus de 2 400 000 \$ qui va s'estomper d'ici le 31 mars 2001, si ma mémoire est bonne, parce que les gens auront fini d'obtenir des coûts reliés à leur départ assisté.

M. Marcoux: Simplement une question reliée à ca: Est-ce que, cette année, les établissements doivent absorber des coûts reliés à la sécurité d'emploi de sorte qu'il y a des heures payées non travaillées? En d'autres termes, des gens qui sont en stabilité d'emploi, qui ne travaillent pas...

### M. Fontaine (Michel): Oui, oui.

M. Marcoux: ...puis les établissements doivent évidemment continuer à les payer quand même.

M. Fontaine (Michel): C'est ce que je viens de vous énoncer, là, les départs à la retraite, où le paiement s'échelonne jusqu'au 31 mars 2001. Donc, il y a encore une partie de ces sommes-là. Il y en a qui sont terminés, c'est des montants qui se terminaient d'une année à l'autre, dépendant à quel moment ils avaient pris ce départ assisté, mais, normalement, dans la région de Québec, la très grande majorité de cette démarche-là se soldera au 31 mars 2001, autour du 2 000 000 \$ qui deviendra, à ce moment-là, disponible.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. Est-ce que ça répond à toutes les questions, M. le député de Vaudreuil?

- M. Marcoux: Bien, Mme la Présidente, il y avait la question des emprunts, les montants des emprunts.
- M. Laliberté (Jean-Marie): Oui, l'emprunt total au 31 mars 1999.
- M. Marcoux: Oui, et qui est actuellement en cours, en mars 2000.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, si vous voulez, je vais donner la parole à Mme Gingras, qui est notre directrice des affaires financières, pour vous donner ces informations-là plus précises.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Gingras.

Mme Gingras (Hélène): Oui, bonjour, Mme la Présidente. Je n'ai malheureusement pas avec moi le montant au 31 mars 1999 — c'est ce que vous aviez demandé. Je peux vous donner, par exemple, le chiffre au mois de mars de cette année: on est à 138 000 000 \$ d'autorisations d'emprunt. Les autorisations d'emprunt se composent de différents montants dont M. Fontaine vous a parlé, qui sont les départs à la retraite, mais il y a aussi les déficits accumulés et l'équilibre budgétaire

qui composent les différents montants, ainsi que les projets d'immobilisation. Au total, c'est 138 000 000 \$.

M. Marcoux: Pourriez-vous me donner le montant afférent à ce qui est relié à l'équilibre budgétaire et au déficit?

Mme Gingras (Hélène): Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Gingras.

Mme Gingras (Hélène): Le déficit accumulé, c'est 53 000 000 \$, et l'équilibre budgétaire de cette année, 59 000 000 \$.

M. Marcoux: Ce qui fait un total de...

Mme Gingras (Hélène): 112 000 000 \$.

M. Marcoux: ...112 000 000 \$. Pourriez-vous me dire quel est le coût moyen d'emprunt payé par les établissements, le coût d'intérêt payé par les établissements, le coût moyen sur ces emprunts de 112 000 000 \$?

Mme Gingras (Hélène): Le taux d'intérêt?

M. Marcoux: Oui. Ils paient combien d'intérêt aux banques à peu près en moyenne?

Mme Gingras (Hélène): O.K. Je n'ai pas le montant d'intérêt, mais le taux d'intérêt, c'est environ 6.5 %.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bon, est-ce que ça répond à toutes les questions, M. le député de Vaudreuil?

- M. Marcoux: Oui. C'est-à-dire, j'avais seulement, je pense, un élément, une précision, là. Au 31 mars 1998, le déficit accumulé, vous l'avez? Vous m'avez dit que vous le retrouveriez dans le rapport annuel, le déficit accumulé au 31 mars 1998.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, estce qu'on pourrait vous le fournir un petit peu plus tard?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, sûrement...

M. Marcoux: Oui, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...à moins que vous ne l'ayez retracé, là. C'est ça, vous pourrez...

M. Fontaine (Michel): Juste...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose, M. Fontaine?

• (10 h 20) •

M. Fontaine (Michel): Oui, Mme la Présidente, une précision à l'égard des autorisations d'emprunt. C'est un peu technique, là, mais c'est peut-être important de vous dire que, considérant que le CHA, l'Hôpital du Saint-Sacrement et celui de L'Enfant-Jésus n'ont pas signé leur entente de gestion, la Régie de Québec a en main les argents nécessaires dans l'ensemble du balayage des déficits de l'an passé, au 31 mars 1999, toujours dans ses coffres actuellement parce que c'est relié à la signature de l'entente de gestion. Donc, ça va diminuer d'autant les autorisations d'emprunt lorsque ce dossier-là sera solutionné.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, une précision?

M. Marcoux: Je vous remercie pour cette précision. Simplement pour comprendre — je ne suis pas familier, moi, avec les techniques comptables — il reste que le déficit de cette année, au moment où on se parle, lui doit être assumé sous forme d'emprunt par les établissements.

M. Fontaine (Michel): Le déficit courant, oui, de 60 000 000 \$.

#### M. Marcoux: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine, M. le député de Vaudreuil. Je cède maintenant la parole à la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Moi, j'ai plusieurs questions. Je vais commencer par la première, puis je l'ai posée à d'autres régies et je vais la poser encore parce que, bon, il y a des élus, ici, du conseil d'administration. Parce que vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a un débat présentement qui parle du rôle et de la vie comme telle des régies. D'ailleurs, dans mon préambule, je vous dirais que, personnellement, je ne suis pas vraiment de ceux qui pensent qu'il faut abolir les régies. Je crois que vous faites un excellent travail et utile travail, très, très utile dans les régions. Alors, moi, je ne suis pas de celles qui pensent... D'ailleurs, je me fais souvent dire par des citoyens: On devrait les abolir, parce qu'on voit là un montant d'argent qu'on pourrait mettre ailleurs. Mais je me fais un plaisir de faire de la pédagogie.

Mais, en même temps, je dirais, des deux côtés, autant les élus que les membres des fois des C.A., il y a une inconfortabilité — je ne sais pas si c'est un vrai mot, là; on est inconfortables — ...

Une voix: Un inconfort.

Mme Barbeau: ...un inconfort par rapport, ie dirais, à l'imputabilité de l'un ou de l'autre, et là-dessus ie pourrais donner des exemples, mais i'en donnerais un par rapport aux C.A. que je connais. Par exemple, dans la région de Québec, vous avez augmenté beaucoup, beaucoup les budgets du communautaire parce qu'il y avait une préoccupation communautaire. C'était dans vos orientations, et je vous en félicite, en passant, parce qu'on sait le travail qu'ils font sur le terrain. Mais dernièrement il y a des budgets qui sont venus d'en haut et qui étaient déjà tagués — c'est ce qu'on m'a dit — et il n'y aurait pas d'augmentation pour le communautaire. Là, je percojs qu'il y a peut-être un inconfort du conseil d'administration, parce que j'imagine que toutes les augmentations, et tout ca, ca s'est fait par une volonté du milieu. Et, d'un autre côté, je n'irai pas dans le détail, mais il y a des situations où, moi, j'étais très inconfortable; autant je pouvais être en accord avec ce que le C.A. disait, autant en désaccord avec le ministère. En tout cas, ce n'est pas simple.

Mais là vous nous dites, à la page 17, qu'il faudrait qu'il y ait une obligation de rendre des comptes à tous les niveaux, établissements à régie régionale, régie régionale à ministère et à commission parlementaire. J'en ai peut-être perdu un bout, mais je pensais que c'était ça qui existait déjà. Parce que, moi, j'ai suivi la réforme quand même beaucoup de près. Il me semble que c'était ça, qu'il y avait ça là-dedans. Alors, c'est passé où, ça? À moins que je me trompe. Vous me corrigerez.

Puis, moi, en même temps, je pose la question aux élus surtout, là, je vous pose le problème que, moi, je vis de mon côté, que yous vivez, je sais, de l'autre côté par rapport à l'imputabilité parce que, comme la santé, c'est un dossier toujours chaud et toujours très politique, de toute façon, je mange toujours les claques en bout de ligne. Je les mange pareil. Même si je suis d'accord ou pas d'accord, je les mange pareil. Puis je veux vous poser la question là-dessus par rapport à comment, vous, vous voyez ça, mais aussi par rapport à la représentativité, comment est composé le C.A., parce que j'entends toutes sortes de choses. Je l'ai entendu des régies ici, je l'entends sur le terrain, bon, c'est tous les communautaires qui contrôlent le C.A., là c'est tous les syndicats, là c'est les médecins, ils sont partout. En tout cas, on entend toutes sortes d'affaires, Ha, ha, ha! Alors, je vous pose la question.

J'en ai deux, en fait, deux grandes questions, parce que nous allons devoir décider qu'est-ce qu'on fait avec les régies. Je pense qu'il y a une volonté de la ministre de regarder ces problèmes-là, et, nous, comme commission, on va se pencher sérieusement là-dessus. Alors, j'aimerais ça avoir votre point de vue, je vous donne l'opportunité de passer vos messages.

Des voix: Des questions plantées!

Mme Barbeau: Non, non, ce n'est pas planté.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la députée de Vanier. M. Laliberté.

M. Laliberté (Jean-Marie): Je vais répondre à un petit bout de votre question, si vous me permettez, puis je vais céder la parole ensuite à M. Maheux qui va vous donner l'autre volet. Je ne crois pas que la représentativité au niveau de la Régie régionale soit contrôlée par le communautaire. C'est mon opinion personnelle à moi, là, depuis le temps que je siège à cette Régie. Il y a 25 personnes alentour de la table: il y a quatre personnes du communautaire, il y en a quatre du monde municipal, il y a des gens de l'éducation, des gens de tous les milieux. Et, même si on dit ça, je ne vois pas du tout sur quoi...

Mme Barbeau: Ce n'est pas ce que je pense là, c'est ce qu'une régie nous a dit.

M. Laliberté (Jean-Marie): Non, mais c'est ce que vous avez entendu que vous me dites là.

Mme Barbeau: Oui. D'autres régies peut-être, pas nécessairement de ma région.

M. Laliberté (Jean-Marie): Oui, peut-être. Je ne peux pas répondre pour les autres, mais c'est possible que, dans des régies plus petites, ces choses-là...

Mme Barbeau: Autrement dit, vous considérez que c'est très représentatif et bien équilibré. C'est ce que vous me dites?

M. Laliberté (Jean-Marie): Je le crois, présentement, oui. Je le crois, présentement. Je ne dis pas qu'il n'y aurait peut-être pas des rajustements pour améliorer ça; vous savez, il y a toujours une possibilité d'amélioration dans n'importe quel organisme. Et, quand vous dites que vous entendez que c'est le communautaire qui le contrôle, je ne le crois pas. Je ne le crois pas, sincèrement. C'est la démocratie qui veut ça aussi, qu'on soit formés comme on est formés présentement.

Mme Barbeau: Mais par rapport au corps médical? Parce que j'entends aussi, il y a des gens qui disent: Les régies, il y a trop de syndicat puis de communautaire là-dedans, il n'y a pas assez de médecins, ils contrôlent tout. Est-ce que c'est vrai?

M. Laliberté (Jean-Marie): À ma connaissance, il n'y a que deux membres représentants syndicaux. Une personne du collège syndical, hein? Oui, il y a une personne du collège syndical.

Une voix: Il n'y en a pas.

M. Laliberté (Jean-Marie): Non, il n'y en a pas. C'est vrai, c'est socioéconomique, même si elle est rattachée au monde syndical de par sa fonction. Et, du côté médical, il y a un poste, il y a un siège d'accordé au

président de la commission médicale, alors que, du côté syndical, il n'y en a pas.

Mme Barbeau: Mais c'est quoi, la relation — je m'excuse si j'interviens — entre le Conseil médical... Il y a quelqu'un du Conseil médical qui siège sur le C.A. Mais est-ce que le Conseil médical a aussi une autre porte d'entrée à la Régie? Autrement dit, est-ce qu'il peut influencer autrement? C'est la question directe, là.

M. Laliberté (Jean-Marie): Je vais laisser mon collègue M. Maheux continuer à vous répondre dans cette... Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Maheux.

M. Maheux (Pierre): Bonjour. Bonjour, Mme la Présidente. Le rôle des conseils d'administration de régie régionale, c'est que les régies régionales, aussi, c'est l'ensemble des services de santé et des services sociaux. On a très souvent tendance à oublier que le réseau de la santé est composé d'un réseau de services sociaux aussi. Donc, il est tout à fait normal qu'il y ait des personnes qui viennent du milieu social. On l'a souvent dit d'ailleurs dans le réseau, qu'il y a un S qui est plus gros que l'autre: celui de la santé est toujours plus gros que le social. Qu'il y ait un retour du balancier de temps en temps, ça fait partie des mouvements naturels, qu'on pourrait dire.

Ouant à la représentativité des différentes composantes sur un conseil d'administration qui sont choisies par des collèges électoraux, c'est les différents milieux, généralement, qui choisissent le représentant et qui s'organisent en conséquence. L'influence, par exemple, d'un corps comme le corps médical, je veux dire, la commission médicale régionale est présente sur le conseil d'administration puis elle est écoutée aussi par les différents partenaires parce que tous et chacun conviennent qu'ils ont des affaires à apprendre des différentes personnes qui sont autour de la table. Il n'y a personne qui a la prétention d'avoir la science infuse en tant que telle, et ca, c'est une des richesses, je dirais, des conseils d'administration actuels, c'est qu'il y a confrontation des différents points de vue, confrontation ne voulant pas dire affrontement. Il peut quand même sortir des consensus intéressants à ces niveaux-là.

Dans un deuxième temps, quand on parle, par exemple, à la page 17, de l'imputabilité des établissements vis-àvis de la Régie, c'est que, cette imputabilité-là, on l'a plus ou moins sentie. D'accord? Ça fait quand même trois ans à peu près que je siège sur le conseil d'administration de la Régie. Je me souviens des premières rencontres, puis on ne sentait pas cette imputabilité-là en tant que telle. Les établissements sont habitués de relever du ministère. C'est que leur transfert, en termes d'imputabilité, dans une régie régionale est quand même récent. Si, en plus de ça, tout ce qui s'appelle universitaire, l'ensemble de ce qui est appelé universitaire est transféré directement au ministère, c'est sûr qu'en termes d'imputabilité on se retrouve avec un réseau

qui est en partie imputable à une régie régionale, et qui est en partie imputable au ministère, et qui se doit de travailler en concertation. Ce n'est pas si évident que ça de prime abord, quand on regarde ça de même en tant que tel.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Maheux. Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Mais ce que vous me dites là par rapport à l'imputabilité des établissements, c'est que ça devrait être ça mais que ça ne se fait pas dans la vraie vie. C'est ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Maheux.

Mme Barbeau: À cause que ce n'est pas une de leurs habitudes. Ce n'est pas un réflexe.

M. Maheux (Pierre): Ça ressemble à ça pas mal.

Mme Barbeau: Mais c'est ça que c'est supposé être dans la réforme. Je ne me trompe pas, là?

M. Maheux (Pierre): Effectivement.

Mme Barbeau: Je ne suis pas à côté de la track. O.K.

M. Maheux (Pierre): M. le directeur général voudrait ajouter quelque chose.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Fontaine.

• (10 h 30) •

M. Fontaine (Michel): Bien, en fait, c'est un petit peu plus que ça. Dans le contexte où c'est vrai, ce que vous disiez, Mme Barbeau, à l'effet que c'est déjà prévu, il me semble, dans la loi, ces choses-là, actuellement, dans le contexte qu'on connaît des articles de la loi actuelle, c'est que la Régie régionale peut demander des comptes aux établissements. Et, comme c'est des conseils d'administration autonomes, à la limite, même si on prend l'exemple...

Tantôt, on parlait beaucoup de budget. Si on demande un plan d'équilibre budgétaire et que, pour toutes sortes de raisons, il ne se réalise pas, pour la Régie régionale, il n'y a pas d'autre poignée que celle-là dans la loi, de dire: Bien, expliquez-nous comment vous allez revenir à l'équilibre budgétaire, etc. Donc, c'est dans ce contexte-là que vous aviez en introduction... M. le vice-président vous disait qu'il y a d'autres leviers. Donc, on n'est pas toujours les maîtres d'oeuvre, même actuellement dans la loi, et on pourrait aller peut-être un petit peu plus loin dans ces possibilités-là éventuellement.

#### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...

M. Laliberté (Jean-Marie): Oui, Mme la Présidente. Pour renchérir, c'est que la Régie ne possède pas de levier nous permettant d'approfondir. C'est pour ça que je vous mentionnais que, dans le milieu municipal, le moindre petit règlement doit être débattu, présenté en assemblée publique, ne serait-ce que pour 2 000 \$, alors que, dans les établissements hospitaliers, on engage des millions et on n'est redevable à personne. La Régie se retrouve un peu comme devant le fait accompli.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Laliberté.

Mme Barbeau: Une dernière petite question par rapport à ça parce que, comme je vous dis, moi, je suis en réflexion, et, comme M. Maheux l'a dit, je trouve ça important que les gens du milieu soient impliqués, là. Je n'ai pas de problème avec ça. Mais c'est toujours la relation entre l'élu qui est imputable devant la population — comme moi, j'ai 55 000 électeurs — et des élus qui sont élus aussi mais par collèges électoraux, ce qui est correct aussi en soi. Mais comment on peut concilier les deux? Parce que, comme la santé, c'est politique, c'est toujours très chaud, c'est émotif, ça rend les gens insécures — on les voit dans nos bureaux, ils nous engueulent tout le temps — alors comment vous voyez — j'explore avec vous, là — la relation C.A.-régie avec les élus du palier provincial, du palier du Québec? Je vous pose la question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Laliberté.

M. Laliberté (Jean-Marie): Je vous comprends bien, Mme Barbeau. Je suis déjà un élu municipal, alors je comprends très bien ce que vous vivez. Comment je le vois? Moi, je le vois comme un organisme qui donne des services à des gens. Et, comme je le mentionnais dans mon introduction, souvent on entend parler de ce qui va mal, et ce qui va mal prend la manchette. Malheureusement, je le dis souvent, on n'a pas de journal où on relate tout ce qui va bien parce qu'il serait tellement épais qu'on n'aurait pas le temps de le lire. Alors, on s'accroche beaucoup sur ce qui va mal puis on entend parler de ce qui va mal.

Mais on a des sondages, nous, à la Régie où on découvre que 92 % des gens qui sont contents du système. ce sont des gens qui ont eu des soins, alors qu'une grosse proportion des gens qui ne sont pas satisfaits, ce sont des gens qui n'ont pas eu besoin de soins de santé. Alors, on s'aperçoit, là, que tous les gens qui ont eu besoin à quelque niveau que ce soit de services de santé sont très satisfaits. Et, quand je vais avec ma mère, moi, à l'hôpital parce que tout à coup on la trouve inconsciente, les gens ne savent pas que je suis un élu municipal, ils ne savent pas que je siège à la Régie, pas du tout, et je n'arrive pas en le disant non plus; au contraire, j'essaie de m'effacer pour que personne ne me reconnaisse. Et je peux vous assurer, Mme la Présidente, qu'on a des bons, bons, bons services. Moi, je ne reste pas sur le conseil d'administration de la Régie parce que je suis un peu masochiste, vous savez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Laliberté (Jean-Marie): La Régie, c'est un conseil où ça brasse beaucoup, vous n'êtes pas sans le savoir. Mais je me sens utile puis je sens qu'on fait un travail positif, un travail intéressant. Parce que les gens qui sont au conseil d'administration de la Régie, ce sont quand même des bénévoles, et ils croient, je pense, aux soins qu'ils veulent apporter. Mais, comme vous le mentionnez, Mme la députée, souvent on monte beaucoup en épingle, je pense, ce qui va mal, mais il y a des choses qui vont bien aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dernier commentaire, Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Vous n'avez pas à me convaincre de cela, mais je suis d'accord...

M. Laliberté (Jean-Marie): M. Fontaine aurait quelque chose à rajouter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, je pense qu'effectivement on a eu quelques expériences dans le passé. Il y a certainement des liens de communication à améliorer avec les députés. Je pense qu'il faudrait se donner une structure systématique avec l'assemblée des députés de notre région pour les informer de façon complète de toutes les décisions de notre conseil d'administration. Il y a sûrement lieu de mettre ça en place et d'améliorer cette situation-là.

Mme Barbeau: Je vous dirais là-dessus, en terminant pour ce volet-là — peut-être que je reviendrai plus tard, là, j'ai plein de questions — que je pense que c'est intéressant parce que, nous, on peut expliquer plein de choses. Mais, quand on n'est pas au courant, on voit ce qu'il y a dans les manchettes, puis on essaie de régler ça, puis on dit: Ça n'a pas d'allure. Mais on n'a pas le contexte, la décision que vous avez prise, on n'a rien. Alors, je pense qu'il va falloir faire ça, parce qu'on peut être des alliés. Des fois, on peut brasser aussi, on a le droit, on défend nos gens, des fois on n'est pas toujours d'accord avec vous, mais je pense que c'est correct, c'est légitime. Mais, effectivement, moi, je pense qu'il faut faire ça absolument.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Je reviendrai peut-être plus tard.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez quelque chose à ajouter, M. Laliberté?

M. Laliberté (Jean-Marie): Oui, Mme la Présidente. Mme la députée a tout à fait raison. J'avais des

notes d'ailleurs à cet effet-là et je suis parti sur une autre tangente. On vous distribue les rapports annuels, ce n'est peut-être pas suffisant. On vous distribue aussi les plans de consolidation. Il y a eu quatre, cinq rencontres, je pense, avec le caucus régional, n'est-ce pas, M. Fontaine, la dernière année? Moi, en tout cas, en tant qu'élu municipal, je suis très ouvert à ce qu'on vous rencontre puis qu'on regarde ensemble de quels moyens de communication on peut se doter pour vous renseigner davantage, parce que, vous avez raison, comme élu, on n'est jamais trop renseigné. On rencontre nos gens puis on nous parle de problèmes qui souvent ne relèvent même pas de nous, qui sont de nature de gouvernements supérieurs, et on n'est jamais trop renseigné. Mais on est ouvert.

Mme Barbeau: Je pense qu'il faut que ça devienne un réflexe qu'on soit considéré comme...

#### M. Laliberté (Jean-Marie): Oui, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. Laliberté. M. le député de Limoilou, je vous cède maintenant la parole.

M. Després: Merci, Mme la Présidente. Un peu pour revenir, un petit commentaire, entre parenthèses, dans le même sens que la députée de Vanier. M. Fontaine, vous avez fait une excellente suggestion. Vous savez, quand on est en politique, on essaie de suivre tous les dossiers. Malheureusement, on sait un peu de tout mais rien toujours totalement, toute l'information, et je pense que ça pourrait...

Le dossier de la santé, par les années qui courent, est probablement le dossier le plus préoccupant et sur lequel les élus sont bien souvent sollicités. Ça ne nous empêche pas de vous appeler puis d'avoir de l'information, mais, bien souvent, au moment où on veut avoir de l'information, vous êtes, vous autres mêmes, dans un état, dans une situation des fois de débordement, de crise parce que les médias sont aussi à l'affût d'avoir de l'information. Donc, je vous dirais que, si ce genre d'information était obtenu de la part des élus, ça nous permettrait, en tout cas, d'avoir une information des fois qui est peut-être plus juste et de pouvoir diffuser aussi la bonne information.

Vous savez, au fond, tout ce que vous touchez en matière de santé est important, mais il y a toujours, à un moment donné, un certain nombre de priorités. Moi, ce dont je veux vous parler, c'est le cancer, le traitement du cancer. Vous l'avez dit, M. le vice-président, tantôt dans votre discours à la page 13 — puis je ne veux pas tout reciter, juste une ligne — «cependant, malgré les efforts consentis, on ne peut passer sous silence l'augmentation des listes d'attente en radio-oncologie». Et vous rajoutez «en ophtalmologie». Moi, je veux aborder l'aspect de la radio-oncologie parce qu'on sait que c'est une question de vie, et les délais, le nombre de personnes qui attendent, c'est important.

Je regardais aussi dans le rapport financier que vous avez déposé, celui de 1998-1999, à la page 40 où on y indique qu'en 1998, au 31 mars, le nombre de listes

d'attente était de 360; au 31 mars, il est de 411. Ma première question — je sais que vous êtes très préoccupé par ça: À ce moment-ci, c'est quoi, le nombre de personnes qui sont en attente pour le traitement du cancer dans la région de Québec, et c'est quoi, le délai d'attente au moment où on se parle?

M. Laliberté (Jean-Marie): M. le député, M. Fontaine va nous donner des précisions à la fine pointe sur ça.

Le Président (M. Labbé): M. Fontaine, s'il vous plaît.

- M. Després: Et peut-être rajouter excusez, M. Fontaine le nombre de personnes dans la région de Québec qui sont traitées à l'extérieur du Québec, aux États-Unis. Ça représente quoi en pourcentage et quel est leur délai à eux pour pouvoir aller suivre un traitement?

   (10 h 40) •
- M. Fontaine (Michel): M. le Président, pour ce qui concerne les données à jour, hier, au niveau de la radio-oncologie, c'étaient 352 personnes qui étaient en attente. Les délais varient parce que, là, on a déjà expliqué dans le passé qu'il y a une série de normes qui se promènent de un à cinq au niveau des niveaux d'attente, d'urgent à moins urgent. Donc, de façon générale, les délais se situent autour de 12 semaines d'attente dans les cas qui ne sont pas urgents. Tous les cas urgents sont pris en charge dans les 24 heures, et c'est à peu près l'ordre de grandeur du délai, autant pour le cancer du sein que de la prostate, pour les deux principaux en termes de volume actuellement.

Et, pour vous faire un petit peu d'historique sur les années précédentes, malgré tout ce qu'on dit actuellement, on a fait des blitz en radio-oncologie avec ce qu'on pouvait, à l'époque, parce que, tant qu'on n'a pas de nouveaux accélérateurs linéaires, c'est difficile de pouvoir couvrir un plus grand volume de façon continue à l'année. Mais on a réussi, à certains moments de l'année dans les deux dernières années, à allonger les heures de traitement avec le personnel en place, avec du temps supplémentaire, et tout ça. Mais ça, vous le savez, à un moment donné, par cette situation-là, on peut épuiser les équipes, et, au moment où on se parle, vous avez sûrement pris connaissance de toute la démarche provinciale pour solutionner le problème de radio-oncologie. De Québec, dans ce contexte-là, on a eu une annonce de 11 000 000 \$, autant pour l'accélérateur linéaire lui-même que pour les ressources, le budget d'opération qui devraient être disponibles dans les prochains 18 mois. Donc, on devrait améliorer de façon très importante la situation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Limoilou.

M. Després: Il y a combien de personnes, depuis qu'on a commencé à pouvoir donner des traitements à l'extérieur du Québec, dans la région de Québec qui ont eu des traitements? Puis leur délai est de quoi, ces gens-là, à ce moment-là, s'ils veulent se faire traiter à l'extérieur?

M. Fontaine (Michel): Malheureusement, Mme la Présidente, je n'ai pas cette information-là, mais, d'ici à la fin de la séance, on essaiera de vous la donner. On suit ça régulièrement, mais je ne l'ai pas ici avec moi. Je ne voudrais pas vous donner un chiffre erroné. Mais, ceci étant dit, dans l'ensemble aussi, on doit vous dire que Québec, comme probablement plusieurs régions, s'est donné dans le plan de consolidation une priorité régionale de lutte contre le cancer, dans l'ensemble de tous les cancers, et c'est une priorité très importante à la Régie de Québec, probablement comme dans l'ensemble des régies de la province actuellement.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine.

M. Després: J'aimerais ça que vous m'expliquiez une chose, je vais vous dire. On ne souhaite ça à personne, mais j'aimerais ça que vous me disiez, parce que vous avez des codifications de 1 à 5, c'est quoi, un cas non urgent quand on vous dit que vous avez le cancer. Moi, je vais vous dire, si on me disait ça, que je l'ai, je ne voudrais pas avoir mon traitement dans 12 semaines ou dans 15 semaines. J'aurais l'impression que je suis devenu le cas très urgent, en ce qui me concerne. Probablement la même chose pour vous. C'est quoi, quand vous me dites ça, un cas non urgent? J'aimerais ça me faire expliquer ça.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, c'est relié aux experts, les médecins eux-mêmes qui ont catégorisé les niveaux d'attente. On parle des niveaux 1, 2, 3. Et vous avez, aux pages 30 et suivantes dans notre Suivi des résultats du plan de transformation, ce genre d'explications là. Et ce que je pourrais vous dire, c'est que, tout comme le député de Limoilou, c'est sûr que, si on m'informait d'un diagnostic de cancer aujourd'hui, comme tout le monde, probablement que je voudrais passer les traitements demain. Mais c'est la base scientifique, c'est ce qu'on appelle les délais scientifiquement acceptables ou de nature cliniquement acceptable. Vous entendez souvent ce terme-là qui n'est pas établi par les régies régionales ni par le ministère mais par les experts de chacun des diagnostics concernés.

Si on parle du cancer du sein, il y a une série d'experts qui ont été mis à contribution pour dire: Dans telle situation, à un niveau 1, le traitement peut commencer dans trois semaines. À un niveau 2, c'est... etc. On a ça, cette explication-là. Et un niveau jugé entre guillemets urgent... Parce que, comme vous dites, ça ne fait pas beaucoup de sens de parler d'urgence ou de non-urgence, c'est plutôt des niveaux d'accès au traitement immédiat ou un peu plus éloigné. Si le patient est

catégorisé du niveau 3 ou 4 — je n'ai pas le détail — il passe, à ce moment-là, immédiatement.

- M. Després: Vous parliez de délai tout à l'heure de 12 semaines, mais, dans le cas de la prostate, je pense que c'est un peu plus élevé que ça. C'est probablement une moyenne que vous m'avez donnée, naturellement, là, entre le minimum puis le maximum.
- M. Fontaine (Michel): Ça varie de huit à 16 semaines.
  - M. Després: Ca varie de huit à 16 semaines?
  - M. Fontaine (Michel): C'est ça.
- M. Després: Les médecins font une codification de 1 à 5, vous me dites. Pour eux, c'est quoi, le délai? Parce qu'il doit y avoir un délai maximum, peu importe. Moi, j'ai toujours lu ou entendu que huit semaines était probablement le maximum qu'on devait atteindre, peu importe le type de cancer. Donc, c'est quoi, le maximum?
  - M. Fontaine (Michel): C'est effectivement huit.
  - M. Després: Est-ce que c'est bien ça?
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, c'est effectivement huit semaines.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Huit semaines.
- M. Després: Donc, quand on est dans les délais de 12 à 16 semaines, on est encore beaucoup trop élevé.
  - M. Fontaine (Michel): On est hors délai.
- M. Després: On est hors délai et ça a des risques pour les gens.
- M. Fontaine (Michel): Oui. Si vous voyez vos documents, à la page 30, on a un bel exemple, l'histogramme qui est là. On voit que, à la priorité 1, il y a zéro patient. Je suis dans le Suivi des résultats de la transformation. On voit, dans les graphiques qui sont là, celui de droite, que, si vous voyez la priorité 1, il n'y a aucun client. Donc, ça, c'est ce qu'on vous disait. Dès que c'est une priorité 1, le patient est pris en charge immédiatement. La priorité 2, c'est une semaine, deux à trois jours. L'autre, c'est quelques semaines, etc. À un moment donné, on tire la ligne et, effectivement, en haut de huit semaines, on est en difficulté, à ce moment-là.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Després: Pour revenir à un autre type de problème ce matin, j'ai vu dans le journal — vous l'avez

vu, vous aussi — Grève des technologues à l'Hôtel-Dieu. Donc, comme on dit, on n'a pas assez de manquer de technologues sans qu'il y ait d'équipement, on réussit à avoir une grève. Donc, on me dit, là... En tout cas, pas on me dit, l'article dit qu'à partir d'aujourd'hui jusqu'à jeudi il n'y aura aucun nouveau patient. Il y en avait 25 de cédulés. Donc, ces gens-là vont être encore pris... Vous faites quoi avec ces 25 patients là qui devaient commencer à avoir des traitements ce matin?

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.
- M. Fontaine (Michel): Écoutez, on a l'information, nous aussi, ce matin, là. Les équipes actuellement à la Régie prennent l'état de la situation à savoir si effectivement ces 25 clients étaient dans le «range» possible d'attente ou pas, et, à partir de ce moment-là, on va apporter les actions qu'on pourrait faire dans les circonstances. Mais on est un petit peu en difficulté, là aussi, parce que ces gens-là, les technologues en question, sont actuellement en loi, ils respectent le 90 % de ressources à maintenir au niveau des services essentiels, etc. Donc, il faudra faire toutes les démarches nécessaires dans ces circonstances-là. On n'aura pas d'autre choix que de suivre la loi, nous aussi.
- M. Després: En ce qui concerne les équipements, vous en avez parlé tout à l'heure, des accélérateurs. Dans le dernier communiqué qui a été émis en date du 1er mars, où la ministre est venue faire une annonce pour les urgences en région, on parlait de deux accélérateurs. Il n'y en a pas un qui avait été... Il me semble que la ministre avait déjà parlé d'un accélérateur l'automne passé. Est-ce qu'on en a ajouté un autre, c'est-à-dire celui de l'automne puis celui-là? Ça en fait deux ou s'il y en avait un à l'automne puis il y en a deux autres là? Je veux juste éclaircir la situation.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.
- M. Fontaine (Michel): Bien, actuellement, on parle de deux. Je ne peux pas vous dire s'il y a eu une série d'annonces. Nous autres, l'annonce officielle, c'est l'annonce des sous, que les sous deviennent disponibles, et c'est celle-là dont on tient compte, là. Donc, les gens partent en appel d'offres pour cette démarche-là. Ça ne s'additionne pas, là.
- M. Després: O.K. Donc, il y en a deux, et ça, c'est pour la région de Québec.
  - M. Fontaine (Michel): C'est ça.
- M. Després: Maintenant, c'est quoi, le délai, le processus, là? Vous êtes déjà en appel d'offres.
  - M. Fontaine (Michel): Dix-huit mois.

- M. Després: Dans 18 mois, on va être en opération.
- M. Fontaine (Michel): Toutes choses étant égales par ailleurs je ne peux pas contrôler les contracteurs et tout avec le PERT qu'on a actuellement, c'est la réponse que je peux vous donner.
- M. Després: Et, selon les données que vous avez, avec ces nouveaux équipements là que vous allez avoir, on va avoir le personnel pour pouvoir les opérer, une fois qu'on va avoir ces équipements-là?
- M. Fontaine (Michel): Actuellement, on est en démarche pour essayer d'avoir des technologues français parce qu'on a réussi à augmenter le nombre d'entrées pour ces catégories d'emplois là. Mais, comme le cours est de trois ans, il faut arriver à quelque part entre les deux puis importer quelques ressources humaines de cette catégorie-
- M. Després: Ça prendrait combien de technologues de plus? Avec les équipements que vous allez avoir, pour opérer, ça va prendre combien de technologues de plus?
- M. Fontaine (Michel): Sur l'ensemble des services, parce que les heures s'additionnent, là, à ma connaissance, c'est une vingtaine de technologues de plus.
- M. Després: Il y en a combien à l'heure actuelle? Je n'ai aucune idée.
  - M. Fontaine (Michel): Je ne le sais pas.
- M. Després: O.K. Mais ça en prend une vingtaine de plus?
- M. Fontaine (Michel): On peut essayer de vous donner la réponse, mais je n'ai pas ces indications-là.
  - M. Després: O.K. Non, c'était plus de...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, ça complète, M. le député de Limoilou? Oui, M. Fontaine.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, on m'informe qu'on essaie d'avoir un processus accéléré pour la radio-oncologie qui pourrait nous amener plus à 12, 15 mois que 18 mois.
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.
  - M. Després: Dernière question, Mme la Présidente.
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.
- M. Després: Je pense qu'elle est importante. Ça pourrait ramener les délais? Est-ce que les deux

- accélérateurs vont pouvoir ramener, avec le nombre de gens qui sont toujours en attente, un délai qui ferait qu'au niveau médical... On dit toujours qu'il faut être traité au maximum en dedans de huit semaines. Est-ce que ça va ramener ce délai-là?
- M. Fontaine (Michel): C'est le cas, Mme la Présidente. C'est ce dont les spécialistes nous ont informés, et avec une prévision même jusqu'en 2006.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. M. le député de Vaudreuil, est-ce que c'est en complément?
- M. Marcoux: Strictement une question uniquement sur les accélérateurs linéaires, si vous le permettez. Ça n'a rien à voir avec autre chose. Au mois de mai dernier, la ministre de la Santé a annoncé l'achat de quatre accélérateurs linéaires, trois à Montréal, un à Québec, si ma mémoire est bonne. Celui de Québec, il devait aller où?
  - M. Fontaine (Michel): À L'Hôtel-Dieu.
- M. Marcoux: Oui? Et donc celui-là, il n'a pas été commandé, il n'y a aucun processus qui a été mis en branle pour l'acquérir. On vient le réannoncer le 1er mars 1999. C'est ça que je comprends?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.
- (10 h 50) •
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, l'information que nous avons eue pourquoi le processus n'était pas déjà en fonction ou en marche, c'est qu'à L'Hôtel-Dieu de Québec ils ont présenté un plan fonctionnel et technique de rénovation complète du secteur pour recevoir cet accélérateur linéaire qui, au tout début, devait entrer dans une salle déjà disponible. Suite à la démarche pour l'achat d'un accélérateur encore plus moderne, nous diton, il y a lieu d'amener des rénovations importantes. C'est une situation où on n'a pas un contrôle absolu. Même si on donne les O.K., il y a un conseil d'administration autonome dans le CHUQ et les démarches ont été faites par le conseil.
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.
- M. Marcoux: Est-ce que je crois comprendre, donc, que, si ça n'a pas été acquis, c'est la faute du conseil d'administration?
- M. Fontaine (Michel): Je ne mets de faute à personne, je vous dis la situation de laquelle nous avons été informés. Nous, nous avons donné les O.K., Mme la ministre aussi. À ce moment-là, on demande d'aller le plus rapidement possible. Nous, où nous pouvons être aidants dans cette situation-là, c'est ce que je viens de vous mentionner, on essaie d'avoir un processus accéléré, ce

qu'ils appellent en langage commun un «fast track». Comme c'est très important parce que c'est des patients qui sont atteints de cancer, il semble qu'on l'aura.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. Alors, je cède la parole au député de Masson.

M. Labbé: Alors, merci, Mme la Présidente. Je vais essayer de poser une question à un volet. Ce serait bien, m'en tenir à ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: Alors, c'est en fait par rapport aux priorités. Je pense que ça va vous permettre de vous détendre un petit peu aussi à ce niveau-là. Les priorités, vous en avez eu quelques-unes et qui sont importantes au niveau de la Régie pour Québec et sa région, mais aussi la ministre vous avait donné des grandes orientations. Dans votre document de présentation — qui est très bien fait, en passant, vous avez répondu à plusieurs de mes questions — vous avez parlé que vous aviez réalisé plusieurs choses en conformité avec les grandes orientations gouvernementales. Moi, je vous rappellerais les quatre dernières orientations de la ministre comme telles, qui étaient les listes d'attente, la protection de la jeunesse, les urgences et le service à domicile.

Dans le document, vous avez répondu à deux de mes grandes questions sur deux des priorités. Je vous demanderais peut-être d'élaborer sur deux autres priorités qui sont, à mon point de vue, la protection de la jeunesse, voir un petit peu où on en est rendu à ce niveau-là, au niveau des actions qui ont été posées, où est-ce qu'on s'en va avec ça, c'est quoi, les priorités dans ce domaine-là, et le service à domicile comme tel, voir un petit peu avec vous. Pour le reste, c'est très bien étoffé dans vos documents, mais il y a peut-être ces deux éléments-là où je voudrais qu'on aille un petit peu loin, si vous me permettez.

M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, je pense que, pour des précisions additionnelles, M. le directeur général, M. Fontaine, va...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, est-ce que vous me permettez de donner une des réponses qui étaient en suspens tout à l'heure avant?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va.

M. Fontaine (Michel): On parlait du déficit 1997-1998.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Par contre, écoutez, je vois que le député de Vaudreuil a dû s'absenter pour quelques minutes, peut-être qu'on pourrait y revenir tout à l'heure.

M. Fontaine (Michel): D'accord. Mme la Présidente, si vous me permettez, je demanderais à M. Paquet, qui est notre directeur de l'organisation des services, d'amener des précisions à l'égard des jeunes et du maintien à domicile.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Alors, merci, Mme la Présidente. En ce qui concerne les services à la jeunesse, il y avait deux grands volets dans les orientations ministérielles qu'il nous était demandé impérativement de réaliser. Dans un premier temps, c'était de s'assurer que la liste d'attente en évaluation de la protection de la jeunesse est une chose que l'on met derrière nous et qu'on oublie parce qu'on est capables de desservir les enfants dans les délais cliniquement prévus et cliniquement de qualité. Cet objectif-là, à Québec, il est maintenant atteint. Aujourd'hui, il y a 34 enfants qui sont en processus d'évaluation. La capacité par semaine pour l'évaluation à Québec est de 36, donc on est à l'intérieur de ce délai-là, et il faut rendre hommage aux gens du centre jeunesse qui en ont fait une priorité avec l'ensemble de leur personnel pour se rendre jusqu'à cet objectif-là qui est maintenant atteint.

Le deuxième objectif, c'est d'avoir des équipes intégrées sur les territoires de CLSC de la région. On s'était engagé, comme régie régionale, à faire en sorte que ces équipes s'implantent sur trois des territoires de la région. À partir des discussions qu'on a eues autant avec les CLSC qu'avec le centre jeunesse, les gens ont préféré dès maintenant prendre l'engagement d'implanter des équipes intégrées sur tous les territoires de la région en faisant en sorte que ça devienne un projet collectif et un projet que les gens des CLSC et des centres jeunesse suivent avec nous dans le cadre d'un mécanisme de suivi qu'on s'est donné pour être bien certains que l'intégration des services au bénéfice des jeunes se réalise sur chaque territoire. Alors, dans ce volet-là, c'est les deux grandes priorités sur lesquelles on a travaillé dans les derniers mois.

En ce qui concerne le maintien à domicile, la situation est un petit peu différente, et on souffre d'une insuffisance chronique de données à jour pour être capables d'en parler avec autant de fermeté et de certitude. Vous savez que nos systèmes d'information pour tout ce qui n'est pas service hospitalier sont moins bien développés, et on travaille avec une plus grande marge d'erreur dans les données qu'on vous donne. Cependant, deux choses sont à retenir: d'une part, dans le maintien à domicile, les travaux qui ont été faits sur l'évaluation du Programme de maintien à domicile nous ont appris que, dans la première phase d'intensification 1995-1998, on a assisté à une augmentation importante du nombre de personnes desservies en maintien à domicile. Dans la

deuxième phase 1998-2000, c'est beaucoup plus une augmentation du nombre d'interventions pour chacune des personnes desservies. Donc, on voit que le maintien à domicile maintenant rejoint une clientèle qui a des besoins beaucoup plus lourds que ce qui était le cas antérieurement, et c'est par ce biais-là que l'intensité du service se manifeste maintenant dans la région de Québec.

Ce qu'on fait à l'heure actuelle et ce qu'on veut faire sur chacun des territoires, c'est de se rendre jusqu'à une planification intégrée pour l'ensemble des services aux personnes âgées mettant en relation les services d'hébergement, les structures intermédiaires, les structures de type familial et le maintien à domicile dans un effort commun pour bien desservir les gens à partir du choix qu'ils font de rester chez eux en bénéficiant des services ou de pouvoir compter sur des milieux d'hébergement qui ont des niveaux de services requis pour leur état. Alors, c'est autour de ça qu'on travaille.

Et le dernier volet qu'on peut vous dire et qui est une des données qui nous viennent de l'évaluation qui a été faite du Programme de maintien à domicile en ce qui concerne les gens qui reçoivent des services en postopératoire, donc sur le volet plus court terme, toutes les données qu'on a à cet égard sont à l'effet que les mécanismes actuels de liaison entre les milieux hospitaliers et les CLSC sont très adéquatement développés et fonctionnent à un niveau qui est acceptable, autant pour les intervenants que pour la clientèle. Donc, il suffit de s'assurer qu'on fait une bonne mise à jour des compétences et de l'expertise requises — parce que ça se spécialise de plus en plus — et, si on maintient ce rythme-là, on peut être assurés que ce volet-là va continuer à être sous contrôle dans la région de Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Paquet. Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci, Mme la Présidente, et merci pour votre présentation aujourd'hui. Je voudrais vous questionner sur la question des services préhospitaliers d'urgence au Québec, particulièrement dans votre territoire. J'ai une question mais quelques volets.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Pas trop long?

M. Williams: Non, non. C'est tout dans le même sujet. Et je pense que l'approche de mon collègue est assez efficace, on est mieux de peut-être vous donner les questions sur tous les mêmes sujets et de vous donner une chance de répondre. Un, si je cite bien le rapport du Vérificateur général déposé en décembre 1998, en général, et pas juste dans votre territoire, il a dit que le gouvernement n'est absolument pas en mesure de savoir si les services qu'il offre aux Québécois en matière de services préhospitaliers d'urgence sont ceux qu'ils souhaitent. Ce n'est pas juste dans Québec, c'est partout dans la province. Chez vous, il y a juste 46,8 % des appels en moins de 8 minutes. Selon le document que vous

avez déposé ce matin, ça a augmenté à 51,8 % en 1999, si j'ai bel et bien compris. J'essaie de lire tous les documents déposés vite, là, parce que, malheureusement, je n'ai pas la chance de lire tout. Le premier volet de la question, ça va être: Qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour améliorer le temps de réponse?

Deuxième question sur un autre document déposé aujourd'hui, c'est toute la question des plaintes. J'ai lu qu'ils en ont eu 42 qui touchent 60 objets de plaintes, pas toutes aux services préhospitaliers, mais ils ont parlé des plaintes cibles délais, cibles aussi du non-usage des civières par les techniciens ambulanciers, ils ont parlé d'attitude, etc. Je voudrais mieux comprendre. Qu'est-ce que vous êtes en train de faire sur ces questions-là des plaintes particulièrement?

Troisième question. Dans le document *Plan de consolidation des services*, vous avez comme objectif: combler les déficits des services préhospitaliers d'urgence de l'exercice financier 1998-1999, avec des coûts de 1 500 000 \$. Je voudrais savoir c'est quoi, le déficit sur les services préhospitaliers d'urgence. Je voudrais savoir le déficit maintenant.

#### • (11.heures) •

Quatrième, et c'est une chance. Un peu comme la députée de Vanier a déjà mentionné, je sais qu'il y a un comité provincial qui étudie cette question. C'est votre chance, la région de Québec, de passer des messages officiellement, comment on peut améliorer le système. Dans votre document, et je cite, «les entreprises ambulancières n'ont pas les ressources financières pour répondre dans les délais raisonnables aux besoins». Vous avez parlé aussi de hausser le budget de certaines entreprises ambulancières afin de pouvoir ajouter des équipes de travail additionnelles, etc. Depuis la semaine passée, au moins dans mon comté, nous avons parlé beaucoup d'argent disponible dans le réseau de la santé, beaucoup de questions ont été soulevées, et pas juste sur les services préhospitaliers, mais ils ont dit: S'il y a de l'argent disponible, voilà la façon dont on peut l'utiliser. Je voudrais mieux comprendre: De quelle hausse de budget, de quelles ressources nécessaires chez vous, pas provincialement mais chez vous, vous avez besoin pour mieux répondre à la population québécoise?

Et dernière question. Je trouve que le Suivi des résultats dans la transformation des services, le document déposé en janvier 2000, est un excellent document, mais je voudrais mieux comprendre pourquoi les services préhospitaliers ne sont pas inclus dans cette stratégie de suivi des résultats, parce que, au moins, c'est une des choses qu'on peut chiffrer, on peut voir s'il y a une amélioration ou non. Voilà ma petite question sur les services préhospitaliers, et je vous laisse la chance de répondre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Peut-être qu'avant de répondre aux questions du député de Nelligan je permettrais à M. Fontaine de répondre à la question du député de Vaudreuil qu'il avait tout à l'heure concernant le budget.

M. Fontaine (Michel): Oui, Mme la Présidente. Alors, à la question: Quel était le déficit au 31 mars 1997-1998? il était de 42 000 719 \$, et vous pouvez trouver ça au document qui avait été déposé antérieurement à la commission, qui s'appelait Grille d'analyse pour l'étude des rapports annuels, à la page 39.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Oui, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Pour bien comprendre, là, ce qui veut dire que le déficit total accumulé à la fin de l'année 1998-1999 serait de l'ordre de 110 000 000 \$, je pense. C'est 42 000 000 \$ plus les 68 000 000 \$ de l'année 1998-1999. Est-ce que je suis correct en faisant cette interprétation-là?

#### M. Fontaine (Michel): Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine. En réponse aux questions posées par le député de Nelligan, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Alors, Mme la Présidente, d'abord, peut-être répondre au fait que, vous avez raison, M. le député, on devrait faire un suivi aussi intensif des services préhospitaliers. Mais ce document, de façon plus précise, c'est une commande, dans le fond, qu'on avait placée avec des indicateurs spécifiques de toutes les mesures que nous avions mises en place en 1995 pour pouvoir les évaluer au bout de la chaîne en 1998. Et, comme il n'y avait pas de mesures spécifiques aux préhospitaliers, ils ne font pas partie de cela. Mais il ne faut pas dire pour autant qu'on n'en fait pas le suivi. On va vous donner quelques indications à cet égard-là. Ca, c'étaient des indicateurs spécifiques qu'on voulait revoir à la fin de notre plan de transformation 1998 à l'effet: Est-ce qu'on avait bien fait les choses? Est-ce que ça a donné des plus-values à la population, etc.?

M. Williams: Mais c'est dommage que les services préhospitaliers n'aient pas été inclus à cette époque.

M. Fontaine (Michel): Ils n'avaient pas été ciblés, malheureusement, mais on a d'autres suivis, quand même, que ce document-là. Pour ce qui est du déficit du préhospitalier, je vais laisser M. Paquet faire des suivis plus spécifiques. Pour quelques autres questions plus globales au niveau du déficit, on parlait de l'ordre de 450 000 \$, mais, du même souffle, nous avions, à l'aide de réallocations budgétaires, alloué 500 000 \$ en préhospitalier d'urgence l'an passé — je ne sais pas si on l'a mis en détail dans le plan de consolidation — ce qui devrait nous permettre cette année d'arriver tout près de l'équilibre budgétaire.

Quand vous parlez d'amélioration de services, dans la région de Québec, et je ne voudrais pas non plus exagérer, mais je pense qu'on est la région la plus avancée actuellement dans la démarche d'implantation des premiers répondants. À cet égard-là, c'est sûr que vous parlez de financement. C'est un peu difficile parce que, au début, on avait des ententes avec les villes, et de plus en plus les villes veulent que ça s'accompagne de financement. C'est difficile pour elles de prendre la relève de la santé dans cette démarche-là avec l'équipe des pompiers. Mais, ceci étant dit, on a déjà trois, quatre municipalités dont les premiers répondants sont implantés et on travaille fort à cet égard-là, et certainement que ça peut améliorer, là aussi, le temps-réponse, entre autres. C'est une démarche importante.

L'autre situation qui pourrait améliorer encore la situation en préhospitalier, c'est se repositionner au niveau des zones, de ne pas être en silo par zones parce que ça, à l'occasion, ça crée un petit peu des guerres entre transporteurs ambulanciers et que c'est très limitatif de ne pas pouvoir être intégré au niveau de l'ensemble des zones. Pour le reste, de toute façon, c'est des choses que nous avons, nos représentants, au comité Dicaire actuellement, et c'est des choses qui seront sûrement adressées à ce comité. M. Paquet peut compléter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Alors, Mme la Présidente, quelques informations additionnelles. Évidemment, dans le service préhospitalier d'urgence, on poursuit les mêmes objectifs que l'ensemble de la province — je ne les reprendrai pas — temps-réponse de huit minutes dans les zones urbaines autant que possible pour toute la région de Québec, si c'était possible. Alors, c'est vraiment le focus sur lequel on travaille. Le temps-réponse, c'est ça qui fait la différence souvent entre la vie et la mort d'une personne à son premier contact dans le système de santé.

Les premiers répondants. Il y a des ententes de signées dans trois municipalités et avec un certain nombre de grandes entreprises de la région de Québec, notamment la base militaire, l'aluminerie Lauralco. C'est des milieux à risque, c'est des milieux avec lesquels les premiers répondants sont implantés, sont formés et sont actifs. Il y a deux semaines, on inaugurait à Saint-Gabriel-de-Valcartier le service des premiers répondants qui est maintenant couvert sur une base permanente. On travaille avec le territoire de Portneuf, le territoire de Charlevoix et le territoire de l'île d'Orléans pour conclure dans la prochaine année sur ces territoires-là, qui sont un peu plus à grande distance, des services de premiers répondants. Comme le disait M. Fontaine, l'enjeu de la prochaine année, c'est de rejoindre les grandes municipalités et de les associer à cet exercice, de faire en sorte qu'on implante ensemble les premiers répondants sur tout le territoire de la région de Québec. On a besoin d'elles. On ne peut pas faire ça tout seul. On a besoin des municipalités pour arriver à atteindre cet objectif-là.

Maintenant, qu'est-ce qu'on fait pour assurer le financement, l'amélioration des services et le développement? D'une part, il y a des travaux qui sont en cours sur la révision du système. Hier, on était au

ministère de la Santé et des Services sociaux pour débattre, avec les responsables du programme, d'une amélioration de services pour la région de Québec de l'ordre de 500 000 \$ justement pour rehausser les équipes et pour améliorer le temps-réponse. Alors, c'est la phase I de ce que vous retrouvez dans le plan de consolidation qui vise à bonifier de 1 500 000 \$ les services préhospitaliers d'urgence. La première étape, c'est celle qu'on a franchie hier, et il serait présomptueux de notre part de donner la réponse à la place de nos collègues du ministère. On les laissera vous annoncer la bonne nouvelle.

Troisièmement, il faut se rappeler que la région de Québec est une région privilégiée, étant donné qu'elle bénéficie d'une centrale de coordination. Ça, c'est un élément majeur, c'est un élément qui nous aide dans l'amélioration. Pour la question des zones, on suit de très près l'expérience qui s'est déroulée dans la dernière année au Saguenay—Lac-Saint-Jean parce qu'ils ont mis en place une façon de faire en sorte qu'on ait des règles de couverture interzones, intercompagnies privées sur ces territoires-là qui font en sorte que le temps-réponse est meilleur à l'intérieur des moyens dont on dispose. Sans ajouter de ressources, on peut, en ayant des protocoles de couverture interterritoires, garantir une meilleure accessibilité. Alors, je pense, Mme la Présidente, avoir fait le tour des autres questions.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Paquet. M. le député de Nelligan, en complémentaire.
- M. Williams: Oui, une clarification, Mme la Présidente, pour bien comprendre. Pour répondre à votre objectif de hausser le budget de certaines entreprises pour répondre aux besoins de la population, vous avez besoin, la région de Québec, de 1 500 000 \$ de plus, récurrents. C'est ça? La demande de votre Régie régionale, c'est de 500 000 \$, pas plus?
- M. Paquet (Roger): C'est 1 500 000 \$ dont 1 000 000 \$ est récurrent et 500 000 \$ est non récurrent. Il s'agit là davantage d'équipement.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Paquet.
- M. Williams: Merci beaucoup. Juste un petit commentaire sur...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dernier commentaire, M. le député de Nelligan.
- M. Williams: Oui. C'est assez intéressant de voir l'implication des municipalités dans les premiers répondants. Nous avons ça chez nous aussi, dans mon comté. Mais il me semble que, effectivement, c'est un peu injuste de demander aux municipalités, après tout le pelletage de responsabilités dans les autres dossiers, de payer pour la santé. Avec ça, il me semble qu'on doit encourager beaucoup plus la participation des municipalités

dans les premiers répondants. Mais je pense que ce n'est pas le temps de demander que nos taxes municipales paient à 100 % pour ca.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'était un commentaire. M. Paquet, vous voulez ajouter quelque chose?
- (11 h 10) •
- M. Paquet (Roger): Mme la Présidente, sans entrer dans les détails et tous les enjeux que ça peut soulever, je voudrais vous dire que la facon dont on s'est adressés à cette question-là dans la région de Québec est la suivante: on offre de s'associer à la municipalité pour dispenser la formation aux citoyens de la municipalité qui désirent devenir premiers répondants et qui sont essentiellement des bénévoles qui se mettent au service de leur communauté. deuxièmement, on leur assure le maintien de cette formation-là et le suivi par un conseiller médical qui les supporte sur une base régulière, troisièmement, on assure de leur fournir l'équipement, notamment les défibrillateurs qui sont essentiels à l'exercice de leur mandat de premiers répondants, de telle sorte que l'association qui se fait, c'est d'une part une régie qui met à contribution son expertise et ses moyens techniques et qui associe la municipalité avec les compétences et les ressources humaines qu'elle a sur son territoire pour qu'un service se développe en partenariat.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Paquet. M. le député de Nelligan, dernier commentaire.
- M. Williams: Non, c'est une demande de dépôt. J'ai juste besoin d'un oui ou d'un non. Plus tard, est-ce que vous pouvez déposer votre plan pour les premiers répondants? Je trouve ça intéressant. Pas aujourd'hui, là. Pour les membres qui le veulent. Et aussi, si vous avez des recommandations pour le comité Dicaire, qui passe juste maintenant tout en privé il n'y a pas de consultation publique si la Régie présente ses propres recommandations, je voudrais que vous déposiez ça aussi à la commission parlementaire plus tard. Merci.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Nelligan. La parole est maintenant au député de Johnson.
  - M. Williams: Ils ont accepté de déposer...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Est-ce que vous avez accepté? J'ai compris qu'il y avait une acceptation.

Des voix: Oui.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Parfait.
  - M. Williams: Merci.

M. Boucher: Merci, Mme la Présidente. J'ai compris que, pour poser plusieurs questions, il fallait avoir une question à plusieurs volets.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Boucher: J'espère que les volets sont le spécifique du général. Enfin, je vous laisse le soin de l'arbitrer. Moi, j'ai des questions plutôt d'ordre philosophique.

Une voix: Ca va monter le débat un peu.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Boucher: Je ne m'attarderai pas aux chiffres, l'opposition le fait très bien. J'ai une question. Puisque j'ai été dans le réseau plusieurs années et que j'ai travaillé justement au virage ambulatoire, je voudrais vous poser une question très claire et très franche: Est-ce que vous pensez qu'on a réussi le virage ambulatoire puis est-ce que vous pensez qu'actuellement, par les gestes qu'on pose, nous allons consolider ce virage-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine ou M. Laliberté?

M. Fontaine (Michel): Je vais laisser la parole à M. Maheux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Alors, M. Maheux.

M. Maheux (Pierre): C'est une grande question. Est-ce qu'on a réussi? Il ne faut pas oublier que, quand on a mis sur pied le virage ambulatoire au niveau gouvernemental et en même temps une assez grosse opération de compressions budgétaires, il y a deux opérations qui ont été faites en même temps. Ça, c'est toujours dissocié, les deux opérations. Le virage ambulatoire, au départ, ses intentions, c'était de rapprocher les citoyens des centres de décision, de rapprocher les services des citoyens. Il y a quand même un certain travail qui a été fait à ce niveau-là. En même temps, c'était de décentraliser des services.

Je vous dirais là-dessus qu'il y a encore des choses à faire, mais qu'il y a une partie du travail qui a été faite quand même. Puis, pour le réussir, le virage ambulatoire, il faudrait peut-être le continuer aussi, puis, s'il reste encore des choses à faire en termes de décentralisation, de rapprocher les services des citoyens, etc. Et la décentralisation des services doit aller de pair aussi avec une décentralisation administrative en même temps. On ne peut pas décentraliser des services tout en centralisant l'administratif. Moi, je vous dirais que le virage ambulatoire peut réussir, mais il reste encore du travail à faire. Il y a quand même des choses qui ont été faites, qui vous ont été présentées. Je ne sais pas si ça répond à votre question, Mme la Présidente.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Merci, M. Maheux, M. le député de Johnson.
- M. Boucher: Oui. Vous avez parlé de décentralisation; c'est un mot très spécifique. J'imagine que cela ne correspond pas à régionalisation dans votre tête. C'est vraiment de décentralisation que vous parlez?
- M. Maheux (Pierre): La régionalisation, très souvent, est vue comme étant de pair avec la décentralisation. Quand on régionalise des institutions, généralement, on les décentralise.

M. Boucher: Parce que décentraliser, ça veut dire confier l'exclusivité des pouvoirs. Ce n'est pas ce vers quoi on s'en va, là.

Moi, j'entends beaucoup parler actuellement des budgets qu'on doit mettre dans les hôpitaux. La priorité, c'est les urgences, et les urgences dans les hôpitaux, etc. puis ca m'achale un peu parce qu'il me semble qu'on avait tout fait ça pour permettre aux citoyens d'avoir un accès léger et facile à des services. Et puis ce que j'entends dire, c'est... Et puis c'est sûr que c'est politique, hein? Tout est politique, on le sait très bien. Mais je ne sais pas si vous le vovez comme ca, vous aussi. On ne parle, en tout cas les journaux ne parlent et les médias ne parlent que des problèmes dans les urgences et puis que des argents qu'on doit mettre dans les urgences. On ne parle pas des CLSC notamment qui devaient être la porte d'entrée du réseau, qui ne le sont pas, et on ne parle pas des ressources d'Info-Santé. Le centre jeunesse chez nous dans ma région, les gens me disajent récemment qu'il demeure la porte d'entrée des problèmes des jeunes. Mais ça, à mon avis, c'est parce que les CLSC n'ont pas assez de ressources. Alors, j'aimerais ça que vous me fassiez des commentaires sur ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Maheux.

M. Maheux (Pierre): Bon, on va essayer du mieux qu'on peut. Écoutez, au niveau des budgets, par exemple, des services qui sont offerts, la porte d'entrée des CLSC, ça a effectivement été amené. Effectivement, les CLSC ne sont pas encore actuellement la porte d'entrée du réseau. Il y a des problèmes d'équipes médicales dans un certain nombre de CLSC, etc. Il y a encore des urgences. C'est sûr qu'on entend souvent parler des urgences hospitalières, mais c'est un classique. Je vous dirais qu'on entend parler des urgences hospitalières depuis qu'elles existent à peu près et je pense qu'on va continuer d'en entendre parler jusqu'à la fin de leur existence ou jusqu'à la fin de nos jours qui risquent d'être plus courts que leur durée à elles.

Il y a aussi un problème d'allocation de ressources, effectivement. Comme on l'expliquait tantôt, il y a quand même deux opérations qui se sont faites en même temps dans le réseau de la santé. Il y a un virage ambulatoire qui s'est fait et il y a des compressions budgétaires qui se sont faites aussi. Ça a affecté. Même s'il y a un transfert de

ressources du milieu hospitalier vers les ressources de première ligne, que ce soient les centres jeunesse, les CLSC ou les organismes communautaires, ça a quand même créé une très forte pression sur l'ensemble du réseau. Qu'il soit du milieu communautaire, que ce soit le réseau social des citoyens, que ce soit le réseau institutionnel au niveau des CLSC et du CPEJ, etc., ça crée quand même une très forte demande, une très forte pression.

Il y a eu deux opérations majeures auxquelles l'ensemble de ces réseaux-là ont dû faire face, ce qui n'est pas si évident que ça en tant que tel. C'est normal. Écoutez, si on regarde l'ensemble de ce qui a été demandé au réseau de la santé et des services sociaux en termes financiers, en termes d'accroissement de la tâche, en termes de besoins auxquels répondre, moi, je trouve jusqu'à date que, pour l'ensemble du réseau, en impliquant tous les acteurs, on s'en est relativement bien tirés, parce que j'ai oublié de mentionner les départs massifs à la retraite aussi qui ont affecté, veux veux pas, en termes d'expertise, l'ensemble du réseau aussi.

Ça fait que, si vous ramenez tous ces éléments-là, je vous dirais que, grosso modo, face à tout ça, le réseau, en incluant bien entendu le milieu naturel, les organismes communautaires, les réseaux sociaux, il s'en est bien tiré. Ça aurait pu aller plus mal, disons. Mais, jusqu'à date, considérant l'ampleur de l'opération à laquelle tout ce monde-là a dû faire face, je dis: Je pense qu'on s'en est relativement bien tirés comme opération. Je ne vous dis pas que tout va bien.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Johnson.
- M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, si vous permettez...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Laliberté.
- M. Laliberté (Jean-Marie): ...M. Fontaine aurait un complément à ce volet-là.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Monsieur.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, juste en complément concernant le virage ambulatoire. Je pense qu'on peut affirmer de façon assez catégorique que, oui, on a réussi le virage ambulatoire, avec certaines erreurs de parcours et qu'il nous reste maintenant à corriger dans le plan de consolidation que vous avez par-devers vous ce matin. C'est un guide où les plans d'action sont présents pour consolider définitivement le virage ambulatoire. Donc, dans ce contexte-là, je voulais juste compléter la réponse.

Pour ce qui est de l'ensemble de toute la démarche, décentralisation et autres, bien, je pense que les gens du conseil d'administration ont répondu de façon complète. Je voudrais demander à M. Paquet de compléter aussi quelques éléments de la réponse en question.

- M. Paquet (Roger): Quand on aborde la question du rapport entre la santé et le social parce que c'est un peu la question qui est posée et qu'on l'examine à la lumière des investissements des deux dernières années, les crédits additionnels qui sont arrivés dans le système de la santé et des services sociaux, la part des crédits qui sont venus pour l'itinérance, le suicide, les jeunes, la longue durée, le maintien à domicile, l'ensemble de ces crédits-là cumulés, qui sont tous dans le secteur social, sont plus importants sur le plan du volume d'argent que tout ce qui a été mis dans les services spécialisés et surspécialisés. Alors, on pourrait faire la démonstration chiffrée, mais l'ordre de grandeur est très clairement établi comme étant supérieur.
- M. Boucher: J'aimerais ça que vous le fassiez, j'aimerais beaucoup ça.
  - M. Paquet (Roger): Ça va nous faire plaisir.
- M. Boucher: Peut-être qu'on pourrait informer les médias que c'est ça, la tendance, plutôt que l'autre.

   (11 h 20) •

J'achève, Mme la Présidente. Le ministre des Finances, la semaine passée, a dit, dans la question du 851 000 000 \$, que ce n'était pas juste une question financière, la question du réseau, mais que c'était une question d'organisation, de gestion. Est-ce que vous partagez cette opinion-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À qui va la réponse?

Des voix: Ha, ha, ha!

- M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Laliberté.
- M. Laliberté (Jean-Marie): Ce n'est pas facile comme réponse, mais le réseau de la santé n'est pas géré présentement que par des régies. Depuis un bout de temps, là, le réseau est géré par des gens qui sont au pouvoir. Alors, c'est possible que ce soit un problème de gestion. Même, je crois qu'il y en a un. Mais, comme je le mentionnais dans mon texte, on essaie d'apporter des solutions à ce problème de gestion là.

Vous savez, le virage ambulatoire dont on a parlé tout à l'heure, c'est gros comme changement dans un système de santé, dans une société. Ce n'est pas des choses qu'on fait souvent. Personne n'avait jamais fait ça avant. On est arrivés là-dedans, oui, on l'a fait, on en a

fait un bout, oui, il en reste à faire, puis, moi, je suis optimiste, je pense qu'on va le réussir. On est partis pour le réussir. Puis, si je continue au sein de la Régie régionale, au sein du conseil d'administration, c'est parce qu'on va le réussir.

Oul, il y a des problèmes de gestion là-dedans, il ne faut pas se le cacher. Dans les mesures que je mentionnais dans mon préambule, il y a des choses qui touchent à la gestion, oui. La reddition de comptes, entre autres, c'est ça. Et, quand je parlais qu'au municipal, pour le moindre petit règlement de 1 000 \$, on doit le débattre en public alors que, dans la santé, des millions, ça passe, puis on doit les endosser, ça m'apparaît totalement aberrant quand on sait, dans le moment, comment ça fonctionne dans les municipalités avec les budgets restreints qu'on vit.

M. Boucher: Vous avez émis le principe qui doit nous guider dans la réforme des régies, n'est-ce pas?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Johnson.

M. Boucher: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez une autre question?

M. Boucher: Oui, très rapidement.

#### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.

- M. Boucher: Il est question actuellement que les centres universitaires de santé relèvent directement du ministère ou de la ministre, peu importe. Avez-vous une opinion sur ça? Avez-vous pris une position sur ça?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Laliberté.
- M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, personnellement, tout est possible, dépendamment de la volonté gouvernementale. Il faudrait regarder un peu dans quel encadrement ça se ferait. Mais, personnellement, je pense qu'il y a dans les régies une expertise exceptionnelle. Il y a là une expertise exceptionnelle. Il y a des gens là qui veulent réussir ce qui a été entrepris puis qui veulent le continuer d'une façon tout à fait exceptionnelle. Oui, c'est possible que ce soit tout recentralisé au ministère, mais j'aimerais, moi, voir un peu de quelle façon. Ce n'est peut-être pas nécessairement l'idéal. J'aimerais qu'on en discute. Vous savez, ce n'est pas facile de répondre à ce que vous me demandez rapidement comme ça.
- M. Boucher: Mais je voulais voir si la Régie s'était prononcée sur ça, sur cette question-là.
- M. Laliberté (Jean-Marie): Non, on ne s'est pas prononcés encore là-dessus.

- M. Boucher: Non? Vous n'avez pas été invités à le faire?
- M. Laliberté (Jean-Marie): M. Fontaine aurait un complément là-dessus, Mme la Présidente.
  - M. Boucher: Dernière petite question.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, je veux juste peut-être rappeler la première réponse qu'on a faite à ce sujet-là ce matin, à l'effet que de désincarner les milieux universitaires de leurs milieux où est-ce qu'il y a un continuum de soins à établir, on ne pense pas d'emblée que c'est une idée remarquable. Mais en même temps on ajoute qu'on est d'accord à ce que le suprarégional, compte tenu que ça concerne plusieurs régions, soit, à ce moment-là, en lien avec le ministère tout en ayant une démarche tripartite pour savoir qu'est-ce qui se passe dans chacune de nos régions universitaires pour ce qui concerne les trois régions universitaires.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine.
- $\label{eq:M.Boucher: Mme} \textbf{M. Boucher: } \textbf{Mme la Pr\'esidente, si vous me permettez...}$

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Johnson.

- M. Boucher: ...le dernier volet d'une question très large, mais c'est peut-être le plus important. Qu'est-ce que la Régie régionale de la région de la capitale nationale a fait pour gérer de façon stratégique les ressources humaines dans cette transformation du réseau?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Fontaine.
- M. Laliberté (Jean-Marie): M. Fontaine va nous donner les détails là-dessus, Mme la Présidente.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, si vous le permettez, comme nous avons avec nous le secrétaire général de la Régie de Québec parce que, malheureusement, nous sommes actuellement tous en position depuis moins d'une année, excepté le secrétaire général qui a eu à faire toute la démarche des ressources humaines depuis le plan de transformation, je pense qu'il est le mieux placé pour vous donner des informations précises à ce sujet.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il s'agit de monsieur...
- M. Fontaine (Michel): Il s'agit de M. Valois Malenfant.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. Malenfant.

M. Malenfant (Valois): Alors, Mme la Présidente, simplement un rappel. Depuis pratiquement 1995, lors de la fermeture des établissements ou du changement de mission des établissements, il y a plus de 1 500 personnes qui ont été soit transférées soit déployées vers d'autres établissements parce qu'il faut rappeler que, lorsque les missions des établissements de courte durée ont changé en missions de longue durée, ça a obligé des nouveaux plans d'effectif. Or, dans ce sens-là, le conseil d'administration a donné justement au secrétariat général, à ce moment-là. un mandat très clair de replacer ces personnes-là - quand ie dis «replacer», c'est leur trouver des postes permanents à l'intérieur du réseau — dans un délai de six mois. Alors, dans les mouvements des 1 500 personnes, il y a plus de 600 ou 700 personnes qui ont été replacées dans les six mois qui ont suivi justement les changements de missions de ces établissements-là.

Pour les autres, on a mis en place des programmes de recyclage, des programmes de formation. On a, entre autres, recyclé plus d'une trentaine de personnes de techniques de laboratoire vers les systèmes d'information, on a réorienté aussi des personnes infirmières auxiliaires vers infirmières. Alors, on a mis en place toute une panoplie de programmes de maind'oeuvre pour permettre justement la réorientation de ces personnes-là, la même chose au niveau de l'actualisation des infirmières pour faire face à la pénurie des infirmières dans le réseau.

Alors, dans ce sens-là, on a été éminemment actifs, de sorte qu'on en arrive, à toutes fins pratiques, depuis deux ou trois ans, à avoir un des taux à peu près à 40 % à 45 %, à l'heure actuelle, sécuritaires d'emplois. Donc, dans ce sens-là, ça a été surtout au niveau des programmes de recyclage, au niveau de la réorientation de carrière, au niveau du replacement actif dans le réseau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Malenfant.

M. Boucher: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va, M. le député de Johnson?

M. Boucher: Ça va.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je cède la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Je vous remercie pour les précisions que vous m'avez données tout à l'heure sur les déficits. Simplement un commentaire. Si je comprends, les déficits accumulés totaux au 31 mars 1999, pour l'année 1999, étaient de l'ordre de 110 000 000 \$, et ce que vous avez dans l'entente de gestion pour rembourser vos établissements, c'est de l'ordre de 102 000 000 \$, si je comprends. Donc, il va en manquer un peu en quelque part, si je comprends.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, nous avons eu un réajustement après coup, après cette entente de gestion, et maintenant nous avons été ajustés à la hauteur de notre déficit du 31 mars 1999 cumulé.
- M. Marcoux: O.K. Deuxièmement, simplement aussi un commentaire. Tantôt, vous avez parlé des coûts moyens d'intérêts. J'avais demandé quel était le montant total, dans le fond, d'intérêts que devaient payer cette année les établissements, compte tenu des emprunts qu'ils ont à assumer pour financer les déficits accumulés pour le moment et celui de l'année 2000. Si je comprends, à 6,5 %, ça fait à peu près 7 000 000 \$ est-ce que je suis correct, là? de coûts d'intérêts que les établissements doivent assumer cette année pour financer leurs emprunts. Est-ce que je serais à peu près dans le...
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, c'est l'ordre de grandeur.
  - M. Marcoux: Parfait.

La Présidente (Mme Gagnou-Tremblay): Merci, M. Fontaine.

M. Marcoux: Maintenant, j'ai trois questions qui sont reliées sur le plan du financement-immobilisation: Premièrement, est-ce que le ministère a communiqué, pour la région de Québec, son plan d'immobilisation 1999-2000? Si oui, quand a-t-il été communiqué? Troisièmement, si oui, quel est le montant des immobilisations pour l'année 1999-2000 dans le cadre du plan qui devait être approuvé par le Conseil du trésor?

Deuxièmement, M. Laliberté, vous avez parlé, dans votre texte de présentation, de réajustement des bases budgétaires. Je pense que c'est un sujet qui est discuté depuis quelques années dans le cadre des réductions de budget qu'il y a eu, et, on l'a vu tantôt, le budget est passé de 992 000 000 \$ en 1995-1996 à 930 000 000 \$ en 1998-1999. Quand vous parlez de réajuster les bases budgétaires, vous référez à quoi, premièrement? Deuxièmement, vous dites «si nécessaire». Est-ce que, selon vous, il ne serait pas nécessaire de réajuster les bases budgétaires pour que les établissements redeviennent en équilibre financier? Et, troisièmement, quels sont — je ne sais pas si vous les avez — pour la région de Québec, en fait pour les établissements sous votre juridiction, les coûts de système — je pense que, tout le monde, on connaît les coûts de système — pour 1999-2000 et les coûts de système que vous pouvez anticiper pour 2000-2001, compte tenu du règlement qui est survenu dans le cadre de la convention collective? Notamment, à cet égard-là, est-ce que l'assurance salaire deviendra un problème encore plus important? Parce que vous parlez à un moment donné des coûts d'augmentation de l'assurance salaire, et il y a eu des modifications dans la convention collective, je pense, à cet égard-là. Est-ce que c'est assez clair, mes questions?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. M. Fontaine.

• (11 h 30) •

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, concernant l'ajustement des bases budgétaires, c'est impossible, à ce moment-ci, de parler de la hauteur de ces ajustements-là, puisque notre prémisse est de dire: Il faut, en collaboration avec le ministère puis, de façon encore beaucoup plus large, le gouvernement lui-même, établir quel est le panier de services qui doit être offert au niveau de la surspécialisation dans notre région, parce que, à partir de là, si on parle des services que l'on offre actuellement, dans ce contexte-là, c'est sûr qu'on pense que oui.

Quand on dit «si nécessaire», ça dépendra de l'enlignement du gouvernement à cet égard-là. Mais, si on était placés dans la situation actuelle, c'est certain qu'on penserait qu'il y a une certaine hauteur de rehaussement des bases budgétaires. Actuellement, je pense que le discours est autour de peut-être 50 % des déficits, mais il reste à étayer toute cette démarche-là au détail. C'est pour ça aussi qu'on demande un programme qui pourrait faire en sorte d'avoir des indicateurs de performance de niveau provincial aussi et des indicateurs d'aide à la décision clinique qui, eux, sont un projet qui permet de juger de la pertinence des actes. Donc, tant qu'on n'a pas ces grands projets là, c'est un peu difficile, de facon quasi aléatoire, de dire: Oui, il y a vraiment un déficit réel. Il faut avoir ces autres indicateurs là pour pouvoir diagnostiquer de façon définitive. On l'a fait dans quelques établissements, et il nous manque trop de données au niveau des comparaisons du «benchmarking» qui n'est pas des projets provinciaux actuellement.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Vaudreuil.
- M. Marcoux: Sur cette question-là, M. Fontaine, si vous permettez, sur votre réponse, est-ce que ce que vous me dites, c'est que vous considérez qu'il n'y a pas de déficit structurel dans le réseau de la santé et que, en continuant de fournir les mêmes services dans la région que ceux que vous fournissez, il ne serait pas nécessaire d'augmenter les bases budgétaires? Donc, vous dites: Il n'y a pas de déficit structurel?
- M. Fontaine (Michel): Ce n'est pas ce que j'ai dit, Mme la Présidente.
  - M. Marcoux: Non?
- M. Fontaine (Michel): J'ai dit qu'actuellement, avec les données que nous avons il y a beaucoup de travaux à compléter à cet égard-là on pense qu'il y a peut-être un rehaussement de base budgétaire des milieux ultraspécialisés à la hauteur de probablement autour de

50 % de leur déficit actuel. Mais il y a d'autres situations, il y a encore des possibilités d'amélioration de performance, nous croyons aussi.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine.
  - M. Marcoux: J'avais deux autres questions.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous voulez répéter votre question, M. le député de Vaudreuil?
- M. Laliberté (Jean-Marie): ...d'immobilisation, Mme la Présidente, et aussi les coûts du système.
  - M. Marcoux: C'est ça.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, les coûts de système.
- M. Fontaine (Michel): Pour les coûts de système, on n'a pas ces données-ci ce matin. On les a, comme possibilité, à la Régie régionale. Je ne pense pas, du moins, les avoir ce matin.
- M. Marcoux: Mme la Présidente, si vous ne les avez pas ici, que vous les avez, est-ce que vous pourriez...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, à la secrétaire.
- M. Marcoux: ...nous fournir peut-être, à la commission, vos estimés, enfin ce que vous prévoyez? Oui?
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, nous avons les coûts de l'an passé qui se situent à 3 500 000 \$. Cette année, en 1999-2000, on n'a pas l'indication ici, mais on peut la faire parvenir à la commission.
- M. Marcoux: Et, pour 2000-2001, vous n'avez pas d'estimé non plus encore?
  - M. Fontaine (Michel): Non.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission attendra les réponses.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, concernant 2000-2001, nous ne serons pas en mesure de fournir cette information maintenant à la commission, puisque les conventions collectives ne sont pas encore toutes signées.
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.
- M. Fontaine (Michel): Pour ce qui est du plan d'immobilisation, nous avons eu ces réponses il y a quelques semaines. Vous en avez vu une partie qui a été

annoncée par la ministre à l'égard des salles d'urgence de la région de Québec à la hauteur de 28 000 000 \$. L'ensemble du plan se situe autour de 70 000 000 \$ pour la région de Québec, incluant le centre mère-enfant et tout ce qui se discute à Québec depuis un moment.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Juste pour revenir, si vous permettez, M. Fontaine, sur les coûts de système, c'est vrai que les conventions collectives ne sont pas toutes signées, je comprends, mais à 98 % c'est déjà réglé, si je comprends, si l'information que nous avons est correcte. Estce que vous n'avez pas une idée de ce que peuvent être les coûts de système pour 2000-2001, compte tenu du fait que les conventions collectives à 98 % sont réglées, qu'il reste peut-être quelque chose à fignoler puis à faire la signature?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): La projection n'est pas faite, Mme la Présidente. On pourra examiner la situation et déposer, s'il y a lieu... Mais on s'engage à déposer 1999-2000 et 1998-1999.

M. Marcoux: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Vaudreuil, est-ce que vous avez d'autres questions ou si c'est terminé?

M. Marcoux: Moi, je voudrais peut-être tout simplement dire que la documentation qui est fournie par la Régie est excellente — je pense que mon collègue l'a mentionné tantôt — et que ça permet d'être très transparent. Il y a encore des questions, comme vous pouvez voir, mais je trouve que ce que vous nous avez fourni était une excellente documentation et une bonne évaluation également.

Une dernière question qui est reliée au financement: Quand on parle du parc technologique, pouvez-vous nous donner un estimé du coût qui serait requis, notamment par les centres universitaires qui représentent évidemment une proportion importante de votre budget dans la région de Québec, du coût de remplacement d'équipement qu'on considère comme étant urgent pour les centres universitaires de la région de Québec? Est-ce que vous pourriez nous donner votre estimé, coût de remplacement, d'améliorations qu'on considère comme urgentes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Écoutez, Mme la Présidente, dans le document *Plan de consolidation* — on pourrait y référer, là; je n'ai pas la page exacte, mais c'est

un résumé que nous avons placé à la fin du document — ça se situe autour de 75 000 000 \$, comme besoins dans la région de Québec à cet égard-là, de budget non récurrent. On parle ici d'équipement. Pour 2000-2001, on projetait 20 000 000 \$ et, 2001-2002, un autre 20 000 000 \$ pour consolider l'ensemble du parc technologique de la région de Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): C'est à la page 139 du Plan de consolidation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la députée de Mille-Îles, vous avez maintenant la parole.

Mme Leduc: Je vous remercie, Mme la Présidente. Alors, je voudrais, moi aussi, joindre ma voix pour vous féliciter pour la qualité de la présentation des documents qui sont faits. C'est clair, on peut s'y retrouver très bien et avoir une bonne idée du travail que vous avez fait et qui semble considérable; pas qui semble, qui est considérable.

On a beaucoup parlé d'imputabilité, vous avez parlé de l'imputabilité des établissements par rapport à la Régie et de la Régie par rapport, si vous voulez, au ministère. Je dois vous dire que, personnellement, même si je pense qu'il peut y avoir des améliorations ou des changements, quant à moi, dans ma propre région, qui est la région de Laval, d'après le document que vous nous présentez, je considère les régies régionales comme une instance nécessaire qui nous a permis finalement de réussir et de pouvoir consolider éventuellement le virage ambulatoire.

Moi, je voudrais revenir sur la situation des urgences parce que, dans la grille d'analyse, on disait qu'en 1998-1999 il y avait 9,17 % des séjours qui dépassaient la norme du ministère. Vous prévoyez des mesures pour solutionner ce problème dans votre plan de consolidation. Dans votre présentation, vous nous avez dit que ça avait été ramené en deçà de la limite provinciale; donc, vos mesures ont eu des résultats. Ce que je voudrais savoir, dans le fond... C'est sûr qu'il y a eu les annonces récemment de la ministre du 28 500 000 \$ qui va améliorer la situation des urgences, mais ce ne sera pas maintenant, là, pas cette année, et on sait qu'il y a des pointes à l'hiver mais on sait qu'il y a aussi des pointes aux urgences à l'été.

Ma question serait, dans le fond: Dans les mesures que vous avez mises en place pour solutionner ces problèmes, quelle serait celle — je vais poser ma question comme ça — qui, si elle n'était pas mise en place, mettrait en cause toutes les autres? Parce qu'on sait que c'est un ensemble de mesures, mais il y en a, finalement... Dans le fond, ma question, c'est ça, c'est: Laquelle, pour vous, vous a menés à un succès sans laquelle, si elle n'avait pas été là, vous n'auriez pas eu le succès que vous avez eu malgré toutes les autres? Et est-ce que vous allez pouvoir

faire face à la pointe de l'été? Parce qu'on sait qu'à l'été aussi il y a souvent une pointe dans les urgences.

Et je ne me gêne pas pour dire que j'ai une autre question, complètement différente, et elle a trait à ce que vous avez dit dans votre présentation, au soutien des personnes autistiques. C'est vraiment personnel parce que, moi, j'ai reçu dans mon bureau dernièrement... Nous, à la région de Laval, actuellement, c'est comme en diminution. Il n'y aura plus, si ça continue comme ça, de services d'hébergement de longue durée, de placement, si vous voulez, pour les personnes autistiques. Alors, c'est un problème que je vis présentement, et je voudrais savoir... Vous avez dit que vous avez alloué 500 000 \$. De quelle façon vous avez procédé pour répondre à la demande? Estce que vous êtes allés avec les organismes communautaires? Est-ce que vous y allez avec les institutions? Ou comment vous avez réussi à offrir ce service-là? C'est important pour moi parce que je fais face à ce problèmelà, et j'aimerais ça pouvoir apporter des solutions que vous avez développées.

• (11 h 40) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la députée de Mille-Îles. M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Alors, Mme la Présidente, Mme la députée a entièrement raison pour l'ensemble des mesures de l'urgence, c'est un ensemble de mesures, ce n'est pas une mesure exclusive puis elles sont presque toutes imbriquées. Ca fait que c'est difficile de vous donner une réponse. Mais, si j'avais à vous donner une réponse précise sur laquelle est la plus incommodante, à ne pas mettre en place - mais je le fais avec réserve parce qu'elle est aussi reliée aux autres — c'est le fait d'avoir pu libérer des lits de courte durée dans les établissements qui reçoivent les patients de la salle d'urgence en créant temporairement des lits de longue durée en dehors des hôpitaux, soit dans des CHSLD où la capacité n'était pas à 100 % ou dans des centres hospitaliers qui actuellement ont un certain nombre de lits de courte durée déjà fermés depuis des années mais dont les lieux physiques sont toujours là. Donc, cette mesure-là, autant en période estivale, on va tout faire pour la maintenir, parce que, effectivement, ça causerait des problèmes majeurs. Mais cette mesure sans les autres, qui étaient, entre autres, l'allongement des heures diagnostiques, les quatre, cinq mesures habituelles, le lien avec les CLSC, un agent de liaison des CLSC dans la salle d'urgence, etc., c'est plus ou moins détachable. C'est tout incarné, cette situation-là, et ce qui nous permet d'avoir un succès dans les salles d'urgence actuellement.

Mme Leduc: O.K. Merci.

M. Fontaine (Michel): Pour ce qui est des personnes autistes, si vous le permettez, Mme la Présidente, je demanderais à M. Paquet, le directeur de l'organisation, de nous parler de cette situation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Merci, Mme la Présidente. Alors, la situation pour les services aux personnes autistes, c'est un excellent exemple de la façon dont une région peut à la fois se rallier, s'associer à la réalisation d'objectifs qui sont pour l'ensemble du système — on en a parlé tantôt — et en parallèle en même temps à l'égard des besoins particuliers de sa population sur son territoire, se donner des objectifs plus spécifiques à sa population régionale. C'est le choix que le conseil d'administration de la Régie de Québec a fait au niveau de l'autisme en y consacrant 500 000 \$. Les membres du conseil ont voulu faire en sorte qu'il y ait un investissement significatif pour qu'une base de services soit garantie. Dans le texte qu'on vous a présenté, à la page 9, on vous a dit qu'un investissement de 1 000 000 \$, c'est l'investissement de 500 000 \$ sur une période de deux ans qui vient conso-

Maintenant, quant à la nature des mesures, comment on s'y est pris, bien, on s'y est pris un peu comme on le fait à chaque fois qu'on est devant une difficulté d'organisation de services, on a rassemblé les parents, les cliniciens, les administrateurs autour d'un groupe de travail et on s'est donné un plan, un plan qui prévoit des mesures avec des organismes communautaires, avec des établissements de première ligne, avec des établissements spécialisés et qui s'adresse à plusieurs clientèles: les parents, les enfants et les personnes autistes, la population en général, les intervenants, les médecins de famille dans le dépistage. Et il nous fera plaisir, si vous le souhaitez, de vous déposer une copie du plan d'action qui a été mis en place dans la région de Québec.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous apprécions. Est-ce que ça complète vos questions, madame?

Mme Leduc: Oui. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la députée de Mille-Îles. Maintenant, je cède la parole au député de Limoilou. M. le député de Limoilou, vous avez la parole.

M. Després: Oui. O.K. Merci beaucoup, Mme la Présidente. C'est juste que je voulais vérifier avec ma collègue, ma collègue aussi a une question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Elle est la troisième intervenante.

M. Després: O.K. Je vais essayer d'être rapide. Je vois le temps avancer, puis tous les collègues veulent poser des questions. Un peu dans le cadre de l'organisation des services, on parle toujours du nombre d'infirmières qui ont pris leur retraite. Elles viennent de signer une dernière convention collective. J'aimerais me faire éclaircir, là. Ma première question, c'est: Est-ce qu'il manque des infirmières dans la région de Québec? S'il en manque, combien il en manque pour offrir les services aux institutions de santé?

Ma deuxième question touche carrément l'aspect de la dernière convention collective, et là je vous pose la question parce que je n'ai pas le détail. En ce qui concerne la concentration des vacances par rapport aux infirmières, je pense qu'il y a quelque chose qui est relié à ça et j'aimerais savoir, si c'est oui, quel impact ça va avoir, parce qu'on ferme toujours des lits durant la période estivale. Combien de lits additionnels on va fermer durant la période estivale? Et aussi quel impact ça a directement sur le bloc opératoire durant cette période-là? Est-ce qu'on va fermer le bloc opératoire pendant une période qui va être plus longue puis est-ce qu'on va fermer encore plus de lits?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, est-ce que vous me permettez de répondre au député de Limoilou sur une question qui était restée en suspens tout à l'heure?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, sûrement. Aliez-y.

- M. Fontaine (Michel): Alors, concernant le nombre de technologues actuel dans la région de Québec, on en a 36 à temps complet et 10 à temps partiel. Le besoin futur, je vous disais autour de 20 tout à l'heure. On en a planifié entre 20 et 30 d'ici 2005. Et, pour ce qui est des patients traités aux États-Unis, pour la province de Québec, c'est 478 et, pour nous, région de Québec, c'est 181, c'est-à-dire 37 % de ces patients.
- M. Després: J'avais peut-être juste une petite parenthèse par rapport à ces données-là. La question était la suivante: À partir du moment où quelqu'un accepte d'aller se faire traiter à l'extérieur du Québec, quel est son délai? Ce n'est sûrement pas le même qu'ici.
  - M. Fontaine (Michel): Il est plus court.
- M. Després: Est-ce que c'est immédiat ou une question de semaines? Trois, quatre semaines?
- M. Fontaine (Michel): Lors des dernières discussions que j'ai eues avec L'Hôtel-Dieu de Québec à cet égard-là, parce que j'ai eu un lien direct avec le travailleur social qui s'occupe de ce programme, il parlait de 15 jours.
  - M. Després: O.K.
  - M. Fontaine (Michel): Et, pour les autres...
  - M. Després: Les infirmières?
- M. Fontaine (Michel): ...la question des infirmières, au moment où on se parle, avec l'activité actuelle on demandera à M. Malenfant de compléter on n'est

pas en manque d'infirmières, mais, dans la planification de l'année, pour la période estivale, effectivement, on a ciblé, là, que, dans les circonstances actuelles, si on ne fait pas autre chose, on serait en manque à gagner autour de 200, si ma mémoire est bonne, sauf que vous avez entendu la nouvelle la semaine dernière où, à la négociation avec la Direction des relations de travail du ministère et l'Ordre des infirmières, ils viennent d'autoriser à ce que les infirmières de deuxième année soient embauchées pour la période d'été avec des actes délégués d'infirmière. Donc, ça devrait sûrement nous aider grandement. M. Malenfant rencontre les directrices de soins infirmiers de la région dans les prochains jours pour consolider cette situation, pour faire en sorte qu'on puisse profiter de cette manne-là, quitte à aller dans les cégeps déjà faire annoncer des possibilités d'emploi d'été à cet égard-là.

L'autre question, c'était...

M. Després: L'autre question, c'était carrément relié à la dernière convention collective. Étant donné qu'il va y avoir une concentration des vacances pour les infirmières, ma question était: Quel impact ça va avoir sur le nombre de lits fermés durant cette période-là? Ça va être quoi, cette période-là? Est-ce qu'on parle toujours de 15 jours, de trois semaines, d'un mois? Puis quel impact ça va avoir sur le bloc opératoire durant le temps qu'il va être fermé aussi? Je comprends qu'un bloc opératoire est toujours ouvert, on se comprend, là, pour les cas d'urgence.

M. Fontaine (Michel): Un petit préambule rapide; M. Malenfant complétera. D'abord, règle générale, la période de diminution d'activités dans les établissements à l'été est de huit semaines actuellement depuis déjà quatre, cinq ans dans la région de Québec, et je ne pense pas que ça va changer, cette situation-là, parce que, pour avoir vécu longtemps en milieu hospitalier, on pense souvent que les établissements ferment des lits juste par mesure budgétaire, mais je vais juste vous rappeler que les professionnels, que ce soient les médecins, les chirurgiens plus particulièrement, prennent des vacances, eux aussi. Et, même si on voulait, dans ces situations-là, maintenir l'ensemble des activités, on ne pourrait pas parce que. même si les clients étaient prêts à rentrer, les chirurgiens ne seraient pas nécessairement toujours disponibles pour les opérer. Donc, ça, que la convention resserre un petit peu le temps de vacances pour permettre aux infirmières de partir à un meilleur moment de l'année en vacances, ca peut être à certains égards un point aussi, dépendant de la prise d'angle qu'on le voit; ça peut devenir positif parce que toutes ces infirmières-là seront présentes au moment de l'activité la plus haute de l'année, à ce moment-là. Et je laisse, si vous me permettez, Mme la Présidente, à M. Malenfant...

M. Després: Je comprends, M. Fontaine, qu'il est difficile pour vous de l'évaluer à ce moment-ci. Vous supposez que ça va rester huit semaines, puis qu'il n'y aura pas plus de lits de fermés, puis que le bloc opératoire

ne sera pas plus inopérant, si je puis m'exprimer ainsi, plus longtemps que le huit semaines. Vous n'avez pas d'analyse de faite là-dessus, vous allez le voir avec usage, si je peux m'exprimer ainsi. C'est ça?

M. Fontaine (Michel): Bien, on en a parce que, dans les années antérieures, on relançait toujours aux directeurs généraux d'hôpitaux cette situation-là. Nous, à Québec, on a établi un seuil du nombre de lits qui devraient restés en opération même en plein été ou à la période des fêtes, et c'est la période, là. Dans les prochaines semaines, cette lettre-là partira à nouveau pour dire que nous n'accepterons pas de fermeture plus bas que tel seuil.

Ce que je vous disais tout à l'heure, la chance qu'on a, c'est que cette nouvelle ouverture d'avoir des étudiantes qui pourront faire des actes délégués, je pense, va combler le différentiel et va faire en sorte qu'on va maintenir les activités telles qu'elles étaient l'année dernière, à mon point de vue.

- M. Després: C'est quoi, le nombre de lits si je vous pose la question par rapport à l'année passée qui ont été fermés pendant cette période estivale?
- M. Fontaine (Michel): Je peux plus vous parler de l'offre que l'on fait de lits. Habituellement, dans la région de Québec, nous avons 1 872 lits de courte durée et, de façon générale, depuis quatre ou cinq ans, on se situe autour du même nombre de lits actifs en période d'été, autour de 1 600 lits en période estivale.

M. Després: Donc, 1 872.

• (11 h 50) •

- M. Fontaine (Michel): Oui. Et, au niveau des blocs opératoires, bien là c'est l'activité minimale.
- M. Després: O.K. Dans le cadre un peu de l'organisation des services, dans le cadre du plan de réorganisation du CHUQ, pouvez-vous me dire à ce moment-ci où on en est rendu? Il a été déposé au mois de novembre, je crois, si ma mémoire est bonne. Il était supposé être approuvé le 1er mars. Dans le processus, il est rendu où? Il n'est plus chez vous? Il est au bureau de la ministre?
- M. Fontaine (Michel): Le plan d'organisation clinique, vous parlez?
  - M. Després: Oui, du CHUQ.
- M. Fontaine (Michel): Alors, Mme la Présidente, sur ce plan-là, nous, à la Régie de Québec, on a donné notre avis, le conseil d'administration a donné son avis sur un certain nombre de questions, certains constats, et actuellement il est au ministère de la Santé.
- M. Després: C'est quoi, ces constats-là, les principaux constats qui ressortent?

M. Fontaine (Michel): Bien, c'est une série de constats. On a questionné à certains égards à l'occasion la cohérence de certaines décisions. À titre d'exemple, lorsqu'on confirme qu'on veut rendre l'hôpital Saint-François d'Assise un hôpital général et que du même souffle on y maintient des services tertiaires, bien, on questionne la pertinence de cette situation-là.

Nous, vous vous souvenez qu'à la Régie de Québec, bien, pour ce qui est du centre mère-enfant, l'ampleur de la recommandation de la Régie est un petit peu moins grande que l'ampleur qui a été acceptée. Donc, on a fait certains constats aussi à cet égard-là. Et, pour ce qui est de la salle d'urgence de l'hôpital CHUL, on a fait aussi des constats que ça devenait une urgence un peu nationale d'agir à cet égard-là parce que c'est un milieu où l'activité est beaucoup plus grande que la capacité de l'hôpital.

- M. Després: Ce qu'ils veulent garder dans le tertiaire, c'est quoi?
  - M. Fontaine (Michel): Vous parlez d'où, là?
- M. Després: Excusez, de Saint-François d'Assise, parce que vous avez dit que vous aviez questionné le fait qu'on en fait un hôpital général puis qu'en même temps on veut garder du tertiaire.
- M. Fontaine (Michel): Bien, la situation de la chirurgie vasculaire tertiaire qui est là, et vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a toute la situation de la résonance magnétique d'intervention de troisième ligne. Donc, ça, c'est ce qu'on considère du tertiaire. Ça ne veut pas dire qu'on souhaite que ça quitte, mais c'est dans le niveau de cohérence du plan. Si on dit qu'on a un hôpital de niveau général, bien, faisons les gestes qui vont avec ou mentionnons que ce n'est pas la situation, un des deux. C'est juste ce genre de constat là qui a été fait
- M. Després: Je pense que c'est au mois de décembre, en tout cas je sais que les gens de Saint-François d'Assise avaient manifesté auprès du conseil d'administration du CHUQ un peu leur insatisfaction dans la redistribution, si on veut, des services, et je sais qu'à cette époque-là le conseil d'administration avait dit qu'il réviserait sa position. Est-ce qu'il y a des choses qui ont été modifiées, changées, à votre connaissance, ou si c'est toujours le plan initial qui serait rendu, avec les constats que vous avez faits, au bureau de la ministre?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, pour cette réaction à la démarche des gens de Saint-François, à ma connaissance, a été ajouté par la suite le maintien de la vasculaire à Saint-François d'Assise. C'est ce que j'ai comme connaissance du dossier.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que ça complète, M. le député de Limoilou?

M. Després: Pour l'instant, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Alors, Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci, Mme la Présidente. D'abord, j'aurais un commentaire, deux questions. Vous avez investi de l'argent dans les services pour les enfants dysphasiques, et je veux vous en féliciter parce que j'ai eu quelques cas, des parents qui sont venus me voir, là, et je pense que ça, c'est de la prévention, puis on n'en fait pas assez globalement. Je ne parle pas juste de la Régie mais de partout. Ça va peut-être empêcher ces jeunes-là de décrocher plus tard. En tout cas, moi, je vous félicite de ce que vous avez fait dans ce secteur-là.

J'ai deux questions. Il y en a une qui est technique, là, c'est dans vos états financiers de la Régie régionale, à la page 111 du rapport 1998-1999. Dans les dépenses, dans Autres frais, 3 000 000 \$, j'aimerais ça savoir c'est quoi, les 3 000 000 \$, parce que, quand même, c'est un gros montant pour dire Autres frais. Ça, c'est une question.

L'autre question, c'est la liste d'attente des soins de longue durée. Je vous dirais que, pour avoir vécu moimême une transformation d'hôpital, les mêmes gens qui sont venus me le reprocher maintenant viennent me demander que ça accélère pour l'entrée de leurs parents ou d'eux-mêmes. Alors, c'est un peu paradoxal, des fois, la vie, hein? Moi, je voudrais que vous nous fassiez un état de la situation parce que, dans votre présentation, vous dites que c'est rendu à 44 jours. Ce n'est pas ce que les gens me disent, ils me disent que c'est plusieurs mois. Alors, j'aimerais savoir c'est quoi, l'état de la situation par rapport à ce qu'on me dit, la façon de procéder, parce que, moi, on me dit que c'est la travailleuse sociale qui a une priorisation à la Régie. Alors, j'aimerais ça savoir un petit peu plus concrètement si j'ai bien compris.

Et l'autre question, c'est: Est-ce que vous travaillez avec les centres de personnes âgées de longue durée? Parce que j'en ai qui sont venus me voir, puis ils m'ont dit: Il y a des listes d'attente, ils pourraient les amener chez nous, mais c'est difficile de travailler avec la Régie, elle ne veut pas travailler avec les centres privés. Moi, je vous rapporte ce qu'on me dit, là. J'aimerais ça savoir votre point de vue là-dessus, parce qu'à première vue ça semble bizarre. S'il y a des gens qui attendent, pourquoi on n'utilise pas les centres privés? Parce qu'ils sont reconnus puis ils s'occupent bien des gens. Alors, je vous lance les questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, pour ce qui est du 3 000 000 \$, il s'agit ici de la gestion du budget de santé publique qui est en fiducie au CHUQ.

Mme Barbeau: Excusez, c'est parce que...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez la parole, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, je répète, pour ce qui est du 3 000 000 \$, il s'agit ici du contrat de santé publique dont le budget est géré en fiducie au CHUQ.

Mme Barbeau: Ah! O.K.

M. Fontaine (Michel): Pour ce qui est de l'aspect des personnes âgées en perte d'autonomie, je vais vous donner quelques grandes lignes, et après M. Paquet complétera. Le 44 jours que M. le vice-président vous a mentionné dans son discours, c'est une moyenne. C'est sûr, on le sait, nous, à Québec — puis vous êtes au fait — un hôpital comme le Jeffery Hale, entre autres, a maintenant une attente de plus de six mois. Donc, c'est sûr que, dans un contexte général, si c'est des gens qui vous interpellent pour un milieu précis, ça se peut que ce soit trois mois, cinq mois, mais c'est la moyenne, 44 jours, parce qu'on a des milieux qui ont une attente de juste 10, 15 jours. Donc, dans ce contexte-là, ça nous donne cette moyenne-là à Québec.

Il y a des milieux qui sont plus choisis que les autres parce qu'on a comme un peu deux sortes de résidences actuellement. On vous le disait tout à l'heure dans le discours du vice-président aussi, on a transformé quatre centres hospitaliers, donc, avec des plans fonctionnels et techniques complets, donc organisation nouvelle et lieux physiques quasi neufs. Donc, les choix des clients sont souvent vers ces milieux-là.

La façon de fonctionner: il y a un comité d'admission qui est à la Régie régionale, qui s'appelle le Système de planification pour les personnes âgées qui doivent être placées, et, effectivement, c'est la travailleuse sociale avec une équipe multidisciplinaire qui se présente à la Régie pour évaluer la situation du client. Ça peut être du domicile, d'un CLSC qu'ils nous présentent le dossier ou d'un centre hospitalier de courte durée: il est déjà hospitalisé pour la courte durée, mais il transfère en longue durée et en attente de placement. Donc, il y a ces deux situations-là. La situation est analysée, et la personne est placée en liste d'attente dans un des CHSLD concernés, un des choix de la famille.

Et ce qu'on suggère souvent à la famille, bien, c'est de lui donner l'ensemble de ces indicateurs-là d'attente pour dire: Bien, écoutez, si vous faites ce choix-là, naturellement, on pourra probablement être obligé d'améliorer le soin à domicile parce que ce sera très long avant que la personne soit admise, ou, si c'est déjà dans un hôpital, bien là la problématique, ce n'est pas le patient qui l'a, parce qu'il est déjà bien traité, mais c'est surtout qu'en attendant il prend un lit de courte durée. Donc, c'est la situation. Là aussi, on demande au client de faire le choix le plus possible — en tout cas, si la famille accepte — du lieu où la liste d'attente est moins longue ou

l'attente est moins longue, mais ça, il y a des gens qui font un choix définitif, et, même s'ils doivent attendre un an, ils préfèrent attendre ce milieu-là. M. Paquet.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Alors, en complément, quelques informations additionnelles. En vérifiant hier la durée moyenne du délai d'admission dans les centre d'hébergement de longue durée, on est actuellement à 39 jours. À la lumière de tous les efforts qui ont été faits, au moment de la crise des urgences, afin de faire en sorte qu'on accélère les processus, on est arrivé à ce niveau de délai, qui est bien sûr un délai moyen. Dans 19 des établissements de longue durée de la région — et on peut les identifier, on les a — l'accès se fait à l'intérieur d'un délai qui est inférieur à deux mois. C'est donc dire que, dans la majorité de nos places, au moins la moitié, là, à l'intérieur de deux mois, il y a une place de garantie disponible.

Dans certains cas, pour des questions de mobilité ou de sécurité, certaines places disponibles ne peuvent pas être occupées immédiatement. J'étais dans un CHSLD la semaine dernière, et, au moment où une famille visitait, l'incapacité de pouvoir circuler dans la chambre de la personne faisait en sorte que, même si le lit était disponible, la famille a dit: C'est impossible que notre mère vienne ici, elle ne peut pas circuler avec son fauteuil roulant. Alors, il y a des contraintes architecturales à l'occasion qui nous empêchent de bien utiliser rapidement les places, mais, dans l'ensemble des cas, à l'intérieur de deux mois on arrive à des solutions.

Pour ce qui est des résidences privées, là il faut faire la distinction entre les centres d'accueil privés, autofinancés, c'est-à-dire ceux qui respectent et qui rencontrent les normes pour l'hébergement de toute personne qui est en perte d'autonomie... Ces centres-là, on travaille avec eux. Dans certains cas, il y a de l'achat de places — c'est le cas, dans la région de Québec, aux Jardins Saint-Laurent, par exemple — parce que ces milieux-là nous fournissent la garantie et de qualité et de sécurité qui est essentielle pour des personnes en perte d'autonomie.

Pour les résidences qui hébergent des gens qui ne sont pas en sévère perte d'autonomie, il s'agit là de lieux de vie qui sont considérés comme des domiciles et c'est des lieux avec lesquels les équipes de CLSC sur le territoire et les équipes spécialisées soit de gériatrie ou autres vont avoir comme attitude de travailler avec la personne à l'intérieur de la résidence privée. Et il ne faut pas croire qu'on peut prendre une résidence privée et, du jour au lendemain, la transformer en centre d'hébergement de soins de longue durée, il y a beaucoup de contraintes sur le plan architectural et sur le plan de la sécurité qu'on n'est pas en mesure de fournir pour ce niveau de perte d'autonomie là. Michel.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Ça complète, Mme la députée de Vanier ou...

Mme Barbeau: Je pense que M. Fontaine veut rajouter quelque chose.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, c'est un exemple précis que je voulais donner pour bien faire comprendre la situation des privés et des privés conventionnés, des privés autofinancés. À titre d'exemple, durant la période où nous devions mettre en place des nouveaux lits de longue durée pour le désengorgement des urgences, on avait des choix. Plusieurs centres comme ca, privés, nous ont fait des offres, puis j'en nomme un, là, juste pour bien comprendre, qui est un centre très bien coté. La Roseraie, qui est presque dans la cour de l'hôpital Laval, ce qui aurait été d'une grande facilité pour amener les patients là, mais, lorsqu'on a visité les lieux... Comme c'est un milieu qui est très bien mais qui a été fait pour des personnes autonomes et semiautonomes, les gens qui pensaient qu'on aurait 200 000 \$, 300 000 \$ à mettre en place pour réaliser ça, c'est plutôt de l'ordre de 4 000 000 \$, 5 000 000 \$ quand il faut complètement ouvrir les corridors, et tout ca. Donc, c'est souvent un peu charrié, ce genre de choses là. Les gens disent: Du monde, nous autres, on serait prêts à en prendre sans problème, mais ils n'ont pas idée... Quand les gens ont compris cette situation-là, ils ont dit: Pour le moment, on va rester dans notre clientèle habituelle.

Mme la Présidente, je ne sais pas si vous me permettriez encore une fois de donner une réponse à une question qui était restée en suspens sur les coûts de système.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bien sûr!

M. Fontaine (Michel): On avait laissé en suspens 1999-2000. On a eu deux enveloppes du ministère concernant les coûts de système, la première concernant le revenu de contribution des usagers hébergés, de 3 200 000 \$, et l'indexation des coûts de croissance des programmes, qui inclut les conventions collectives et l'augmentation des fournitures, de l'ordre de 7 300 000 \$, 1999-2000.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous avez un complément de réponse?

Mme Barbeau: Juste en terminant — j'ai fini — pour l'avenir, est-ce que dans vos plans il y a du développement pour la longue durée? C'est quoi, les projets dans ce secteur-là? Est-ce qu'il y a d'autres transformations? Je ne sais pas, je vous pose la question. Je n'ai pas eu le temps de tout lire ce qu'on a eu ce matin.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Oui, Mme la Présidente. Oups...

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Bien, pour ce qui est de la longue durée, il y a deux territoires dans la région de Québec qui sont particulièrement dépourvus en longue durée, le territoire Sainte-Foy-Sillery et le territoire de Charlesbourg. En termes de places de longue durée, c'est dans les priorités de la Régie, mais de plus en plus on va travailler en tenant compte et de nos places de longue durée et de nos budgets de maintien à domicile pour les personnes âgées de telle sorte qu'on soit capables de respecter les choix qui se font sur chacun des territoires quant à l'intensité qu'on veut donner à l'une et à l'autre des formes de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. On va donner des balises à l'intérieur desquelles on souhaite que chaque territoire s'inscrive. mais chacun va pouvoir intensifier l'une ou l'autre des modalités selon la réalité de sa population.

#### Mme Barbeau: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Limoilou.

M. Després: Oui, une couple de questions courtes. Concernant l'Institut de réadaptation en déficience physique, on parle de 1 400 personnes qui sont atteintes de déficience physique, qui sont en attente de six à huit mois pour obtenir des services de réadaptation, et le directeur de l'Institut a déjà déclaré qu'il faudrait rehausser le budget du centre de 4 100 000 \$ pour répondre adéquatement aux besoins de plus de 13 579 personnes. J'aimerais ça savoir comment la Régie perçoit le délai d'attente puis le manque de budget par rapport au centre en déficience physique, intellectuelle.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, comme pour les autres programmes, nous avons identifié dans le plan de consolidation, effectivement, un manque à gagner à l'égard de la budgétisation en réadaptation physique. Nous avons à cet égard-là aussi appuyé l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec dans une démarche de rehausser sa base budgétaire.

M. Després: Peut-être un commentaire d'ordre général, M. Fontaine. Vous nous avez amené ce matin un paquet de documents. C'est très bien. Le plan de consolidation, ça, il n'y a pas de problème, on l'avait déjà, mais bon nombre de documents seraient... Je comprends qu'à l'Assemblée la ministre dépose seulement un rapport financier, mais, quand vous venez comme ça en commission, il serait apprécié de pouvoir recevoir quelques

jours avant les documents. Vous nous remettez ça ce matin, on n'a absolument pas le temps de pouvoir ouvrir ces documents, même de les regarder, juste de suivre ce que vous nous dites puis de vous interroger sur ce qu'on avait prévu. Ça nous permettrait au moins de pouvoir feuilleter ces documents-là.

Un autre sujet... Oui, monsieur.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay); Oui, M. Laliberté.

M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, M. le député a tout à fait raison là-dessus, et je m'engage, au nom du conseil d'administration, à déposer ça d'avance. C'est clair pour moi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Limoilou.

M. Després: Merci beaucoup. Dans le cadre de la réorganisation des services, je sais que les employés de Saint-François d'Assise ont demandé à la Régie régionale de geler le transfert de médecins pour maintenir l'obstétrique à Saint-François. Il y a le rapport Deschênes sur la réorganisation des services d'obstétrique dans la région qui recommandait le statu quo jusqu'à temps que le centre mère-enfant soit en place. Donc, j'aimerais connaître, au fond, quelle est la position de la Régie, si la Régie est en mesure de nous confirmer que c'est le statu quo tel que le rapport Deschênes... C'est quoi, votre position là-dessus?

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, nous confirmons que c'est le statu quo tel que le rapport Deschênes...

#### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Després: O.K. À partir du moment où, pour le centre mère-enfant, c'est le statu quo, est-ce qu'on est conscient... Parce que, au fond, entre le CHA et le CHUQ, il va s'agir de savoir maintenant où sera le deuxième service d'obstétrique. Est-ce que vous avez déjà une position par rapport... Il y a le statu quo, ça va, mais, éventuellement, est-ce que vous avez...

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay); M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Nous avons, dans le passé, déjà émis la position, comme on le retrouve — d'ailleurs, c'est une recommandation de la Régie de Québec — dans le rapport Deschênes, à l'effet que le deuxième centre d'obstétrique soit près des clientèles vulnérables. Bien sûr, le député de Limoilou peut nous dire: C'est autant à Saint-François d'Assise qu'à L'Enfant-Jésus, puisque c'est là que se situent le plus les clientèles vulnérables, mais,

nous, nous avons déjà émis notre opinion à l'effet que ça devait être le statu quo, comme nous avons déjà les équipements et les organisations en place à Saint-François d'Assise.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

- M. Després: Il n'y a aucune prévision de changement en ce qui concerne la position de la Régie par rapport à ça? O.K.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va? C'est complété, monsieur... D'autres questions, M. le député de Limoilou? Non?
- M. Després: Non, ça va. Je vais laisser la parole à mon collègue.
- La Présidente (Mme Gagnou-Tremblay): M. le député de Vaudreuil.
- M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Quelques questions, parce que je sais que mon collègue en a d'autres également. M. le président, dans l'entente de gestion entre la Régie, et le ministère, et le Centre hospitalier universitaire de Québec, lorsque vous abordez la question du remboursement du déficit accumulé à l'article 1, vous faites référence à une circulaire 1999.014. Est-ce qu'il serait possible tout simplement de déposer cette circulaire-là? Parce que, comme on y fait référence dans l'entente de gestion, c'est comme si elle y était incluse. Donc, si vous vouliez la déposer, s'il vous plaît.

#### Document déposé

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que c'est possible d'en faire le dépôt? Oui? Merci.
- M. Marcoux: Merci. Deuxièmement, je me demandais s'il serait possible également, évidemment pas aujourd'hui, je comprends bien ça... Vous avez répondu sur les coûts de système. Est-ce qu'il serait possible peutêtre de déposer simplement votre ventilation des coûts de système? Vous l'avez de toute façon parce que vous avez le total. Simplement déposer également votre ventilation des coûts de système pour l'année 1999-2000. Vous m'avez donné le montant global tout à l'heure.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'on peut compter sur cette ventilation, M. Fontaine?
- M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, nous pouvons retrouver cette ventilation dans les trois ententes de gestion, en bas de page du tableau 2, mais on pourra en faire une ventilation générale pour la déposer.

   (12 h 10) •
- M. Marcoux: Merci. Je voudrais revenir brièvement sur l'aspect des bases budgétaires, j'aimerais un peu mieux comprendre. Si on regarde l'évolution — et ce n'est

pas particulier à la région de Québec — simplement essayer de voir comment ça fonctionne. Les établissements ont encouru un déficit de l'ordre de 42 000 000 \$ accumulé au 31 mars 1998, 68 000 000 \$ en 1998-1999. Vous estimez 60 000 000 \$ cette année, en 1999-2000. Moi, je peux témoigner, je pense, que ce n'est pas par plaisir qu'à la fois la Régie et les gestionnaires d'établissement encourent des déficits. Je pense qu'il n'y a personne qui aime arriver à la fin de l'année, et surtout les membres d'un conseil d'administration qui sont des bénévoles, en disant: Écoutez, là, on a fait un déficit de 10 000 000 \$ ou de 50 000 000 \$. Mais, quand vous regardez cette évolution-là, comment pouvez-vous dire...

Vous semblez dire qu'il n'est pas nécessaire, ou qu'il est peut-être nécessaire de réajuster les bases budgétaires pour vraiment en finir avec ces déficits récurrents, et, si je regarde, par exemple, ce que les associations d'établissement disent, autant l'Association des hôpitaux du Québec que l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, que les centres jeunesse - on parlait tantôt de l'Institut de réadaptation en déficience physique - ils disent tous: On a besoin d'un réajustement des bases budgétaires, c'est un déficit structurel en bonne partie relié notamment au vieillissement de la population, à l'augmentation des volumes, à l'évolution des coûts de technologies, aux augmentations de salaire, etc. Alors, comment on peut dire: On va passer à travers ca sans réajuster les bases budgétaires, tel que le demandent, que l'indiquent l'ensemble finalement des associations d'établissement? Alors, j'aimerais avoir

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Écoutez, Mme la Présidente, on le disait dans le texte, là, la base de ça, c'est de pouvoir connaître la gamme de services à offrir à la population. Et, à partir de là, ce qu'on dit, c'est que ça nous prend des indicateurs de performance et des indicateurs de pertinence pour pouvoir porter ce jugement final. On s'inscrit dans les propos du député, puisqu'on dit qu'il faut une fois pour toutes régler l'histoire des bases budgétaires mais pas nécessairement — dit de façon un peu populaire, là — les laver. Ce n'est pas dans ce contexte-là. Il faut le faire avec tous les appuis et les démarches, les travaux qu'on peut mettre de l'avant, et ça, dans ce contexte-là, oui, on croit qu'il y a une hausse des bases budgétaires à faire, mais on ne croit pas qu'elles soient à la hauteur du 100 % des déficits actuellement.

Mais en même temps il faut aller de l'avant à cet égard-là. Si une fois pour toutes on peut avoir des indicateurs de performance qui se comparent au niveau provincial — et ça, ce n'est pas chaque régie qui peut faire ça; je pense qu'on a déjà adressé cette demande-là au ministère — et aussi un projet qui permettrait une aide à la décision clinique, ce qui juge de la pertinence, cette fois-là, des actes posés, ensuite de ça on sera en voiture pour dire maintenant c'est quoi, le manque à gagner de la base

budgétaire, et on peut aller de l'avant une fois pour toutes à cet égard-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Quand vous parlez d'établissement de critères de performance, je pense que tout le monde est d'accord là-dessus. Il y a des documents, depuis quatre, cinq ans, qui en parlent, de ça, et la ministre en a parlé également en novembre dernier à l'Assemblée nationale en disant qu'elle discutait avec l'Association des hôpitaux pour établir des critères d'évaluation de performance. Je vois que dans l'entente de gestion avec l'hôpital Laval on y réfère. Au mois de janvier, ça a été modifié, l'entente, pour référer, dans une annexe II, à des discussions visant à établir des modalités de collaboration entre le ministère, l'Association des hôpitaux et les régies régionales concernant le dossier de la performance hospitalière.

Est-ce qu'au rythme où ça s'en va, ça, vous croyez réalistement que d'ici une couple d'années on va pouvoir établir des critères d'évaluation de performance qui sont souhaitables, je suis d'accord? Quand vous parliez tantôt de l'évaluation des actes cliniques, je suis entièrement d'accord, mais ca fait trois, quatre ans que ca discute. Et là le vois que la ministre en avait parlé au mois d'octobre. puis là, au mois de janvier 2000, on dit: Bien, écoutez, on discute encore de ça. Est-ce que, entre vous et moi, là, réalistement, vous croyez que ça va permettre de régler d'ici une couple d'années le problème des manques à gagner budgétaires dans les hôpitaux où il y a déjà eu - et je parle des centres de jeunesse également - dans les hôpitaux, quand même beaucoup d'évolution? Si vous parlez de la durée de séjour — vous en parlez dans votre mémoire - de la chirurgie d'un jour, etc., il y en a déjà un bout qui a été fait; autrement, si ça n'avait pas été fait, avec les coupures budgétaires qu'il y a eu puis les réductions de budget année après année, la situation, je pense — je ne connais pas ça — serait sans doute encore pas mal pire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Bien, écoutez, on peut ajouter à coup sûr le vieillissement de la population et tous ces facteurs-là dont on discute depuis quelques années. Oui, réalistement, on pense que c'est une avenue, mais je comprends que ça ne peut pas se faire à très court terme. Et aussi, si on continue à toujours dire: C'est trop long puis on ne le fait pas... Il faut commencer quelque part. Nous, ce qu'on a adressé au ministère, c'est de dire: Bien, faisons-la, cette démarche-là d'avoir des indicateurs provinciaux, parce qu'on en a eu dans le passé, mais à chaque fois tout le monde se butait à dire: Oui, mais, nous autres, ce n'est pas tout à fait comparable, on a... Dans ce contexte-là, on dit: Établissons une fois pour toutes une possibilité de «benchmarking», là, de comparaison à travers la province, et commençons, parce que c'est sûr

qu'on va en parler encore dans 10 ans si on ne commence pas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Vaudreuil.

- M. Marcoux: Si vous permettez, à moins qu'il y ait des questions de l'autre côté, j'aimerais aborder la question des effectifs médicaux.
- M. Labbé: Si vous permettez, je pourrais peut-être aller dans la continuité de ce que vous dites, parce qu'on a la même préoccupation.
  - M. Marcoux: O.K.
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.
  - M. Labbé: Si ça ne vous dérange pas.
  - M. Marcoux: Non, non, pas de problème.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Masson.

M. Labbé: Alors, j'irais dans le même sens que mon collègue de Vaudreuil parce que c'était aussi la même préoccupation. Parce que c'est ça qu'on se pose comme question. On dit: Bon, avant de parler d'imputabilité, il faut d'abord avoir des règles qui vont nous permettre de comparer tout le monde de la même façon. Mon problème puis, je pense, le problème de bien du monde, c'est qu'on parle de vieillissement, et là on ne veut pas arriver avec une situation qui pourrait nous dire: Bien, écoutez, on a établi des règles, oui, mais c'est spécial.

Vous l'avez bien mentionné, M. Fontaine, tout à l'heure en disant: Écoutez, un instant, il y a ça, nous autres, qu'on a de différent. Nous autres, on a développé telle branche, telle orientation. Par exemple, on fait de la prévention, on développe un paquet de choses. Comment on peut arriver -- ce n'est pas évident, là -- avec une grille ou, je ne sais pas, une façon de faire pour qu'à un moment donné on dise: On a montant de base, on a une base pour tout le monde garantie, et là que les gens vont être suffisamment à l'aise avec ça, au niveau des régies, au niveau des centres hospitaliers, pour dire: Avec ça, moi, je suis capable maintenant que vous me donniez une imputabilité, c'est-à-dire qu'à un moment donné je serai vraiment responsable de la gestion? Puis on pourrait même aller jusqu'à la notion de secrétaires-trésoriers de municipalité où ils sont vraiment imputables à ce niveaulà.

On essaie de trouver actuellement le filon ou la façon de faire pour que, même si les besoins sont croissants puis même si on en perd souvent le contrôle, on puisse réussir à ramener ça tout en ne privant pas la population de soins auxquels elle a droit, et c'est là que, moi, je trouve... En tout cas, au niveau de votre présentation, à la page 16, j'ai trouvé ça intéressant, mais

mon doux que j'ai le goût de trouver avec vous autres... Avez-vous un filon, quelque chose qui pourrait nous orienter tout en respectant tout le monde là-dedans, en ayant quelque chose qui est crédible... Là, on peut maintenant s'asseoir puis dire: Bien, voici ce dont la région de Québec, par exemple, a besoin pour fonctionner, et on est capable de l'évaluer dans le temps, puis on sait où est-ce qu'on s'en va au moins pour les 10 prochaines années. On cherche le mécanisme. Si vous avez des spécialistes là-dedans, en tout cas, présentez-nous-les. Mais je ne sais pas comment vous voyez ça. C'est qu'on en parle, mais, quand on s'installe puis qu'on commence à faire la technique, mon doux que ce n'est pas évident! Je ne sais pas, j'aimerais vous entendre là-dessus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): D'abord, Mme la Présidente, sans faire de commanditaire, on va juste vous rappeler qu'on a un plan déjà de trois ans sur la table qui identifie clairement les besoins de la région de Québec. Pour le reste, je pense qu'on ne peut pas se tromper en avançant qu'il y a un tronc commun au niveau des indicateurs de performance, certainement un tronc commun pour les établissements comparables, parce qu'on part toujours de cet aspect-là. Il s'agit de décider provincialement, du haut de la pyramide, de dire lequel on se donne, parce que tout le monde développe des outils. Le député en parlait tout à l'heure, l'AHQ a ses outils, le ministère a ses outils, certaines régions ont les leurs au niveau des indicateurs de performance, ce qui fait qu'on est toujours un petit peu mal pris pour faire ces comparaisons-là définitives. C'est pour ca que je disais tout à l'heure: Est-ce qu'on est rendu, dans le débat santé, à dire: Il y a des services nationaux qui doivent se donner? À quel endroit doivent-ils se donner? Et, si oui, dans la région de Québec, une fois qu'on les auras établis, bien, ce sera ça et on ne passera pas notre vie à essayer de faire des développements tous azimuts sans être balisés de cette façon-là. Mais ça, je pense que c'est une démarche gouvernement et non régie par régie, et ça, c'en est une, à mon point de vue, une voie de passage.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.
Oui, vous voulez ajouter quelque chose, M. Paquet?

• (12 h 20) •

M. Paquet (Roger): Peut-être, oui. Bien, un élément additionnel relié à la performance parce que, quand on travaille la performance d'établissement, ça va assez bien, on a des indicateurs qui sont assez bien définis sur ce que c'est, le rendement d'un hôpital ou d'un centre jeunesse. Le défi, c'est d'avoir des indicateurs de performance de système, c'est-à-dire l'ensemble de l'action de santé et bien-être auprès d'une population, toutes catégories d'établissements confondues. Et là on a des choix stratégiques à faire. À l'heure actuelle, il y a 20 % des personnes qui se présentent aux urgences qui ont plus de 75 ans. Est-ce qu'on investit à l'hôpital ou si on investit

dans les services de maintien à domicile et dans le réseau de première ligne pour leur donner là une réponse au lieu de la donner à l'hôpital? Il faut qu'on soit capable de poser ces questions-là puis de trouver les réponses.

Deuxième élément, la perspective pour les services de base, les services de première ligne, ceux qu'on retrouve près des gens, de les financer sur une base de per capita est probablement une voie prometteuse qui donnerait une équité de bon niveau sur l'ensemble du Québec pour ce volume de services là. Là, ce qu'on va rencontrer comme difficultés, c'est les investissements historiques qui se sont faits sur une logique différente; pas mauvaise, tout simplement différente. Il faudra se donner, si on prend cette voie-là, une période de transition pour être capable d'évoluer de l'ancienne situation vers la nouvelle où, là, on aurait une équité de moyens et on pourrait se concentrer sur une imputabilité des résultats plutôt qu'une imputabilité de processus qui est souvent ce qu'on essaie de faire, faute de pouvoir donner des résultats.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je pense que vous posez les bonnes questions, M. Paquet. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Oui. Merci, Mme la Présidente. Tout simplement un commentaire là-dessus. Je reconnais la grande vision de M. Paquet, mais il reste que, si on n'est pas capable — le ministère, les régies et les établissements hospitaliers; je prends l'exemple, ça pourrait être les centres jeunesse — de s'entendre sur des indicateurs de performance dans le domaine hospitalier, on va discuter, je pense, encore pas mal plus longtemps, même si c'est très à propos, des sujets de société que vous soulevez. Je pense qu'à court terme il y a des choses à faire du côté budgétaire et financier pour continuer d'assurer les services aux gens qui, eux autres, arrivent à l'urgence, malheureusement.

J'avais posé une question tout à l'heure — et je ne voudrais pas y revenir, là — sur l'évolution des coûts d'assurance salaire dans la région des établissements du réseau de la Régie. Si vous voulez peut-être simplement les déposer, les envoyer, parce que vous l'avez certainement, l'évolution depuis deux ans à peu près des coûts d'assurance salaire dans la région.

Une question sur les effectifs médicaux: Quelle est l'évolution des effectifs médicaux? J'ai noté, je pense, dans certains de vos documents... Bon, il y a les spécialistes, il y a les omnipraticiens, il y en a qui ont pris leur retraite. Je ne sais pas quel impact ça a eu dans la région de Québec, mais est-ce qu'il y a, selon vos objectifs et pour les services à rendre à la population, un manque d'effectifs médicaux présentement, autant du côté omnipraticiens que du côté des spécialistes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Globalement, Mme la Présidente, je dirais non, mais du même souffle je vous dirais qu'ils ne sont pas nécessairement bien distribués dans la région. Si on y allait en chiffres absolus, nous sommes une région où le plan d'effectifs médicaux doit réaliser une décroissance. Je pense qu'avec Montréal, puis même sous réserve, nous sommes la seule région dans cette situation-là. Donc, on est sûrement, à travers l'ensemble des effectifs, la région la moins pauvre. Disons-le comme ça pour ne pas dire qu'on est riche, parce que les gens nous disent qu'il en manque tout le temps. Mais on serait la moins pauvre.

Et, si on y va de façon un peu plus pointue, spécialité par spécialité, bien là c'est sûr que, si on va, par exemple, en chirurgie cardiaque ou en neurochirurgie, des spécialités aussi pointues où actuellement il commence à y avoir un manque à travers la province et même le monde entier, c'est sûr qu'on subit la même situation. On a le plus bel exemple — on en parlait ce matin — en radiooncologie où il faut temporairement importer des radiooncologues français. Donc, oui, on a certains problèmes. Mais, de façon globale, surtout au niveau de l'omnipratique, quand je vous dis: Ils ne sont pas nécessairement distribués comme on voudrait qu'ils le soient, c'est qu'il y a des activités médicales qu'on aimerait qui soient posées, par exemple, dans les CHSLD, en CLSC, un petit peu partout, de cet ordre de grandeur là, qui ne sont pas toujours couvertes parce que les médecins sont plutôt en cabinet privé. Mais, au global, vous avez vu tout à l'heure qu'on a créé un réseau intégré de services avec 34 cliniques privées, donc on fait avec, on compose avec. L'important, c'est que les clients, la population ait les soins, et actuellement on pense de bien couvrir l'ensemble des soins en utilisant l'ensemble des ressources, même si elles ne sont pas toujours situées physiquement aussi. C'est sûr que, quand on prend nos deux territoires excentriques de Portneuf et de Charlevoix, on n'a pas toutes les ressources qu'il faut, il faut faire de l'itinérance dans ce coin-là, etc.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.

M. Marcoux: Une question complémentaire à celle-là. La loi n° 404, si ma mémoire est bonne, avait prévu l'établissement de départements régionaux de médecine générale. Je pense que ça a été adopté en juin 1998 ou à peu près, cette loi-là. Est-ce qu'il y a un DRMG d'établi dans la région de Québec? Ou sinon quand est-ce que ce sera établi?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, la démarche est en cours, il y a une résolution de passée au conseil d'administration pour permettre au directeur général de faire tout le nécessaire pour implanter le DRMG. Les règlements du DRMG sont écrits, il reste à les adopter en assemblée générale des médecins omnipraticiens de toute la région, et ça devrait se faire dans le courant des prochaines semaines. On est obligé de mettre

en relation les négociations actuelles avec les omnipraticiens parce qu'on sait que les omnipraticiens ont déjà annoncé publiquement qu'ils ne participeraient pas nécessairement aux assemblées d'implantation des DRMG tant que leurs conditions de travail ne seraient pas solutionnées.

M. Marcoux: Une dernière question sur le personnel professionnel, les infirmières: Combien d'infirmières ont pris leur retraite dans le cadre des départs à la retraite volontaires, des départs assistés, en 1997, premièrement? Deuxièmement, quel serait le besoin en infirmières présentement? Et est-ce que vous prévoyez que le recrutement et l'embauche au cours des prochains mois, là, d'ici juin, par exemple, va pouvoir combler les besoins en effectif pour le personnel infirmier?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Mme la Présidente, nous avons eu 450 départs d'infirmières sur le projet de mise à la retraite anticipée et actuellement nous ne serions pas, avec les données connues d'aujourd'hui, en mesure de couvrir l'ensemble de nos besoins pour la prochaine période estivale au niveau des infirmières. Mais j'expliquais tout à l'heure qu'il y a eu négociation avec l'Ordre des infirmières et la Direction des relations de travail du ministère et que nous avons eu la réponse la semaine dernière à l'effet que les étudiantes de deuxième année en soins infirmiers seraient autorisées à poser des actes délégués pour la période estivale. Donc, normalement, on devrait peut-être, avec cette situation-là, être en mesure de couvrir nos besoins. Mais, au moment où on se parle, ce n'est pas le cas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, une très courte dernière question, Mme la députée de Vanier, avant de suspendre nos travaux.

Mme Barbeau: Ça passe vite, trois heures. Mais j'ai compris que, comme députée de la région, je pourrais peut-être vous parler plus régulièrement. Je vais poser une question sur les services sociaux. On dit toujours que la santé prend toute la place, mais, dans le concret, les tables de concertation jeunesse — je pense que c'est ça dont vous parlez à la page 8 — vous dites qu'il y en a au niveau local. Je sais, moi, qu'il n'y en a pas partout et je voudrais savoir comment vous fonctionnez avec elles, parce que vous n'êtes pas présents sur les tables comme telles, si je lis ce que vous avez écrit, directement. Vous n'avez pas une personne déléguée à la table. C'est ce que je lis. C'est quoi, votre fonctionnement avec ces tables-là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une très courte réponse, M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Mme la Présidente, les tables existent sur tous les territoires de CLSC. Nous avons

identifié un certain nombre de nos partenaires qui sont autour de la table, mais la Régie régionale, représentée par la Direction de la santé publique et la Direction de l'organisation de services, est aussi présente à ces tables-là et c'est là que les projets d'initiative et d'action sur chaque territoire sont proposés par les membres de la table et mis en application par la suite.

Mme Barbeau: Ce n'est pas les tables, parce que j'en ai une dans Les Saules, par exemple, mais il n'y en a pas dans tous les quartiers. Vous dites qu'il y en a une autre, si je comprends bien.

M. Paquet (Roger): Malheureusement, il n'y en a pas dans tous les quartiers, mais il y en a dans tous les territoires de CLSC.

Mme Barbeau: Ah! O.K. C'est de plus grande...
Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie. Je vous remercie infiniment pour votre participation, pour la documentation que vous nous avez déposée, réponse à toutes les questions et de façon très transparente. Merci infiniment. Vous voulez ajouter quelque chose, M. Laliberté?

• (12 h 30) •

M. Laliberté (Jean-Marie): Mme la Présidente, si vous me permettez une rapide conclusion, je voudrais m'engager, prendre l'engagement devant vous tous ici de prendre tous les moyens nécessaires, au nom du conseil d'administration, pour donner à la députation régionale une meilleure information et regarder même la possibilité de créer des rencontres pour établir des liens plus formels pour qu'elle soit renseignée sur ce dossier qui est complexe et qui est à la fois aussi très près des citoyens. Et je demeure aussi profondément convaincu que les gens de la permanence — que je veux remercier d'abord particulièrement — ont à coeur la qualité de services et la quantité qu'on veut donner aux citoyens de la grande région, peu importe où ils habitent. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci beaucoup. Encore une fois, je vous remercie pour votre participation. Je remercie les membres pour leur collaboration et je suspends les travaux jusqu'à 14 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 14 h 6)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, on peut prendre place, s'il vous plaît, les membres de la commission?

Alors, nous avons quorum, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Nous pouvons commencer nos travaux. Alors, je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 en application de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et le services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Beaumier (Champlain) sera remplacé par M. Boucher (Johnson); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Et M. Vallières?

Une voix: Non.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Non? C'est correct. Alors, parfait. D'accord. Alors, je vous rappelle également que la commission va consacrer deux heures à l'audition de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Il y aura 30 minutes pour la présentation de l'exposé et 90 minutes réparties entre les membres de la commission.

Je voudrais bien sûr saluer les gens de ma région, les gens de l'Estrie, et leur dire que nous sommes très heureux de les accueillir à cette commission parlementaire. Alors, sans plus tarder, je laisse la parole à Jean Bellehumeur, qui est le président du conseil d'administration, et je vous demanderais, M. Bellehumeur, de nous présenter, pour les fins d'enregistrement, les personnes qui vous accompagnent.

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

M. Bellehumeur (Jean): D'abord, à ma gauche, M. Raymond Roy, qui est vice-président de notre conseil d'administration; à ma droite, le directeur général, M. Jean-Pierre Duplantie; et, à l'extrême droite, Dr Ginette Dorval, qui est responsable des services de santé publique.

La Présidente (Mune Gagnon-Tremblay): Je vous remercie. Alors, vous disposez d'une période de 30 minutes, M. Bellehumeur, pour nous faire part de votre exposé.

M. Bellehumeur (Jean): Merci bien, et une bonne journée! Alors, Mme la Présidente, Mmes et MM. les députés, à titre de président de la Régie régionale de l'Estrie, je veux exprimer au nom de tous mes collègues du conseil d'administration ainsi qu'en mon nom personnel notre grande satisfaction à nous retrouver en commission parlementaire pour rendre compte de l'administration des

mandats qui sont confiés par la loi à la Régie régionale. À de nombreuses reprises au cours de son mandat, le conseil d'administration a été amené à rappeler à divers intervenants l'importance d'être imputable du mandat reçu de l'État et des fonds publics qui lui sont confiés. Le plaisir de nous présenter devant vous est d'autant plus grand que c'est à titre de citoyen bénévole que, personnellement et avec la complicité des autres citoyens bénévoles de notre conseil, je contribue à la réalisation des objectifs de la réforme. N'est-ce pas là le voeu d'une réforme axée sur le citoyen à titre de consommateur, de payeur de taxes et de décideur, une réforme prévoyant la participation du citoyen non seulement à la prévention des problèmes et au processus thérapeutique, mais aussi à l'administration du système de santé?

Administrer au niveau régional, c'est participer à la détermination des priorités de la région, à l'organisation des services et à l'allocation des ressources en fonction des besoins de son milieu. Il m'apparaît important que ce processus d'imputabilité à l'égard du gouvernement soit maintenu et vienne renforcer la crédibilité du processus de régionalisation et de décentralisation.

La Régie régionale de l'Estrie a fait siens les objectifs de la réforme et de la transformation: le développement des services dans le milieu de vie des citoyens, le développement des approches de prévention et de promotion, l'évaluation des services et la recherche de l'efficacité et de l'efficience. Malgré des contraintes financières importantes, la Régie régionale, en collaboration avec les établissements, les médecins et les organismes communautaires, a doté notre région de l'Estrie d'une organisation de services axée sur le citoyen.

• (14 h 10)

Dans un contexte de transformation aussi profonde que celle que nous venons de connaître et où réforme et compressions budgétaires ont été menées de front, il est normal que la population ait été inquiète et qu'elle continue de l'être. Parmi les enjeux majeurs auxquels nous devions répondre, nous retrouvons ceux de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des soins et des services. Depuis 1994-1995, l'Estrie a travaillé à se doter d'un système de santé et de services sociaux qui répond aux grands objectifs et aux grands enjeux de la réforme tels que déjà énumérés.

Sur le plan du développement des services dans le milieu, c'est-à-dire dans chaque MRC, ce sont quelque 3 000 000 \$ par année que nous avons réinvestis pendant quatre ans dans un plan qui s'étalait sur six. Ces investissements ont été réalisés grâce à des réallocations provinciales et régionales — réduction, par exemple, du nombre de lits en milieu hospitalier de quelque 1 125 à 725 lits. Ces investissements nous ont permis, entre autres, de passer d'un per capita de 126 \$ et quelques à un per capita de 168 \$ et quelques. Nous nous étions donné comme objectif d'atteindre un per capita de 180 \$ pour l'année 2000-2001. Au-delà du développement des services en CLSC, ces réallocations ont permis le développement des organismes communautaires. Ainsi, nous sommes passés de 108 organismes communautaires en 1995-1996

à 123 en 1998-1999, ceux qui sont subventionnés pas la Régie. Mais plus significative encore a été l'augmentation du budget des subventions qui est passé de 6 100 000 \$ en 1995-1996 à 8 000 000 \$ en 1998-1999, soit une augmentation de près de 2 000 000 \$ sur quatre ans.

Dans le secteur de la prévention et de la promotion, la Régie régionale de l'Estrie a adhéré aux objectifs de la politique de santé et de bien-être en investissant chaque année environ 20 % des budgets de réallocation, et ce, en tenant compte des priorités nationales de santé publique. C'est ainsi que nous sommes passés d'un investissement de 50 000 \$ en 1995-1996 à un investissement d'au-delà de 1 700 000 \$ en 1999-2000. Les programmes mis en place se sont adressés à différents groupes cibles de tous âges et ont été retenus pour leur efficacité.

En matière d'évaluation, la Régie s'est dotée d'une équipe qui a la responsabilité de mettre en place des processus d'évaluation tant en ce qui a trait aux résultats des programmes qu'au processus d'implantation. C'est ainsi que tout nouveau programme en matière de prévention comme en matière de services fait l'objet d'une évaluation.

Par ailleurs, au-delà des compressions budgétaires exigées par le gouvernement, la réforme recherchait des gains d'efficience de notre système qui, dans certains secteurs, étaient devenus très coûteux; pensons, entre autres, au secteur hospitalier de même qu'à l'administration du système. En Estrie, nous sommes passés d'une subvention ministérielle de 360 000 000 \$ en 1993-1994 à une subvention de 341 000 000 \$ en 1998-1999. Il s'agit d'une réduction de 19 000 000 \$ du budget, sans compter le non-financement du coût de système de l'ordre de 25 000 000 \$, selon les estimés du ministère de la Santé et des Services sociaux au cours de la même période. La réorganisation administrative — les fusions d'établissements, les regroupements des services administratifs, etc. - a contribué à des économies de l'ordre de 17 700 000 \$. Les efforts dans la réorganisation des services, tels la réduction des lits et le développement des services dans la communauté, ont permis d'atteindre les objectifs gouvernementaux. Il faut reconnaître cependant que la région supporte présentement un déficit récurrent de l'ordre d'environ 16 000 000 \$.

La poursuite de ces objectifs a été accompagnée d'enjeux majeurs au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des services, de même qu'au niveau de l'information pour la population. En matière d'accessibilité, de continuité et de complémentarité, l'Estrie a fait des pas énormes au cours des dernières années et elle est très fière de ce qui a été accompli grâce à la collaboration des établissements et de leur personnel, des médecins, des organismes communautaires et des bénévoles. Mentionnons ici les exemples suivants:

1° Le guichet unique que constitue le regroupement des établissements fusionnés dans six MRC sur sept. En effet, dans ces MRC, la population s'adresse à une seule porte pour ses services d'urgence et d'hébergement et pour l'ensemble de ses services courants dans les secteurs d'activité incluant le maintien à domicile. En d'autres

mots, un seul conseil d'administration, un seul établissement assumant la mission de CLSC, de centre d'hébergement et de centre hospitalier de moins de 50 lits.

2° Le réseau intégré d'accessibilité aux soins médicaux généraux pour la MRC de Sherbrooke — mis en place sous le leadership de la Commission médicale — où les cabinets privés, le CLSC et l'urgence du centre hospitalier collaborent pour assurer une accessibilité aux services médicaux en tout temps, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il faut souligner ici que l'Estrie est passée de quelque 215 000 visites à l'urgence en 1995-1996 à 8 000 en 1998-1999. Il s'agit d'un changement majeur dans le comportement de notre population. Soulignons aussi l'intégration des services médicaux dans la MRC de Coaticook, où tous les médecins font équipe pour couvrir à la fois les services du CLSC, de l'hébergement, de l'urgence et des cabinets privés.

3° Le Département régional de médecine générale est en voie d'implantation. Les élections sont prévues pour le début de juin 2000. Le département devrait permettre, si on lui en donne les moyens, d'améliorer encore plus l'accessibilité aux services médicaux prioritaires partout sur notre territoire.

4° Info-Santé CLSC. La mise en place d'Info-Santé CLSC a permis, en 1998-1999, de répondre à presque 104 000 appels de la part de la population pour des conseils ou de l'information, et ce, dans un délai moyen de réponse de deux minutes à la centrale.

5° Urgence-Détresse CLSC. Dans le secteur de la santé mentale et du bien-être des individus, les services d'Urgence-Détresse CLSC ont été instaurés pour offrir une aide immédiate lors de situations de crise, et ce, dans chacune des MRC. Ce sont quelque 2 000 demandes par année qui sont traitées par ce service.

6° Des services régionaux dans les MRC. Les services régionaux viennent appuyer l'action des établissements des MRC par la décentralisation de leur expertise. Qu'il s'agisse de services de protection de la jeunesse, de services de réadaptation ou de services médicaux spécialisés en courte durée ou en gériatrie, partout où la masse critique de professionnels le permet et où l'équipement spécialisé n'est pas en cause, les services sont généralement offerts dans la MRC. L'accès aux services spécialisés et la complémentarité sont ainsi favorisés. Des ententes entre les établissements permettent l'utilisation de locaux en commun.

7° Des ententes entre le Centre universitaire de santé de l'Estrie et les CLSC. La prise en charge des bénéficiaires pour un suivi rapide dans leur milieu de vie suite à une hospitalisation est favorisée grâce à des ententes entre le CHU ou le CUSE et tous les CLSC.

Voilà donc autant de moyens que la région s'est donnés pour rendre accessibles les services dans les MRC et pour assurer la continuité et la complémentarité des services à la population. De plus, il faut noter l'importance que la Régie a accordée au dossier de l'équité dans l'accès aux ressources. Le processus de réallocation budgétaire adopté par la Régie a été guidé par la volonté de permettre à la population de tout le territoire d'avoir accès au même

niveau de ressources et de permettre aux établissements des MRC d'adapter leurs services en fonction des besoins. L'approche budgétaire du gouvernement, budget global pour la région jusqu'en 1998-1999, permettait à la région cette flexibilité.

Dans la poursuite de la transformation du réseau, l'un des enjeux majeurs a été l'information à la population pour répondre à ses inquiétudes et l'associer aux changements que nous avons vécus. Tout au long de la restructuration du réseau, la Régie s'est rendue dans chacune des MRC pour partager avec la population et les intervenants sur les enjeux des changements, sur la remise en question du modèle traditionnel de distribution des services et sur la disponibilité des services. Au cours de la dernière année, soit au printemps 1999, la Régie, accompagnée des établissements régionaux et des établissements des différentes MRC, a fait une nouvelle tournée pour faire état des services disponibles, locaux et régionaux, dans chacune des MRC. Par la même occasion, un dépliant identifiant les services et l'adresse des établissements et de leurs points de services a été distribué dans tous les foyers. L'information à la population doit demeurer, à notre avis, une préoccupation constante de la Régie régionale et de notre réseau pour favoriser l'accès aux services et répondre aux préoccupations de la population à l'égard du système de santé.

• (14 h 20) •

Les perspectives. D'abord, en matière de régionalisation-décentralisation, forte du support de la ministre, la Régie régionale de l'Estrie a repensé et réorganisé, avec la contribution des établissements, le système de distribution des services en un véritable réseau où la compétition entre les établissements a été réduite à son minimum, chaque établissement ayant son champ spécifique d'intervention. Alors que dans chaque MRC il n'y a qu'un seul établissement pour plusieurs missions, au niveau régional, chaque établissement chapeaute un programme spécifique, telles la déficience intellectuelle, la déficience physique, la santé mentale, la problématique d'alcoologie-toxicomanie, la protection de la jeunesse, les jeunes mères en difficulté, la santé physique et la gériatrie. Des plans régionaux de services sont développés dans tous les secteurs d'activité. Ils permettent non seulement de clarifier les responsabilités de chaque établissement et des organismes communautaires, mais également d'identifier les priorités de développement en tenant compte des programmes de prévention et des différents niveaux de services à développer, compte tenu des orientations définies par la politique de santé et de bien-être. Ils prévoient même les mécanismes d'évaluation.

En Estrie, les réorganisations majeures sont complétées. Il faut investir dans la consolidation des services et il faut le support du gouvernement et du ministère pour investir les ressources requises dans les services en fonction des besoins de la région et pour permettre à la Régie régionale de bien assumer son rôle à l'égard de la coordination et de l'efficacité du réseau.

Pas d'imputabilité sans des moyens. Ce qui a permis à la Régie régionale de l'Estrie d'assumer pleinement ses responsabilités a certes été la volonté des membres du conseil d'administration de s'engager à l'égard de la réforme et de la transformation et la collaboration des divers intervenants de la région. Par ailleurs, nous devons souligner le partenariat du ministère qui a fait confiance à ses administrateurs bénévoles et qui a cru en l'importance de soutenir leurs décisions dans des moments très difficiles et de donner des suivis rapides à l'égard de recommandations provenant du conseil d'administration. À un moment où les partis politiques s'interrogent sur les régies régionales, qu'il nous soit permis de souligner que, au-delà des responsabilités et des pouvoirs qui pourraient lui être confiés par la loi, la capacité de la Régie régionale à bien assumer son rôle demeurera toujours liée au support gouvernemental qu'elle recevra. Il sera toujours important que les mandats soient bien définis et qu'ils soient respectés.

Pour bien assumer son mandat, particulièrement au niveau de l'organisation et de la coordination des services de même qu'en ce qui a trait à l'efficience du système, il est impératif pour la Régie d'assumer des responsabilités à l'égard de l'allocation des budgets. Ce qui a permis à la Régie régionale de revoir l'organisation du réseau et de développer une accessibilité plus équitable aux services pour l'ensemble de notre population, ce fut son pouvoir de priorisation des services et des réallocations. Au-delà du pouvoir moral de concertation, il faut des pouvoirs concrets, et ceux-ci se traduisent dans notre secteur d'activité comme dans toutes les autres sphères de notre société dans le pouvoir d'allocation et de réallocation des budgets.

Il en est de même au niveau de l'organisation des services médicaux. Malgré toute la concertation dont nous faisons preuve en Estrie entre l'Association des médecins omnipraticiens, la Régie régionale et la Commission médicale, nous n'avons pas réussi, sur certaines parties du territoire - et là nous citons Lac-Mégantic, la MRC du Haut-Saint-François et Valcourt — à assurer une couverture adéquate des services médicaux de première ligne. Et pourtant il y a suffisamment de médecins de famille sur l'ensemble du territoire. Au niveau des spécialités, nous avons un sérieux problème de recrutement. Selon le plan des effectifs médicaux, nous sommes en manque de 32 médecins spécialistes. Le Carrefour santé du Granit doit compter sur un médecin dépanneur pour assurer les services d'anesthésie. La Régie régionale est d'accord avec la proposition de la Conférence des régies et du Collège des médecins visant une meilleure répartition des médecins au Québec en tenant compte des secteurs prioritaires à couvrir. À cet effet, il faut que les régions puissent offrir des incitatifs aux médecins.

Par ailleurs, comme vous le savez, notre réseau investit argent et énergie pour se doter de systèmes d'information adéquats. Les besoins sont immenses dans tous les secteurs d'activité. Il faut féliciter le ministère pour avoir favorisé la mise en place de la SOGIQUE, responsable des actifs informationnels communs, afin d'assurer la coordination et l'efficience dans le développement des systèmes. Il nous apparaît important

cependant que le ministère traduise par des investissements budgétaires ses attentes en matière d'information à l'égard du réseau. Après les efforts consentis par le réseau pour assumer les compressions budgétaires qui lui ont été imposées, nous ne pouvons nous attendre à ce qu'il ait les moyens de se doter lui-même des systèmes d'information nécessaires sans encore une fois réduire les services à la population.

En termes d'équité nationale, nous avons fait état ci-haut de l'importance prise par le principe de l'équité dans la région pour favoriser l'accès aux services à toute la population de l'Estrie. Nous considérons que ce même principe devrait être recherché dans l'allocation des budgets entre les régions. Si, dans certains secteurs, l'Estrie peut paraître mieux nantie, au global, dans les études du ministère, elle est toujours apparue plus pauvre. Notre préoccupation porte particulièrement sur le secteur des services aux personnes âgées où, avec deux autres régions, nous nous retrouvons bien en deçà de la moyenne provinciale. Cette situation met en danger le niveau des services aux personnes âgées, la qualité des services qui leur sont offerts et même notre engagement à l'égard de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Comme vous le savez, l'une des particularités de l'Estrie est d'être une région universitaire. Le secteur de la santé et des services sociaux y contribue grandement par son centre hospitalier universitaire, son Institut universitaire de gériatrie et son CLSC affilié. Or, si les centres hospitaliers universitaires, dont le Centre universitaire de santé de l'Estrie, pourront bénéficier de la révision présentement en cours des budgets de ce type d'établissement et si le CLSC a pu bénéficier d'un budget attaché à son mandat universitaire, nous n'avons aucune indication qu'il en sera ainsi pour l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Cet établissement est présentement supporté par la région elle-même. À ce jour, le ministère n'a pas tenu compte de la dimension universitaire dans l'allocation des budgets pour les services aux personnes âgées en comparant les régions. Compte tenu de la situation de pauvreté dans laquelle se retrouve déjà l'Estrie au niveau de ses services aux personnes âgées, le ministère se doit d'assumer les coûts de la dimension universitaire de cet établissement et ainsi reconnaître financièrement son apport à la collectivité québécoise.

En conclusion, Mme la Présidente, les membres du conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie veulent assurer le gouvernement de leur engagement à bien représenter les besoins de la population de l'Estrie et à travailler en partenariat avec son ministère dans la poursuite des objectifs de la politique de santé et de bien-être. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Me Bellehumeur, pour votre exposé. La parole est maintenant aux membres de la commission. Je vous rappelle qu'il y a lieu de poser des questions brèves si on veut avoir des réponses très brèves. Alors, nous disposons d'environ 90 minutes. Sans plus tarder, je cède la parole au député de Johnson.

M. Boucher: Bonjour, messieurs dames, et bienvenue à la commission parlementaire. La présidente s'est adressée à moi presque directement en me demandant de poser des questions brèves, alors je vais devoir me restreindre. Mais j'en aurais beaucoup.

Une des préoccupations que j'ai suite à des rencontres que j'ai eues avec des représentants de CLSC récemment, c'est que, la mission CLSC, c'est-à-dire la mission prévention, services courants et interventions communautaires, particulièrement là où on a des guichets uniques — et vous avez fait référence à ça, les guichets uniques, et la fierté que vous aviez de les avoir créés en région, six sur sept — on me dit que la mission CLSC est en train de disparaître. Est-ce que vous pouvez confirmer ça ou nous dire, au contraire, qu'il y a des efforts qui sont faits pour la maintenir et même la développer?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est votre question, M. le député de Johnson? Alors, à vous la parole. M. Duplantie ou M. Bellehumeur? M. Duplantie, directeur.

### • (14 h 30) •

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. D'abord, si on parle de la mission en général au niveau des CLSC, je pense que le travail qui a été fait en Estrie vient supporter, de fait, la mission de première ligne, toute l'orientation au niveau des services courants, au niveau de la porte d'entrée de notre système et aussi au niveau des services préventifs. Une des grandes préoccupations, tant pour les CLSC cependant que pour la Régie régionale, est dans le domaine du rôle au niveau de la promotion et de la prévention. On le sait, le CLSC avait été mis en place, entre autres, pour pouvoir contribuer de façon importante à cette dimension-là: d'une part, agir en prévention et, d'autre part, intervenir rapidement pour éviter en quelque sorte la détérioration des situations. C'est ce qu'on souhaitait. Alors, on l'a vu chez nous par les investissements qu'on a faits, soit 3 000 000 \$ par année pendant quatre ans à travers la réforme, c'est venu supporter le rôle qu'on a voulu donner aux CLSC à travers la réforme. Mais en même temps ce qu'on s'est trouvé à faire, c'est évidemment de faire en sorte que les gens agissent au niveau de problèmes qui sont déjà bien identifiés, ou les gens viennent dès que les problèmes sont identifiés pour chercher un service. On l'a encouragé à travers le système d'Info-Santé, on l'a encouragé à travers le guichet unique, donc on l'a encouragé de différentes façons.

Mais, au niveau de la prévention, en mettant l'action sur évidemment les services, ça a fait en sorte que — et dans un contexte où en même temps il y avait des compressions budgétaires — on a vu certains CLSC réorienter des argents qui étaient dans le domaine de la prévention vers des services plus particulièrement, que ce soit à même le système d'Info-Santé, où on est conscient qu'une partie du financement est venu de services déjà existants, ce qui a fait en sorte qu'il y a eu une perte du côté des efforts dans le domaine de la prévention.

La Régie régionale, pour s'assurer cependant qu'il n'y ait pas une érosion justement de ce secteur d'activité là, tel que M. le président vous le soulignait tantôt, a investi plus particulièrement dans ce secteur-là en lien d'ailleurs avec la politique de santé et de bien-être qui prévoyait des investissements de l'ordre de 20 % de tous nouveaux argents qui seraient mis dans le réseau. Alors, c'est pourquoi vous retrouvez - et je rappelle tout simplement ce qu'on mentionnait tantôt — que, en Estrie. on est passé d'un budget, d'un nouveau budget, en quelque sorte, qui était de 57 000 \$ en 1995-1996 au niveau de la prévention à un budget de 1 723 000 \$ au courant de la dernière année. C'est dire comment nous tentons à la fois de supporter les CLSC dans leur mandat de première ligne, de porte d'entrée de notre système, je dirais d'intervenant majeur dans le virage ambulatoire, et en même temps de supporter toute la dimension de la promotion et de la prévention à laquelle on croit profondément.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Duplantie. M. le député de Johnson.

M. Boucher: Une autre question qui est une préoccupation, d'ailleurs, je pense, pour l'ensemble des députés de notre région, c'est la question de la répartition équitable des médecins. Il en manque à peu près partout dans ce que je pourrais appeler, entre guillemets, des régions éloignées, si Asbestos est une région éloignée et Lac-Mégantic, ce qui n'est pas nécessairement le cas, pas plus que Valcourt.

### Mme Bélanger: Périphérie.

M. Boucher: Périphérie, oui. C'est mieux. Il y a une direction régionale de médecine générale en Estrie qui est au travail, semble-t-il. Ce qu'on me dit souvent à Québec quand j'interpelle la ministre, c'est que, bon, les négociations avec la FMOQ n'ont pas permis que ces directions régionales de médecine générale se mettent en branle et fassent un travail efficace de répartition. J'ai entendu dire qu'en Estrie c'est peut-être différent. Peutêtre que ces directions-là fonctionnent bien et qu'on s'en va vers une répartition de médecins qui est plus équitable, puis je pense, moi, particulièrement à Valcourt où c'est très aberrant de constater... Encore en fin de semaine, des amis me disaient qu'il n'y a pas de services médicaux disponibles. Le CLSC n'est pas ouvert le samedi puis le dimanche, et puis il n'y a pas de médecins disponibles à Valcourt. On n'est pas, là, à Chibougamau, on est à Valcourt. Alors, est-ce qu'il y a quelque chose de particulier puis est-ce qu'on peut attendre des résultats à court terme?

 $\begin{tabular}{lll} \textbf{La Pr\'esidente} & \textbf{(Mme Gagnon-Tremblay):} & \textbf{M}. \\ \textbf{Duplantie.} \end{tabular}$ 

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, vous dire un peu — et M. le président vous le soulignait tantôt — qu'on considère qu'il y a là un défi important. Même si nous sommes une région favorisée de par le fait que nous

savons, selon notre plan d'organisation sur le plan médical pour la région, que nous avons suffisamment de médecins — le plan prévoyait 302 médecins omnipraticiens, et, de fait, nous en avons 303 — l'enjeu plus particulier, c'est la meilleure répartition sur le territoire. C'est donc d'avoir des règles du jeu qui permettent de faire une meilleure répartition et d'orienter les médecins soit vers des coins de notre territoire — que ce soit Valcourt, que ce soit La Patrie, deux coins de territoire où on a des difficultés plus particulières — donc d'être capable de les orienter vers des parties du territoire, ou encore de les orienter sur des priorités, des secteurs prioritaires.

On a vu, par exemple, à Asbestos manquer de médecins pour couvrir l'urgence, on le voit au niveau de Lac-Mégantic, ce sont là des difficultés inhérentes à notre système tel qu'il est organisé présentement. Ce qu'on espère, c'est qu'à travers le Département régional de médecine générale, qui est un nouvel instrument qui a été mis dans la loi, nous pourrons, avec la collaboration de ce département-là et des médecins de notre territoire, amener des médecins, pour ne pas dire forcer des médecins à assumer ces responsabilités-là. Ce qui manque présentement cependant au département, ce sont des moyens, parce que, jusqu'à maintenant, on a toujours travaillé uniquement sur la base de la collaboration. Même l'Association des médecins collabore avec nous, la Commission médicale collabore avec nous. Les gens reconnaissent à ce momentci que de tout simplement faire appel à la bonne volonté des gens... Nous sommes à la limite en quelque sorte de cette bonne volonté, et il faut entrevoir des moyens qui peuvent être des incitatifs à caractère financier ou autre pour arriver à nos objectifs.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Johnson.

M. Boucher: O.K. Une autre préoccupation qui, je pense, est partagée par beaucoup de monde, c'est, comme en Estrie, comme partout ailleurs, que la population vieillit, vieillit rapidement, et on se questionne sur notre capacité de rencontrer des problèmes, de faire face aux problèmes que va occasionner le vieillissement de la population. Est-ce qu'en Estrie on prend des mesures particulières pour prévenir ces problèmes-là, pour être capable de s'attaquer à ces problèmes-là puis de trouver des solutions adéquates?

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): En Estrie, nous nous sommes donné, par le biais de ce que je vous mentionnais tantôt, notre approche d'équité entre chacune des MRC et nos engagements financiers, un programme, je vous dirais, un plan de développement au niveau des services aux personnes âgées. Tantôt, je vous mentionnais les services dans le milieu qui ont touché particulièrement les services aux personnes âgées. Il se sont vus en quelque sorte développés au rythme de 3 000 000 \$ par année, et ce,

dans une perspective vraiment d'équité entre chacune des MRC. Nous avons aussi investi au niveau des services d'hébergement 2 000 000 \$ par année, et il faut dire qu'à ce niveau-là nous avons encouragé les établissements à utiliser l'ensemble de l'argent non pas tellement pour l'investir dans des lits mais plutôt pour trouver des moyens de supporter les gens à domicile. Donc, on peut retrouver dans une MRC, par exemple, une moyenne de lits qui va être en bas de quatre lits pour 100 personnes âgées alors que, dans une autre MRC, on va être dans la moyenne de 4,2, 4,5 lits par 100 personnes âgées. On est donc dans un processus pour rechercher toutes sortes d'alternatives à l'hébergement qui permettent le maintien dans le milieu le plus longtemps possible, en fonction aussi du souhait même des personnes âgées qui est de demeurer dans leur milieu de vie. Actuellement, c'est à travers toutes sortes d'initiatives laissées au CLSC, laissées à la MRC, que ces approches se développent.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.
- M. Boucher: Je peux-tu encore une dernière question?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une dernière question, M. le député de Johnson.
  - M. Boucher: J'en avais plusieurs autres, mais là...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous pourrez revenir.
- M. Boucher: Je reviendrai. Il y a évidemment, comme dans toutes les régions du Québec, un problème d'immobilisation. On a été chanceux, la semaine passée ou il y a deux semaines, on a pu annoncer les plans définitifs de la réorganisation du 500, Murray et de l'hôpital Saint-Vincent et, par la suite, de Saint-Joseph et de l'Institut de gériatrie aussi. Est-ce que vous pouvez nous confirmer que le foyer de Valcourt, c'est devenu la première priorité de l'Estrie?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Dans l'ordre des priorités que nous avions, d'ailleurs, le foyer de Valcourt faisait partie des quatre premières priorités que nous avions en Estrie. De fait, si vous me demandez actuellement la première priorité, c'est celle de Valcourt, compte tenu que les deux autres seraient réalisées à partir de ce qui a été annoncé, à savoir la conception des plans définitifs, et que ceci amènerait la réalisation, donc, des deux autres projets, soit le complexe Saint-Vincent et le Centre de recherche de l'Institut de gériatrie, Donc, la prochaine priorité en liste est Valcourt.

### M. Boucher: Merci.

• (14 h 40) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, avant de céder la parole à mon collègue le député de Richmond, vous me permettrez. Étant donné que le député de Johnson en a fait mention, du plan d'immobilisation pour la rénovation de l'ex-hôpital Saint-Vincentde-Paul — on sait que c'est quand même très urgent, compte tenu du déplacement qu'on doit faire, à la Résidence de l'Estrie, des personnes qui y logent actuellement — pouvez-vous nous confirmer s'il s'agit d'un plan définitif? C'est-à-dire, il y a des plans définitifs, il y a des études. Est-ce qu'il s'agit d'études ou si on a eu l'assurance, la confirmation que les budgets seraient consentis aussi, une fois qu'on aura terminé les plan d'étude? Et à quel moment on pense que les travaux pourraient être terminés?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Mme la Présidente. vous savez qu'habituellement, lorsque le ministère annonçait les études pour les plans et devis définitifs, suivait la réalisation comme telle des projets. Cette année, pour des raisons particulières au niveau du Conseil du trésor et de la disponibilité financière, on a en quelque sorte autorisé les plans et devis définitifs en nous assurant que, de fait, la réalisation devrait suivre mais devrait faire en quelque sorte l'objet d'une autre annonce de la part du ministère. Mais toutes les informations que nous avons sont à l'effet que, suite au dépôt des plans et devis définitifs, il y aurait réalisation des projets. Alors, je pense que les travaux sont en cours pour les plans et devis définitifs, et ce qu'on espère, c'est que dans la prochaine année sera annoncée la réalisation de ces projets-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, si je comprends bien, comme le budget d'immobilisation 1999-2000 n'était pas suffisant, on a annoncé des études et on l'annoncera dans le budget de 2000-2001 la semaine prochaine.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est ce qu'on espère. définitivement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Je cède la parole maintenant à mon collègue député de Richmond.

M. Vallières: Merci, Mme la Présidente. Deux, trois points que je veux toucher. Le premier serait peutêtre face à la présentation que M. le président faisait tout à l'heure. On disait que la Régie et la Commission médicale n'avaient pas réussi sur certaines parties du territoire, en autant que le nombre d'omnipraticiens était concerné. Je voyais qu'on mentionnait Lac-Mégantic, la MRC du Haut-Saint-François et Valcourt. Asbestos n'est pas nommément indiquée. Est-ce que ça signifie que le problème d'omnis qui a été soulevé à quelques reprises est solutionné pour autant?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Ça ne signifie pas que le problème des omnis est solutionné de façon définitive. Il l'est actuellement dans le nombre de médecins présents. Cependant, on sait que nous demeurons très fragiles, très vulnérables. Il s'agit qu'un ou deux médecins quittent, et on est à nouveau en difficulté au niveau même du recrutement sur le plan provincial et au niveau aussi de pouvoir s'assurer que le médecin retenu veuille bien travailler dans le contexte qu'on souhaite.

Évidemment, il y a des mécanismes tels que les activités médicales particulières où, si le jeune médecin souhaite s'installer sur le territoire, on peut créer une obligation d'aller travailler, par exemple, au Centre hospitalier d'Asbestos. Mais on reconnaît que ça demeure fragile, la situation présente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Richmond.

- M. Vallières: Parce qu'il y a une donnée qui circulait il y a quelque temps à l'effet qu'il y avait 40 % de la population qui n'était pas en mesure de disposer d'un médecin de famille si elle le requérait. Est-ce que cette donnée-là est toujours la même? Ça a été 50 % un bout de temps, on sait qu'à un moment donné il est arrivé un médecin, on est tombé à 40 %, mais est-ce que cette proportion-là est toujours un peu...
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Vous parlez fort probablement de la région d'Asbestos.
  - M. Vallières: Oui, la MRC d'Asbestos.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, c'est possible, mais ça ne signifie pas que pour la région de l'Estrie on n'a pas le nombre de médecins suffisants.
  - M. Vallières: Non, ça, O.K.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): On l'a peut-être suffisant, mais on arrive au problème qu'on soulevait tantôt de la répartition adéquate des médecins sur l'ensemble du territoire et des moyens dont on devrait disposer pour assurer justement cette couverture appropriée.

M. Vallières: Oui, bien, c'est parce qu'entre-temps, dans les MRC, il y a peut-être un surplus. On voyait un médecin pour l'ensemble de la région, mais il y a des MRC qui sont en problème. Il y a des gens qui viennent nous voir — le député de Johnson y faisait allusion tantôt, probablement qu'à Valcourt c'est le même problème — puis ils disent: Je suis allé au CLSC, on ne prend pas de nouvelle clientèle. Je ne suis pas capable de trouver de médecin de famille. Alors, je vais aller où? À Sherbrooke, à Victoriaville, si je peux y aller? Donc, il demeure qu'il y a, à mon sens, un problème.

La ministre a été sollicitée à maintes reprises pour régler le problème, et souvent on y fait référence, à la mise en place des départements régionaux de médecine générale. Donc, j'espère, moi aussi, que ça va être quelque chose de très efficace pour qu'on arrête d'en parler et qu'une fois pour toutes on solutionne le problème, puisqu'on me dit toujours qu'il y a suffisamment de médecins, à tout le moins dans notre région prise globalement. Alors, espérons que très rapidement ça pourra donner des résultats.

L'autre sujet que je voulais aborder avec vous, c'est que je voyais dans vos rapports annuels de 1997 et de 1998, au niveau de votre conseil d'administration, qu'il y a toujours des postes vacants au niveau des municipalités. Évidemment, j'ai été informé par le biais des journaux aussi de la décision de deux maires qui ont décidé de quitter le conseil d'administration chez vous pour des raisons qui, en tout cas... Pour la mairesse de Woburn puis le maire d'East Angus, ça semblait bien clair que, eux autres, ils refusajent de jouer le jeu d'un conseil d'administration où les décisions sont toujours prises d'avance. Enfin, vous avez lu comme moi les articles de journaux. Je voudrais savoir si ces postes-là ont été comblés et de quelle facon. Est-ce que vous avez une politique établie à la Régie régionale pour faire en sorte que le monde municipal soit adéquatement représenté?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Bellehumeur.

M. Bellehumeur (Jean): D'abord, je veux remettre les pendules à l'heure sur la question des deux maires dont vous parlez. Ils ont quitté suite au fait qu'on leur a demandé de démissionner d'une façon tout à fait privée, puisqu'ils n'assistaient à peu près à aucune réunion depuis le début des travaux de notre conseil, et on souhaitait avoir la participation de membres du monde municipal qui seraient intéressés à la chose de la Régie.

Le problème qu'on avait, c'est que, au moment de la formation de notre conseil il y a trois ans, il y avait quatre postes pour des gens qui venaient du monde municipal, et seulement deux ont été comblés par les deux individus dont je parlais, et les deux autres, pour des raisons tout à fait juridiques, ne pouvaient pas être comblés. Il y a des gens qui voulaient venir faire partie du conseil, mais, pour des raisons juridiques qui tenaient de la loi, ne pouvaient pas en faire partie, de sorte que ça, ça a été comblé récemment, il y a quelques mois, cette dimension juridique là. Avec le départ maintenant officiel des deux membres dont on parlait, deux nouveaux membres font maintenant partie de notre conseil: le maire de Coaticook, si je ne m'abuse, M. Langevin, et quelqu'un qui vient de...

#### Une voix: Mme Macchabée, de Magog.

M. Bellehumeur (Jean): ...Magog, et il y a deux autres personnes qui se sont montrées intéressées, du monde municipal, et on a soumis leur nom au ministère pour qu'ils soient nommés par le ministre éventuellement — on le souhaite — de sorte qu'on en aurait maintenant quatre, représentants du monde municipal.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Me Bellehumeur.

M. Vallières: J'essaie de savoir. Au niveau du mécanisme que vous suivez pour sélectionner ces personnes-là, on sait qu'il existe une table des MRC en région qui regroupe les maires des municipalités. Est-ce que cet organisme-là a été sollicité et est-ce qu'il accepte de déléguer des gens pour siéger à votre conseil d'administration?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie ou M. Bellehumeur?

- M. Bellehumeur (Jean): Je sais que M. Duplantie a fait lui-même les démarches, alors je lui laisserais peutêtre...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. M. Duplantie.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Toutes les MRC ont été sollicitées par une lettre suite à la décision du conseil d'administration de combler les postes. Suite à cette invitation-là, de fait, il y a quatre MRC qui nous ont répondu, et les quatre noms ont été retenus, deux ayant été nommés immédiatement et les deux autres ayant été proposés à la ministre.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

M. Vallières: Je m'en permets une additionnelle, Mme la Présidente.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Richmond.

M. Vallières: À partir du moment où il v a une structure qui s'appelle la table des MRC, est-ce que vous trouvez ça normal, entre guillemets, que ces gens-là ne trouvent pas le moyen de vous suggérer de leur propre table — puisqu'ils sont là, ils ont un rôle de concertation au niveau régional qui n'est pas négligeable, j'imagine, c'est l'ensemble des élus municipaux — pour vous assurer au moins qu'une personne déléguée par la table, qui parlerait au nom de l'ensemble, puisse siéger au niveau de votre conseil d'administration? Est-ce que ce n'est pas inquiétant un petit peu de voir ce désintéressement, entre guillemets, d'une table aussi importante que la table des MRC à l'endroit de tout ce qui attend puis de tout ce qui bouge dans le domaine de la santé? On sait que les régies régionales, au moment où on se parle, disposent de grandes possibilités d'intervention sur le territoire. Alors, est-ce que ca ne vous inquiète pas de voir ce désintérêt qui se manifeste là?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Moi, je vous dirais qu'on a été inquiets dès le début lorsqu'on a procédé aux

élections et que, de fait, on s'est aperçus que deux postes seulement étaient comblés sur quatre. On s'est véritablement interrogés, au sein du conseil d'administration, sur ce que ça pouvait signifier, d'autant plus qu'on avait avisé, et pour nous ce n'est pas une question de la table versus les préfets. Chaque préfet, étant informé, peut ramener à la table — les gens peuvent se concerter, ça leur appartient — les mécanismes par lesquels il se concerte en soi.

### • (14 h 50) •

Et ce qui nous a surpris, c'est de n'avoir que deux candidatures. Récemment, disons qu'on était heureux de voir qu'ils avaient soumis quatre candidatures. Ça ne semblait pas avoir fait l'objet nécessairement d'un consensus entre eux, mais, que, tout au moins, quatre MRC se soient en quelque sorte manifestées, je pense que c'est dans le plus grand intérêt de toute la région, et on ne peut que souhaiter que de fait le milieu municipal s'intéresse davantage à ce qui a trait à la santé et aux services sociaux.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Duplantie.

M. Vallières: Dans un tout autre ordre d'idées, Mme la Présidente, je voudrais peut-être discuter un peu avec les représentants de la Régie en Estrie du financement des organismes communautaires. On sait que la Régie s'est fait reprocher dernièrement sa politique qu'on a qualifiée de trop floue par rapport aux organismes communautaires. Actuellement, j'imagine que les autres bureaux de député de la région sont inondés également par des représentations qui nous sont faites par des regroupements de tout ce qui bouge en termes de ressources communautaires dans notre milieu.

En regard du Guide d'application révisé, qui est un outil de travail que vous utilisez présentement, est-ce que vous avez l'intention de donner suite aux très nombreuses représentations qui vous sont faites par rapport à cet outil qui semble vraiment faire l'unanimité de la part des gens à l'effet que ça ne convient pas pour faire le travail que vous vous proposez de faire?

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Me Bellehumeur.

M. Bellehumeur (Jean): Là-dessus, je vais vous parler réellement comme membre de conseil. Les gens qui font partie de ce conseil-là sont arrivés il y a trois ans. Ils étaient tous nouveaux. C'était un conseil qui était entièrement renouvelé. Et, tout juste avant ça, quelques mois avant ça, le plan qui sert à établir les balises qui permettent de financer les différents organismes communautaires avait été adopté par le conseil précédent. Alors, à travers bien d'autres choses qu'on a eu à vivre à notre conseil, qui était un conseil public, évidemment, on a eu de façon répétée à rencontrer des organismes communautaires qui sont venus nous dire à quel point leur situation était la situation unique, qu'il fallait financer

absolument au détriment des autres. On ne les a pas rencontrés en séance publique, on les a rencontrés dans des déjeuners auxquels certains d'entre vous ont déjà participé. On les a rencontrés dans des dîners, on les a rencontrés dans des dîners, on les a rencontrés dans des façons formelles ou informelles, mais le discours est toujours le même.

Comme membres d'un conseil qui n'avons qu'une seule tarte à distribuer, évidemment, on s'est interrogés sur le fait de savoir quelle est la meilleure façon de distribuer. Est-ce que la façon que nous avons actuellement est la meilleure? Et c'est une chose qui nous préoccupait tellement qu'on a demandé à la permanence de la Régie de revoir ca. de regarder voir s'il n'y avait pas une facon de ramener ca sur notre table pour qu'on puisse décider ca au printemps de l'an 2000. On a demandé, donc, à l'ensemble des organismes communautaires et des établissements de participer à une consultation et de venir nous faire des propositions sur ce qu'eux autres voyaient comme façon de faire. Malheureusement — et nous l'avons déploré lors de la dernière rencontre de notre C.A. - le ROC, le Rassemblement des organismes communautaires et d'autres organismes, est venu nous dire qu'il boycottait à toutes fins utiles la consultation. C'est un peu comme si on vous disait aujourd'hui: Bon, on s'en va, on vous boycotte, la commission parlementaire, on n'a rien à vous dire.

### M. Vallières: On vous rappellerait.

M. Bellehumeur (Jean): C'est ça. Alors, on a été très déçus de cette attitude-là. On a, autour de la table, pendant cette rencontre-là, essayé d'inciter les gens à continuer de participer en leur disant: Écoutez, on a besoin de votre information, de votre expertise. Ça ne veut pas dire qu'on va toujours nécessairement être d'accord avec tout ce que vous dites, mais voulez-vous, s'il vous plaît, participer? Ils ont refusé. Bon. Alors, on a été obligés d'en prendre acte, et ça ne nous empêchera pas, lors de la prochaine rencontre de notre C.A., de se pencher sur cette question-là. Probablement qu'on prendra une demi-journée de travail, ou une soirée, ou un samedi pour étudier toute la question et voir s'il y a des façons de l'améliorer.

#### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

- M. Vallières: Êtes-vous en train de me dire que vous allez le faire sans avoir eu, au fond, l'opinion des gens, puisqu'ils disent: On ne veut pas y aller?
- M. Bellehumeur (Jean): Bien, moi, je veux bien le demander, mais je ne peux pas les forcer.
- M. Vallières: On sait qu'une des représentations qui vous sont faites par les organismes communautaires en Estrie, dont une des porte-parole, Mme Bibiane Roy, nous indiquait qu'elle aurait aimé qu'il y ait deux enveloppes, si j'ai bien compris, une attitrée vraiment au secteur communautaire et une autre pour les autres secteurs de l'activité, c'est qu'elle nous dit que l'Estrie est une des rares régions à ne pas procéder ainsi. Avez-vous des

données sur la façon dont ça procède dans les autres régies pour répartir cette enveloppe, l'ensemble de la tarte dont vous nous parliez tantôt?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bellehumeur.

M. Bellehumeur (Jean): Moi, personnellement, je n'en vois pas.

 $\begin{tabular}{lll} \textbf{La} & \textbf{Pr\'esidente} & (\textbf{Mme} & \textbf{Gagnon-Tremblay}); & \textbf{M}. \\ \textbf{Duplantie}. & \end{tabular}$ 

M. Duplantie (Jean-Pierre): D'abord, expliquer justement de quelle façon on le fait et quelle est la préoccupation des organismes communautaires. Tantôt, je vous parlais du fait qu'on travaille dans une perspective d'équité entre chacune des MRC. Pour nous, «équité» veut dire, à ce moment-là, d'être capable de confier à chacune des MRC le même niveau de ressources, toutes proportions gardées, pour permettre l'accessibilité aux gens. À l'intérieur de ça, donc — là, on se parle des ressources financières — on a tenu compte, nous, du budget alloué aux CLSC, à ce qu'on considère être les services dans le milieu, donc qui incluent le CLSC et les organismes communautaires.

Évidemment, il oeuvre dans certains milieux beaucoup d'organismes communautaires puis dans d'autres moins parce que, historiquement, les organismes communautaires s'étaient développés davantage dans certains milieux par rapport à d'autres. Ca fait que, quand on le regarde en termes d'équité et de per capita, ça veut dire qu'il y a un peu plus d'argent dans les organismes communautaires dans certaines MRC puis qu'il y en a un petit peu moins dans l'établissement en soi, alors que, dans d'autres, ce qu'on retrouve, c'est un petit peu moins d'argent dans l'organisme communautaire puis un petit peu plus dans l'établissement. Nous, on a forcé, là-dedans, les établissements à orienter certains argents vers les organismes communautaires. Parce qu'on se parle toujours de réallocation. Ca va bien quand il y a de nouveaux argents qui nous arrivent, mais, quand on parle tout simplement de comment on utilise l'argent sur le territoire, on se parle de réallocation. Donc, on examine justement quelle sorte d'équilibre il doit y avoir.

Le milieu a le même niveau de ressources sur le plan financier, en quelque sorte. Évidemment que ça crée une certaine pression actuellement parce que ce que ça fait, c'est que parfois l'organisme communautaire qui souhaiterait en avoir plus aurait à négocier avec l'établissement, mais, en termes de services à la population, les gens ont le même niveau de ressources pour les services à la population dans le territoire. Ça force en même temps l'organisme communautaire à bien justifier tout ce qu'il fait.

Vous le savez, un des grands problèmes qu'on a, en Estrie, c'est qu'on est rendu à 123 organismes communautaires subventionnés par la Régie régionale. On nous dit que certains mériteraient plus, mais qui on est pour toujours... Et on sait que la loi ne permet pas en soi le même type d'invités ou le même type, je dirais, de mécanismes pour rendre compte qu'on a au niveau des établissements.

On dit «des organismes communautaires». C'est des organismes qui doivent être autonomes, qui doivent être issus du milieu. Bon, on a tout un langage autour des organismes communautaires. Alors, c'est la difficulté dans laquelle on se retrouve. C'est vrai, c'est particulier, ça fait partie de la régionalisation, en quelque sorte. C'est une des particularités qu'on a développées dans cette volonté d'accorder à chacune des MRC les mêmes niveaux de ressources. Ça fait partie de la consultation à laquelle vous faisiez allusion tantôt. C'est une invitation aux organismes communautaires à venir nous dire ce qu'ils pensent justement sur le sujet. Or, quand l'organisme communautaire se refuse de venir faire ses commentaires, il se refuse, à ce moment-là, de contribuer à améliorer le système qu'on a présentement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je cède maintenant la parole au député de Masson.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. C'est intéressant, ce que vous mentionnez. J'ai un petit bout sur lequel j'aimerais vous entendre peut-être plus, c'est au niveau du service à la population. On sait que vous avez des priorités au niveau de la Régie comme telle, mais la ministre en a donné quatre spécifiquement l'an passé à chacune des régies. J'aimerais vous entendre, entre autres, sur les listes d'attente. C'est quoi, l'état de la situation au niveau de l'Estrie? On parle de la protection da la jeunesse, des urgences et des services à domicile, alors j'aimerais voir avec vous l'état de la situation. Est-ce qu'on a beaucoup de retard? Est-ce qu'on a réussi à combler tout ça? Et, à partir de ça, s'il y a des problèmes spécifiques, est-ce qu'il y a des choses, des solutions qui sont en marche actuellement pour nous permettre d'arriver vers quelque chose qui va être acceptable pour l'ensemble de la population? Alors, sur ces quatre éléments.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, au niveau des jeunes, je peux plus particulièrement vous dire qu'il y avait un travail important qui devait être fait en Estrie. On était aussi parmi les régions qui avaient un taux de liste d'attente qui était assez élevé. On est très heureux de vous dire aujourd'hui qu'il n'y a plus de liste d'attente. En termes de normes provinciales qui sont convenues, il y a peu de cas en liste d'attente, on répond au fur et à mesure à la demande qui nous est faite suite au signalement en termes d'évaluation.

#### • (15 heures) •

Au niveau des urgences, au niveau de l'hôpital, du centre hospitalier ou des centres hospitaliers, il y a définitivement une pression qui est importante. Je vous dirais qu'on compose relativement bien avec la situation, présentement. On l'a fait, d'ailleurs. Cependant, il faut dire ceci: on a pris un ensemble de moyens, et particulièrement au niveau du centre hospitalier universitaire. On est, à ce jour, 1 300 000 \$ en déficit par rapport aux montants d'argent qui nous ont été alloués à la région. Ce qui a été alloué est 1 200 000 \$. Le centre hospitalier plus particulièrement, ce qu'il a dû faire pour s'assurer d'être capable de répondre au niveau des urgences, éviter des listes d'attente, c'est qu'on est présentement à 1 300 000 \$, et ce sont des argents investis soit dans du personnel soit dans des lits. C'est la façon par laquelle on a été capables de répondre, mais on répond adéquatement de façon générale à la situation.

Au niveau des services à domicile en Estrie, présentement, par rapport à 1995, on rencontre 45 % plus de clientèle dans nos services à domicile qu'en 1995, en termes de situation. Ça signifie environ 35 % plus d'interventions qui sont faites et une augmentation du budget qui a été de l'ordre de 30 %. Ça signifie, en termes de per capita, qu'on est passés d'un per capita d'environ 35 \$ à un per capita maintenant de 48 \$, donc une évolution importante quant aux investissements qu'on a faits dans le domaine des services à domicile. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas encore de la pression et qu'on ne doit pas continuer à investir.

Quant à nous, on l'avait abordé de façon plus globale sous l'angle de l'ensemble de nos services dans le milieu. D'un budget qui incluait les services de maintien à domicile, d'un budget qui était à peu près de l'ordre de 126 \$ per capita, on voulait passer à 180 \$ sur une période de six ans. On a fait quatre ans. Dans la façon dont les budgets ont été alloués l'an passé, on n'a pas été capables d'attribuer le 3 000 000 \$ par année qu'on voulait mettre à l'intérieur de ça. Donc, on est une année en retard sur le rattrapage qu'on voulait faire en termes d'orientation, mais on est vraiment dans la perspective des orientations ministérielles, des orientations souhaitées par la ministre. On espère qu'avec les budgets qu'on attend dans le secteur des services aux personnes âgées, entre autres, on va pouvoir justement combler ce retard et améliorer encore davantage. Mais on est sur la lancée, dans la bonne orientation à ce sujet-là.

Alors, j'ai ces trois groupes-là, il m'en manque peut-être un.

Une voix: Listes d'attente.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Listes d'attente. Au niveau du centre hospitalier dans les différents secteurs, donc en chirurgie, je vous dirais que la moyenne générale en chirurgie, c'est de cinq à six mois. Maintenant, les urgences sont assumées, il n'y a pas de difficultés particulières à ce niveau-là. Mais, quand on parle des électifs, et tout ça, on est dans une liste d'attente de cinq à six mois présentement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Oui, M. le député de Masson. M. Labbé: Une complémentaire, Mme la Présidente, si vous permettez, courte. Vous avez parlé des omnipraticiens à 303, je pense, quelque chose comme ça. Vous avez atteint ce dont vous aviez besoin. Vous aviez un problème de répartition, par contre. Est-ce que, au niveau des spécialistes, vous avez un problème actuellement ou si c'est aussi comblé, à ce moment-là?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Non. Au niveau des spécialistes, on a définitivement des difficultés. On est en deçà de 34 ou de 33, je pense, qu'on vous donne dans le texte. Les chiffres hier étaient de 34 médecins spécialistes qu'il nous manquait en Estrie et dans des secteurs tels que la cardiologie, entre autres, un secteur important chez nous. Même le secteur de la pédiatrie, à certains moments, c'est devenu menacé. La vocation de l'établissement dans ad dimension universitaire quant à, par exemple, la capacité de maintenir son département en pédiatrie... On était dans une situation comme celle-là l'an passé en termes de difficultés. Donc, le recrutement a permis... Mais on est vulnérables, et, évidemment, les enjeux sont autour du nombre de médecins qui vont en spécialité et de l'ouverture des différents programmes.

On l'a vu aussi en anesthésie où, de fait, on a eu des difficultés importantes pendant deux, trois ans. On a récupéré, actuellement, sauf que pas suffisamment pour être capables de couvrir Lac-Mégantic. À titre d'exemple, à Lac-Mégantic, on a un dépanneur, et, certains jours, de fait, lorsque le dépanneur ne peut pas se rendre, on peut juste imaginer ce que ça signifie: c'est l'ambulance pour Sherbrooke. Alors, c'est une situation qui est difficile. Le centre hospitalier Lac Mégantic d'ailleurs a une entente avec la Fédération des médecins spécialistes, il débourse 25 000 \$ par année pour s'assurer qu'il y a des dépanneurs en tout temps, puis on n'est même pas capables de l'assurer de ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Duplantie.

M. Labbé: Il est bien évident que, sur la question des déficits, Mme la Présidente, vous comprendrez que je vais laisser ces questions-là à mon collègue de Vaudreuil.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, il brûle d'impatience justement de poser sa question à plusieurs volets.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil, je vous cède maintenant la parole.

M. Marcoux: Alors, merci. Donc, vous avez déjà un avis de la part du député de Masson de quelques questions que je voulais vous poser et qui ont trait au financement.

Premièrement, j'imagine que la Régie a déjà signé une entente de gestion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, si c'était possible d'en déposer une copie à la commission des affaires sociales, Mme la Présidente, si vous êtes d'accord.

Deuxièmement, je vais vous poser cinq ou six questions, je pense, qui n'appellent pas des réponses très longues, mais c'est mieux de le faire en séquence. Quel a été le déficit encouru par l'ensemble des établissements du territoire de la Régie au cours de l'année 1998-1999? Et quel était le montant total du déficit accumulé de toutes les années à la fin de l'année 1998-1999?

Troisièmement, est-ce que ce montant total de déficit accumulé a été entièrement remboursé par des versements provenant du ministère des Affaires sociales, c'est-à-dire transféré aux établissements? Est-ce que la Régie a conclu des ententes de gestion avec des établissements de son réseau? Si oui, combien? Avec quels établissements? Est-ce qu'elles sont toutes signées avec les établissements avec lesquels vous devez les signer? Et si également vous pouviez déposer une copie de ces ententes de gestion à la commission des affaires sociales, comme la Régie de Québec l'a fait cet avant-midi.

Quatrièmement, quel est le déficit estimé pour l'ensemble de vos établissements pour l'année courante, c'est-à-dire l'année 1999-2000? Au moment où on se parle, quel est le déficit estimé?

Cinquièmement, quel était le montant total des emprunts des établissements au 31 mars 1999? Et quel est présentement le montant total d'emprunt des établissements au moment où on se parle, en mars 2000? Et quel est le coût de ces emprunts pour les établissements? En d'autres termes, qu'est-ce que ça coûte aux établissements, ces emprunts-là, s'il y en a, faits auprès des institutions financières?

Sixièmement, y a-t-il encore, dans l'année courante 1999-2000, des coûts? Et, si oui, quel est le montant relié à la sécurité d'emploi, incluant, le cas échéant, l'application encore du 50 km — en d'autres termes, des heures payées non travaillées par les établissements? Quel est le montant des engagements régionaux non provisionnés? Quel était-il au 31 mars 1999 et quel est l'estimé au 31 mars 2000? Quel est votre estimé de l'investissement requis pour les équipements dits urgents, l'équipement médical? On disait: C'est urgent de le remplacer parce que la désuétude est avancée.

Autre point. Vous mentionnez, M. le président, dans votre présentation que la région supporte présentement un déficit récurrent de l'ordre d'environ 16 000 000 \$. Comment, de quelle façon ça peut être comblé dans les années à venir? Enfin, je sais qu'à la fin de votre document Plan de consolidation vous faites des perspectives de retour à l'équilibre budgétaire. Vous référez à une annexe n° 41. Je veux savoir qu'est-ce que vous aviez prévu pour les années à venir en termes de montant requis pour le retour à l'équilibre budgétaire, et si c'était également possible de déposer à la commission des affaires sociales cette annexe 41 qui n'est pas attachée à votre Plan de consolidation.

• (15 h 10) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous avais prévenu qu'il s'agissait d'une question

succincte à plusieurs volets. Je vous laisse maintenant la parole, et vous avez tout le temps pour y répondre. M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, merci beaucoup. D'abord, vous mentionner que ça va nous faire plaisir de déposer copie de l'entente et copie de l'entente tripartite signée avec deux établissements du territoire, de même qu'en ce qui concerne l'annexe 41. Alors, je comprends qu'on vous fera parvenir ces documents-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il s'agira de l'expédier au secrétariat de la commission.

- M. Duplantie (Jean-Pierre): Merci, on va s'occuper de donner les suites par rapport à ça.
- M. Marcoux: Si vous permettez, avec quel établissement avez-vous signé une entente de gestion?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Les ententes tripartites ont été signées avec deux établissements. C'étaient les deux seuls établissements en situation déficitaire pour notre région. Il s'agit donc du CUSE, Centre universitaire de santé de l'Estrie, et il s'agit aussi du centre jeunesse. Ce sont les deux établissements qui étaient déficitaires.

Vous dire que le déficit en date du 30 mars 1999 a été assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme un peu partout à travers la région, l'ensemble du déficit pour à la fois les établissements et la Régie qui supportait une partie du déficit de l'ordre de 20 000 000 \$. Alors, ensemble, établissements et Régie régionale, il s'agissait d'un déficit de 52 000 000 \$ pour la région de l'Estrie. Donc, ce déficit-là est assumé présentement selon les règles convenues avec le ministère.

M. Marcoux: Est-ce que vous permettez, M. Duplantie, une question?.

### M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui.

- M. Marcoux: Quand vous dites «selon les règles convenues», j'ai compris que ça variait selon les régies. Il y en a où l'argent n'est pas encore versé aux établissements, avons-nous compris. Dans votre cas, dans l'Estrie, est-ce que les remboursements ont été faits aux établissements au complet ou encore s'il y en a une partie à faire aux établissements?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Il y a 70 % qui a été je vais vérifier pour être bien sûr que je vous donne la bonne information; c'est ça versé aux établissements et qui nous est versé au niveau de la Régie régionale. Donc, quand je réfère aux règles du jeu, je réfère au fait que les établissements devaient démontrer que, par rapport aux objectifs à atteindre cette année, ils étaient en bonne voie de les atteindre, et on peut vous assurer que, de fait, au niveau des deux établissements concernés, les deux

rencontrent les objectifs qui ont été convenus avec nous et avec le ministère.

Vous allez m'excuser si je ne vous reprends pas tout ça dans l'ordre. Alors, vous m'avez en même temps interrogé sur les emprunts que nous avons faits. Pour l'année 1998-1999, nous avions des emprunts de l'ordre de 76 600 000 \$. Pour l'année 1999-2000, nous avons des emprunts de l'ordre de 25 000 000 \$. Et vous avez interrogé les intérêts que nous payons sur ces emprunts-là.

- M. Marcoux: Ce sont les établissements, si je comprends, qui ont ces emprunts-là de 25 000 000 \$.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est à la fois les établissements et le déficit, ce que nous avons assumé pour les établissements au niveau régional, parce que nous avons convenu avec les établissements que certains coûts seraient pris, et ca va faire référence à ce que vous mentionnez aussi, les engagements non provisionnés. Je vous dirais que présentement ils sont de l'ordre de 4 400 000 \$, par rapport auxquels l'entente de gestion prévoit de fait que, sur les deux prochaines années, nous atteindrons l'équilibre à l'intérieur de ça. Alors donc, quand on parle du 25 000 000 \$ sur l'année courante, on parle du déficit des établissements et au niveau de la région. Le déficit prévu pour les deux établissements présentement va être de l'ordre d'environ 13 000 000 \$. 14 000 000 \$, le déficit prévu pour l'année en cours. On prévoit, dans l'ensemble de la région, l'équilibre budgétaire et l'atteinte des objectifs tel qu'on en avait convenu avec le ministère de facon générale.

Le coût des emprunts, j'ai l'information, c'est en pourcentage. Ce serait de l'ordre de 7 %. Sur les dimensions financières, est-ce que ça couvre...

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez une question, M. le député de Vaudreuil?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Il y a la question de la sécurité d'emploi, là, mais...
  - La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.
- M. Marcoux: Le 25 000 000 \$, là, c'est l'ensemble des emprunts, ça. Il n'y en a pas d'autres de la part des établissements ou de la Régie.
  - M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. C'est ça.
- M. Marcoux: O.K. Oui, les coûts reliés à la sécurité d'emploi, s'il y en a.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, les coûts reliés à la sécurité d'emploi pour cette année sont de l'ordre de 1 700 000 \$. Est-ce que vous permettez que je demande à...
  - M. Marcoux: Oui, certainement. Tout à fait.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Prenez le temps, M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Je voudrais bien répondre à la question.

(Consultation)

- M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, je vous présente Mme Nicole Michaud, qui est directrice du Secrétariat général à la Régie régionale.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À vous la parole, Mme Michaud.

Mme Michaud (Nicole): Les coûts estimés pour la région, autant pour la stabilité et la sécurité, sont de l'ordre de 5 000 000 \$ au total. Le déficit que l'on prévoit est de 1 700 000 \$. Les coûts qui sont reliés au 50 km sont plutôt attribués au sécuritaire, notamment: Mégantic, 405 000 \$, Asbestos, 260 000 \$, pour un total de 665 000 \$.

- M. Marcoux: Est-ce que je peux poser une question de compréhension? Parce que je ne suis pas très familier avec tout ca, là.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, sûrement.
- M. Marcoux: Quand vous dites: Le coût de la sécurité d'emploi, c'est 5 000 000 \$, est-ce que c'est ça...

Mme Michaud (Nicole): C'est autant pour la sécurité que pour la stabilité. C'est au total 5 000 000 \$ pour la région.

M. Marcoux: Pour la région. Et, ces coûts-là, qui les supporte? Ce sont des heures payées et non travaillées. Est-ce que c'est ça, dans le langage courant, des gens qui sont en sécurité d'emploi puis dont il faut payer la rémunération, ce qui est selon les conventions collectives?

Mme Michaud (Nicole): C'est seulement une partie. Le coût total de stabilité et de sécurité d'emploi couvre l'ensemble des programmes. Alors, vous avez autant les programmes d'indemnité au départ, de replacement, de recyclage, d'adaptation de main-d'oeuvre. Ça couvre l'ensemble des programmes.

M. Marcoux: Et le 50 km coûte au total, vous dites, 1 000 000 \$...

Mme Michaud (Nicole): 665 000 \$.

M. Marcoux: Pour les deux.

Mme Michaud (Nicole): Reliés au 50 km, reliés aux deux régions qui éprouvent cette problématique.

M. Marcoux: Pour les deux établissements. O.K. Bon, bien, ça va pour ça, je pense. Mais, ce 5 000 000 \$, dans le fond, c'est la Régie ou ce sont les établissements qui en assument les frais?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Ça fait partie de l'entente de gestion que nous avons. Donc, une bonne partie est assumée, l'ensemble est assumé, je dirais, par le ministère. Il y a 3 300 000 \$ qui est assumé présentement par le ministère, donc ça signifie que la Régie, la région comme telle — parce que, quand on cumule le déficit au niveau de la Régie, c'est le déficit des établissements — doit voir comment elle va supporter la différence présentement.

M. Marcoux: Il y avait la question du déficit récurrent. Vous mentionniez qu'il y a un déficit récurrent de 16 000 000 \$.

• (15 h 20) •

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, le déficit récurrent, ce que je vous mentionnais au niveau des établissements, qui était de l'ordre de 13 000 000 \$ ou 14 000 000 \$, c'est le déficit des deux établissements concernés présentement. Évidemment, l'entente de gestion prévoyait sur trois ans, mais ce qu'on espère, c'est que le budget de base aussi des établissements va être examiné. C'est pour ça que, dans le discours du président tantôt, on faisait référence au fait que, dans les milieux universitaires, on est très conscient que le budget des centres hospitaliers universitaires fait l'objet d'une étude présentement. Donc, notre espoir aussi, c'est que le déficit du CUSE va être réexaminé, ou que la base budgétaire du CUSE va être réexaminée, et que donc il y aura une contribution du ministère pour réduire ce déficit.

M. Marcoux: Dernier point. Est-ce que vous avez des priorités sur le plan de l'investissement dans l'équipement médical et ce qu'on appelle, là, qu'est-ce qui est relativement urgent?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui. Alors, peut-être souligner que les besoins sont immenses, comme vous le savez, sont très importants. Ils sont au-delà de 30 000 000 \$. Maintenant, en termes de ce qui est urgent, cette année, ce qui avait été déposé au ministère, c'étaient des besoins urgents de l'ordre d'environ 7 000 000 \$. Évidemment, plus le temps passe et plus on a de la difficulté à obtenir le financement qui est requis, plus on se retrouve devant des équipements qui sont vétustes. Donc, on joue quelque part entre 7 000 000 \$ et 10 000 000 \$ de besoins immédiats.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous me permettrez une question. Actuellement, il y a beaucoup de questionnement sur le rôle des régies, on parle beaucoup d'imputabilité aussi, et, pour moi, lorsque les régies avaient été créées, c'était dans le but de donner un accès aux services, les meilleurs services possible à la population, et la régie était là pour prendre la défense de la région. Finalement, compte tenu, bon, de tout ce qu'on a vu au niveau — comment pourrais-je dire? — de la transformation, bien souvent on a dû réagir à des coupures plutôt qu'aux véritables besoins. On a dû réviser souvent nos besoins à la baisse, compte tenu des coupures. Donc,

c'est difficile, à mon avis, d'être imputable quand on fait une planification stratégique et que, quelque temps après, on est obligé de la réviser, compte tenu des demandes budgétaires qu'on nous fait. Mais je sais cependant que la ministre doit déposer très bientôt — on nous a avisés deux projets de loi pour modifier les régies régionales. Mais comment vous voyez votre rôle futur en tant que régie régionale? Oui, M. Bellehumeur.

M. Bellehumeur (Jean): Écoutez, ça nous inquiète beaucoup parce que ce qu'on entend, c'est qu'on veut enlever aux régies régionales le peu d'influence ou le peu de pouvoirs, pour prendre ce mot-là, qu'elles peuvent avoir. On parlait de deux maires tout à l'heure qui prétendaient, pour prendre l'expression qu'on entend parfois, qu'on faisait du «rubber stamp». C'était l'expression qui était dans les journaux. Moi, je ne crois pas qu'on ait fait ça. Il y a des aspects de ça dans le travail bénévole qu'on fait à la Régie, mais il y a un immense travail qui se fait où on cherche à faire la concertation dans notre région.

C'est évident que le gouvernement, qu'il soit de n'importe quel parti politique, quand il décide de prendre des orientations en matière de santé ou de services sociaux, c'est lui qui les prend et c'est lui qui porte le chapeau. Ça, on a toujours, je pense bien, compris ça et respecté ça. Maintenant, dans notre région, si on reçoit une enveloppe budgétaire, par exemple, pour les soins à domicile ou pour la prévention et si on pense être capables de mieux servir notre région en donnant plus aux organismes communautaires plutôt que dans certains établissements ou vice versa, je pense que c'est là la force qu'on peut avoir.

Humblement, on pense avoir réussi à faire de belles choses dans notre région, en Estrie. C'est évident que, quand on essaie de faire le virage en même temps que les coupures budgétaires qu'on a connues, ça rend la chose difficile, et on a été la visée publique à plusieurs reprises et des établissements et du public. Bon, dans le fond, d'une certaine façon, on prenait le coup de poing à la place du gouvernement à certains moments. On n'était pas responsables, nous autres, des décisions de budget. On reçoit ce qu'on reçoit et on le distribue de la meilleure façon qu'on peut.

Mais je pense que, même si on reçoit moins parce que le gouvernement, pour toutes sortes de raisons, a moins de sous et qu'il décide de nous en donner moins, il est primordial qu'en région on puisse avoir notre mot à dire sur la façon de le distribuer, sur la façon de se dire collectivement, dans notre région, qu'on a des priorités et que c'est nos priorités à nous, pas celles de la Montérégie, pas celles de la région de Québec mais les nôtres qu'on va respecter. Je pense que c'est là qu'on a un mot à dire. C'est ce qui a tenu les membres de notre conseil d'administration qui ont participé et je pense que c'est ce qui les tient encore. Et, si on devait leur enlever ça, je pense que là ils diraient: Bien là on n'a plus grand-chose à faire ou à dire, et notre participation bénévole dans la chose publique en matière de santé et de services sociaux n'aurait plus d'utilité.

Mais, actuellement, même si parfois c'est difficile et même si parfois c'est des dossiers qui sont complexes, avec lesquels on n'est pas toujours familiers, je peux vous dire que j'ai vu des gens travailler le soir, les fins de semaine pour étudier les dossiers en question et pour se prononcer avec leur coeur et avec leur âme. C'est important, donc, pour eux de le faire dans le meilleur intérêt de l'Estrie, et, moi, je peux vous dire que je suis convaincu qu'on va avoir encore des membres de conseil si on leur laisse ce genre de rôle là dans notre région.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Quel est votre point de vue sur le fait que le centre hospitalier pourrait relever directement du ministère, de la ministre plutôt que des régies régionales? Est-ce que vous allez pouvoir quand même coordonner les services de la même façon?

M. Bellehumeur (Jean): M. Duplantie pourrait vous le dire de façon peut-être plus technique, mais je vous dirais, moi, sur le plan global: Écoutez, si on parle du CUSE, ça représente un peu plus de la moitié du budget total de la région. C'est impossible. Pour prendre une expression connue, si le CUSE tousse, la région a le rhume. Alors, c'est évident que l'impact du CUSE... Il doit fonctionner avec les autres établissements, il doit fonctionner avec Mégantic, Coaticook, Asbestos, Magog, et ainsi de suite. Il faut qu'on ait notre mot à dire en termes de services médicaux.

L'aspect, je dirais, universitaire, c'est autre chose. Je ne vous dis pas qu'on n'aurait pas éventuellement notre mot à dire puis qu'il ne faut pas se coordonner, mais l'aspect universitaire, c'est autre chose. Mais on vous a parlé tout à l'heure, par exemple, de l'Institut de gériatrie. Tu sais, c'est une question qu'on a à se poser, puis qu'on se pose, puis qui est grave: Est-ce qu'on doit conserver un institut de gériatrie universitaire qui est important ou si on doit donner des services à notre population? À un moment donné, là, est-ce que je paie l'université à un de mes enfants ou si je nourris l'autre à côté? Parce que, si je l'empêche de manger, j'ai des drôles de décisions à prendre. Alors, je pense que la question universitaire, elle, en soi, pure, je n'ai pas de difficultés à voir qu'elle ne relève que du ministère. Mais le CUSE, je m'excuse, là, il ne fait pas que de l'universitaire, il fait l'ensemble des services tertiaires, quaternaires et «whatever» — je ne connais pas toutes les expressions, là — des services surspécialisés qu'on a pour l'ensemble de notre région. Si, au nom de l'université, on décide de priver notre région de services, en tout cas, tant que vous allez avoir un conseil d'administration à la Régie avec des gens du public, vous allez avoir des gens qui vont réagir à un moment donné, et ça, ça m'apparaît important.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Bellehumeur. Alors, je cède la parole au député de Johnson.

M. Boucher: Mme la Présidente, dans la présentation que le président de la Régie régionale a faite, il nous a presque convaincus que le virage ambulatoire en Estrie avait été réussi par tous les programmes qui ont été mis en place et par les budgets qui ont été réalloués, la diminution de lits qui est fantastique — on le voit bien — les services qui ont été mis en place. Est-ce que vous croyez que, oui, c'est réussi et qu'il n'y a pas de danger qu'on retourne à la mission qui précédait, celle qu'on connaît maintenant, la mission services lourds, mission urgence, mission centre hospitalier? Parce que, moi, ce dont j'entends parler, là, puis ce qui est valorisé, c'est les investissements dans les urgences puis les immobilisations dans les services lourds. Ouand on parle de ca puis quand la population se choque, elle ne se choque pas pour le jeune qui est abandonné par sa mère, qui est au centre jeunesse, parce qu'elle s'en fout royalement. Ca ne semble pas émouvoir les gens. Ce qui émeut les gens, c'est les urgences.

Moi, je suis inquiet un peu. C'est beau, le tableau que vous nous avez brossé, mais je suis inquiet un peu. J'ai l'impression qu'il y a une tendance à revenir au médical, puis aux urgences, puis aux centres hospitaliers, puis aux services de seconde ligne.

M. Bellehumeur (Jean): Je vous dirais... En tout cas, la perception que j'en ai... Excusez-moi, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Bellehumeur, à vous la parole.

• (15 h 30) •

M. Bellehumeur (Jean): Je vous dirais, comme je viens de le mentionner, que, en tout cas, au conseil de la Régie, on résisterait à ça. Je ne l'ai pas véritablement personnellement perçu, au moment où on se parle. Oui, le virage, à mon sens, a été réussi en Estrie. Si vous me demandez s'il est complété, je ne vous dirai pas nécessairement qu'il est complété. Il manque encore des choses, et plus on aura les moyens de le faire, plus on sera en mesure de le compléter. Et il sera toujours perfectible. Mais je n'ai pas senti, d'aucune façon, qu'il y ait un retour à l'arrière vers les services lourds ou pour les services lourds, au contraire.

Mais je vais vous donner un exemple. À notre conseil, l'an passé, on a refusé à la permanence... Quand je dis «la permanence», là, ça nous a été apporté, un dossier, au conseil, et on sentait que l'orientation souhaitée était de couper, par exemple, un certain nombre de lits en matière de personnes âgées, tout ça dans le but de développer, ou de débloquer des budgets qui serviraient par la suite aux soins à domicile pour les personnes âgées. Bien, on a refusé ça. On a dit: Non, non, non. Oui, c'est la voie à suivre, c'est ça qu'est le virage, mais développons cela d'abord, structurons cette chose-là d'abord, assurons-nous que, demain matin, si on ferme un lit pour une personne âgée, les services pour les trois autres qui en auront besoin le lendemain seront immédiatement disponibles à domicile. On avait déjà commencé ça, tout ce plan-là a commencé à être mis en place. On connaît la suite, il y a les impératifs budgétaires qui nous ont été dictés par le gouvernement. Alors là, à un moment donné, il y a des choses qui sont ralenties.

Mais ce que je peux vous dire, c'est que la philosophie — et ça, je pense que ça répond à votre question — je ne l'ai pas vue changer, au moment où on se parle. C'est vraiment une philosophie de virage, de chercher à rendre les services dans le milieu le plus que l'on peut et à faire le plus de prévention possible.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Une autre question, M. le député de Johnson.

 $\begin{tabular}{lll} $M$. Boucher: Oui, mais je pense que $M$. \\ Duplantie... \end{tabular}$ 

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. M. Jean-Pierre Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Si vous me permettez peut-être un élément additionnel qui ferait le lien en même temps avec ce que M. le président a dit et ce qu'il mentionnait tantôt sur le rôle de la régie régionale, je pense que nous avons travaillé dans les orientations ministérielles. Nous avons travaillé dans le cadre de la politique de santé et de bien-être. Nous avons cru à la réforme en termes d'orientation. Nous avons eu aussi les moyens pour le faire. Les moyens, ça a compris que, de fait, nous recevions un budget global qui nous permettait d'orienter l'argent vers des secteurs qui favorisaient le virage ambulatoire, qui favorisaient le maintien à domicile, qui favorisaient le développement dans les CLSC. Si demain le gouvernement, pour quelque raison, modifie son orientation quant à la façon d'allouer les argents, automatiquement ça viendra modifier fort probablement ce qu'on peut faire dans la région.

Je vous donne un exemple concret. On a apprécié que la ministre, actuellement, dans la recherche de solutions aux problématiques au niveau des urgences, nous laisse la marge de manoeuvre pour trouver les moyens autour de ça. Mais, si elle avait alloué — à titre d'exemple, encore là - 1 200 000 \$ dans l'urgence du CUSE, ça veut dire qu'on n'aurait pas développé les soins dans les CLSC pour qu'ils travaillent en concertation avec l'urgence de l'hôpital pour justement éviter que tout passe par l'urgence et que tout s'organise autour de l'hôpital. On a réussi à faire en sorte que les centres d'hébergement développent quelques lits additionnels, qu'on développe des lits en réadaptation, tout ca pour désengorger, donc visant les causes aussi de l'engorgement de l'urgence. Mais il a fallu que la ministre croie en la capacité de la Régie régionale d'organiser les solutions autour du problème de l'urgence, et c'est ce que nous souhaitons lorsque nous parlons de la marge de manoeuvre qui doit être allouée à la régie régionale.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Johnson.

M. Boucher: Vous avez mis la table pour une autre question. J'ai rencontré la directrice générale du centre jeunesse Estrie récemment, qui me faisait part de ses besoins mais qui m'a fait un commentaire à un moment donné qui a confirmé, au fond, ce que je pensais mais qui m'a étonné. Elle m'a dit, puis je l'ai dit ce matin: Les centres ieunesse demeurent encore la porte d'entrée des services jeunesse globalement dans la région, alors que, normalement, ça devrait être les CLSC. Qu'est-ce que ça prendrait pour que les jeunes, ils commencent par — je parle à part des urgences, à part de la protection de la jeunesse au sens strict du mot - passer d'abord par les CLSC avant d'aboutir aux centres jeunesse? Et quelle osmose devrait se développer pour que les références se fassent, les prises en charge, en dehors d'un contexte de protection? Parce qu'on ne le sent pas encore, on se sent pas que c'est là, ça.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Sur ce sujet, je pense qu'il faudrait peut-être aussi convenir que, dans le secteur jeunesse-famille, on a peu investi comparativement aux autres secteurs d'activité. On a été préoccupés beaucoup, à travers la réforme, de ce qui touche, je vous dirais, le sociosanitaire, le virage ambulatoire en relation avec l'hôpital, les personnes âgées et le fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans notre société, et je pense que tout ça était tout à fait justifié, il n'y avait pas de difficultés. Il faudrait se poser la question: Est-ce qu'on a oublié nos jeunes dans le processus? On sort d'un sommet sur les jeunes. On pourrait peut-être se la reposer davantage, la question: Est-ce qu'on a oublié nos jeunes? Qu'est-ce qu'on a fait pour investir véritablement dans nos CLSC?

En Estrie, on peut vous dire que, de fait, les investissements demeurent minimes. On a des investissements, je pense, qui sont importants dans le secteur, par exemple, de la promotion, de la prévention comme telle. Au niveau de nos CLSC, en Estrie, on a quelques CLSC où il y a eu des investissements, c'est-à-dire que le CLSC a priorisé. On a d'autres CLSC où on n'a pas réussi à prioriser le secteur jeunesse. Donc, il y a une difficulté de ce côté-là. Et, quand on parle de l'arrimage entre les deux, les CLSC nous disent essentiellement: On n'a pas les moyens. En même temps, je vous dirais: Au-delà, donc, des questions financières, il y a des questions de concertation, de volonté de s'intégrer. On travaille présentement, en Estrie — ça faisait partie aussi de l'entente de gestion - pour avoir des équipes intégrées. On travaille donc présentement à amener en quelque sorte les gens à travailler ensemble et même dans des mêmes locaux. Bon. Moi, je pense que ca va faire partie des solutions qui devront être apportées pour amener en quelque sorte — et, je vous dirais, au niveau de nos MRC — la population à continuer à vraiment s'adresser aux CLSC pour entrer dans le réseau des services aux jeunes et à leurs familles. Mais il y a un travail intense à faire de ce côté-là.

M. Boucher: Une dernière question, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Johnson.

M. Boucher: Une dernière question. Toute cette réorganisation, ce brassage qui a eu lieu était fait avec un objectif de clientèle, bien sûr, mais par des êtres humains, des employés, des cadres. Ou'est-ce que l'Estrie a fait de particulier pour développer une gestion stratégique des ressources humaines à travers ce processus-là, mettre à contribution les personnels dans les différents établissements, susciter leur enthousiasme et leur engagement dans le processus? Parce que, actuellement, j'entends — et probablement que mes collègues le font aussi - que dans tous les établissements il y a des gens qui sont en congémaladie, qui font des burnout, etc., et puis je me dis: Coudon, comment on a abouti à ca? Ou'est-ce que ca veut dire? On me donnait des chiffres, que je n'ose même pas répéter, pour le CUSE, de gens en congé-maladie. Je ne sais pas, est-ce qu'on a fait quelque chose de particulier chez nous?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Je pense qu'il y a des choses qui étaient particulières mais qui ont été faites en Estrie en même temps qu'on a vécu les mêmes difficultés qu'un peu partout à travers la province. Il faut reconnaître que la nature humaine n'est pas tellement portée vers le changement en soi, il y a une dimension, là, qui est difficile, mais, au-delà de ça, les compressions budgétaires brusques, inattendues, les départs à la retraite sont venus rendre d'autant plus difficile la gestion au niveau des ressources humaines. Quand les gens quittent de façon importante, c'est évident que ceux qui restent en place subissent en quelque sorte le contrecoup de l'ensemble du poids qui est à assumer.

Ce qu'on a fait, je vous dirais, de particulier, d'abord, c'est qu'on a réussi à faire une entente entre l'ensemble des établissements et la Régie pour une gestion d'ensemble de la problématique de la mobilité du personnel, tant à se donner des politiques pour favoriser dans certains cas le départ, tant à se donner des politiques pour dans certains cas favoriser de la formation aux gens soit en emploi soit en allant... On a fait des ententes avec le cégep, on a fait des ententes avec l'université au niveau de la formation des gens pour les préparer soit à un nouvel emploi ou à une meilleure adaptation à ce qu'ils avaient. On a prévu des programmes de formation. On a travaillé avec le milieu syndical sur le plan régional. Même, ie dirais qu'il y a eu une collaboration du milieu syndical pour que, de fait, on recherche ensemble un ensemble de moyens qui permettent de soutenir les personnels.

• (15 h 40) •

Je pense qu'un des grands enjeux devient la stabilité, actuellement. On le mentionnait tantôt à travers la présentation qui a été faite, les restructurations en Estrie sont complétées. On a les bases sur lesquelles on est capables actuellement de développer notre système. Ce que

ça signifie en même temps, c'est de faire tous les replacements qui ont besoin d'être refaits à l'intérieur de nos établissements, c'est de donner la formation en fonction de ces milieux-là, parce qu'il faut se rappeler que, quand les gens sont continuellement en déplacement à l'intérieur de l'établissement, ça devient très difficile même de les supporter en termes de formation.

On sait que, dans nos établissements, il y a des programmes d'aide à nos employés, donc une aide particulière, spécifique, personnelle qui peut leur être offerte. Ça fait partie des efforts que les établissements ont faits. Mais ce qui va favoriser le plus, je dirais, la qualité de vie au travail, ça va être la stabilité dans nos structures, dans nos organisations, et c'est ce vers quoi on tend présentement et avec le support qui vient du développement dans les différents programmes, donc, qui permettent en même temps d'apporter un soutien qui est un soutien en ressources humaines à l'intérieur des équipes. Alors, c'est un peu la vision qu'on en a présentement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Nelligan, avant de vous céder la parole, i'ajouterais peut-être quelque chose. Maintenant que la poussière commence à retomber au niveau des conventions collectives - puis, bon, on a vu, nous, le côté monétaire mais on n'est pas en mesure d'évaluer ce que ça peut comporter en termes d'organisation de travail — vous qui êtes dans le secteur, croyez-vous qu'on a donné suffisamment de flexibilité pour que les directions des institutions puissent avoir la marge de manoeuvre qu'il leur faut pour être capables de réduire encore? Parce que, finalement, c'est sûr qu'on va continuer à demander des efforts. Vous avez, par exemple, au CUSE encore un déficit qu'il faut effacer au cours des prochaines années. On a essayé beaucoup de choses, là, on a fait des mises à la retraite, on a transformé plein de choses, mais, par contre, il y a toute la question de l'organisation de travail qui reste maintenant un enjeu majeur pour peut-être voir à assumer ces déficits, à éponger ces déficits. Est-ce que vous croyez que les dernières conventions collectives ont permis cette flexibilité pour donner la marge de manoeuvre?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Mme la Présidente, je pense que, dans tout ce processus de nos conventions collectives, les employeurs ne se sont pas sentis tellement écoutés et, eu égard à la flexibilité qui est demandée au niveau des conventions collectives, je ne pense pas qu'on ait trouvé à travers les conventions actuelles la réponse à ce problème ou à cette dimension au niveau de notre réseau de la santé et des services sociaux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, ça va être difficile de demander des efforts encore supplémentaires.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Je pense qu'on va continuer à devoir travailler fort pour gérer nos conventions collectives.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Duplantie. Alors, la parole est à vous, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Ça prend presque le même temps, cet après-midi, pour avoir une question que pour avoir une ambulance. Mais ce n'est pas le sujet de ma première question, et j'en ai quelques-unes comme le député de Johnson a eues.

La première question, c'est pour les services en langue anglaise. Vous savez que c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup. À la page 21 de votre mémoire, vous avez dit qu'à la demande du ministère le programme d'accessibilité des services en langue anglaise a été révisé. Deux brèves questions sur ça: Est-ce que vous avez eu beaucoup de pression du ministère pour changer votre plan régional? Et aussi, pour une raison inconnue, là, jusqu'à maintenant, la ministre a décidé de ne pas renouveler l'entente Québec-Canada pour un coordonnateur régional. Est-ce que c'est l'intention de la Régie régionale de l'Estrie, malgré que vous perdiez 50 % de financement, de continuer avec ce poste comme coordonnateur pour les services en langue anglaise?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Alors, sur la question de notre entente de services au niveau des services en langue anglaise, je vous dirais que la première proposition que nous avions déposée au ministère n'a pas été acceptée. On nous a demandé de la revoir. Il y a un travail très intense qui a été fait au niveau de cette entente, et on en est arrivés à un compromis avec en quelque sorte la population de notre territoire. Je vous dirais par ailleurs que les établissements font tous les efforts — et je pense que c'est apprécié de la population anglophone — pour bien la desservir partout où c'est possible dans sa langue.

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'entente Québec-Canada, bon, d'une année à l'autre, on ne sait jamais si, oui ou non, nous aurons l'argent.

- M. Williams: Mais c'est une entente pour cinq ans.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui, mais il semble que, pour une raison ou pour une autre, chaque année c'est la même chose qui revient, à savoir si on aura le budget. Nous, ce qu'on a prévu, de toute façon, c'est qu'on offrira un service. De quelle façon on l'offrira? Ça restera à voir si jamais on n'a pas le support nécessaire. Mais ce qu'on veut, c'est continuer à travailler avec notre population anglophone pour s'assurer du niveau de services approprié.
- M. Williams: Entre les lignes, j'ai bel et bien compris qu'il n'y a aucune garantie que vous allez garder le poste de coordonnateur régional.

- M. Duplantie (Jean-Pierre): De fait, on l'a déjà modifié depuis quelques années parce qu'il y a eu une baisse aussi dans les montants d'argent qui étaient alloués. Ce qu'on a fait, c'est associer ce poste-là à d'autres responsabilités.
- M. Williams: Merci. Un autre sujet, parce que j'essaie d'être bref. À la page 31 de l'analyse que nous avons eue, il y a une augmentation assez importante pour les services de réadaptation physique. Pour les jeunes de 0-17 ans, l'année 1995, c'était 151; en 1998-1999, c'était 258. Pour les adultes, c'était une liste d'attente de 90 jusqu'à 194. Malheureusement, nous n'avons pas eu le délai moyen d'attente. Vous n'avez pas cette information. Je voudrais bien comprendre pourquoi vous avez une augmentation de la liste d'attente comme ça. Est-ce que c'est un manque de ressources? Est-ce que vous n'avez pas les moyens de remplir les besoins de votre territoire?
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.
- M. Williams: C'est les chiffres que nous avons eus de la recherche, ici.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): C'est avec le dossier. O.K. Vous nous dites à la page 31.

Une voix: Page 33.

- M. Duplantie (Jean-Pierre): Page 33.
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Un chiffre qui provient des rapports annuels.
- M. Williams: Le tableau 30 de la grille d'analyse que nous avons reçue.
  - M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui.
- M. Williams: Mais la question est: Est-ce que vous avez eu une grande augmentation de la liste d'attente? Et pourquoi?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Oui, on a une liste d'attente dans le domaine de la réadaptation physique. C'est un secteur chez nous qui n'a pas de développement, ou très peu de développement, depuis quelques années et pour lequel nous sommes en demande d'ailleurs auprès du ministère. Si je ne me trompe pas, c'est 5 000 000 \$, le budget qui était demandé.
  - M. Williams: Combien avez-vous demandé?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Je pense que c'est  $5\ 000\ 000\ \dots$ 
  - M. Williams: 5 000 000 \$?

M. Duplantie (Jean-Pierre): ...oui, qui seraient nécessaires en Estrie. Lorsqu'on a fait une présentation des besoins... Pour poursuivre notre plan de consolidation, c'est un budget de cet ordre-là qui serait requis.

M. Williams: Merci. Ce n'est pas une surprise pour vous, mais, depuis mercredi passé, nous avons eu beaucoup de demandes à savoir combien on peut dépenser d'argent dans le réseau de la santé. C'est pourquoi je voulais bel et bien avoir compris vos chiffres.

Un autre sujet, parce que je sais que d'autres collègues veulent demander des questions. Vous avez parlé d'Héma-Québec qui est entré en fonction en 1998 et dont le Centre universitaire de santé de l'Estrie va prendre la responsabilité. Avec le nouveau plan de créer une institution québécoise, malgré toutes les recommandations de la commission Krever, ils ont créé 20 centres désignés pour contrôler le système sanguin au Québec. Je voudrais bien comprendre, parce que vous avez parlé de mettre tout en vigueur en janvier 2000. Est-ce que le système est en vigueur et est-ce que c'est votre intention, à partir du 1er avril 2000, de commencer à facturer les autres établissements pour l'utilisation de sang, pour les produits sanguins, et tout ça, tel que prévu dans le plan ministériel?

M. Duplantie (Jean-Pierre): Mme Dorval va répondre à votre question.

• (15 h 50) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Dorval.

Mme Dorval (Ginette): Effectivement, en ce qui concerne Héma-Québec, c'est le CUSE, dans notre région, qui est le centre désigné. Les autres centres hospitaliers sont des centres, je pense, qu'on appelle affiliés ou — il y a un autre terme qui les désigne....

M. Williams: ...associés....

Mme Dorval (Ginette): ... — mais des centres qui font aussi usage de produits sanguins.

Ce qu'on avait convenu avec le ministère, en particulier avec la Direction générale de la santé publique, c'était que, à partir du moment où il y aurait facturation des produits sanguins dans les centres désignés, il y aurait aussi transfert budgétaire des sommes qui étaient en rapport avec la facturation desdits produits sanguins. Je n'avais pas d'information hier. Ce que je sais, c'est qu'il y avait une difficulté, entre autres, de circulation de l'information au niveau des systèmes informatiques de beaucoup de centres désignés parce que le suivi aussi bien des donneurs que des receveurs demande un système informatique fiable, relativement sophistiqué et qui est indispensable si on veut assurer les suivis de la commission Krever qui sont, entre autres, qu'on puisse, quand on veut faire des enquêtes épidémiologiques en termes de santé publique, être capable de suivre très bien le processus donneur-receveur à l'intérieur du système. Je crois donc, étant donné qu'on est rendu en mars et que je n'ai eu aucun écrit, que ça pourrait arriver qu'il y ait un peu de retard dans ce sens-là, mais ça ne devrait pas être pénalisant pour les établissements qui ont mis en place un certain nombre de systèmes de compensation pour notre région en particulier. Étant donné que le CUSE est bien alimenté au niveau informatique, ça posait encore moins de problèmes. Mais il faut attendre évidemment l'ensemble des régions du Québec.

M. Williams: Oui, et ce n'est pas le premier retard pour ça, parce qu'il y a toutes les questions... Une fois qu'une institution sera obligée de comptabiliser les coûts, peut-être qu'il va y avoir des décisions directement rattachées à ce qu'elle va utiliser comme produits. Est-ce qu'ils vont faire une intervention chirurgicale si ça prend beaucoup de produits sanguins, etc.? Avec ça, je pense que ça va être mieux de bel et bien établir le système avant de bouger.

Mme Dorval (Ginette): Je tiens à souligner, pour compléter, que le ministère avait cependant déjà autorisé l'embauche de postes pour mettre la fonction sur pied auparavant, mais c'est le transfert de...

M. Williams: Oui, sauf que le système n'est pas en place. O.K.

Une autre question, Mme la Présidente, et c'est un peu la question que mon collègue a demandée aux autres groupes, c'est sur les infirmières: Combien d'infirmières chez vous ont accepté le programme de retraite anticipée? Et est-ce que vous allez avoir assez d'infirmiers pendant l'été prochain pour combler tous les besoins? Et de combien est-ce que vous avez besoin?

M. Duplantie (Jean-Pierre): On ne peut pas vous dire exactement le nombre d'infirmières qui ont pris leur retraite, je n'ai pas ce chiffre-là, mais on pourrait fort probablement vous le faire parvenir.

M. Williams: S'il vous plaît.

M. Duplantie (Jean-Pierre): Ce serait de l'information, on ne l'a pas avec nous. Maintenant, par ailleurs, en fonction de la problématique au niveau des soins infirmiers, je vous dirais que, en Estrie, notre situation est plus une problématique de rétention de nos personnels et moins un problème présentement de recrutement en termes de nombre d'infirmières. Il est possible qu'il en manque un peu, mais, essentiellement, face à toutes sortes de mesures qui sont utilisées dans d'autres régions— Montérégie, Montréal, Québec— où c'est tentant pour nos infirmières de nous quitter pour aller vers ces régions-là...

M. Williams: Mais est-ce qu'il y a un manque maintenant ou non?

- M. Duplantie (Jean-Pierre): Pas véritablement actuellement.
  - M. Williams: Il n'y a pas de manque chez vous?
- M. Duplantie (Jean-Pierre): Non. On est dans une situation d'équilibre, en termes d'information, et la préoccupation, c'est à l'égard...

Des voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): La parole est toujours au directeur, M. Duplantie.

Une voix: ...

M. Williams: C'est lequel qui a répondu comme ça, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Duplantie (Jean-Pierre): On peut vous inviter à venir demeurer en Estrie. C'est une belle région, vous savez.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Duplantie (Jean-Pierre): Il y a certains attraits parfois qui permettent de combler les besoins, mais, de façon globale, on n'approche pas le problème sous l'angle du recrutement, on l'approche sous l'angle de la rétention de nos infirmières.

M. Williams: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ça va, M. le député de Nelligan? M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, vous avez une petite question très courte, la dernière?

M. Copeman: Une petite question pour enchaîner un peu sur le commentaire de mon collègue. Vous avez évidemment un problème de rétention des médecins spécialistes aussi, qui, semble-t-il, est plus grave que la non-pénurie d'infirmières. Si on suit l'évolution de vos médecins spécialistes, il y a une diminution, puis, comme vous l'avez signalé dans votre présentation, il y a un écart entre votre objectif cible et le nombre de médecins spécialistes installés. Quels sont les obstacles? Est-ce qu'il s'agit plutôt de difficultés de rétention ou de recrutement? Si c'est les deux, quels sont les obstacles majeurs et comment est-ce qu'on peut concevoir un redressement de cette situation?

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Duplantie.
- M. Duplantie (Jean-Pierre): On pense que les deux dimensions viennent jouer, à savoir: il y a une

question de rétention et il y a une question de recrutement aussi de médecins. Bon, on le sait, dans certaines spécialités, il manque de médecins au Québec. Alors, on souffre, l'Estrie, de ce même problème que dans les autres régions. Alors, c'est une première dimension.

En même temps, évidemment, on souffre aussi de la difficulté de recruter des gens qui acceptent de quitter des régions comme Montréal ou Québec pour venir en Estrie. Il y a eu, par le passé, toutes sortes de difficultés dans l'application aussi des plans d'effectifs médicaux au niveau des spécialistes en soi. On a vu qu'à des moments donnés certaines régions en avaient plus que même ce qui leur était permis, et pourtant les médecins acceptaient en quelque sorte les conditions pour travailler dans ces milieux-là. Alors, il y a des préoccupations de cet ordre-là.

Par ailleurs, oui, il y a eu des dimensions de rétention. Vous savez qu'on a un seul centre hospitalier qui est en même temps un centre hospitalier régional et universitaire. Alors, il faut que les gens soient prêts aussi à accepter le cadre de ce centre hospitalier là. Ce n'est pas comme de travailler à Montréal où vous avez le choix d'un certain nombre de centres hospitaliers. Donc, il y a des facteurs qui jouent dans les deux directions. Mais le problème de fond est celui du manque d'effectifs médicaux qui est connu au Québec au niveau des spécialités et qui fait que ça rend plus difficile pour l'Estrie aussi le recrutement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Duplantie. Ceci met fin à nos travaux pour ce mandat. Alors, je tiens à vous remercier pour vous être prêtés à cet exercice fort utile pour tous les membres de la commission. Je vous souhaite un bon voyage de retour. Je suspends les travaux pour cinq minutes pour permettre à nos autres invités de prendre place.

(Suspension de la séance à 15 h 58)

(Reprise à 16 h 2)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je demanderais aux représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centredu-Québec de prendre place, s'il vous plaît.

La commission reprend ses travaux. Elle est réunie afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 en application de 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, Mme la Présidente. Alors, M. Beaumier (Champlain) sera remplacé par M. Boucher (Johnson); M. Labbé (Masson) par M. Jutras (Drummond); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M.

Marcoux (Vaudreuil); et Mme Loiselle (Saint-Henri-Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme la secrétaire. Alors, la commission consacrera deux heures à l'audition de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, réparties ainsi: 30 minutes pour la présentation de l'exposé et 90 minutes pour les échanges avec les membres de la commission. Donc, sans plus tarder, je laisse la parole à M. Gaston Bélanger. C'est vous qui allez faire la présentation? Je laisse la parole à M. Bélanger pour son exposé. Vous avez 30 minutes, mais ce serait peut-être préférable que vous puissiez présenter les personnes qui vous accompagnent pour les fins de l'enregistrement de notre discussion.

### Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

M. Bélanger (Gaston): Bonjour, Mme la Présidente et membres de la commission. Alors, je suis accompagné de Mme Michèle Laroche, directrice générale; de M. Michel Rheault, qui est médecin et membre de la Commission médicale régionale dont il est le président depuis 1996; il est également membre du conseil d'administration. Il y a M. Ali Hamrouni, qui est derrière nous; M. Hamrouni est directeur du Groupe Ressources réseau. Et enfin, à l'extrême gauche, notre historien, M. Jean-Denis Allaire, directeur général adjoint, qui a fait tout un travail de synthèse pour qu'on puisse vous résumer nos choses.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous avez 30 minutes pour la présentation de votre exposé, M. Bélanger.

M. Bélanger (Gaston): Merci, Mme la Présidente. C'est avec plaisir qu'on se présente aujourd'hui pour cette reddition de comptes qui est prévue par la loi. On apprécie d'avoir l'occasion de vous donner l'heure juste sur nos rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 et plus globalement sur la transformation qu'on a vécue chez nous, dans notre région Mauricie—Centre-du-Québec.

Pour débuter ce bilan, je prendrai d'abord quelques minutes pour vous rappeler le fil des événements, je pense que ça va permettre à tout le monde de comprendre comment ça s'est fait, la transformation, et qu'est-ce qui l'a caractérisée chez nous. Je rappelle pour le bénéfice de tout le monde que notre région sociosanitaire couvre deux régions administratives, Mauricie et Centre-du-Québec.

Alors, en mai 1996, les administrateurs de la Régie régionale adoptaient le fameux plan de transformation triennal qui a été adopté par le ministre de l'époque, et, le 4 juillet, ce dernier y donnait son aval. Par la suite, ce plan a presque entièrement été réalisé comme il avait été conçu. Dès maintenant, j'aimerais attirer votre attention sur deux contestations. D'abord, je souligne que le plan de

transformation qui a été mis en oeuvre dans notre région a repris et intégré toutes les orientations gouvernementales qui prévalaient à ce moment-là. Que ce soient des orientations ministérielles de santé ou de services sociaux ou que ce soient des orientations relatives à l'assainissement des finances publiques, la Régie, comme instance régionale, les a toutes portées, parfois, vous l'imaginez, dans la controverse. À chaque fois, cependant, nous nous sommes efforcés de les adapter à la réalité de notre région et à celle de chacun des 11 territoires qui la composent.

Deuxièmement — puis ça, c'est tout aussi important à nos yeux — on a la conviction que le plan de transformation qui a été réalisé de 1996 à 1999, ce n'est pas seulement le plan de la Régie régionale, mais c'est aussi celui de toute la région Mauricie et Centre-du-Québec. C'est ce plan-là qui, malgré ses imperfections, a été porté par la région tout entière parce qu'il reflétait justement les réalités, les préoccupations et les priorités de la région.

Ce chemin qu'on a parcouru avec nos partenaires a non seulement permis de développer l'adhésion de toute la région au projet, mais il nous a aussi permis de réaliser des choses peu communes au Québec; je songe ici particulièrement à trois grandes réalisations. La première, c'est qu'on a vraiment effectué un virage vers la prévention en y investissant des sommes importantes, on a amélioré grandement l'équité dans la répartition des ressources entre les différents territoires de la région et, enfin, on a affecté la plus importante réallocation de ressources au Québec, ce qui nous a permis de véritablement transformer le réseau de fond en comble pour des meilleurs services à la population.

Je vais y revenir dans quelques minutes parce que je veux maintenant m'attarder sur ce que je considère être les six grandes lignes de force de ce qui s'est passé chez nous. La première ligne de force, Mme la Présidente, c'est celle-ci: on a fait en sorte que le plus de services possible soient accessibles localement ou, si ça ne pouvait pas se faire localement, régionalement. Cette volonté a entraîné une révision systématique de notre réseau régional. Plusieurs services ont été remis en question, il y en a d'autres qui ont été déconcentrés, renforcés ou développés, ce qui nous permet d'affirmer aujourd'hui que, sous réserve des problèmes posés par la répartition des effectifs médicaux, entre autres, l'éventail des services disponibles dans chacun des territoires de CLSC de la région de même que dans tout l'ensemble, l'ensemble de ces services-là est plus grand que jamais, que ce soit en quantité, en qualité, en diversité ou en proximité.

Je vais vous donner un exemple là-dessus, puis il concerne les services de maintien dans le milieu. Vous savez que le maintien des services dans le milieu, c'est un peu plus large que les fameux services de maintien à domicile. Ça comprend non seulement les services à domicile, les CLSC puis des centres d'action bénévole, mais ça comprend aussi les services de répit et de dépannage pour les familles puis les proches des personnes qui ont des sérieux problèmes de santé, ça comprend aussi un soutien financier versé directement aux personnes handicapées pour l'achat de certains services — on pense

au transport, on pense à des concentrateurs d'oxygène, à des chaussures particulièrement adaptées, etc. — et ça comprend des services de centre de jour, d'hôpital de jour pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Alors, comme on le voit, le maintien dans le milieu, ça vise tout autant les personnes âgées que des personnes handicapées ou des personnes qui viennent d'être opérées, quel que soit leur âge. Or, grâce aux investissements qu'on a faits en région et à ceux qui sont venus du ministère, le montant per capita qu'on a consacré à ces services-là de maintien dans le milieu, il est passé de 62,13 \$ par habitant à 88,13 \$, soit une hausse de 40 % en trois ans, et ça, en pleine période de compressions budgétaires.

#### • (16 h 10) •

Notre seconde ligne de force, Mme la Présidente, c'est que le plan de transformation n'a négligé aucune problématique ni aucun groupe de la population. On a pris la peine de conduire des actions significatives dans pratiquement tous les secteurs de la santé et des services sociaux. On doit reconnaître toutefois que les transformations ont été plus importantes dans les secteurs de la santé physique, des personnes âgées, de l'enfance, de la jeunesse, de la réadaptation physique et des déficiences intellectuelles. On admet aussi que les mesures dans le domaine de la santé mentale, de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont été plus mitigées. Donc, on s'est dotés d'objectifs vraiment adaptés aux besoins de la population d'abord en se basant sur notre connaissance approfondie de la région, deuxièmement, en prenant appui sur les orientations disponibles au niveau du ministère et, enfin, en tenant comptes des moyens dont on disposait, et, ces objectifs, on les a atteints.

Un des plus beaux exemples, c'est celui des services de réadaptation physique, secteur qui se consacre aux personnes qui ont une incapacité physique temporaire ou permanente, comme par exemple les enfants malentendants, les adultes qui ont eu un accident ou les personnes âgées en perte d'autonomie au niveau de leur mobilité physique. Depuis quatre ans, plus de 5 000 000 \$ ont été investis par la Régie dans ce secteur pour les services spécialisés ou pour le soutien pour les personnes dans le milieu. Ces soins régionaux qui avaient été approuvés par le ministre ont permis d'abord de développer en région des services de déficience motrice, auditive et de langage, de développer aussi dans les principales villes de la région des services de réadaptation intensive et des services externes de réadaptation et, enfin, d'offrir des services d'orthophonie aux enfants de cinq ans et moins dans les 11 CLSC. Je vous rappellerai qu'à peu près tous ces serviceslà étaient entièrement concentrés à Trois-Rivières avant la transformation. On les retrouve maintenant dans tous les territoires de CLSC pour la plupart d'entre eux.

Le nombre d'enfants et de personnes adultes ou âgées desservis par le Centre de réadaptation Intervalle, il est passé de 1 537 en 1995-1996 à 4 120 en 1998-1999; on a presque triplé. Malgré ça, les besoins de la population qui restent sans réponse demeurent importants. Il nous reste encore 213 personnes en attente d'un suivi spécialisé au 31 mars 1999.

La troisième ligne de force, Mme la Présidente, c'est que cette transformation-là, c'est une des grandes réussites de notre région parce que, en même temps qu'on a accru l'accès aux services, on a redressé la majeure partie des iniquités qui existaient depuis des années entre les différents territoires de CLSC de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce type prioritaire d'équité au sein de la région, ça, là, c'était partagé par tout le monde, par tout le réseau, puis elle a été atteinte de trois façons.

D'abord, on a réorganisé les services sur des bases qui réfèrent à des besoins de population comparables. Par exemple, que ce soit à Shawinigan ou à Victo, le nombre de lits d'hospitalisation de courte durée est établi à deux pour 1 000 habitants. Deuxièmement, on s'est attaqués aussi au financement des CHSLD, des centres de longue durée, sur des bases comparables, peu importe leur localisation géographique. Ainsi, ce qu'on verse pour le centre de Drummondville, c'est un financement comparable, toutes proportions gardées, à celui qu'on verse à Mékinac-des-Chenaux situé à Saint-Tite. On est parvenus à faire ça en répartissant les compressions, les développements, les réallocations sur des bases d'équité entre les territoires qui formaient la Mauricie et le Centre-du-Québec. Mais il y a des territoires où on a fait des coupes de 32 %, d'autres de 25 %, il y en a qu'on a haussés de 30 %. C'est de cette façon-là qu'on est venus rétablir, on n'a pas attendu qu'il tombe uniquement de l'argent neuf pour rétablir l'équité. Ça nous permet maintenant d'affirmer que les ressources disponibles pour offrir des services à la population sont pratiquement, toutes proportions gardées, de même ampleur dans tous les territoires de la région. C'est un progrès majeur pour les citovens, et, on va se le rappeler, là, on est sous les mêmes impôts n'importe où dans la région.

La quatrième préoccupation majeure qui a inspiré nos décisions, c'est l'amélioration de la continuité des services à la population. Autrement dit, on avait à réaliser quelque chose, c'est comment passer d'une série d'organisations qui sont centrées sur leur mission à un réseau organisé qui travaille en équipe puis qui est centré sur les besoins du citoyen. Si je traduis ça en langage de hockey, comment changer une équipe de «mangeux de puck» en une équipe qui se fait de la passe.

Au-delà des considérations d'ordre économique, cette recherche de la continuité des services est certes un des principaux motifs qui ont conduit la Régie à réduire de 47 à 27 le nombre d'établissements qu'on avait chez nous, puis, en termes d'hôpitaux, ça veut dire de 10 à quatre. Désormais, la population de tous les territoires de 60 000 habitants et moins peut compter sur un établissement de taille moyenne et raisonnable pour prendre la responsabilité de tous les services locaux de façon intégrée et cohérente. Là, c'est fini les chicanes et les rivalités stériles entre voisins. Pour les quatre autres territoires qui comptent plus 60 000 habitants et qui étaient considérés trop grands pour qu'on procède à une fusion des établissements, la Régie a plutôt clarifié les rôles et responsabilités de chacun. Elle a mis en place les mesures nécessaires pour qu'ils puissent travailler en équipe.

Une cinquième ligne de force, c'est sans doute le virage promotion-prévention. Tout à l'heure, ie vous disais que c'est un des éléments qui nous distinguent, et voici pourquoi. Malgré les contraintes budgétaires importantes, il y a quelque 6 000 000 \$ qui ont été investis dans les CLSC à partir des ressources de la région, majoritairement pour des programmes de prévention s'adressant à l'enfance et à la jeunesse. La jeunesse, c'est la période de la vie où on sait que la prévention peut avoir le plus d'effets positifs à long terme. Ca a permis de mettre en place dans les 11 territoires des CLSC des actions vraiment systématiques qui auparavant étajent soit inexistantes ou très inégalement développées d'un territoire à l'autre; je songe, entre autres. Mme la Présidente, à la stimulation précoce des enfants de deux à cinq ans, au soutien accordé aux jeunes familles qui se séparent ou se composent, à la présence accrue d'intervenants de CLSC dans les écoles.

Toutefois, je vais attirer votre attention sur un programme en particulier, c'est le programme offert aux jeunes mères et aux enfants vivant dans les milieux pauvres. Dans notre région, c'est près de trois enfants sur 10 âgés de moins de cinq ans qui viennent de familles qui vivent sous le seuil de faibles revenus établi par Statistique Canada. Or, grâce à l'investissement fait par la région et grâce au soutien professionnel accordé par la Régie régionale, les CLSC rejoignent désormais près de 90 % des jeunes mères sous-scolarisées ou pauvres. Ce résultat se compare à une moyenne de 27 % ailleurs au Québec. Un tel soutien permet de prévenir et de réduire les problèmes de développement des enfants tant du côté physique que mental, avec tous les avantages que ça suppose.

À ce stade-ci, je profite de l'occasion pour vous dire que le virage prévention-promotion illustre, selon nous, une des retombées positives de la jonction étroite qui s'est effectuée au sein de la Régie entre nos fameuses fonctions d'organisation des services et celles de santé publique. La santé publique, on sait que son mandat concerne la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé de la population. Les équipes de santé publique, on le sait, ont développé des connaissances fines des besoins globaux de la population. Ca, ca a permis, entre autres, de mieux outiller la Régie à l'analyse des problèmes et à l'élaboration des solutions à moyen et à long terme. En outre, cette jonction a permis de resserrer nos liens avec d'autres acteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être de la population, comme le milieu de l'éducation, le monde municipal ou les conseils régionaux de développement.

Nous voici enfin rendus, Mme la Présidente, à la sixième et dernière ligne de force de cette transformation. Elle aussi, elle distingue notre région. C'est une opération budgétaire colossale qui a accompagné cette transformation. Sans égard à la contribution à l'assainissement des finances publiques, qui totalise 57 300 000 \$ depuis 1996 sous forme de réduction nette de l'enveloppe régionale ou de non-indexation des coûts d'opération, il est important de saisir que la Mauricie et le Centre-du-Québec ont été, toutes proportions gardées, la région du Québec qui a

opéré la plus importante réallocation de ressources entre organismes et entre services à la population au sein de sa région. Autrement dit, à partir des moyens limités dont on disposait, on s'est donné de véritables leviers financiers pour que les orientations convenues par la Régie deviennent réalité et qu'elles soient autre chose que des voeux pieux. Sans entrer dans les détails, je me bornerai à dire simplement que, à partir d'un budget de fonctionnement annuel brut de 590 000 000 \$ en 1995-1996, notre région a réalloué de façon récurrente 62 500 000 \$, de 1996-1997 à 1999-2000, soit plus de 11 % de l'enveloppe initiale, et ce, malgré la présence de contraintes budgétaires.

Je terminerai la présentation des grandes lignes avec un dernier exemple qui démontre maintenant les effets conjugués de plusieurs d'entre elles. L'exemple a trait aux personnes âgées. Les résultats dans ce programme-là sont éloquents. Je vais vous en mentionner trois. On estime, d'abord, que le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus soutenues à domicile par les CLSC de notre région est passé de 7 900 à 11 800; donc, on parle de 48 % d'augmentation en trois ans. Autrement dit, près d'une personne âgée sur cinq qui demeure à domicile dans notre région reçoit des services à domicile de son CLSC. Ce n'est pas exactement marginal. Par ailleurs, il y a quatre ans, le temps moyen d'une personne âgée en perte d'autonomie qui attendait pour entrer en CHSLD était de 47 jours; depuis maintenant près de trois ans, il n'est plus que de 15 jours. C'est un délai qui est raisonnablement acceptable, compte tenu du temps requis pour compléter l'évaluation et préparer l'admission.

#### • (16 h 20) •

Le troisième résultat, c'est qu'il n'existe pratiquement plus de situation où des personnes âgées en perte d'autonomie demeurent longtemps dans des lits d'hôpital en attente d'une place dans un centre d'hébergement. Quand un placement est nécessaire, il est effectué en priorité. C'est par la combinaison de plusieurs des lignes de force que je vous ai présentées que ces résultats pour le moins intéressants ont pu être atteints dans une région où pourtant le nombre de places dans les CHSLD a été réduit de 424 lits, soit 13 % de ce qu'on avait au départ.

J'enchaînerai maintenant, si vous permettez, en vous disant que la Régie et ses partenaires de la région souhaitent consolider et améliorer le réseau sur la base des acquis. C'est ce que propose le Plan de consolidation 1999-2002 qui a été adopté en avril dernier suite, encore une fois, à une démarche d'implication et de consultation très grande de la population, des établissements, des organismes et des professionnels de la région. Ce plan maintient les mêmes lignes de force que celles que nous venons de vous présenter, mais, en plus, il prévoit des orientations et des mesures additionnelles par rapport au plan de transformation, notamment au niveau de l'information à la population, de l'évaluation, de l'efficacité et des effets des services.

Bien entendu, la donne est très différente de ce qui était en 1996, surtout en ce qui concerne la capacité budgétaire de la région à affecter elle-même des ressources pour atteindre ses priorités. Vous l'avez constaté, notre région est à la limite de ce qu'il était possible de faire. Bien sûr, on peut toujours argumenter qu'il y a encore des marges de manoeuvre. Croyez-moi, Mme la Présidente, elles sont maintenant presque inexistantes. Même si plusieurs améliorations que l'on propose dans le plan de consolidation vont venir du changement dans la façon de faire, en clair, il faut quand même se dire qu'il faut encore de l'argent neuf pour réaliser certaines mesures du plan de consolidation.

Pour que l'injection des nouveaux fonds soit efficace, on a besoin d'un contexte particulier. D'abord, même s'il faut cibler les services et les résultats escomptés, il faut en même temps laisser de la souplesse aux régions pour adapter les priorités ministérielles aux réalités régionales et territoriales. Il faut donc laisser à la Régie une marge de manoeuvre pour résoudre les difficultés propres à sa région, comme on avait réussi à le faire au cours des dernières années, sans oublier bien sûr de régler la question de l'équité, et pas seulement à l'intérieur des régions mais aussi entre elles.

Ces propos m'amènent d'ailleurs à vous nommer trois enjeux auxquels on est confronté lorsqu'on songe à la consolidation. Il y a d'abord les ressources humaines. Il faut maintenant stabiliser les organisations, mieux planifier les besoins de main-d'oeuvre, mieux reconnaître et soutenir les salariés, les professionnels et les cadres du réseau qui ont fait un travail remarquable pendant cette transformation et dans des conditions plus que souvent très difficiles. Il faut maintenant leur donner les moyens de nos aspirations.

Comme second enjeu, on ne peut pas passer sous silence la problématique des effectifs médicaux, qui touche dramatiquement notre région, et je vous dirais même des autres effectifs cliniques, puis je vous signalerais même les pharmaciens, je veux dire, dont la pénurie et l'âge de plus en plus avancé risquent de nous amener des problèmes majeurs et pas seulement dans notre région.

Le troisième enjeu est d'ordre financier. Il y a un débat qu'il va falloir qu'il se fasse sur la façon de financer ce réseau-là et jusqu'où on veut le financer. Mme la Présidente, on a tenté de mettre en évidence ce que la région Mauricie—Centre-du-Québec a réalisé depuis 1995-1996 sous le leadership de la Régie. Je vous rappelle que la Régie a exercé son rôle et ses mandats au mieux de ses capacités et compte tenu des leviers dont elle disposait, consciente que tout n'est pas parfait.

Auprès du réseau, la Régie a fait autorité plutôt que d'imposer l'autorité. Elle a proposé une vision globale de la situation, des solutions concrètes à des problèmes complexes. Elle a informé et consulté la population, elle a fait des choix nécessaires et arbitré bien des débats et, vous l'imaginez, parfois dans la controverse. La Régie a animé, elle a supporté le réseau, comme on vous l'a déjà démontré. On est fiers du travail effectué par le personnel, les cadres et les bénévoles des établissements, des organismes communautaires et de la Régie.

Nous sommes bien conscients qu'il y a encore beaucoup d'améliorations à apporter et qu'il y aura de nombreuses difficultés à surmonter pour y arriver. La transformation est à mi-chemin; on ne peut pas se permettre d'arrêter à ce moment-ci. On est persuadés qu'en dosant adroitement un financement adéquat, appliqué où c'est vraiment efficace, avec l'obtention de leviers nécessaires à l'efficacité du système, notamment en organisation du travail, et en accentuant davantage le travail en équipe complémentaire on va redonner à la population le service auquel elle a droit et on va faire en sorte que la transformation de 1996 n'aura pas été faite en vain. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, M. Bélanger, pour votre exposé. Je rappelle aux membres qu'ils ont maintenant jusqu'à 18 heures pour poser des questions, et vous pourrez bien sûr y répondre. Alors, sans plus tarder, je cède la parole au député de Drummond.

M. Jutras: Alors, bonjour et bienvenue à cette commission. Je vous remercie, M. Bélanger, pour la présentation. Je pense qu'effectivement, dans les régions Mauricie et Centre-du-Québec, nous sommes un exemple vivant et éloquent du plan de transformation qui s'est fait, de la façon dont ça s'est fait et comment finalement il a été possible de même mieux fonctionner, comme vous le dites, en procédant à des réallocations de ressources et en adoptant de nouvelles façons de faire.

Je suis content de cette présentation-là que vous nous avez faite, mais cependant il faut être conscient qu'effectivement on n'est pas au bout de nos peines. Il y en a un, problème, qui est très sérieux chez nous, autant sur la rive sud du Saint-Laurent que sur la rive nord, autant au Centre-du-Québec qu'en Mauricie, et c'est le problème des effectifs médicaux. Moi-même, chez nous, j'ai été confronté avec ce problème-là, mais il est à la grandeur de la région. Je voyais d'ailleurs dans votre grille d'analyse que vous parliez d'un manque d'omnipraticiens de 18, de spécialistes, c'est 43 spécialistes qu'il nous manquerait, ce qui donne un indice d'accès de 86 %, c'est-à-dire que les gens ont donc accès à 86 % des services auxquels ils auraient droit normalement si on avait le nombre de médecins qu'il nous fallait.

Je sais que vous en parliez, vous proposiez certaines solutions dans votre dernier bilan. J'aimerais savoir où vous en êtes rendus, parce que, si ma mémoire est bonne, c'était six, sept solutions que vous mettiez de l'avant par rapport à ça. J'aimerais savoir où vous en êtes rendus. Est-ce qu'on est à la veille de voir la lumière au bout du tunnel? Est-ce qu'on a eu des résultats, à date? Puis est-ce qu'on peut penser que bientôt ce problème-là sera réglé chez nous?

- M. Rheault (Michel): Alors, Mme la Présidente...
- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, monsieur.
- M. Rheault (Michel): ...en tant que président de la Commission médicale régionale, j'aimerais apporter

quelques commentaires à propos de la pénurie des effectifs dans notre région. Nous constatons en effet que nous accusons un important déficit en effectifs médicaux. Après consultation auprès du plan des effectifs approuvé par le ministère, nous sommes en déficit de 66 médecins, soit 48 en spécialité et 18 en omnipratique. Nous tenons à signaler notre situation afin que des mesures soient prises pour assurer un accès équitable aux services d'une région à l'autre. Nous sommes donc la région la plus pauvre au Québec en médecins omnipraticiens et une des plus pauvres en médecins spécialistes, principalement en psychiatrie: un psychiatre pour 33 000 de population. Nous sommes aussi déficitaires en anesthésie, en radiologie et en pneumologie.

Quelles sont les répercussions de cette carence sur notre façon de faire? Évidemment, ceci entraîne une diminution d'accessibilité aux soins, c'est-à-dire une augmentation des listes d'attente et aussi un délai plus long pour obtenir des soins. Il y a une augmentation du nombre d'heures travaillées par les médecins en place pour compenser le déficit et il y a aussi une tendance au regroupement des médecins pour une meilleure organisation du travail et une meilleure qualité de vie, ce qui malheureusement a pour conséquence que certains territoires de la région sont nettement plus défavorisés par rapport à d'autres. Exemple, en anesthésie, à Shawinigan, le service est assuré par des médecins dépanneurs.

#### • (16 h 30) •

Aussi, comme conséquence, on constate que souvent les services dans les urgences sont assurés, encore là, par des médecins dépanneurs, c'est-à-dire à Louiseville et à Nicolet. Les médecins ont tendance à se retirer de la pratique en établissement, ce qui a entraîné, par exemple, la fermeture de l'urgence du pavillon Sainte-Marie. Comme autre répercussion importante, il est à peu près impossible actuellement d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille à Trois-Rivières, de sorte que la continuité des soins est fortement compromise. Par exemple, après une hospitalisation pour une phase aiguë en cardiologie, il vous était impossible d'obtenir un suivi par un médecin de famille par la suite.

Nous avons tenté de regarder ensemble pourquoi ce manque de médecins dans notre région. Nous avons conclu que nous sommes entourés de trois régions universitaires, soit Québec, Sherbrooke et Montréal, et que les médecins finissants semblent donc être aspirés par ces trois centres. La région, de plus, nous semble peu compétitive en équipements médicaux par rapport aux centres universitaires, ce qui fait que les médecins ont tendance à nous délaisser. De plus, le constat de cette pénurie qui est véhiculé à travers la profession médicale vient fragiliser le climat professionnel. Les médecins préfèrent aller travailler plutôt dans un groupe bien organisé où il y a plusieurs médecins et où la charge de travail est moindre. C'est-à-dire que moins on en a, moins on est capable de recruter.

La situation économique de la Mauricie semble aussi être un facteur qui ne favorise pas beaucoup le recrutement, puisque l'employabilité des partenaires des médecins est compromise parce que les gens ne se trouvent pas d'emploi, de sorte que, la médecine se pratiquant beaucoup par couples maintenant, il se trouve que souvent le partenaire ne se trouve pas de travail dans la région, ce qui incite les médecins à ne pas venir, évidemment. Alors, quels sont les moyens qui sont mis à notre disposition pour tenter d'apporter des solutions à notre problème, ce qui répond un peu à votre question? La Commission médicale régionale a formé un comité d'effectifs médicaux qui tente d'apporter des solutions et qui tente de faire des propositions aux personnes intéressées.

Il y a aussi la Table des directeurs généraux qui s'est dotée de trois comités pour tenter d'améliorer notre situation, c'est-à-dire un comité de recrutement, un comité de marketing de la région, avec l'aide du CRD, et un comité d'affiliation universitaire pour tenter de recruter les finissants dans les différentes universités qui nous entourent. Nous avons aussi tenté de suggérer un recrutement régional des étudiants de notre milieu pour des futurs médecins de sorte que, si jamais ils viennent s'établir dans la région, ils auront tendance à revenir chez nous et à y rester.

Finalement, nous espérons que l'arrivée du Département régional de médecine générale, le DRMG, viendra nous aider à régler nos problèmes de pénurie et de répartition des effectifs. Nous croyons que les priorités de services devraient être déterminées par les pairs, c'est-àdire des médecins, mais que des leviers doivent être nécessaires pour assurer ces services prioritaires. Depuis environ 10 ans, les priorités de services à la population étaient déterminées par des comités d'activités médicales particulières des commissions médicales régionales, mais ces derniers n'avaient que peu de moyens pour faire respecter ces priorités, compte tenu du nombre imposant de priorités et du peu de médecins disponibles pour les assurer. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Rheault. M. le député de Drummond.

M. Jutras: Oui. Vous avez parlé des partenaires des médecins et vous avez dit que souvent, effectivement, les deux médecins sont mariés ensemble. On voit souvent ça. Mais est-ce que c'est à ça que vous faites référence? Parce qu'il me semble que, si la femme médecin arrive, vu qu'on manque de médecins, elle doit avoir de la place, là. Ça doit être plutôt le médecin qui est marié avec une infirmière ou...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme la directrice, Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Dr Rheault faisait beaucoup référence, je pense, au caractère économique de la ville de Trois-Rivières. On dit souvent: On passe en région Mauricie—Centre-du-Québec, on n'y arrête pas nécessairement, c'est-à-dire que le Centre-du-Québec n'a pas la visibilité, la notoriété que peut soutenir une région quand son réseau de communications la met bien en évidence. On n'a pas un réseau national de communications qui met en évidence l'activité du Centre-du-Québec, et la Mauricie est une région où on a souvent le premier prix de la capitale du chômage même canadien. Donc, ce n'est pas un endroit qui est incitatif sur le plan d'une installation, ce n'est pas très évident, et ce n'est pas très évident de trouver un emploi aussi au partenaire du médecin quand il n'est pas médecin lui-même, effectivement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Drummond.

M. Jutras: Ce que je voudrais aussi que vous expliquiez davantage, c'est que vous dites: On fait de l'incitation auprès des jeunes. Je comprends donc que c'est au niveau du cégep même pour les inciter à aller en médecine, parce que, effectivement, moi, je pense que, le jeune qui est originaire de Trois-Rivières ou qui est originaire de Drummondville, s'il va faire son cours de médecine à Montréal, il y a plus de chances qu'il revienne dans son milieu que le jeune qui est issu de Montréal puis qui a fait son cours à Montréal. Déraciner quelqu'un de Montréal, on le sait, c'est à peu près impossible. Il y a des députés qui le font trois jours par semaine, mais c'est à peu près tout.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Jutras: Mais j'aimerais vous entendre là-dessus parce que je trouve ça intéressant. Là, est-ce que vous allez jusqu'à proposer qu'on admette plus de jeunes des régions?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche, oui, puis M. Rheault en complémentaire tout à l'heure. Oui, Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Bon, c'est clair que, dans le débat de la répartition et de l'installation des effectifs médicaux au Québec, il y a plusieurs groupes qui se prononcent aujourd'hui, que ce soit la Conférence des régies, le Collège des médecins, la Fédération des médecins, le ministère dans certains documents. Comme région, notre situation n'est vraiment pas avantageuse, et donc c'est très clair qu'on s'inscrit dans tout débat que voudrait porter la ministre dans ce sens, c'est-à-dire qu'on serait très collaborateurs. Effectivement, on pense qu'il devrait y avoir certaines mesures qui favorisent une meilleure répartition et installation des médecins.

Dans la crise actuelle que l'on vit dans la région, vous demandiez quelles sont les actions qui sont de portée régionale. Souvent, une période de crise, ça se traduit en opportunité. Donc, ce qui est clair, c'est que, du moins au niveau des établissements, est en train de s'installer une dynamique de, le moins possible, une compétition interétablissements et plus une relation de soutien, puisque je pense que tous ont compris qu'on était en train de se partager la pauvreté. Donc, il y a une dynamique

d'assainissement des rapports entre établissements dans leur recrutement intrarégional.

Par ailleurs, il y a des choses qui sont un peu plus sous notre contrôle. Je vais vous parler, par exemple, de l'initiative d'un projet-pilote qu'il y a à Victoriaville où il y a une table médicale. L'ensemble des médecins omnipraticiens — c'est, dans notre région, le coin où il y a le moins d'omnipraticiens — se réunissent régulièrement et ils ont constaté, entre autres, qu'ils étaient 51 omnipraticiens, qu'il y a 52 semaines dans l'année et que, si chacun acceptait de partager sa garde, c'est-à-dire acceptait de faire la garde en soins à domicile en même temps qu'il fait la garde en hébergement, ils auraient probablement une meilleure qualité de vie. Donc, ça apporte déjà des actions. Ça n'augmente pas le nombre de médecins, mais ça rend plus efficace l'utilisation des ressources médicales.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En complément de réponse, Dr Rheault.

M. Rheault (Michel): Merci. Alors, Mme la Présidente, pour clarifier un peu mon idée à propos du recrutement de jeunes étudiants pour les influencer à s'orienter en médecine, des étudiants évidemment qui proviennent de notre région, ce plan n'est toujours pas en action. Nous, on pense que ceci devrait être fait, compte tenu de notre expérience passée. Antérieurement, c'est un peu comme ceci qu'il se faisait du recrutement: à partir de la région, on tentait d'influencer des gens à s'orienter en médecine, et les gens revenaient pratiquer dans leur milieu et y demeuraient. Alors, on pense que ceci devrait être à nouveau considéré par les universités lors de l'acceptation d'étudiants en médecine.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Drummond.

M. Jutras: Oui. Vous nous avez parlé des transformations qui se sont faites dans nos deux régions, vous avez parlé du maintien de la qualité des services, mais, si on regarde vers le futur maintenant par rapport à l'assiette de services, parce que les besoins sont toujours là et même sont toujours grandissants, ce que j'aimerais entendre de votre part, c'est comment vous voyez non seulement le maintien des services qui sont présentement offerts puis de la qualité que l'on connaît, mais même un accroissement de ces services-là. Je prends juste le dossier de l'hémodialyse qui est très présent dans notre région. autant du côté de Victoriaville que du côté de Drummondville. Là, on s'aperçoit qu'effectivement ces besoins-là vont en augmentant. Alors, comment vous voyez ça, et surtout, en plus, avec les contraintes budgétaires quand même que l'on connaît?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

• (16 h 40) •

Mme Laroche (Michèle): Je pense que, à l'instar d'autres régions, lorsqu'on a fait notre plan de consolidation - M. le président en faisait mention dans son allocution — le plan de consolidation prévoyait la mise en oeuvre de plusieurs mesures dont certaines mesures vont nécessiter de l'argent neuf. Rassurez-vous, ce n'est pas la majorité des mesures qui requièrent de l'argent neuf, mais il y a certaines mesures. Donc, disons que le plan de consolidation a 138 mesures. Il y en a un certain pourcentage qui va se faire par un minimum de réallocation possible, mais il y en a encore dans le secteur de la santé mentale. Il y en a probablement qui vont émerger de certains changements de pratique, mais il y a encore des économies à faire à certains niveaux. Mais on s'est entendus pour dire que ce n'est pas à travers de la réallocation qu'on va pouvoir actualiser des mesures de développement. Donc, le plan de consolidation prévoyait un développement autour de 60 000 000 \$ sur trois ans.

Ce qu'il faut comprendre de ce 60 000 000 \$ là, c'est qu'il servait essentiellement à trois choses. Il y avait une partie de ce 60 000 000 \$ là qui reconnaissait qu'il y avait des secteurs qui étaient sous-financés, notamment l'hébergement de longue durée, et je pourrai y revenir si l'objet vous intéresse. On se disait: Compte tenu des changements qu'on a faits, les personnes qui sont actuellement hébergées en longue durée requièrent plus d'heures-soins. Il va falloir ajuster le fonctionnement à cette réalité-là qui se manifeste dans notre réalité quand on héberge des personnes. Donc, il y avait une partie de l'argent qui était de reconnaître du sous-financement.

Il y a une pression dans le secteur centre jeunesse. Les hôpitaux nous avaient déjà signalé une pression autour de 13 000 000 \$ sur le niveau de financement. Donc, dans le 60 000 000 \$, il y avait une partie sur du sousfinancement. Il y avait une partie du 60 000 000 \$ qui s'inscrivait vraiment dans du développement de services, dans le sens où il y a des services qui doivent être développés dans la mesure où le vieillissement de la population fait émerger un besoin d'organisation différent. Notamment, dans le secteur de l'hémodialyse-dialyse, dans une région comme la nôtre, ces services sont actuellement disponibles à Trois-Rivières, au CHR Trois-Rivières, mais on se rend compte que nous avons quatre pôles de la région qui pourraient très bien desservir des personnes en matière d'hémodialyse, c'est-à-dire — c'est trois fois par semaine — qu'on éviterait aux personnes trois fois par semaine de se déplacer à Trois-Rivières pour recevoir leurs services. Nous avons les masses critiques pour le faire. C'est de l'investissement d'ordre de services tertiaires, donc c'est du développement national. Ce n'est pas à prendre à même l'enveloppe régionale. Et la façon intelligente de l'organiser, tant qu'à l'organiser, ce développement-là, c'est peut-être davantage en le déconcentrant notamment à Victoriaville, à Drummondville et éventuellement à Shawinigan. Donc, il y a une partie qui est plus dans l'angle de développer les services pour suivre la courbe de l'impact du vieillissement de la population.

Et il y a une partie de l'autre 20 000 000 \$ qui est vraiment de la consolidation de services. Notamment, lorsque nous avons réalloué les ressources financières dans notre région, nous avons, par exemple, déployé des embryons d'équipes jeunesse dans tous les CLSC. Nous mesurons, nous accordons un suivi à l'impact de ça et, éventuellement, on pressent qu'on devra consolider cette nature de services là au niveau des services locaux.

### La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche.

M. Jutras: J'ai aussi une autre question qu'il y avait peut-être... Je laisserai la parole à mes collègues, quitte à revenir par la suite.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, une dernière question, M. le député de Drummond.

M. Jutras: Vous avez parlé dans votre présentation, effectivement, de l'équité à l'intérieur de la région, qu'il y a d'immenses efforts qui ont été faits pour faire en sorte que les services soient répartis le plus équitablement possible à l'intérieur de la région, et vous avez même fait référence, entre autres, à la question du financement des CHSLD où, à un moment donné, nos deux régions se plaignaient d'un financement qui était en dessous de la moyenne québécoise. Si ma mémoire est bonne, c'était 42 000 \$ par lit, alors que la moyenne au niveau du Québec est de 46 000 \$, je pense.

J'aimerais savoir: Est-ce que, au moment où on se parle, à ce niveau-là, vous considérez que l'équité — je ne parle pas à l'intérieur de la région mais je parle avec les autres régions du Québec, et je fais référence, entre autres, au financement des CHSLD — elle est atteinte, chez nous?

## La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): C'est un vaste dossier que le dossier de l'équité, hein? C'est bien sûr que, au moment de la transformation, les données ministérielles nous indiquaient que nous faisions partie des régions qui pouvaient prétendre ne pas être dans les régions riches. Nous étions la quinzième au Québec. Donc, sur le plan du financement de l'enveloppe régionale, nous étions déjà considérés pas nécessairement comme une région riche.

Par ailleurs, il faut, après ça, descendre à un autre niveau puis regarder par rapport à chacun des programmes clientèles. Notamment dans notre région, il était considéré, par exemple, que notre programme en déficience intellectuelle était financé relativement de façon comparable avec ce qui était financé dans d'autres régions du Québec. Par ailleurs, notre programme de santé physique était considéré comme un des programmes pauvres au Québec. Le programme des âgés était considéré comme dans la moyenne au Québec. Or, quand nous avons fait la transformation, l'ampleur des compressions nous a amenés à faire des compressions notamment plus particulièrement sur deux programmes clientèles qui sont les programmes de clientèle santé physique et personnes âgées, compte

tenu que la majorité des sommes du financement étaient à l'intérieur de ces programmes-là.

La façon dont nous avons travaillé dans la région le dossier de l'équité, dans un premier temps, ça a été de dire: Sur le plan national se feront éventuellement des travaux sur le plan de l'équité interrégionale. Nous avons, avant même de passer à cette étape-là, un grand problème d'équité dans la région, notamment l'hébergement de longue durée. Il y avait des lits d'hébergement de longue durée chez nous qui étaient financés à 29 000 \$, alors qu'à d'autres endroits c'était à 79 000 \$. Donc, vous comprendrez que l'écart était très, très grand. Donc, norte premier travail, ça a été, avec les établissements, en impliquant des cliniciens et des gestionnaires des établissements, de refaire tout le financement notamment des lits d'hébergement de longue durée et de l'hospitalisation de courte durée.

Par la suite, on a pu fixer un coût de financement: en hébergement de longue durée, c'était 42 000 \$; en courte durée, c'était 125 000 \$. Nous avons par la suite reconstitué le budget requis de chacun des établissements et, après ça, nous avons appliqué les compressions budgétaires, ce qui fait que, dans notre région, il y a des territoires qui ont eu — le territoire au complet — des compressions budgétaires de l'ordre de 30 % alors que, dans d'autres territoires, ça a été de moins 1 % ou de 4 %. Alors, c'est une réalité très, très différente dans notre région. Donc, nous avons assuré l'équité à nos payeurs de taxes dans notre région de cette façon-là.

À votre question: Avez-vous l'assurance que le 42 000 \$ place notre région en situation d'équité sur le plan provincial? ça aussi, ça demande beaucoup de précisions. Notre 42 000 \$ dans notre région, il est composé de la composante clinique des services. Dans d'autres régions, on va dire: Le lit de l'hébergement de longue durée est financé à 60 000 \$ mais comprend des composantes de coûts indirects. Donc, on ne finance pas nos lits d'hébergement à 42 000 \$, on finance la composante soins et services à 42 000 \$.

Nous avons par ailleurs reconduit des travaux parce que, dans notre région, tous les milieux d'hébergement, bien qu'ils aient participé aux travaux de financement, nous ont alertés sur l'alourdissement de la clientèle. Les travaux que nous venons de terminer il y a quelques mois nous démontrent que le financement requis en matière d'hébergement devrait se situer dans une fourchette de 42 000 \$ à 47 000 \$, dans la mesure où on évalue à chaque année le niveau de soins requis de l'ensemble des clients d'un milieu d'hébergement.

Nous nous sommes engagés, dans notre région, à tendre à amener le financement à ce niveau-là. Nous avons interpellé la Conférence des régies et le ministère pour que, provincialement, sur le plan national, on établisse un niveau de financement requis en matière de lits d'hébergement qui soit comparable. Actuellement, les travaux de la Conférence, entre autres, sur lequel siège justement notre directeur réseau, vont bien et les assises des travaux qui sont utilisées sont celles des travaux de Mauricie—Centre-du-Québec. On va bonifier les services requis en y ajoutant

des services de physiothérapie, de réadaptation pour tenir compte aussi de l'évolution des coûts, par exemple, des services de pharmacie — on s'aperçoit qu'il y a plus de gens en hébergement qui ont besoin de services de pharmacie. Donc, on ne peut pas dire qu'on peut se comparer également à une autre région, mais on sent très bien que, je pense, on est rendus à une étape où on devrait, au Québec, fixer un niveau de financement commun en matière d'hébergement de longue durée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. Avant de céder la parole au député de Vaudreuil, est-ce que la députée de Mille-Îles a toujours...

Mme Leduc: Non, j'ai eu réponse à mes questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va. Alors, M. le député de Vaudreuil, je vous cède la parole.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, M. Bélanger et les personnes qui vous accompagnent. Merci de votre présentation qui démontre, je pense, l'intérêt que vous vouez au développement de l'organisation des services de santé et des services sociaux dans votre région, et vous avez fait un travail remarquable.

J'aimerais aborder un aspect, entre autres, que vous avez touché dans votre présentation et qui a trait au financement qui, quand même, est relativement important. Je vais vous donner certaines questions d'information et puis, après, je reviendrai avec d'autres questions davantage de perspective. La Régie a sans doute signé une entente de gestion avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Si c'était possible d'en déposer un exemplaire à la commission des affaires sociales, si c'est possible.

• (16 h 50) •

Deuxièmement, pour avoir un peu une rétrospective sur l'aspect du financement, pourriez-vous nous donner le montant total du déficit accumulé dans l'ensemble de vos établissements au 31 mars 1999, c'est-à-dire pour l'année qui s'est terminée en mars 1999, et nous indiquer également si ces déficits ont été remboursés au total, à venir jusqu'à maintenant, aux établissements ou s'il y en a encore une partie à être remboursée aux établissements?

Troisièmement, est-ce que la Régie a déjà conclu avec les établissements les ententes de gestion qu'elle doit conclure selon les règles du ministère? Et, si oui, avec combien d'établissements? Est-ce que c'est terminé? Est-ce que c'est signé? Est-ce que le ministère également a signé, lui, pour les cas où ça requiert la signature du ministère?

Quatrièmement, quel est, à ce moment-ci, en mars 2000, le montant total de déficit que vous estimez dans l'ensemble des établissements de votre région?

Autre point, quel est le montant total des emprunts qui sont faits par les établissements et quel est le coût que doivent encourir les établissements au cours de l'année actuelle?

Autre point, quels sont les coûts, s'il y en a, qui sont reliés à la sécurité ou à la stabilité d'emploi, selon la terminologie que vous utilisez? Y a-t-il de la part de la

Régie des engagements régionaux non provisionnés dans votre Régie? Et quel est le montant reçu dans votre région dans le cadre du plan d'immobilisation 1999-2000? C'està-dire, quand est-ce que ça vous a été confirmé et quel est le montant? Alors, voilà. Je reviendrai, après ça, sur les perspectives.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Laroche, on vous laisse tout le temps pour répondre à ces questions.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Elle a toutes les réponses.

Mme Laroche (Michèle): Compte tenu que je suis arrivée tout à l'heure un peu à la présentation, Mme la Présidente, j'ai saisi aussi qu'il y avait un niveau de préoccupation un peu plus pointu sur l'emprunt; donc, je vais faire porter les réponses sur le déficit, si vous me le permettez, et je vais demander à M. Hamrouni, qui m'accompagne, qui est directeur, le grand argentier dans notre Régie, de répondre plus précisément pour tout le volet des emprunts, des taux d'intérêt...

L'entente de gestion bipartite que la Régie régionale a convenue avec le ministère l'année dernière figurait que le déficit régional de notre région ne devait pas dépasser, au 31 mars de l'an 2000, 22 600 000 \$. C'est la base sur laquelle on s'est entendus l'année dernière au mois de juin. Nos établissements avaient, au 31 mars 1999, un déficit de 35 200 000 \$. Comment nous avons géré ça? Bien sûr, nous avons pris assise sur la loi. Le conseil d'administration a adopté des résolutions demandant à chaque établissement, dans la mesure où on avait signifié les budgets alloués à chacun des établissements, d'adopter leurs propres budgets, de les déposer à la Régie dans le cas où ils étaient déficitaires et de les assortir d'un plan d'équilibre budgétaire.

Force nous est de constater que, un coup que les établissements ont adopté leurs budgets et qu'ils ont transmis ça à la Régie régionale, se dessinait dans notre région un déficit qui s'approchait davantage du 50 000 000 \$, Donc, ce faisant, avec le conseil d'administration, il a été convenu de signer des ententes de gestion avec tous les établissements qui déposaient un budget qui prévoyait un déficit au 31 mars de l'an 2000, c'est-à-dire que nous n'avons pas voulu signer des ententes de gestion uniquement avec les établissements ciblés par le ministère, nous ne voulions pas être dans le paradoxe de contrôler le déficit d'un certain nombre d'établissements et de se ramasser avec un déficit de l'enveloppe régionale hors contrôle parce qu'il y a des émergences un peu partout qu'on n'a pas vu venir. Donc, en conséquence, nous avions 15 ententes de gestion à signer sur 27 établissements. À ce jour, nous avons 12 ententes de gestion sur les 15 établissements, et je vous dirai comment on dispose des trois autres situations.

Nous anticipons un déficit autour de 29 600 000 \$ au 31 mars de l'an 2000, donc nous ne serons pas en

conformité, si on veut, avec l'entente bipartite convenue avec le ministère. Mais, compte tenu du déficit de l'année dernière, qui était à 35 000 000 \$, nous sommes en deçà du 35 000 000 \$. Compte tenu de l'ampleur de la transformation et des analyses fines qu'on a pu faire avec chacun des établissements concernés lors des travaux sur les ententes de gestion, nous sommes confortables avec ce niveau-là, et le ministère nous envoie un message à l'effet qu'il est confortable aussi avec ce niveau-là.

Pour les trois établissements pour lesquels nous ne sommes pas en entente de gestion, c'est que nous sommes en démarche particulière auprès des trois établissements. Dans un cas, il s'agit du Haut-Saint-Maurice, le secteur de La Tuque, Haut-Saint-Maurice qui est un territoire chez nous qui a vu son financement baisser de 35 % par la transformation, qui a intégré trois missions, donc qui a vécu une opération extrêmement majeure sur le plan de la transformation. Nous avons convenu avec l'établissement, qui est en région dite éloignée, d'une démarche tripartite à laquelle nous sommes associés avec le ministère. Nous avons commencé cette démarche-là et nous refaisons sur une base zéro tout le budget de l'établissement pour convenir du niveau de financement requis pour cet établissement-là.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un hôpital dans notre secteur, un hôpital qui avait terminé l'année dernière avec à peu près pas de déficit et qui se présente avec un déficit important. Nous sommes encore en travail avec cet établissement pour comprendre la nature du déficit et quelle est l'explication de la poussée du déficit. Dans le troisième cas, Mme la Présidente, nous sommes dans une démarche qui sera plus d'ordre de faire appel à ce que la loi permet, c'est-à-dire d'avoir un vérificateur financier dans cet établissement-là. Il s'agit d'un CLSC.

Donc, actuellement, nous en avons 12 sur 15. Nous avons, pour la plupart, reçu des ententes signées par les trois parties. Pour les quelques-unes qui demeurent, qui ne sont pas entrées, signées par les trois parties, nous avons quand même cependant des informations par Lotus Notes qui nous indiquent que les études à l'interne du ministère ont été faites et que l'entente est actuellement sur la table du sous-ministre, M. Roy, pour signature éventuelle.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Est-ce qu'il y a possibilité de déposer ces ententes à la commission, au secrétariat de la commission?

Mme Laroche (Michèle): Vous allez me trouver, Mme la Présidente... On s'est posé la question, compte tenu qu'il y a trois signataires, c'est-à-dire que l'entente ministère-régie, je pense que ça ne pose pas de problème, compte tenu que l'établissement ne fait pas partie... On s'est posé la question, mais, s'il n'y a pas de... Parce qu'on ne l'a pas tranchée, autrement dit, la question...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mais la Régie de Québec l'a fait.

Mme Laroche (Michèle): Ça va. Mais c'est pour ça qu'on ne les avait pas amenées aujourd'hui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord.

Mme Laroche (Michèle): Mais elles sont disponibles.

- La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, vous pourrez les faire parvenir au secrétariat. Merci. M. le député de Vaudreuil... En complément de réponse, est-ce que M. Hamrouni voudrait ajouter quelque chose?
- M. Hamrouni (Ali): Plus tard, Mme la Présidente, je pourrai aller au niveau des emprunts.
- M. Marcoux: Avant d'y aller, simplement pour terminer sur l'aspect des déficits, Mme Laroche, le déficit total accumulé au 31 mars, en fait pour l'année 1999, pour les années antérieures, combien était-ce?

Mme Laroche (Michèle): 51 000 000 \$.

M. Hamrouni (Ali): 53 000 000 \$.

Mme Laroche (Michèle): 53 000 000 \$, effectivement.

- M. Marcoux: Actuellement, au moment où l'on se parle, est-ce que le remboursement entier a été fait aux établissements ou s'il y en a seulement un 70 % qui a été fait aux établissements?
- M. Hamrouni (Ali): Mme la Présidente, je voudrais apporter une précision. Le ministère nous a dégagé le financement comme tel; autrement dit, la Régie régionale actuellement dispose de 53 000 000 \$, puis le cadre de la prise en charge de la dette était conditionnel à ce que l'établissement signe des ententes de gestion. Donc, pour l'ensemble des établissements avec qui on a signé des ententes de gestion, on a libéré les montants.

Il y a un troisième versement pour les établissements qui doivent vraiment atteindre effectivement les résultats attendus aux ententes de gestion, on devrait libérer la troisième partie, de sorte qu'actuellement, avec l'ensemble des établissements avec qui on est en processus de signature de ces ententes-là, le montant a été garanti. On a dit aux établissements: Le montant est géré. Pour les trois établissements auxquels Mme Laroche faisait référence tout à l'heure, on est en pourparlers pour ce montant-là. Mais la Régie dispose des sommes en question.

- M. Marcoux: Mais ma question: Est-ce que ça a été versé aux établissements?
- M. Hamrouni (Ali): Oui. La première tranche et la deuxième tranche ont été versées.

M. Marcoux: O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, quant aux autres sujets...

M. Marcoux: Sur les emprunts.

M. Hamrouni (Ali): Pour ce qui est des emprunts, Mme la Présidente, je voudrais apporter quelques nuances. On vous a transmis de l'information dans certains tableaux. Je voudrais tout simplement vous signaler, lorsqu'on parle des emprunts, qu'on parle des autorisations d'emprunt. Donc, ce n'est pas nécessairement des emprunts réellement encourus. En quelque sorte, on donne une marge de crédit aux établissements, puis, à partir de cette marge de crédit là, les établissements doivent emprunter au fur et à mesure que les besoins se font sentir.

Par ailleurs, Mme la Présidente, au niveau des emprunts, je dirais qu'il y a quatre blocs. Il y a un emprunt qu'on peut qualifier de fonctionnement pour couvrir en quelque sorte les déficits, il y a une deuxième catégorie qui est des emprunts, je dirais, de transition, transitoires, parce que la subvention comme telle, elle n'est pas versée... Donc, autrement dit, on peut emprunter pour trois jours ou quatre jours de façon à ce que le montant, la subvention soit versée aux établissements comme tels.

#### • (17 heures) •

Il y a un troisième bloc qui touche les immobilisations ou l'autofinancement, de sorte que finalement ça devient des emprunts pour fins capitalisables... sur quelques années. Puis, depuis les trois dernières années, on a eu une quatrième catégorie qui est la prise en charge par la CHQ de certains types d'emprunts, notamment l'emprunt relié aux départs volontaires, tout ça, puis ces emprunts-là ont eu lieu en transition à la Régie régionale ou aux établissements, mais, en réalité, ils sont pris en charge par des décisions gouvernementales.

Je ne sais pas si cette partie-là, ça amène des précisions au niveau des emprunts. Pour ce qui est de l'évolution des emprunts de fonctionnement comme telle, je dirais: Pour l'année 1995-1996, nous avons un emprunt aux alentours de 6 000 000 \$ dans lequel on peut estimer le coût de ces emprunts-là aux alentours de 300 000 \$, 400 000 \$, puisqu'on utilise toujours le taux préférentiel qui a été convenu entre le gouvernement puis les institutions financières. Pour ce qui est de 1996-1997, nous avons un emprunt de fonctionnement de 5 000 000 \$, donc on peut estimer le coût aux alentours de 250 000 \$. Pour 1997-1998, la hauteur des emprunts de fonctionnement, c'est aux alentours de 10 000 000 \$, donc ça pourrait générer un ordre de 500 000 \$ de coûts d'intérêts. Et, pour l'exercice 1998-1999, on parle d'un emprunt global de 42 000 000 \$ qui touche essentiellement le déficit de l'exercice 1998-1999 puis une partie du déficit accumulé qui n'a pas été pris en charge. Donc, le coût de fonctionnement, c'est aux alentours de 2 200 000 \$. Pour ce qui est, je dirais, moi, du montant global comme tel, puisque le ministère a pris en charge certaines dettes antérieures, donc ces coûts d'intérêts se trouvent dans celui de la dette, de sorte que, finalement, en réalité, ils ont été pris en charge par les décisions gouvernementales par rapport à ça.

M. Marcoux: Est-ce que je dois comprendre que, pour l'année actuelle 1999-2000, si vous estimez pour les établissements un 30 000 000 \$ ou 29 000 000 \$ pour les fins du calcul du déficit, c'est que les établissements doivent emprunter pour leurs besoins de liquidités pour financer ces déficits-là? Est-ce que c'est correct?

M. Hamrouni (Ali): Oui, puis, Mme la Présidente, lorsqu'on parle de 29 000 000 \$ de déficit, ces emprunts-là sont déjà intégrés, sont déjà anticipés dans ce montant de 29 000 000 \$.

M. Marcoux: De toute façon, c'est un coût de, quoi, 7 % à peu près?

M. Hamrouni (Ali): Aux alentours. Ça varie aux alentours de ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Peut-être en information complémentaire vous signaler que, sur le 29 000 000 \$ de déficit dans notre région, il v a une partie importante de ce déficit-là qui est sur une base non récurrente. Nous sommes une des régions au Ouébec qui ont fait le plus de changements structurels. Nous avons des fusions importantes dans notre région. notamment celle de l'ancien hôpital Sainte-Marie-Saint-Joseph qui est devenu le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières qui génère à lui seul autour de 6 000 000 \$ à 7 000 000 \$ de dépenses qui sont non récurrentes, qui devraient normalement se stabiliser, dans la mesure où le projet d'immobilisation va être réalisé et que les activités vont être sur un seul site. Et c'est moins important dans d'autres endroits, mais on a plusieurs endroits où on a une partie du déficit de l'année, quand on va terminer, qui est sur une base non récurrente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Pour les immobilisations?

Mme Laroche (Michèle): Pour les immobilisations cette année? Dans le PTI, c'est 37 000 000 \$ que nous avons eus pour le maintien des actifs, le remplacement... Non. Nous avons reçu deux annonces sur le projet d'immobilisation. Nous avons mis en exécution le projet du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et nous avons le projet du regroupement Cloutier-Durivage qui constitue à ramener des personnes qui sont actuellement sur un site d'hébergement très désuet. C'est un établissement qui est multivocationnel, qui regroupe trois missions. C'est à Cap-de-la-Madeleine. Donc, nous avons deux projets d'immobilisation d'importance dans notre région, dans le C.T. de mise en exécution 1999-2000, et nous avons reçu quelque 37 000 000 \$ au total. Ali, rappelle-moi de

mémoire. C'est parce que tu me fais le détail du coût, là. O.K. Correct. On a reçu notre enveloppe de 4 000 000 \$ ou 6 000 000 \$...

#### M. Hamrouni (Ali): 6 000 000 \$.

Mme Laroche (Michèle): ...6 000 000 \$ pour le maintien des actifs dans l'enveloppe du PTI qui concerne ça et nous avons reçu deux projets d'envergure.

Puisque vous posez une question sur les immobilisations, ça me permet de vous dire que, dans notre région, c'est un enjeu fort important, c'est-à-dire que, comme nous sommes passés de 43 établissements à 27 établissements, que nous avons regroupé plusieurs missions sur un seul site — on l'a vu, on a sept territoires où il y a un seul établissement — il y a beaucoup de projets d'immobilisation qui sont requis pour rendre fonctionnels les lieux physiques de ces choix de plan de transformation. Notamment, ca a un lien direct avec la capacité des établissements à entrer en équilibre budgétaire, c'est-à-dire que nous avons, pour vous donner un exemple, à Maskinongé un site qui doit normalement regrouper des activités d'hébergement CLSC et un solde d'activités d'urgence hospitalière de l'ancien hôpital qui était là. Bien sûr, il v a une partie de son déficit qui est due au fait que, ses économies, il ne les a pas parce que son plan fonctionnel et technique n'est pas en cours, son projet immobilisation n'est pas en cours. Donc, le rythme avec lequel dans notre région on pourra assumer les projets d'immobilisation a un impact direct sur notre capacité à maintenir les équilibres budgétaires des établissements. C'est un enjeu dans notre région.

M. Marcoux: Est-ce que je pourrais vous demander si vous avez estimé le besoin, enfin le montant qui serait requis en termes d'immobilisation dans la perspective que vous mentionnez, c'est-à-dire au cours des prochaines années? Vous dites: Oui, c'est important de réorganiser, évidemment pour donner les services — ça, c'est la première chose — et en même temps pour permettre de réduire éventuellement les dépenses de fonctionnement, ce qui se comprend également, là. Écoutez, vous pouvez nous revenir plus tard si vous voulez, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Écoutez, vous pourrez revenir avec un complément de réponse un peu plus tard.

Mme Laroche (Michèle): Nous en avons pour 91 000 000 \$, plus 15 000 000 \$ qui seraient requis en matière de développement de haute technologie.

M. Marcoux: Quant vous dites «haute technologie», est-ce que vous référez à des équipements médicaux spécialisés?

Mme Laroche (Michèle): Des équipements spécialisés, oui, la réorganisation de services diagnostiques. Nous avons un parc d'équipements dans certains sites qui

est vraiment à revoir. Nous avons des équipements qui ont passé l'an 2000 parce qu'il n'y avait pas de problème à savoir si les puces passeraient.

M. Marcoux: À combien évaluez-vous les coûts de système annuels dans votre région simplement afin d'assumer l'augmentation normale de base qui est reliée à l'augmentation que ce soit de la masse salariale ou des équipements, etc.?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Hamrouni.

M. Hamrouni (Ali): C'est une question très complexe lorsqu'on parle des coûts de système. Je vais essayer peut-être de vous situer c'est quoi lorsqu'on parle des coûts de système, finalement. Il est tributaire de la signature des conventions collectives. À titre d'exemple, si, à un moment donné, on subit une augmentation de 1 % ou de 2 %, donc on vient en quelque sorte...

M. Marcoux: Habituellement, c'est 1 %, juste pour les fins de la cause.

M. Hamrouni (Ali): Disons que ça influence. Donc, si on prend finalement le coût, je dirais, de la progression salariale, si on prend finalement le coût de la vie comme tel, on peut dire que ça gravite autour de 2,5 % à 3 % par année, l'expérience nous l'a démontré les trois dernières années. C'est ce qui constitue, en réalité, les éléments qui n'ont pas été financés jusqu'à 1997-1998, qui ont été assumés à même l'enveloppe régionale.

M. Marcoux: Très bien. Tout simplement pour faire référence à une question tantôt du député de Drummond touchant l'équité interrégionale — je pense que c'est ça que vous avez soulevé, M. le député — vous dites que, pour certains programmes clientèles, vous vous comparez au reste de la province ou à la moyenne québécoise. Est-ce que je crois comprendre que les programmes clientèles où vous considérez que vous faites l'objet d'un sous-financement par rapport à une moyenne québécoise touchent principalement la santé mentale?

Mme Laroche (Michèle): La santé physique.

M. Marcoux: La santé physique?

Mme Laroche (Michèle): Jeunesse.

M. Marcoux: Jeunesse.

Mme Laroche (Michèle): Déficience physique, il y a encore un correctif important à apporter. Nous avons, dans notre propre transformation — vous l'avez vu — investi dans ce secteur-là de façon importante 5 000 000 \$ parce que nous avions un rattrapage important à faire. Ce qui est important — votre question me permet d'illustrer quelque chose — c'est qu'avant la transformation le

financement arrivait dans les régions dans une logique de programme clientèle et pas toujours dans une logique d'équité interrégions. Donc, dans chacune des régions, les programmes clientèles se sont développés avec une richesse relative différente l'une de l'autre. Dans la majorité des régions au Québec, au moment de la transformation, nous avons reçu un financement sous une approche d'enveloppe globale. Chacune des régions du Québec a fait des choix en fonction des secteurs qui lui paraissaient les plus dramatiques.

• (17 h 10) •

Bon, dans notre région, la déficience physique était un secteur qui était sous-financé vraiment de facon dramatique. Bien que notre programme de santé physique ne soit pas un des plus riches au Ouébec, nous sommes quand même allés comprimer dans ce secteur-là un peu plus pour être capables de faire un meilleur équilibrage dans notre richesse collective dans la région, ce qui explique, par exemple, qu'aujourd'hui, si on envoie des sous en maintien à domicile dans une région, il v a des endroits où cette région-là a investi de façon majoritaire dans son maintien à domicile mais a peut-être des grands besoins dans un autre secteur, d'où l'importance de conserver des prérogatives de s'enligner dans des investissements d'orientation nationale mais de bien échanger ensemble avec chacune des régions, de bien corriger le tir et de garder un minimum de marge de manoeuvre à chacune des régions pour ne pas que le virage se fasse à 180 degrés, parce que, là, on va créer des fossés. On va créer des fossés parce que les investissements, les choix régionaux qui ont été faits ont traduit la réalité de chacune des régions de façon différente sur le plan financier, donc ca me permet de...

Ouand le président fait dans son allocution une alerte en disant: Le plan de consolidation prend ses assises sur une continuité au plan de transformation dans notre région, nous avons fait des choix dans notre région. Si nous voulons combler la gamme de services en déficience physique, on sait ce qui manque, mais on sait qu'on a investi 5 000 000 \$ là. Il y a des régions qui n'ont pas investi du tout dans le secteur de la déficience physique, elles ont fait d'autres choix. Donc, quand on parle d'un plan de consolidation, on parle d'illustrer des mesures qui s'inscrivent en continuité avec les choix qui ont été faits dans chacune des régions, et je pense qu'on peut concilier facilement des orientations, puisqu'on a toujours fait des actions en conformité avec des orientations nationales, qu'elles soient d'ordre financier ou d'organisation des services. Il m'apparaît certain que ce n'est pas irréconciliable, on peut faire des choses, mais il faut se rapprocher beaucoup sur les choix qu'on va faire d'investissement, parce qu'on risquerait de creuser encore davantage en retombant trop rapidement uniquement sous l'angle d'une logique programme clientèle, de recréer des écarts entre les régions en matière d'accessibilité à des ressources.

M. Marcoux: Seulement une dernière question: Pour 2000-2001, présumant que vous voulez revenir structurellement à une situation financière où il n'y a pas de déficit, si j'excepte le non-récurrent que vous avez mentionné tantôt et compte tenu de votre plan de consolidation, qu'est-ce qui serait requis comme montant additionnel par rapport au budget 1999-2000?

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): 25 000 000 \$. Si on veut corriger vraiment sur le fond, quelque chose sur le structurel là, donc 25 000 000 \$. Pour quoi? Pour rehausser — c'est sûr qu'on pourrait choisir une stratégie plus étalée dans le temps — le niveau de financement de l'hébergement de longue durée. C'est clair, c'est documenté, il n'y a aucune ambiguïté. Je vous jure, là, il n'y a aucune ambiguïté. Il faut vraiment rehausser ce financement-là.

Notre centre jeunesse dans notre région s'était présenté avec un déficit de 3 500 000 \$. On a fait un plan d'équilibre sur 1 600 000 \$, mais le reste, c'est vraiment, vraiment, vraiment du sous-financement. C'est très documenté, on est capables de faire ça, et nous savons qu'une partie des déficits des hôpitaux - pas 100 % de leur déficit mais une partie de leur déficit — qui varie entre 10 000 000 \$ et 13 000 000 \$, est vraiment du réel sous-financement. Donc, avec cette somme, ca nous permet — il reste quelques millions — d'assumer des choses comme la dialyse, parce qu'il faut aussi tenir compte que la pression est là, donc de stabiliser la pression que nous avons en dialyse, de stabiliser la pression que nous avons sur les jeunes enfants par rapport aux implants cochléaires, et un certain montant d'argent pour les déficits structurels.

M. Marcoux: Et ça, est-ce que ça comprend les augmentations de coûts de conventions collectives, là, dans votre idée?

Mme Laroche (Michèle): Non.

M. Marcoux: O.K. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Vaudreuil. M. le député de Johnson.

M. Boucher: Bonjour. Je suis très content de vous accueillir. La Mauricie que vous desservez touche à mon comté — pas beaucoup mais un petit peu — et j'en entends parler, notamment de la pénurie de médecins. Mais je vais avoir des questions d'un autre ordre. Je ne veux pas être en porte-à-faux par rapport à ce que notre collègue vient de poser comme questions, mais notre ministre des Finances, M. Landry, a dit la semaine passée qu'il n'y avait pas juste un problème de financement dans le réseau, qu'il y avait un problème d'organisation et de gestion, et j'entends, moi, des fois, particulièrement dans la région de l'Estrie, des gens me dire qu'il y a encore du gras puis qu'il y a encore un peu de manque de productivité. Est-ce

que vous pouvez, nonobstant tout ce que vous avez dit, confirmer ca?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Mme la Présidente, de dire qu'il n'y a pas de gras, jamais, c'est illusoire, puis on n'y croit pas. Je pense que les choses évoluent tellement rapidement dans les façons de faire qu'on peut toujours trouver des nouvelles façons de faire qui vont amener des économies. Mais souvent il faut investir pour avoir ces économies-là.

Dans notre région, dans la mesure où l'exercice qu'on a fait sur le plan financier a fait que ce qu'on pourrait appeler les gens qui dépensent le plus — les hôpitaux, l'hébergement, les coûts chers, là, les coûts très dispendieux — ont été refinancés sur une base comparable partout, on peut prétendre que le gras à ce niveau-là a été coupé parce qu'on a mesuré quasiment les heures-services à la minute près. Par ailleurs, tous les coûts indirects de nos établissements ont été financés sur des bases de performance déjà au moment de la transformation parmi les tiers les plus performants.

Un de nos problèmes des CHSLD, c'est qu'ils sont financés actuellement pour que les coûts de production de tout ce qui est service soutien correspondent au standard du un tiers plus performant au Québec. Notre centre jeunesse, actuellement, si on enlève le pôle de difficultés qu'ils ont à Drummondville, par rapport à l'ensemble des autres points de services, il est parmi le tiers le plus performant au Québec. Donc, on a, dans notre région, eu la caractéristique... À l'époque, à la dernière commission parlementaire, vos collègues disaient à la région: Vous passez très fort sur la pression, sur le plan du financement, et c'était vrai. Nous avons livré plus que notre contribution à l'assainissement des finances publiques. Nous avons été porteurs d'une vision sur le fait que, comme nous n'avions pas de coûts de transition, il fallait les payer. Et, pour payer nos propres coûts de transition, on a quand même réalloué 62 000 000 \$. Il a fallu passer effectivement la barre très basse. Pour fixer la barre très basse et que ce ne soit pas inéquitable, il a fallu donner des seuils de performance. Donc, la logique de performance dans la région 04 est déjà quelque chose qui est bien installé.

Par ailleurs, vous vous rappellerez que, pendant la transformation, nous étions interpellés aussi pour un plan de modernisation. Dans notre région, déjà nous avons des économies par rapport au plan de modernisation, des économies qui sont presque l'équivalent de notre contribution à l'assainissement des finances publiques. Il y a encore des marges de manoeuvre là-dessus, on travaille encore là-dessus. Nous sommes souvent assujettis cependant à la capacité d'investir, à la rapidité d'investir pour moderniser les laboratoires, moderniser les cuisines, mais on a déjà été chercher 34 000 000 \$ en économies sur des services dits diagnostiques dans notre région. Mais il y a encore de la marge de manoeuvre. Vous dire qu'il n'y a pas de marge de manoeuvre, il y a encore de la

marge de manoeuvre. Il y a encore de la marge de manoeuvre beaucoup, beaucoup au niveau des changements de pratiques. Ça fait que ça, l'impact de ça, ça va être long à mesurer, du style la revue d'utilisation des tests, la revue d'utilisation des médicaments. Mais ça, c'est sûr que ça ne libère pas d'argent pour l'an prochain.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. M. le député de Johnson.

M. Boucher: Dans la région d'Acton Vale, qui se trouve en Montérégie, il y a une pénurie de médecins qui est importante, et, assez ironiquement, un de nos médecins est sur le point de quitter la région pour s'installer à Saint-Nicéphore parce que, là, la règle est de 100 %, tandis qu'à Acton Vale elle est de 70 %, puis vous me parlez quand même que vous avez un problème de répartition des effectifs médicaux. Alors, est-ce que c'est vrai, dans le fond, que ce n'est pas la règle du 100 % ou du 70 % qui vient déterminer le choix des médecins mais que c'est autre chose? Est-ce que vous croyez à ça?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche ou...

M. Bélanger (Gaston): Si vous permettez...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bélanger.

M. Bélanger (Gaston): Merci, Mme la Présidente. Ca fait déjà un an que je travaille sur la problématique des effectifs médicaux. Ça fait un an que je dis qu'on se tire dans les pieds si on continue de bisouner avec des niaiseries comme le 110 %, puis le 120 %, puis le 130 %, puis le 140 %. On va faire de la surenchère partout, puis il y aura tout le temps quelqu'un quelque part qui va en avoir plus qu'ailleurs. Quant à moi, c'est prendre le problème à l'envers. Il me semble qu'il y a une seule façon de régler ce problème-là, quant à moi, c'est d'une part de régionaliser la richesse, donc on aura un pot puis on dira: Voici, Mauricie—Centre-du-Québec—Montérégie, ce qu'on vous réserve, et, à l'intérieur de ça, qu'on vienne cibler des pratiques prioritaires. Ce n'est pas normal que ce soit plus facile de trouver un médecin pour soigner une cheville quand tu joues au hockey que pour te faire opérer puis que tu attendes trois, quatre mois pour avoir une opération, quelque part. Il y a comme une espèce d'incongruité là-dedans. Alors, je pense que, tant et aussi longtemps qu'on va...

Écoutez, les ententes sur les conditions de rémunération, à l'assurance maladie, il y a 40 personnes qui ne font que gérer des ententes particulières à temps plein. On voit bien que ça n'a pas de maudit bon sens. Il y a à peu près autant d'ententes particulières qu'il y a de médecins spécialistes. Ça devient de la folie furieuse. On peut-u passer à autre chose puis regarder quelque chose de global?

• (17 h 20) •

Il y a plusieurs personnes qui ont soumis... Nous, on pense, à la Régie. Les présidents de régie ont quand même travaillé beaucoup. Sur un comité de 17 personnes, il v avait 10 médecins. On a fait l'unanimité. Ce n'est pas tout à fait rien. On pense qu'on a une bonne solution, mais le problème n'est pas là. Le Collège des médecins a amené la sienne, la FMOO a amené la sienne. Bon. Ou'on regarde donc ca en partant d'une base zéro, si je peux appeler ça comme ça, mais qu'on s'entende que, tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas priorisé des actes... Puis. quand je dis «priorisé des actes», ça ne veut pas dire que les médecins qui sont en pratique privée, en clinique privée ne font pas des actes prioritaires, ça dépend où estce qu'ils sont. O.K.? Mais, tant qu'on n'aura pas réglé ca puis régionalisé la richesse, quant à moi, les histoires de 120 % puis de 110 %, on se tire dans les pieds puis à quatre mains.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Johnson.

M. Boucher: Juste complémentaire à ça, j'ai piloté récemment, au congrès régional de mon parti, une résolution. J'ai cru entendre que vous étiez d'accord avec ca. mais j'aimerais le confirmer. La résolution disait ceci: Les critères pour l'admission des étudiants en médecine ne seront plus seulement une question de notes, mais, dès le départ, on saura qu'on a besoin de médecins à Chibougamau, à Valcourt, à Acton Vale, puis on orientera nos critères de sélection en fonction des besoins dans les régions de sorte que, dorénavant, à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, au Centre universitaire de santé, les jeunes qui viendront là devront avoir un choix de cette nature-là en plus des notes nécessaires pour faire leurs études, et pour une période de cinq ans, qu'on a fait comme choix, nous. Est-ce que vous pensez que c'est une bonne idée?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Bélanger.

M. Bélanger (Gaston): Avec tout le respect que je dois à votre parti, monsieur... Excusez-moi, j'ai oublié votre nom, M. le député.

M. Boucher: De Johnson.

M. Bélanger (Gaston): M. le député de Johnson, avec tout le respect que je dois aux efforts pour concocter cette résolution-là, je ne pense pas que ce soit la façon de l'aborder parce qu'il y aura toujours quelqu'un qui aura une bonne raison quelque part pour essayer d'échapper à cette patente-là, qui va se sentir prisonnier, qui va se sentir coercisé, si je peux me permettre le néologisme. Je pense que la façon n'est pas comme ça. Regardez les ingénieurs. Bon. Où est-ce que ça va travailler, des ingénieurs? Ça va travailler où il y a de l'argent pour les payer, c'est aussi logique que ça. Qu'on procède de cette façon-là, il n'y a personne qui sera

obligé de... On va dire: C'est normal, les postes sont ouverts là.

Moi, ce avec quoi j'ai de la difficulté — puis je ne parle pas de faire du salariat pour les médecins, là — où j'ai des problèmes, je vais vous en donner un exemple, les pharmaciens. Ça ne va pas travailler où ça veut, les pharmaciens. Il y a un poste à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska? Bien, mon ti-pit, tu vas à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, tu ne vas pas à Drummondville s'il n'y a pas de poste. Amen! Alléluia! C'est pareil pour les infirmières, les techniciens de labo, nommez-les tous. Il y a juste les médecins qui peuvent décider: Moi, si j'ai envie de m'installer à Daveluyville ou à Kingsey Falls, pour dire de quoi, je m'installe là, puis après moi le déluge, puis les gens viendront bien à moi par ce que j'appelle l'effet aspirateur. Bon, O.K., mais ce n'est pas comme ça qu'on peut coordonner tous les services.

Moì, je pense qu'il ne faut pas chercher des solutions pour tirer sur les médecins à vue ou je ne sais pas trop quoi. Ce n'est pas ça, l'idée. On dirait: Voici, il y a des postes qui sont disponibles à des endroits, il y a des actions qui sont prioritaires, puis, à ce moment-là, bien, on va où il y a du travail.

# La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Encomplément, Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): En faisant le lien avec les propos du Dr Rheault et du président, il faut dire que ce qu'on peut constater, nous, dans notre région, c'est que, le jour où on va rendre compétitifs les autres établissements dans notre région, ça va contribuer grandement au recrutement. Et, quand je parle de compétitifs, je ne fais pas allusion à du 70 %, ou à du 100 %, ou à du 120 %. La preuve en est que nous avons inauguré dernièrement le Centre de radio-oncologie à Trois-Rivières. Nous n'avons aucun problème de recrutement. Pourquoi? Parce que notre parc technologique, pour une fois, dépasse probablement ce qu'il y a même ailleurs. Donc, lorsque le développement au Québec, en région...

Quand on passe de 10 hôpitaux à quatre comme dans notre région, vous comprendrez qu'on ne peut pas aller beaucoup plus bas que ça. Il faut minimalement garder ces quatre établissements-là toujours dans un contexte de compétition réelle sur le plan de l'attrait de la pratique. Tout jeune médecin qui sort n'est pas intéressé à perdre ses acquis, et, dans ce sens-là, c'est un enjeu majeur qui est un enjeu qui est plus d'ordre administratif, à la limite, qui est un peu plus sous notre contrôle, puisque, dans le grand débat des leviers requis pour les effectifs médicaux, l'engagement qu'on peut prendre, c'est de soutenir la volonté à ce qu'il y ait un grand débat parce que je pense que c'est requis.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. Alors, avant de céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce, je voudrais revenir peut-être sur un commentaire qu'a fait le député de Johnson. Il y a des problèmes de ressources financières, mais aussi, comme il

le mentionnait, il y a des problèmes de gérance. Il peut y avoir certains problèmes de gérance, dit-on. Je posais justement une question à la Régie régionale qui vous a précédés, celle de l'Estrie, entre autres, parce qu'on vient de terminer les négociations des conventions collectives. On vient de signer des ententes avec les travailleurs, et bien sûr il y avait un point sur lequel misaient énormément les directions, les directeurs des institutions, c'était l'organisation du travail, et je posais la question à la Régie régionale de l'Estrie, tout à l'heure — parce que, nous, on sait combien on a donné au niveau monétaire, mais, dans l'organisation du travail, on n'est pas au fait de ca: Est-ce que, par exemple, vous pensez, vous croyez que les conventions collectives ont donné suffisamment de flexibilité aux directeurs des hôpitaux pour pouvoir justement leur donner cette marge de manoeuvre qui aurait pu poursuivre, permettre, par exemple, la continuité dans la gestion des ressources et ainsi peut-être diminuer les ressources financières? On semblait me dire que non, qu'on n'avait pas nécessairement écouté le côté patronat.

Est-ce que, pour vous, vous croyez que les conventions collectives qui viennent d'être négociées vous ont donné, ou ont donné, aux institutions cette marge de manoeuvre, flexibilité pour pouvoir, entre autres, faire la réorganisation des services? Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Bon, dans la mesure où la signature d'une convention collective allège le climat, c'est déjà une bonne chose, c'est-à-dire que les employés, individuellement, eux, sont plus sereins à leur travail et la tension est moins grande, donc ca peut faciliter les discussions après entre employeurs et employés. Sur le plan spécifique, Mme la Présidente, de votre question sur l'organisation du travail, il est bien sûr, je ne vous le cacherai pas, que l'ensemble des employeurs au Québec auraient souhaité avoir un peu plus de marge de manoeuvre sur certains objets, les décentraliser sur le plan de la négociation. Bon, ça ne s'est pas fait dans le cadre de la présente négociation, on peut le déplorer, d'autant plus que certaines — on l'a vu — clauses inquiètent des employeurs, notamment sur la précarité possible des emplois, le raccourcissement de la période de vacances en période d'été, notamment pour les infirmières. Bon.

Mais, un coup que c'est décidé, on va le gérer et on va faire avec, et le gérer et faire avec, puisqu'on a un prochain rendrez-vous juste à la prochaine négociation, ça interpelle justement les capacités de gestion auxquelles vous faisiez mention, c'est-à-dire qu'il est encore possible, dans toutes les conventions du Ouébec, de convenir d'ententes locales, et ça, ça repose aussi beaucoup sur un climat sain dans l'organisation puis une préoccupation du développement des ressources humaines. Donc, dans la mesure où on va être capables d'offrir à nos établissements qui ont assumé des transformations majeures un retour à un équilibre, il y aura probablement plus de temps, entre guillemets, pour se concentrer sur la préoccupation des ressources humaines, donc il y a encore des choses de possibles. Mais ce n'est pas à travers cette négociation-là qu'il y a eu des gains certains, là, sur faciliter les choses.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Mme Laroche, je veux juste m'assurer que j'ai bien compris une réponse à une question posée par un de mes collègues. Vous avez parlé d'une injection idéalement de 20 000 000 \$ pour combler les besoins dans votre région. C'est à peu près de cette grandeur-là?

Mme Laroche (Michèle): 25 000 000 \$ pour cette année, dont la très grande majorité réglerait des choses sur le plan structurel.

M. Copeman: Structurel.

Mme Laroche (Michèle): C'est-à-dire, n'apporterait pas nécessairement des services davantage à la population mais réglerait le problème des déficits sur le plan structurel.

M. Copeman: Et ce 25 000 000 \$ serait récurrent?

Mme Laroche (Michèle): Oui, effectivement.

M. Copeman: Alors, on peut bien parler du gras dans le système en quelque part, dans la série de régies régionales qui sont venues témoigner devant nous en ce qui concerne leurs rapports annuels, en tout cas, je n'ai pas entendu beaucoup le mot «gras». Mais, s'il y a du gras, peut-être qu'il dort dans un compte en fiducie à Toronto, je l'ignore. Non, ça, ce n'est pas exact. Semblet-il, c'est seulement une pratique de comptabilité anglosaxonne qui fait en sorte que cette somme dort là. Ça, c'est le ministre des Finances qui a dit ça, à ma grande surprise. Je ne savais pas qu'il y avait des pratiques de comptabilité anglo-saxonne, Mme la Présidente, qui variaient de nos pratiques au Québec, mais ce n'est pas grave.

• (17 h 30) •

M. Bélanger, vous avez indiqué, lors de votre présentation, un paragraphe qui m'a beaucoup intrigué, c'est l'investissement pour les jeunes mères sous-scolarisées ou pauvres de votre région. Vous avez indiqué que vous rejoignez à peu près 90 % de ces jeunes mères comparativement à un taux de 27 % pour l'ensemble du Québec. Pouvez-vous me décrire brièvement quelle est la nature de ce contact et comment il est structuré dans votre région?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Je vais demander à M. Allaire de répondre à cette question-là sur le plan pointu des services.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Alors, M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Donc, il s'agit de rejoindre effectivement des jeunes mères soit sousscolarisées soit sous un seuil de pauvreté établi par Statistique Canada parce qu'on sait bien qu'il y a un lien entre la pauvreté et des conditions de vie difficiles. C'est un contact, d'abord, qui se fait pendant la période de grossesse au niveau d'un support du côté de l'alimentation. des conditions de vie, et, suite à la naissance de l'enfant, des visites régulières de la part d'intervenantes du CLSC jusqu'à l'âge de deux ans de l'enfant et où il y a différentes activités d'aide sur la relation avec l'enfant et en même temps, qu'on le veuille ou non, un support qui aide la famille à gérer des problèmes psychosociaux que ces personnes-là peuvent vivre dans leurs rapports, dans des situations aussi qui peuvent être liées à des situations économiques. On peut, à ce moment-là, les aider dans des démarches de recherche d'emploi ou les orienter. C'est d'offrir un support vraiment systématique et bien présent auprès de ces gens-là.

On se souvient, il y a 10, 15 ans, on donnait des cours prénataux, de façon générale. Qui allait aux cours prénataux? C'étaient des gens qui en avaient besoin, mais pas nécessairement les gens sous-scolarisés, pas nécessairement les gens qui étaient en situation de pauvreté, et on se disait toujours: Ces personnes-là qui, on le sait, en même temps vivent des situations difficiles avec des répercussions, on n'est pas capables de les rejoindre. Nous avons injecté dans la région 1 100 000 \$. Nous avons formé au-delà de 500 intervenants. Nous faisons un suivi qui fait en sorte que, pour le moment, on est rendus à 88 %, pour être bien exact, de taux des personnes qu'on rejoint, et on essaie d'accentuer les services et l'intensité des services particulièrement dans la période postnatale. Prénatale, on est déjà très présents; postnatale, on a encore un bout de chemin à faire pour améliorer l'intensité des services donnés par les CLSC.

M. Copeman: Ces intervenants sont en général des infirmières? Est-ce que ce sont des équipes multidisciplinaires, surtout pour le postnatal?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Allaire.

M. Allaire (Jean-Denis): Ce sont des équipes multidisciplinaires. C'est certain, par contre, que les infirmières sont souvent la porte d'entrée parce que, en même temps, on peut faire un suivi sur la vaccination, sur différents volets. Mais ce n'est pas une intervention uniquement nursing, il y a une intervention aussi d'intervenants psychosociaux.

M. Copeman: Et vous le faites de façon régulière pendant les deux ans à peu près, le postnatal? Combien de fois par année, mettons, est-ce qu'une famille peut compter sur une visite ou une intervention?

M. Allaire (Jean-Denis): Mme la Présidente, je suis un petit peu embêté de vous répondre. Je sais que c'est quand même quelques visites. Donc, ce n'est pas une question de dire: On dit «88 %» puis on les rencontre une fois dans l'année. Non, il y a quelques visites, et ces visites-là peuvent être aussi modulées en fonction de la situation qui est constatée. Si on voit qu'il y a une famille qui est dans une situation économique difficile mais qui se débrouille bien et que ça se passe bien, on va faire un suivi peut-être un peu plus espacé. Pour d'autres qui ont des difficultés particulières, il peut y avoir cinq, 10 visites dans une année sûrement.

M. Copeman: Il me semble que c'est une approche, Mme la Présidente, fort intéressante pour une population à risque. Une intervention hâtive dans le processus peut bien, je crois, nous aider à prévenir des coûts non seulement à l'intérieur de la famille, mais des coûts sociétaux aussi dans le long terme.

Une autre question en ce qui concerne l'alourdissement de la clientèle des personnes âgées: Quel est le profil des personnes âgées hébergées dans les CHSLD chez vous? Et quel est le taux de réponse aux besoins? Là, on peut parler en termes d'heures-infirmières données parce qu'on a l'impression souvent que cette clientèle est dans l'alourdissement. Dans d'autres régions, entre autres, la clientèle présentement hébergée dans des centres d'accueil, qui demandait le minimum de soins infirmiers, est rendue presque une clientèle qui devrait être dans un centre hospitalier de soins de longue durée. Et, dans certaines instances, c'est même une clientèle qui a besoin de plus de soins que ça.

Mme Laroche (Michèle): Le projet de transformation de la région disait: De façon prioritaire, la pyramide, c'est: on investit dans les soins à domicile. Vous avez pu constater dans les tableaux qu'on a investi beaucoup dans les soins à domicile. De façon prioritaire aussi, on essaie de mettre en place une gamme qui est plus sur des ressources intermédiaires, des ressources dites plus légères. C'était la logique de départ.

Nous avons fait des travaux pour établir un niveau de financement requis en fonction d'un niveau de soins de patients à l'époque, ce qui fait que toutes les admissions des... On n'a mis aucune personne âgée, naturellement, en déhors de l'institution où elle était, mais à chaque nouvelle admission la personne devait requérir un niveau de soins qui était autour de 3,6 heures de soins. Nous avons dans notre région baissé de 13 % les lits d'hébergement de longue durée. Nous n'avons pas d'attente significative dans ce secteur-là.

Ce qu'on peut constater, c'est que, depuis deux ans — à toutes les années on évalue la clientèle — 3,6, c'est une moyenne par rapport à la clientèle. Il y a des gens qui vont être à 3,2, et, la personne qui est à 3,4, si elle requiert le niveau d'intervention qu'il y a dans un CHSLD, on ne la laisse pas à domicile. Donc, il s'agit d'une moyenne, le 3,6. Donc, ce qu'on peut constater, c'est une tendance à l'alourdissement. Pardonnez-moi le

terme, là, c'est plus un besoin de soins plus important. Ce qu'on comprend, c'est que, plus important qu'à un certain niveau, fort probablement tu t'en vas dans d'autres types de ressources, là. Tu vas être hospitalisé ou tu es plus près d'un soin palliatif ou d'une fin de vie. Donc, depuis deux ans, notre niveau de soins semble vouloir se stabiliser autour de 3,8 heures, et on pense qu'effectivement au Québec, à un moment donné, si les critères d'admission dans les CHSLD se comparent d'une région à l'autre, on va assister à un certain niveau de plafonnement d'heuressoins requises par les personnes, ce qui permet d'établir une base de financement ou une base de services — ce qui est le plus important encore — comparable.

Les coûts sont plus dispendieux aussi en hébergement pas uniquement parce que les personnes requièrent plus d'heures-soins, que la moyenne augmente, mais aussi parce qu'il y a une nature de soins qui est plus importante, notamment au chapitre des coûts de pharmacie, notamment au chapitre des coûts de dialyse péritonéale — on assiste à la présence, à présent, de plus en plus de dialyses péritonéales dans les CHSLD — notamment aussi aux besoins de réadaptation, de services d'ergothérapie, de physiothérapie. Compte tenu que la clientèle entre en état plus détérioré, en perte d'autonomie plus grande, aussi on a besoin de plus de prévention de chutes, de programmes de prévention mais adaptés à la réalité du milieu d'hébergement. Ça explique un peu la variation des coûts qui est en train de se dessiner.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Merci, Mme la Présidente. Alors, votre présentation fait état de certaines réussites que je voudrais souligner, parce qu'on n'a pas entendu beaucoup parler les gens qui ont défilé ici de réussite intrarégionale, dans le fond, comme vous l'avez réussie. On connaît qu'à l'interrégional il y a des problèmes, mais, à l'intérieur d'une région, je pense que vous êtes la première région qui passe ici et qui nous témoigne d'une réussite de ce genre-là. Donc, c'est intéressant, dans ce sens-là.

• (17 h 40) •

Et aussi, au point de vue des délais d'attente, j'avais une question dans ce sens-là. Je vais juste vérifier parce que la question de mon collègue a quand même amené des éclaircissements. Je me disais: Comment se fait-il qu'en réduisant le nombre de lits et en ayant un ratio de deux lits par 1 000 habitants, ce qui est quand même assez élevé, on ait un délai d'attente de seulement 15 jours? Parce que je n'ai pas entendu ça non plus ici, un délai d'attente si court. Ce que je comprends de votre réponse, c'est votre investissement massif dans les soins à domicile, les CLSC, et aussi la dernière réponse que vous avez donnée, l'évaluation. C'est ça que je veux vérifier si j'ai bien compris, c'est que, les personnes qui vont en CHSLD, il faut qu'elles aient besoin d'un certain nombre d'heures-soins. Est-ce que c'est une pratique courante à l'ensemble ou si ca peut être une des raisons de votre succès dans ce domaine? Ça, c'est une question que j'avais par rapport à ça.

Les difficultés, bien, vous les avez dites, certaines difficultés au point de vue des effectifs, du calibre budgétaire, etc. Ma deuxième question serait dans ce senslà. Vous avez éprouvé certaines difficultés, vous avez répondu, dans les effectifs médicaux, en dehors du cadre, d'autres cadres qui vous permettraient d'agir. Moi, je voudrais vous poser une question dans le cadre de votre rôle, des pouvoirs, parce qu'on parle beaucoup de revoir le rôle, la mission, l'imputabilité des régies régionales. Je voudrais savoir si vous avez une réflexion dans ce sens-là. Si vous deviez avoir des modifications, quelles seraient celles qui vous aideraient, dans le fond, le mieux à remplir votre rôle à la fois par rapport au ministère et par rapport aux établissements? Parce que vous avez aussi des relations avec les établissements et vous ne contrôlez pas nécessairement non plus l'ensemble des décisions qui sont prises. Est-ce que vous avez une réflexion par rapport à ce sujetlà?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Je vais prendre la question, si vous le permettez, Mme la Présidente, sur les personnes âgées et je vais laisser le président disposer de la question sur l'imputabilité et les leviers requis par une régie régionale. Pour les personnes âgées, vous avez tout à fait raison, je pense qu'une des clés du fait que ça a bien fonctionné, en tout cas à ce jour, dans nos milieux, c'est l'investissement massif qui a eu lieu en maintien à domicile, prenant pour acquis, comme je vous disais tout à l'heure, que, notre région, on a contribué pour 62 500 000 \$ de notre propre transition et transformation et qu'on a fait un investissement.

Mme Leduc: C'est un choix que vous avez fait.

Mme Laroche (Michèle): C'est un choix régional qu'on a fait, c'est une vision qu'on a portée là-dessus, et le déploiement aussi de ressources de type intermédiaire. La troisième chose, c'est effectivement la standardisation de l'évaluation de la clientèle. Même cette année, on va avoir procédé à l'évaluation de toute la clientèle en milieu hébergé — c'est un audit externe qui va le faire — parce que, vous savez, même chaque établissement peut avoir ses propres pratiques. Donc, ce qui est intéressant, c'est qu'en le faisant, en standardisant le processus d'évaluation et le processus d'admission, on est certain que la pratique est comparable d'un centre à l'autre, et ça, ce n'est pas le cas partout, et ce n'était pas nécessairement le cas même dans notre propre région avant la transformation.

Par ailleurs, si vous permettez, j'aimerais vous dire — parce qu'on ne parle pas du plan de contingence des urgences: Dans notre région, pour vous figurer un peu le résultat — et je pense qu'on a encore beaucoup de choses à améliorer, des affaires qui n'ont pas marché — dans les affaires qui ont fonctionné, un des plus grands révélateurs, c'est l'engorgement des urgences. Nous sommes une région qui est partie de 10 hôpitaux à quatre

hôpitaux. Le projet a maintenu quand même huit urgences de type hospitalier, c'est-à-dire qu'il y a des ambulances qui arrêtent. Ils n'ont pas de lits d'hospitalisation, dans les autres, mais il y a des ambulances qui arrêtent. O.K.? Donc, on s'est conçu nos propres centres ambulatoires, parce qu'il y a des services diagnostiques puis il y a des urgences.

Nous avons baissé de 33 % le nombre de lits de courte durée, nous avons baissé de 13 % les lits d'hébergement de longue durée, nous avons baissé de 4 % les lits de santé mentale. Les résultats: nous avons une durée moyenne de séjour en courte durée plus basse que celle qui était fixée dans le plan de transformation. Nous n'avons pas d'attente en lits de longue durée. Nous avons à peu près majoritairement dans nos hôpitaux un temps zéro, c'est-à-dire zéro tolérance par rapport au temps d'occupation de la longue durée dans un lit de courte durée.

Mme Leduc: Vous n'en avez pas?

Mme Laroche (Michèle): Non. On a un taux d'hospitalisation qui a baissé dans l'ensemble de la région. On a des hôpitaux qui ont augmenté de 13 % leur production, c'est-à-dire que ça roule. Je veux dire, c'est difficile d'en demander plus que qu'est-ce qu'ils font actuellement.

Ceci dit, nous avons, comme les autres régions du Québec, depuis deux ans à déployer un plan de contingence. La ministre a accordé 1 000 000 \$ à la région. En décembre, nous étions prêts, nous l'avons réparti. Nous avons un site majeur de fermé — ça complexifie l'affaire — le site de Sainte-Marie. Ils ne sont pas dans un bon site, ils sont tous regroupés sur le même site. On a Nicolet qui ferme tout le temps. Sur les trois dernières périodes, notre taux d'occupation des civières a varié de 83 % à... Je l'ai ici. Je vous le dis sans être certaine, c'est 83 % à 115 %. O.K.?

C'est sûr que, certaines journées, on a une urgence qui est occupée à certaines heures à 140 %, mais on n'a jamais dépassé le 140 % et on a la prétention de dire que la collaboration entre les partenaires fait en sorte que, quand on coordonne l'activité et le comportement de tous, la charge de travail se répartit dans tous les établissements. Donc, pour nous, ce sont des indicateurs de résultats concrets que les choix que nous avons faits sont porteurs.

Par ailleurs, c'est que, ces choix-là, pour qu'ils continuent à être porteurs, pour ne pas qu'on se ramasse dans des tensions, il y a quelques affaires de consolidation solide qu'il faut faire, on l'a vu tout à l'heure, notamment au niveau des équipements, de l'immobilisation, puis corriger un peu les déficits structurels, puis on est encore convaincus qu'on est sur une bonne piste régionalement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le député de Nelligan... Ah oui, je m'excuse, il y avait M. Bélanger qui avait un complément de réponse. Je m'excuse.

M. Bélanger (Gaston): Merci, Mme la Présidente. Si on parle d'imputabilité des régies régionales, je poserais peut-être la question un peu à l'envers en vous demandant: Qu'est-ce qu'on attend d'un conseil d'administration? Pourquoi on a mis ça, ces bibites-là? Il doit y avoir une raison à ca. Je vais m'avancer. À l'instar du Parlement - mais je ne veux pas diminuer votre contribution, sauf qu'on n'est pas élus au suffrage universel à la régie même, on est élus dans nos établissements — ce qu'on recherche. c'est l'expertise du gros bon sens. C'est ca que vous êtes. les députés, ici, hein, c'est le gros bon sens qui arrive avec les experts techniques que vous avez dans votre fonction publique. Je pense qu'on cherche un peu le même genre de dynamique en région. On veut des citoyens impliqués plutôt que des experts pour amener une autre coloration, je dirais d'autres préoccupations, d'autres sensibilités à des problèmes que celles des experts.

Ce qu'on vise aussi, c'est d'avoir des gens qui viennent pour gérer une région dans son ensemble et non être des représentants de leur établissement. C'est bien clair qu'on a tous une coloration. Moi, quand j'arrive à la Régie, c'est sûr, je suis teinté CLSC. Je ne suis pas vendu CLSC, en sorte que je n'irai pas nuire à un hôpital pour faire sortir le CLSC, mais c'est clair que mes préoccupations sont de nature d'un CLSC. Ça, c'est bien sûr.

Ce serait quoi, des conditions pour avoir un conseil d'administration efficace? Moi, je pense que, si on réfléchit sur ça tout haut — parce qu'on sait que la ministre est en réflexion là-dessus, puis, nous autres aussi, on délire un peu là-dessus — dans les règles de composition puis d'accès au conseil d'administration, il faut faire en sorte qu'on soit capable de dire que le rôle d'arbitrage du monde qui est autour de la table est légitimé. Il ne faut pas que ça vienne de n'importe où, il ne faut pas qu'on dise: C'est qui, lui, pour décider ça? Actuellement, on a des représentants uniquement de la population au sein du conseil d'administration, à l'exception, si ma mémoire est bonne, de la directrice générale et du président de la CMR. Je ne pense pas en oublier, je pense que tout le reste est strictement des représentants de la population.

Dans la représentation actuelle, il y a un mécanisme qui fait qu'on représente des établissements, on représente des organismes communautaires. On essaie de balancer hommes-femmes, la provenance des différents coins de la région, pour donner à tout ça quelque chose de plus équilibré puis de plus sensible à tous les problèmes possibles. On a des problèmes qui surgissent — on va être clairs, on va vous le dire honnêtement — quand on a en même temps autour d'un conseil ce que j'appelle, moi, des civils puis les autres. Les civils, ça, c'est comme moi, des gens qui arrivent, des citoyens ordinaires qui aboutissent là parce qu'ils veulent faire quelque chose, qu'ils veulent s'impliquer, et vous avez des permanents.

Bon, avant la dernière réforme, on avait des directeurs d'établissement, si ma mémoire est bonne, maintenant on a des permanents d'organisme communautaire, et ça, ça induit une espèce de dynamique biaisée. C'est un peu comme si on avait une roue qui n'était pas tout à fait ronde. Alors, on a des gens qui sont dans le

communautaire, qui travaillent là-dedans à l'année. Ils ont une connaissance du réseau que, nous, on n'a pas. Alors, quand tu viens pour faire une mise à jour, on est comme toujours déphasé. Il y a même certains membres qui vont se laisser intimider par l'expertise de ces membres de conseil là. Alors, moi, je pense que ça nous prend des représentants du communautaire mais qui viennent de leur conseil d'administration. Ils ne sont pas différents de ceux qui viennent de nos conseils d'administration d'établissement ou qui viennent de l'éducation, par exemple. Alors, je pense qu'en gardant cet équilibre-là...

D'abord, je vous dirais, si je réfléchis rapidement: Qu'on conserve nos cinq représentants d'établissement, que l'éducation ait toujours un représentant — je pense que c'est important — puis, même dans une région où il y a un CHU, un centre hospitalier universitaire, je pense qu'il serait important d'avoir une personne de plus venant de l'université, au moins deux représentants du monde communautaire — parce que c'est tellement immense puis que ce n'est pas monolithique, ça, le monde communautaire; je veux dire, c'est quand même très varié, et je pense que ça prendrait au moins deux personnes qui viennent de là — de garder des cooptés.

### • (17 h 50)•

Et, moi, je ne suis pas fermé à l'idée que la ministre ou le gouvernement nomme certains membres, en minorité, là, pour ne pas tomber dans une dynamique de fonction publique. Vous savez qu'une organisation qui a plus de membres nommés par le gouvernement tombe dans la fonction publique traditionnelle. La région pourrait soumettre une liste à la ministre et dire: Dans ce tas de monde là, pigez-nous ca, du monde que vous pensez qui ferait des bons représentants. Je pense qu'on aurait une espèce d'attelage qui serait vraiment efficace et qui viendrait continuer à jouer le rôle puis à faire des arbitrages, parce que ce n'est pas toujours évident de faire des arbitrages autour d'une régie. Je pense que ces gens-là seraient légitimés, puis on ne pourrait pas dire: Bien, vous n'avez pas été élus au suffrage universel, vous n'avez pas voix au chapitre.

Puis là-dedans, je vous dirais, en termes d'imputabilité, si vous me permettez, j'allierais peut-être ça à comment est-ce qu'on fonctionne avec nos députés qui, eux, sont élus au suffrage universel. Je pense que c'est important qu'on voie un peu le parallèle entre les deux. Le type d'élection, je dirais, indirecte qui nous amène autour de la table du conseil nous donne une indépendance de manoeuvre, je pense, ou, en tout cas, on a moins à s'occuper du côté électoral, on va se centrer sur les besoins. Puis, quand je dis ça, ce n'est pas péjoratif. Alors, on a moins à se soucier de ce côté-là. Les députés chez nous l'ont admis — M. Jutras pourra le confirmer — que, pour faire notre transformation chez nous, si on avait dit aux huit députés de la région: Géreznous ca, ca n'aurait été vivable pour aucun d'eux, carrément, puis c'est correct, puis c'est normal, ça. Ce n'est pas péjoratif, ce que je dis là. C'est tout à fait normal.

Nous, ce qu'on a choisi, c'est de se voir à peu près aux six semaines. Parfois, j'y vais; généralement, c'est Mme Laroche qui y va avec des cadres de la Régie. On convient de l'ordre du jour ensemble et on donne même du soutien à nos députés. Alors, il y a une espèce, je dirais, de complicité entre les élus au suffrage universel puis les élus indirects, si vous me permettez le néologisme, qui fait en sorte qu'en termes d'imputabilité je ne vois pas de problème majeur à ce niveau-là. Puis on pourrait être encore plus imputables si on nous donnait les leviers vraiment pour contrôler ce qui se passe chez nous. Tant qu'on n'aura pas de leviers sur l'organisation des services, sur la répartition des effectifs médicaux, pour dire quelque chose, ou cliniques, la gestion du financement, par exemple une espèce de pouvoir de désaveu...

Je vais vous poser une question bien simple.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Peutêtre en résumé, M. Bélanger, puisqu'il me reste encore deux interventions.

M. Bélanger (Gaston): Oui. Je suis désolé. Alors, ce que je voulais tout simplement dire, c'est qu'il va falloir donner aux régies certains pouvoirs qui vont faire en sorte que, oui, si on peut, à un moment donné, dans certains cas, forcer la main au moment où on a de la résistance, comme un pouvoir de désaveu des MRC, pour dire quelque chose, quand un établissement décide: Je m'en fous puis je fais ce que je veux, bien, à ce moment-là on pourrait dire à la régie: O.K., tu es redevable, mais actuellement ce sont les budgets d'établissement puis on voudrait que les régies soient redevables de budgets d'établissement dont les C.A. sont nommés par la population. Il y a comme un non-sens quelque part. Alors, je pense qu'en faisant juste un peu de «fine tuning» on peut avoir quelque chose d'extrêmement efficace.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Bélanger. Mme la députée de Vanier, très rapidement.

Mme Barbeau: Je remercie mes collègues parce que ça va dans le même sens, c'était une des questions que je voulais poser. Moi, je vais vous dire franchement, on est tous en réflexion, parce que vous avez dit: Il y a des intervenants de plusieurs milieux autour de la table, et tout ça. On est d'accord avec ça, mais il y a un problème, je vous dirais. On le vit tous. Vous dites que vous avez une certaine indépendance. Je m'excuse, mais je ne partage pas complètement cette affirmation parce que c'est des gens qui représentent un milieu sectoriel. Ensemble, il y a une bonne dynamique qui s'installe, tout le monde, bon, c'est quoi, la priorité, il faut la décider ensemble. Je vous dirais que, nous, on a beau être d'un parti ou de l'autre, on a de tout dans notre comté: les personnes âgées, les jeunes, les communautaires, tous. Ça fait qu'on a, je pense, une vue d'ensemble aussi et qu'on vit beaucoup de frustrations par rapport aux régies parce qu'on n'est pas considérés comme des intervenants importants dans le milieu. Alors, je pense que l'imputabilité, elle est difficile, en tout cas pour nous, à accepter.

Vous dites: Une chance qu'il y avait les régies pour gérer la réforme! J'en conviens. Moi, je n'aurais pas voulu gérer ça, je vous le dis franchement, sauf que j'ai mangé les taloches pareil. Je n'ai pas évité les taloches, là. Je ne dis pas que la Régie n'était pas ouverte quand j'appelais, mais je n'ai aucune information de la Régie, et je dis: Ce n'est pas une mauvaise intention, ce n'est pas un réflexe de nous considérer comme des gens à qui il faut parler, et, moi, je pense, que ça doit en être un parce que, quand ils sortent de chez vous, de votre affaire publique - nous autres, on n'a pas le temps d'y aller, on a trop d'affaires, puis je ne veux pas non plus nécessairement y être obligatoirement, ce n'est pas mon objectif — je veux être capable de répondre au citoyen qui entre dans mon bureau après être passé chez vous. Mais ie ne suis au courant de rien parce qu'on ne m'envoie pas d'information. Je ne veux pas tout avoir non plus parce que trop, c'est comme pas assez, je veux avoir ce qui est important, c'est quoi, les projets, c'est quoi, vos prises de position, vos annonces. En tout cas, moi, je n'ai rien.

Je n'ai pas des mauvaises relations avec ma gang, ce n'est pas ça, mais ce n'est pas un réflexe, on n'est pas considérés. On est considérés comme des gens, comme vous avez dit — je sais qu'il n'y avait pas de mauvaise intention — qui sont comme pas indépendants parce qu'on appartient à un parti politique. Je suis désolée, mais on doit répondre à tous les citoyens du comté, indépendamment des partis politiques où on est.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'était un commentaire.

Mme Barbeau: Excusez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'il y a une réplique? Oui, Mme Laroche. M. Bélanger?

M. Bélanger (Gaston): Si vous permettez, Mme la Présidente, dans la même ligne d'idées, c'est exactement ce qu'on a développé chez nous, ce réflexe. Quand on sent qu'il y a quelque chose qui commence à bouillir sur le feu, on prévient notre député, on dit: Fais attention, telle chose risque de sauter à un moment donné pour telle et telle raison, et voici comment on aborde le problème, et, honnêtement, si on a réussi ce qu'on a réussi chez nous, c'est parce qu'on n'a eu aucune guerre de tranchées faite par des députés, contrairement à ce qui est arrivé dans certaines régions. On va se le dire honnêtement, il y a des places où ça n'a pas bien fonctionné. Chez nous, ça a bien fonctionné parce que les députés se sont assis avec la Régie et ont pu avoir justement la dynamique dont vous parlez, et, à mon avis, elle m'apparaît essentielle.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, une dernière intervention du député de Nelligan.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Deux brèves questions. Merci pour votre présentation, j'ai bien aimé l'échange. Sur la question des

services préhospitaliers d'urgence, comme vous l'avez mentionné, malgré la grandeur de votre territoire, vous êtes les deuxièmes, juste en arrière de Montréal-Laval, mais c'est moins de 60 %, 58,5 %. Vous avez mentionné que vous aviez pour la première fois signé une entente avec les ambulances pour deux ans, qui va se terminer bientôt, si j'ai bien compris le document, mais j'ai été un peu décu que la ministre ou le ministère n'ait pas pensé que c'était aussi important d'inclure ça dans les ententes de gestion, parce qu'il me semble que c'est effectivement un des dossiers qu'on peut suivre vraiment avec les chiffres, avec les résultats, etc. Mais je voudrais juste profiter de votre présente aujourd'hui pour vous demander: Qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour améliorer la situation? Je sais qu'il y a un comité provincial présidé par André Dicaire, mais, localement, qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour améliorer les services préhospitaliers d'urgence?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Vous faites référence, Mme la Présidente, au rapport du Vérificateur général qui situait finalement des dysfonctionnements dans le secteur préhospitalier d'urgence et qui faisait même état de standards à atteindre ou non atteints. Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la direction qui est concernée par ce dossier-là a fait un extrait du rapport du Vérificateur général et a mis en parallèle nos résultats régionaux parce que dans certains endroits on était bien, dans d'autres endroits on avait des points d'amélioration à Heureusement, ça justifie notre travail. Effectivement, nous avons fait cette présentation-là au conseil et nous sommes en mouvement, c'est-à-dire que nous sommes en mouvement sur tout ce que l'on peut faire qui n'est pas trop assujetti éventuellement à des orientations de fond qui émaneraient des travaux du comité Dicaire. Je m'explique. Entre autres, nous sommes toujours une des régions qui sont le plus en mouvement dans l'implantation d'un réseau de premiers répondants pour répondre à la préoccupation de la grandeur du territoire. Nous avons 30 municipalités actuellement qui ont un réseau de premiers répondants, nous avons une association avec le cégep de Drummondville et nous sommes toujours en marketing et en déploiement, et nous supportons mêmes les municipalités dans le défraiement des coûts de démarrage de façon non récurrente pour stabiliser le réseau de premiers répondants.

Notre réseau 9-1-1 est installé à 99 %. Nous avions un problème au niveau de la prise d'appels et de la répartition des appels et nous sommes actuellement en train de le réviser au moins pour organiser une réponse de l'appel régional, c'est-à-dire qu'actuellement nous avons une réponse qui est prise en charge par la coopérative et par différentes entreprises. Donc, nous allons améliorer notre délai de réponse, et le dossier devrait aboutir la semaine prochaine. On va améliorer sensiblement notre temps de réponse en coordonnant mieux les appels sur le

plan régional. Nous ne parlons pas ici de l'implantation d'une centrale de coordination, nous parlons juste d'une mise en commun des appels et d'une amélioration sur le terme «qualité de service», du suivi à donner à ces appels-tà

#### • (18 heures) •

Par ailleurs, bien sûr, au niveau du plan de contingence, nous sommes une des régions du Québec qui prévoient toujours, dans l'utilisation de la marge de manoeuvre qu'a libérée la ministre, des mesures qui sont... La plupart des régions le font, mais on le fait spécifiquement. Pendant quatre mois dans l'année, on fait un réajustement de notre flotte ambulancière pour tenir compte de l'accroissement de la demande. Et nous avons aussi mis en place des projets-pilotes qui fonctionnent très bien - qui nous apportent beaucoup d'économies, d'ailleurs; nous en sommes particulièrement fiers — sur du transport double et pour l'interétablissements, et ça, ça nous a apporté des économies. Ce n'est pas encore à la grandeur de la région, cependant, mais, tout ce qui gravite autour du Trois-Rivières métro, on a de bons résultats làdessus. Donc, à la question, Mme la Présidente, sur toutes les mesures qui n'induisent pas des dépenses qui seraient des contre-dépenses, des mauvais investissements suite au rapport de M. Dicaire, du comité Dicaire, nous sommes en mouvement pour les mettre en place.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. Alors, une très courte dernière question, monsieur.

M. Williams: Sur les listes d'attente pour la protection de la jeunesse, vous avez eu comme objectif d'éliminer ca l'année passée. Dans les 16 territoires du Québec, il y a 14 centres jeunesse en déficit. Ça existe partout parce que le gouvernement a coupé 55 000 000 \$ pendant cinq ans. Selon mes chiffres, en avril, au début de l'année, la liste d'attente de l'application des mesures chez vous, c'était 48 jeunes. Malgré tous vos efforts — et je ne mets pas en doute les efforts — le 11 février 2000, la liste d'attente de l'application des mesures a augmenté à 54, et, selon l'expert André Lebon, c'est la liste la plus importante. Il y a l'autre liste — et je ne mets pas vos efforts en doute — et l'autre liste d'attente à l'évaluation a baissé. Vous avez travaillé sur l'autre liste, mais il y a plus de jeunes en attente après évaluation qu'avant. Je voudrais vous donner une chance d'expliquer qu'est-ce qui se passe.

Mme Laroche (Michèle): Vous avez tout à fait raison. Les centres jeunesse dans notre région, il y a 14 points de services. Si vous avez regardé les tableaux, il y a un problème majeur dans le secteur de Drummondville. Si on enlève Drummondville de cette situation-là, notre comportement est effectivement dans le tiers le plus performant du Québec. Ça s'explique. Les centres jeunesse ont connu depuis 1997-1998 une augmentation de 38 % des évaluations à faire. Quelles raisons pouvons-nous donner à ça? Est-ce le fait que nous avons mis des équipes

embryonnaires de jeunes dans chacun des CLSC, que nous avons formé tous les intervenants et que le dépistage est plus présent? Sur le plan des signalements faits, l'augmentation du 38 %, ça a une conséquence dans les signalements retenus. Pour ceux qu'on retient, où on pense qu'il y a un doute raisonnable, il y a eu une augmentation de 26 %. C'est beaucoup, ça, c'est très, très signifiant. Et ce qui est encore plus révélateur, c'est que, dans les 26 % qu'on pressentait qu'on avait raison d'aller enquêter, dans les mêmes proportions, ils s'avéraient fondés, c'est-à-dire que c'était vrai qu'il fallait faire des interventions.

La Régie régionale a investi, au cours des deux dernières années, dans les centres jeunesse 1 067 000 \$ récurrents à partir de la marge de manoeuvre qu'on avait. La ministre a dégagé, dans le cadre des travaux de Lebon, un montant autour de 500 000 \$ pour nous aider à baisser les listes. Notre capacité théorique est à 28. En janvier, nous étions conformes. Dans nos données de janvier, on était conformes au rapport Lebon. Maintenant, au 6 mars, on est repartis sur l'autre bord. Notre capacité théorique à assumer ne réussit pas à combler les problèmes de pression que nous avons, et c'est dans ce sens-là qu'on vous dit: L'établissement présentait un déficit de 3 500 000 \$. On a fait un plan d'équilibre, mais on n'est pas capables de le ramener plus bas que ça.

Par ailleurs, il y a une situation particulière à Drummondville. Il y a même des enquêteurs sur la situation de Drummondville qui révèlent qu'au point de services de Drummondville il y a un problème lié à des modes de pratique, à de l'encadrement, etc. Nous sommes en suivi très près de ce point de services là, parce que, si on l'enlève... La situation est moins dramatique qu'elle n'en a l'air en apparence.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Laroche. Une toute dernière question de la part du député de Vaudreuil, avec une réponse brève.

M. Marcoux: Mme la Présidente, mes collègues aussi, je vais être très bref. J'avais abordé tantôt la question de la concentration des activités cliniques au pavillon Sainte-Marie et des travaux qui y ont été annoncés. Dans le communiqué de presse de la ministre, elle indiquait que le ministère, je pense, contribuerait pour 37 000 000 \$ et que les travaux étaient de l'ordre de 51 900 000 \$. Seule question: Est-ce que la différence est assumée régionalement ou par des contributions privées, simplement pour une question d'information?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Laroche.

Mme Laroche (Michèle): Trois sources de financement, le ministère, dont l'engagement ministériel est dans la lettre, 10 000 000 \$ de l'établissement dont 5 000 000 \$ qui vient en récupération de taxes parce que la bâtisse est cédée à la CHQ, 5 000 000 \$ qui est lié aux mesures d'économies, parce que, comme je vous mentionnais tout à l'heure, il y a une partie importante du déficit

de cet établissement-là qui est liée à la fusion et à la transition, et l'autre, c'est à même l'enveloppe régionale.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, ceci met fin à nos travaux. Je vous remercie beaucoup pour cet exercice, ça nous a permis de mieux connaître les efforts déployés par votre Régie régionale. Je vous souhaite un bon voyage de retour. J'ajourne les travaux à demain matin, 8 mars, 9 h 30, dans cette même salle.

(Fin de la séance à 18 h 6)

· ·					