

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

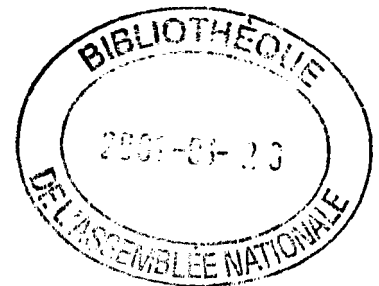
TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 18 octobre 2000 — Vol. 36 N° 65

Examen des rapports annuels de certaines régions
régionales de la santé et des services sociaux (6)



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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 18 octobre 2000

Table des matières

Auditions	
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord	23
	43

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente
M. Yves Beaumier, vice-président

M. Claude Béchard
Mme Solange Charest
M. Russell Williams
Mme Lyse Leduc
Mme Michèle Lamquin-Éthier
M. Gilles Labbé
Mme Diane Barbeau
M. Guy Lelièvre
M. Gabriel-Yvan Gagnon

- * M. Jean-Nil Thériault, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- * M. Yves D'Amboise, idem
- * M. Jacques Girard, idem
- * Mme Christiane Bérubé, idem
- * Mme Suzette Arsenault, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- * M. Denis Loisel, idem
- * M. Jean-Luc Tremblay, idem
- * M. Dan Mauger, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
- * M. Claude Montigny, idem
- * M. Arnaud Samson, idem
- * M. Ivo Di Piazza, idem
- * Mme Louise Levasseur, idem
- * Mme Nicole Demers, idem
- * M. Denis R. Boudreau, idem
- * M. Normand Brochu, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 18 octobre 2000

**Examen des rapports annuels de certaines régions
régionales de la santé et des services sociaux**

(Neuf heures trente-huit minutes)

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

Alors, je vous souhaite la bienvenue et vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre ce matin la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 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. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Béchard (Kamouraska-Témiscouata) et Mme Loisel (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan). C'est pour la journée.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Pour la journée? D'accord.

Alors, je voudrais aussi proposer aux membres... Vous avez remarqué la présence du député de Montmagny-L'Islet, et, comme on avait l'habitude de le faire à un moment donné, même s'il n'est pas membre comme tel de la commission, est-ce que les membres accepteraient qu'il soit présent et qu'il puisse également poser des questions?

Une voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, comme on l'a fait...

Une voix: ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui? Bon, je vois aussi...

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): La même chose pour la députée de Rimouski? Oui? D'accord.

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ha, ha, ha! Alors, on s'entend, on l'avait fait à d'autres occasions pour les députés régionaux.

Alors, je vous fais lecture de l'ordre du jour: ce matin, à 9 h 30, c'est la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent; à 11 h 30, c'est la Régie régionale de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; on suspendra à 12 h 30 pour reprendre à

15 heures, après la période de questions, avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; à 16 heures, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord; et on ajournera par la suite, à 18 heures.

Alors, je veux saluer bien sûr les représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, vous remercier de votre présence. Je pense qu'il est agréable pour les membres d'en connaître davantage au niveau des régions. On l'a fait pour plusieurs régions, il nous en reste encore quelques-unes. Alors, nous allons sûrement passer d'agréables moments ensemble. Nous avons deux heures pour échanger. Alors, vous avez une trentaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, et, par la suite, c'est très souple entre les membres, on a l'habitude depuis un certain temps d'échanger pendant les 90 minutes qu'il nous restera.

● (9 h 40) ●

Alors, sans plus tarder, je laisse la parole au directeur... président par intérim, c'est-à-dire, M. Jean-Nil Thériault. M. Thériault, j'apprécierais si vous voulez bien nous présenter les personnes qui vous accompagnent.

Auditions

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

M. Thériault (Jean-Nil): Mme la Présidente, Mmes et MM. les membres de la commission parlementaire des affaires sociales, mesdames, messieurs. Nous tenons d'abord à vous remercier de nous accueillir ce matin et nous donner ainsi l'occasion privilégiée de présenter le bilan de nos activités à l'occasion de cette audition de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent devant la commission des affaires sociales. Il est en effet heureux de pouvoir ainsi prendre un temps d'arrêt pour broser le portrait des réalisations effectuées dans le cadre de la réorganisation des services de santé et des services sociaux dans notre région depuis 1997.

Laissez-moi d'abord vous présenter les personnes de la Régie régionale qui m'accompagnent pour commenter et échanger avec vous: M. Yves D'Amboise, directeur général; Mme Christiane Bérubé, qui est directrice des services de soutien au réseau; M. Jacques Girard, de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Nous accompagnent aussi Mme Lise Verreault, qui est directrice des ressources humaines; M. Benoît Blanchet, qui est adjoint au directeur général; et M. Laval Demers, qui est directeur des ressources matérielles et financières.

C'est un deuxième rendez-vous qui a lieu aujourd'hui entre la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et les membres de la commission des affaires

sociales. En effet, nous avons eu le plaisir de vous souhaiter la bienvenue dans notre région le 4 septembre 1997, alors que la commission faisait escale à Rimouski.

Ce matin, notre présentation se déroulera de la façon suivante. En premier lieu, nous esquisserons d'abord le portrait du Bas-Saint-Laurent ainsi que celui des gens qui y vivent. Nous parcourrons ensuite ensemble le chemin de la transformation, de la consolidation et de la modernisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Nous vous présenterons également la démarche de concertation qui a animé tous les partenaires du réseau et des autres secteurs dans les travaux entourant l'amélioration des services de santé et des services sociaux. Et pour terminer, nous vous dévoilerons les résultats obtenus et les impacts qu'a eus la réorganisation des services sur la clientèle au cours de ces dernières années.

En guise d'introduction, permettez-moi, en premier lieu, de vous tracer le portrait du Bas-Saint-Laurent et des gens qui y vivent.

Véritable fenêtre ouverte sur un paysage exceptionnel — on est convaincu que beaucoup de gens partageront cet élément — le Bas-Saint-Laurent est une belle mais vaste région caractérisée, entre autres, par sa grande étendue, avec une superficie de plus de 22 000 km², et sa faible densité de population, soit 206 593 personnes, où distance et dispersion constituent un défi quotidien à l'organisation des services. D'ailleurs, à ce sujet, la décentralisation de la gestion du réseau s'est révélée indispensable pour l'implantation sur notre territoire des politiques et des programmes ministériels et ajuster les services en fonction des besoins de la population de notre région.

Deux caractéristiques incontournables de la population influencent tout particulièrement les services qui doivent être offerts, soit l'âge et le sexe. En effet, les problèmes diffèrent selon que l'on soit un jeune enfant, un adolescent, un adulte actif ou une personne âgée, tout comme ils diffèrent, que l'on soit une femme ou un homme. De plus, les personnes âgées de plus de 65 ans se retrouvent souvent seules et isolées de leur famille immédiate en raison de l'exode important de la population, des gens de 20 à 34 ans qui, depuis plusieurs décennies, quittent pour poursuivre des études ou pour occuper un emploi. Ce phénomène a pour effet de diminuer de 20 % le nombre de personnes se retrouvant au soutien des personnes âgées par rapport à la moyenne provinciale. En 1999, 14,6 % des résidents étaient âgés de 65 ans et plus, et la proportion des personnes de 65 ans et plus était plus élevée dans le Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec.

Parmi les caractéristiques socioéconomiques ayant un lien avec l'état de santé et de bien-être figure évidemment le niveau de scolarité. Il représente en effet un indicateur sensible du fait que les caractéristiques des individus, et tout particulièrement le revenu, y sont fortement associées. De plus, la scolarité est un indicateur de choix pour évaluer globalement la capacité des personnes à trouver, à obtenir et à comprendre l'information. En effet, dans une enquête de Santé Québec, les indicateurs de santé et de bien-être sont moins favorables chez les personnes moins scolarisées comparativement aux personnes plus scolarisées, et ce, en contrôlant l'effet de l'âge. Dans le Bas-Saint-Laurent,

près du quart de l'ensemble de la population de 15 ans et plus n'a pas complété une neuvième année comparativement à 18 % dans l'ensemble du Québec. Au cours des prochaines années, la proportion de personnes très faiblement scolarisées, c'est-à-dire ayant moins d'une neuvième année, devrait connaître une baisse substantielle, alors que la proportion de personnes ne détenant pas de Diplôme d'études secondaires devrait demeurer inchangée, se situant autour de deux personnes sur cinq.

Si on s'attarde maintenant aux caractéristiques générales du réseau régional de services, on peut apprendre qu'au 31 mars dernier les dépenses totales de santé et des services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent s'élevaient à 368 millions, en excluant les dépenses de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Notre réseau régional de services est composé de 15 établissements publics de santé et de services sociaux, administrés par 13 conseils d'administration, et trois établissements privés avec permis, soit deux privés conventionnés et un autofinancé remplissant la mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, c'est avant tout des femmes et des hommes. Tout ce capital humain constitue l'une des forces vives de l'organisation sociosanitaire régionale qui nous permettent de relever les nouveaux défis qui se présentent. Au 31 mars 1999, on dénombrait plus de 5 200 emplois équivalents temps complet.

Le Bas-Saint-Laurent, c'est aussi l'implication de 362 médecins installés dans le Bas-Saint-Laurent, soit 200 omnipraticiens et 162 médecins spécialistes. Notre réseau compte également 3 796 places d'hébergement de tout type qui accueillent des jeunes, des adultes, des personnes âgées, des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, de déficience physique et intellectuelle. Treize entreprises ambulancières desservent également la population du Bas-Saint-Laurent avec 17 points de services.

Nous ne pouvons aussi passer sous silence toute cette énergie consacrée par les personnes bénévoles, que ce soit à titre de membres de conseils d'administration ou de bénévoles dans les établissements ou au sein d'organismes communautaires. En complément à ce réseau vient s'ajouter une contribution fort importante de 130 organismes communautaires de la région qui se sont partagés, en 1998-1999, une subvention de l'ordre de 9 millions de dollars.

L'amélioration des services de santé et des services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent a guidé et animé tous nos efforts lors de la transformation, la consolidation et la modernisation du réseau sociosanitaire. Permettez-moi de vous présenter ces grandes étapes.

1997 marque la deuxième année du plan de transformation du réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Au cours de cette période, on assiste véritablement à l'implantation de nouvelles formes de pratique ou d'intervention et d'alternatives aux services traditionnels. Les établissements de santé et de services sociaux se sont donc résolument engagés dans le virage ambulatoire. On remarque que les CLSC ont vu la demande pour les services à domicile augmenter, et dans certains territoires ils ont extensionné leurs

heures d'ouverture et intensifié les soins infirmiers à domicile sept jours par semaine. Des efforts ont été également faits entre les établissements, particulièrement entre les CLSC et les centres hospitaliers, afin d'assurer une meilleure continuité et complémentarité de services pour la clientèle. À cet effet, de nombreux protocoles d'entente ont été conclus. De plus, une meilleure organisation des services offerts aux personnes âgées a fait en sorte qu'il n'y a pas eu moins de services mais qu'ils ont été offerts de façon différente. Il y a donc eu moins de lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée, mais il y a eu plus de services à domicile et plus de places dans les ressources plus légères et mieux adaptées aux besoins. On peut donc affirmer que le chemin parcouru dans le cadre de cette réorganisation a permis à la population d'avoir accès à des services de santé et des services sociaux de qualité, en fonction de ses besoins et des ressources disponibles, et ce, malgré les changements survenus.

Au cours de cette même période, la Régie régionale prenait un virage décisif en effectuant un investissement important dans les interventions efficaces au niveau de la prévention et de la résolution des problèmes de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent. Cette allocation budgétaire de 2,5 millions confirmait la volonté de la Régie régionale de mettre l'accent sur des activités ayant un impact réel sur la santé des femmes et des hommes de la région et de privilégier des interventions préventives efficaces pour prévenir l'abus, la négligence, les retards de développement et les difficultés d'adaptation sociale des enfants, de réduire les grossesses chez les adolescentes, de diminuer les cas de violence faite aux femmes en milieu familial, de prévenir le cancer du sein, les maladies cardiovasculaires et les blessures non intentionnelles.

Au cours de l'année 1998, les mises en commun des services administratifs se sont poursuivies dans le cadre d'unifications de conseils d'administration ou de fusions d'établissements. En 1993-1994, notre réseau comptait 36 établissements publics et il en compte aujourd'hui 15. Cette transformation des structures administratives a contribué à assurer et à même rehausser les services à la population.

● (9 h 50) ●

Le départ à la retraite de plus de 500 employés du réseau dans le cadre du Programme de départs volontaires a entraîné une perte d'expertise importante et des déplacements de travailleurs et travailleuses. Il faut souligner ici toute l'énergie déployée par les équipes de travail qui ont dû s'ajuster pour continuer d'offrir à la clientèle des services de qualité. Il faut le dire, la réussite de cette transformation a fait appel à l'esprit d'initiative et à la capacité d'adaptation de nos employés et employées, des professionnels et professionnelles et de nos partenaires.

Le plan d'action 1999-2002 s'inscrit dans la poursuite de la consolidation de l'organisation des services et de la transformation des modes de dispensation des services de santé et des services sociaux. La qualité, l'accessibilité et l'équité dans l'organisation et la dispensation des services en constituent les trois valeurs fondamentales. Cette étape d'amélioration continue que le réseau entreprenait consistait finalement à faire en

sorte que les améliorations apportées au cours des années précédentes puissent prendre racine et générer les bénéfices escomptés tant au plan de la qualité des services que de leur accessibilité.

Ce plan d'action vise à parachever la transformation engagée dans les années précédentes, adapter ou corriger les services que nous offrons aux personnes en fonction de leurs besoins. En somme, nous voulons pour la population du Bas-Saint-Laurent un réseau de services de santé et de services sociaux sans barrières, complémentaire et sans rupture, avec des moyens modernes tant au plan préventif que curatif.

Au cours des dernières années, la transformation du réseau s'est effectuée dans le contexte d'un effort sans précédent de redressement des finances publiques. Ainsi, au cours de la période 1995 à 1999, notre région a absorbé des compressions nettes de 41 millions, soit une réduction de 14 % des budgets des établissements. Cette situation a placé le réseau devant un double défi, celui de réaliser des changements majeurs tout en diminuant ses dépenses. Cette réforme s'est donc réalisée à un rythme effréné et dans les difficiles conditions des compressions budgétaires. Ces mêmes compressions n'ont pas permis de réaliser les investissements requis pour actualiser la transformation amorcée notamment dans les secteurs de la réadaptation physique, la santé mentale, les soins et les services à domicile.

Tout au long de ces années, nos partenaires du réseau et des autres secteurs d'activité nous ont accompagnés au cours des différentes étapes marquant la transformation, la consolidation, l'amélioration et la modernisation de notre réseau. C'est donc ensemble, dans une démarche de concertation, qu'ils ont travaillé pour l'amélioration des services de santé et des services sociaux. Le plan d'action 1999-2002 est le fruit d'une démarche concertée avec les actrices et les acteurs du réseau et les partenaires des autres secteurs d'activité en lien avec notre réseau. Cet exercice de concertation confirme la nécessité pour les intervenantes et les intervenants qui oeuvrent et travaillent pour ce réseau d'être au coeur de l'amélioration des services.

Répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population constitue la raison d'être de notre réseau. C'est pourquoi la clientèle doit être au coeur de nos préoccupations. Nous trouvons donc important, ce matin, de vous présenter où nous en sommes en regard de la réorganisation des services amorcée dans notre région.

Les orientations régionales du plan triennal de transformation et du plan d'action 1999-2002 ont déterminé en quelque sorte le choix de nos actions. La première, qui se lit comme suit: «Des services de santé et des services sociaux axés sur le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population», veut dire concrètement que la priorité est accordée aux actions qui ont un effet démontré sur la santé et le bien-être de notre population. En termes explicites, nous optons pour des services de promotion, de prévention, de traitement ou de réadaptation qui donnent réellement des résultats.

Une autre orientation prévoit «des services de santé et des services sociaux de base intégrés et accessibles à la population de chaque territoire de

MRC». Cette orientation veut maximiser l'accessibilité et la continuité de services complémentaires organisés près du citoyen... que la Régie régionale, de concert avec les établissements, les médecins et les autres partenaires du réseau, poursuit ses travaux visant à mettre en place un réseau de base intégré au niveau local, soit au niveau d'un territoire de MRC. 80 % des services demandés par la population sont des services dits de base. Par «services de base», on entend les services d'urgence, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de santé et psychosociaux courants, les soins et les services d'assistance à domicile, les services de réadaptation, les activités de prévention et de promotion et, évidemment, les services communautaires et les services d'information-santé.

L'orientation «des services de santé et des services sociaux spécialisés intégrés régionalement et offerts localement lorsque le volume de clientèle le justifie, et ce, en support aux services de base» conditionne l'organisation des services. Cela signifie qu'environ 20 % des services demandés par la population sont des services spécialisés qui requièrent des interventions et des équipements complexes. Ces services doivent être organisés de manière à garantir la qualité et l'accès aux personnes qui en ont besoin, et c'est le volume qui en fait foi. Nous voulons que ces services soient dispensés dans chaque MRC dans tous les cas où c'est possible. Lorsque ce n'est pas possible, et pour quelque motif que ce soit, nous voulons que notre organisation régionale des services spécialisés ne présente pas de barrières quant à l'accessibilité et prévoie la réponse adéquate au moment opportun, même si, dans certains cas, les services requis ne sont disponibles qu'en dehors de la région. Pour ce faire, il nous faut convenir d'ententes avec les régions qui nous desservent, comme nous devons le faire avec les régions que nous desservons.

L'orientation «des services de santé et des services sociaux fonctionnant en réseau intégré et en multisectorialité» vise à faciliter à la personne l'obtention des services que requiert son état sans avoir à subir quelque inconvénient que ce soit de transfert d'un service à l'autre. Le partenariat et l'alliance avec d'autres secteurs constituent une dimension importante d'un tel réseau. Citons ici quelques exemples d'un réseau intégré: dans les services à la jeunesse, l'action déterminante du milieu de l'éducation; dans l'intégration sociale des personnes vivant avec un handicap, l'apport des personnes oeuvrant pour l'intégration au travail; pour le soutien des personnes âgées dans la communauté, la collaboration du monde municipal est essentielle.

La mobilisation des ressources humaines est également une des orientations du plan d'action. «Des services de qualité dispensés par des personnes compétentes et mobilisées» est une des valeurs partagées par les personnes qui gèrent et administrent notre réseau. Et c'est pourquoi la Régie régionale et les établissements ont concerté leurs efforts pour mettre en oeuvre et soutenir financièrement des projets novateurs pour la mobilisation des ressources humaines. Le personnel du réseau a été grandement secouru par les changements survenus dans les dernières années. Il faut donc investir dans la revitalisation des ressources humaines en

augmentant leur sentiment de compétence par de la formation, entre autres, mais également par un encadrement supportant.

Plusieurs activités de formation ont été offertes dans les différents milieux de travail en regard des nouvelles approches de dispensation de soins et de services. De plus, des personnes-ressources ont été formées pour supporter les ressources humaines en regard des changements de pratique convenus.

La mise en oeuvre d'un plan de remplacement prévoyant diverses mesures a permis de réduire de 50 % le nombre de personnes inscrites en stabilité et en sécurité d'emploi. De plus, un service régional conseil en gestion de la présence au travail a été mis sur place afin de diminuer la prévalence de problèmes de santé et de détresse psychologique chez le personnel.

Au cours de ces dernières années, la Régie régionale a travaillé avec les établissements et les autres partenaires pour rendre les services accessibles et mieux les adapter aux besoins de la population. Voici quelques exemples de réalisations qui illustrent des résultats probants.

Dans le secteur des services offerts en santé physique. Depuis le début de la transformation, comme nous vous l'avons mentionné au début de notre présentation, le développement d'alternatives à l'hospitalisation s'est poursuivi. Mentionnons, entre autres, qu'au cours des trois dernières années les chirurgies d'un jour ont connu une augmentation de près de 20 %, alors que les chirurgies effectuées le jour même de l'admission ont connu une hausse de 72 % pour cette même période. De la même manière, on note une baisse notable des taux d'hospitalisation pour la région bas-laurentienne. En effet, de 134,6 par 1 000 habitants qu'il était en 1996-1997, le taux d'hospitalisation est passé à 120,5 en 1998-1999, soit une diminution de 10 %. La médecine de jour s'est également développée. Six centres d'enseignement sur l'asthme ont été mis en place. De plus, afin d'améliorer l'accès aux services d'urgence, un suivi trois fois par semaine a été effectué pour les centres hospitaliers de Rimouski et de Rivière-du-Loup sur l'état de situation des urgences et, lorsqu'il y avait débordement, une relance a été effectuée. Enfin, pour améliorer l'accès aux services de chirurgie, un monitoring des personnes en attente de services de chirurgie a été amorcé.

Au centre hospitalier de Rivière-du-Loup, une intervenante sociale a été intégrée aux services d'urgence du centre hospitalier afin de trouver des solutions autres que l'hospitalisation pour les gens survivants à l'urgence. Cette personne établit des contacts avec le CLSC, les organismes communautaires ou d'autres établissements publics ou privés. Cette expérience a permis de raccourcir le séjour en milieu hospitalier, puisque 31 % des gens rencontrés par l'intervenante furent rapidement orientés vers des ressources dans le milieu.

Pour sa part, le service Info-Santé a connu d'année en année une augmentation. Cette année, elle était de 22 % par rapport à l'an dernier. Une évaluation provinciale des services Info-Santé-CLSC révélait que, selon la clientèle, le service obtenu est efficace et qu'il contribue à une utilisation plus judicieuse des services de santé.

● (10 heures) ●

Le recrutement et la rétention des effectifs médicaux demeurent difficiles, comme dans d'autres régions. La croissance nette des effectifs médicaux sur le territoire du Bas-Saint-Laurent est très lente, soit environ un omnipraticien par année et environ trois spécialistes par année. Le nombre d'arrivées et de départs d'omnipraticiens et de spécialistes démontre assez clairement les difficultés de rétention. Sur l'ensemble de la période 1997-2000, la région s'est enrichie de 16 omnipraticiens, soit 46 arrivées pour 30 départs, et de huit spécialistes, soit 35 arrivées pour 27 départs. Les analyses démontrent que les spécialités de base, soit la chirurgie générale, l'anesthésie, la médecine interne et la radiologie diagnostique, demeurent les plus fragiles, auxquelles s'ajoutent évidemment la cardiologie et la neurologie. La pathologie et l'hématologie sont également à surveiller.

Récemment, le conseil d'administration de la Régie régionale donnait son appui à l'avis que la Commission médicale régionale du Bas-Saint-Laurent transmettait à la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, Mme Pauline Marois, en regard des ententes survenues récemment entre le ministère et les fédérations médicales concernant les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes. Selon la Commission médicale, les effectifs médicaux dans notre région sont insuffisants et les difficultés liées au recrutement et à la rétention des médecins auront donc des impacts non négligeables sur l'organisation des services médicaux. La CMR sollicitait l'appui de la ministre afin que des mesures concrètes soient prises pour ne pas compromettre l'accessibilité des services médicaux à la population bas-laurentienne.

Tout comme dans les autres régions du Québec, le processus de formation du département régional de médecine générale est en cours. Cette instance assumera, entre autres, dès le 30 octobre prochain la responsabilité de définir et de proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux.

Dans le secteur des services offerts aux personnes âgées, un des changements importants du plan de transformation a été la diminution du nombre de lits en centre d'hébergement. Comme nous vous l'indiquions précédemment, cette réorganisation de services fait en sorte qu'il n'y a pas eu moins de services, mais qu'ils ont été offerts de façon différente. Il y a moins de lits au centre d'hébergement, mais il y a plus de services à domicile offerts aux personnes âgées et plus de places dans les ressources plus légères.

Afin de répondre au désir des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie, on a procédé à la révision des programmes de soutien à domicile et d'hébergement temporaire, on a développé les services ambulatoires de gériatrie. On a depuis amorcé une démarche régionale visant l'implantation d'une nouvelle approche d'intervention auprès de la clientèle en perte d'autonomie centrée sur le potentiel des personnes.

Les services offerts aux jeunes ont été également au cœur de la transformation. Dans le Bas-Saint-Laurent, les jeunes 0-17 ans représentent 23 % de la population, et la situation des jeunes bas-laurentiens demeure préoccupante: 11 % d'entre eux vivent dans des familles prestataires d'aide sociale, et le taux régional de

décrochage scolaire est de 27 %. En 1999-2000, 2 046 signalements ont été enregistrés à la protection de la jeunesse comparativement à 1 670 l'an dernier, ce qui constitue une augmentation substantielle.

Un des objectifs du plan d'action était d'éliminer les listes d'attente en protection de la jeunesse. Les efforts consentis par le centre jeunesse ont permis d'atteindre des résultats supérieurs aux années antérieures. Les délais d'attente à l'évaluation ont aussi connu une amélioration. Ainsi, en 1998-1999, le délai moyen d'attente était de 16,6 jours, alors qu'en 1999-2000 il a été ramené à 14,07. À titre comparatif, on peut mentionner que le délai moyen d'attente, au niveau provincial, était de 21,8 jours en 1998-1999.

Des mesures concrètes d'accessibilité et de continuité, de complémentarité de services offerts aux enfants, aux jeunes et à leurs parents seront mises en place. L'amélioration de l'accessibilité aux services en pédopsychiatrie est l'un des objectifs poursuivis. En étroite collaboration avec la maison des jeunes de la région, la Régie régionale a aussi adopté un cadre de référence régional en regard de la contribution spécifique de la maison des jeunes.

Dans le cadre de la transformation, les services de santé mentale ont fait également l'objet d'une importante réorganisation. Cette nouvelle perspective s'inscrit dans la foulée des orientations ministérielles et vise un virage vers la communauté. Depuis 1995, on a identifié comme priorité d'action la consolidation des services d'intervention de crise, le développement des services de suivi intensif dans le milieu, l'adaptation des ressources d'hébergement aux besoins des personnes, de même que la réduction du nombre de lits dans le secteur est du territoire.

Certains indicateurs témoignent de l'évolution de cette transformation. D'une part, pour l'ensemble de la région, en soins psychiatriques de courte durée, on comptait 90 lits en 1995 et 55 pour l'année 2000. D'autre part, les données 1997-1998 quant à la répartition du financement des services d'hospitalisation et l'ensemble des services offerts dans la communauté montrent que les services hospitaliers comptent pour 45 % des dépenses, alors que les services dans la communauté comptent pour 55 %. En 1998-1999 on peut constater une répartition des dépenses de 43 % pour les services hospitaliers et 57 % pour les services offerts dans la communauté. Rappelons que l'objectif national était de 40 % en centre hospitalier et 60 % dans la communauté.

Les services offerts en déficience physique doivent faire l'objet, à notre avis, d'un rehaussement budgétaire afin de pouvoir répondre aux besoins de la population du Bas-Saint-Laurent. Actuellement, le centre de réadaptation physique L'interaction ne peut répondre qu'à 40 % des besoins de la clientèle. Les délais d'attente sont donc longs, et la clientèle ne reçoit pas l'intensité de services requise. En outre, les services sont inégalement développés sur ce territoire, privant ainsi une partie de la population de services. Actuellement, le budget du centre est d'environ 4 millions. Les besoins de développement identifiés pour la région afin d'assurer à la clientèle du Bas-Saint-Laurent les services requis s'élèvent à 4,5 millions. Nous pensons qu'elles reflètent bien la réalité des besoins de la région.

L'année 1999-2000 aura favorisé également le développement d'infrastructures informationnelles et technologiques en ressources informationnelles. La Régie régionale et les établissements ont procédé, en partenariat, à la mise à jour du plan directeur des ressources informationnelles. Et notre conseil d'administration a procédé à la création d'une commission permanente des ressources informationnelles, avec l'adhésion unanime du réseau socio-sanitaire bas-laurentien.

Voilà ce qui résume en quelque sorte les activités de la Régie régionale des dernières années. Dans une région comme la nôtre, l'accès aux services demeure un défi constant, et la décentralisation est un levier important pour y arriver. La présence d'une instance régionale décisionnelle a permis, lors de la transformation du réseau sociosanitaire, une bonne adaptation qui a su tenir compte des réalités régionales. L'action de la Régie régionale a été déterminante dans l'atteinte des objectifs de réorganisation de services et de réduction de dépenses, et la dynamique de la régionalisation a fait en sorte d'orienter davantage les services en fonction des attentes de la population. D'ailleurs, un récent sondage nous indiquait que les usagers de notre région se disent très satisfaits ou assez satisfaits des services reçus, et ça, dans une proportion de 94 %. Les résultats démontrent également un bon niveau de satisfaction à l'égard des services de santé et de services sociaux reçus dans l'ensemble des établissements. Ces données sont donc un témoignage de l'appréciation de la population.

Comme vous pouvez le constater, la Régie régionale a assumé ses responsabilités afin d'assurer à la population des services de santé et de services sociaux accessibles et de qualité, et nous comptons, dans les années à venir, pouvoir continuer à le faire. Cependant, nous aurons besoin des leviers nécessaires pour assurer la mise en place d'actions en promotion et en prévention pour consolider le réseau de services sociaux et de services santé intégré et mettre en place les services adéquats en réadaptation physique. Merci de votre attention et de votre écoute. Nous demeurons disponibles pour échanger avec vous sur les éléments de cette présentation et ainsi répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Thériault, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole aux membres de cette commission, en particulier le député de Kamouraska-Témiscouata.

M. Bécharde: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, M. Thériault et M. D'Amboise, ainsi que toute l'équipe de la Régie régionale, bienvenue. Il y a plusieurs points qui, autant dans votre mémoire qu'au cours des dernières semaines, je dirais même la dernière année, ont soulevé plusieurs questions au niveau de la région du Bas-Saint-Laurent, et plus particulièrement en ce qui a trait au rôle de la Régie régionale. J'ai une série de points, peut-être qu'on peut y aller de façon assez rapide, questions courtes et réponses courtes, pour en passer le plus possible.

Un de mes premiers points est relié à la situation financière comme telle dans les différents réseaux, parce

que, dans une région aussi étendue que la nôtre, le Bas-Saint-Laurent, on peut prendre des chiffres au niveau global, mais, après ça, quand on les répartit, bien, il y a des choses différentes, et voir un peu quelle est la situation financière de l'année en cours. On se dirige vers quoi? Est-ce qu'on se dirige vers un surplus, vers un déficit? À quoi c'est attribuable? Et est-ce qu'il y a des secteurs dans la région qui sont davantage touchés que d'autres? Voir un peu un portrait rapide de la situation financière de la Régie régionale aujourd'hui.

Une voix: M. D'Amboise va...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Oui. Alors, en réponse à la question, je vais vous donner une information qui nous donne l'état de la projection du résultat de l'année 1999-2000 à la fin de la période V, donc à partir du rapport que nous fournit chacun des établissements. Alors, à la fin de la période V, l'ensemble des établissements du réseau de la région du Bas-Saint-Laurent prévoient globalement un déficit d'environ 3 300 millions de dollars, qui se retrouve de façon plus particulière dans deux établissements, de façon plus significative, à savoir le Centre hospitalier régional de Rimouski et le centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

Dans le cas du centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, le dépassement budgétaire est relié soit à des éléments de dépenses dont le financement n'est pas encore annoncé, à savoir les coûts des conventions collectives et également à la mise en place d'une unité supplémentaire de réadaptation à Rivière-du-Loup, pour laquelle nous sommes actuellement en attente d'une réponse quant à une demande de développement budgétaire à cet égard-là. Et, concernant le Centre hospitalier régional de Rimouski, les éléments les plus importants qui expliquent le dépassement sont reliés au coût des médicaments et également à des services pour lesquels on attend aussi une réponse de développement budgétaire, parce que ce sont des services dits en développement. On parle particulièrement de la radiothérapie et des services de dialyse rénale.

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

M. Bécharde: Oui. Sur un autre point dont on a parlé beaucoup au cours des dernières semaines, en ce qui a trait aux effectifs, vous en parlez à la page 18 de votre mémoire que vous nous avez présenté ce matin, mais il y a eu, au cours des dernières semaines, plusieurs débats, à savoir: Est-ce qu'on doit jouer davantage sur la rémunération des médecins pour les garder, pour les attirer, les mesures de rétention, et tout ça? Moi, je voulais profiter de votre présence ce matin pour vous entendre sur, je dirais, à la fois l'efficacité, et est-ce qu'on est allé aussi loin qu'on peut aller en ce qui a trait aux mesures financières, comme telles, de rétention? d'une part.

● (10 h 10) ●

D'autre part, est-ce qu'il y a d'autres points qu'on ne doit pas envisager, entre autres, en ce qui a trait au

plateau de services, au plateau technologique, c'est-à-dire, des équipements, de la capacité de développer? Parce qu'on a beau dire qu'on va avoir des augmentations de salaire ou des surprimes, ou quoi que ce soit, mais, si on n'a pas d'équipement, en région, adéquat pour développer certaines spécialités ou pour développer le réseau, c'est aussi, j'imagine, difficile d'attirer des médecins, des finissants, des omnipraticiens, et tout ça. Je pense que ça pourrait être un élément, aussi, important.

Et, tout jours en lien avec ça, quelle est la marge de manoeuvre réelle de la Régie régionale à ce niveau-là? Jusqu'où la Régie régionale peut aller, peut faire des pressions, peut modifier ses façons de faire, ou peut régionaliser la gestion comme telle de ces problématiques-là pour faire en sorte que, une région comme le Bas-Saint-Laurent, qui est étendue, qui a beaucoup de territoire, qui a peu de population, on puisse à la fois relever le défi d'avoir des services qui sont accessibles partout en région, avec des spécialistes, des omnipraticiens et des gens capables d'offrir les services à la population, et en même temps avoir une marge de manoeuvre au niveau financier pour, je dirais, voir à ce que la réalisation de ces objectifs-là ne vienne pas remettre en question constamment la santé financière de la Régie régionale?

Et c'est sûr que, si on regroupait tout le territoire du Bas-Saint-Laurent autour d'une seule grande ville, dans le Bas-Saint-Laurent, avec un hôpital, un centre de soins de longue durée, et tout ça, ça serait beaucoup plus facile à gérer qu'actuellement. Donc, face à toute cette problématique-là... Vous voyez, j'ai déjà déjà transgressé ma première règle d'avoir des questions courtes...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bécharde: ...je vais vous laisser la marge de manoeuvre aussi pour la réponse... Mais je pense qu'il y a une suite dans tout ça, là, de cause à effet, je pense qu'il faut le regarder de façon globale.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Alors, je vais y aller peut-être en deux volets: d'abord, sur la question du financement requis pour assurer les services accessibles à la population, et peut-être plus particulièrement ensuite sur votre question concernant les médecins.

Concernant la budgétisation pour les services de santé et les services sociaux du Bas-Saint-Laurent, c'est évident, et on le dit à chaque fois qu'on a l'occasion de le faire, on répète que l'étendue du territoire combinée à la faible densité de population crée effectivement un enjeu majeur chez nous, parce qu'il faut comprendre qu'à chaque fois qu'on envisage une répartition des ressources au Québec, si on la fait au poids relatif de la population sur le territoire, chaque fois les régions comme la nôtre sont pénalisées. Je reprends toujours l'exemple: avec 206 000 de population, si on vivait sur l'île de Laval, on aurait un hôpital. On en a six. C'est évident que ça coûte plus cher avoir six centres hospitaliers que d'en avoir un, mais c'est incontournable.

On ne peut pas penser que, dans le Bas-Saint-Laurent, on va avoir un centre hospitalier, à cause de la

grande étendue du territoire. Donc, il y a un enjeu majeur, nous, là, pour ce qui est de la répartition des ressources. Et on sait qu'il y a une réflexion actuellement qui est en cours pour mettre fin au financement, sur une base historique, dans le réseau puis d'y aller avec un financement qui est plus équitable. C'est sûr qu'on va être très vigilant dans cette opération-là pour s'assurer que les particularités des régions comme la nôtre vont être prises en compte, sinon on pourrait se retrouver dans une situation encore plus difficile pour maintenir l'accès aux services, si on ne fait pas attention à ce facteur-là.

Concernant la question des médecins, vous avez pu le constater, ce dont on s'aperçoit, c'est moins une problématique d'attraction qu'on vit qu'une problématique de rétention. Si on avait conservé les médecins qui étaient installés chez nous et qu'on avait recruté le même niveau de médecins qu'on a recruté dans les trois dernières années, on serait dans une situation pas mal meilleure que celle dans laquelle on est présentement. Donc, on a vraiment un problème de rétention. On a comme marge de manoeuvre la possibilité d'accorder à des médecins un montant d'argent qu'on appelle des primes d'installation, ce qui nous a beaucoup facilité le travail effectivement pour attirer des médecins. Il y a aussi toutes les bonifications de rémunération qui ont été accordées et qui ont fait en sorte que ça crée aussi un incitatif.

Mais vous avez aussi raison quand vous mentionnez que ce n'est pas tout, l'aspect financier, pour attirer les médecins, et je dirais que c'est encore plus vrai quand on parle de les retenir, c'est toute la dimension de la vie médicale. Donc, comment on réussit à créer des équipes qui sont suffisamment importantes pour que le médecin ne se sente pas isolé dans sa pratique et qu'il ait aussi des conditions de pratique adéquates? C'est sûr que, dans beaucoup de spécialités, on a un spécialiste, ou deux spécialistes, ou trois spécialistes. Alors, ces gens-là sont continuellement de garde. C'est sûr que tu fais ça un bout de temps, puis après tu t'en vas pratiquer à une place où il y en a 10, 12, 15, puis là ta garde va revenir à toutes les sept, huit, 10 semaines, là.

Donc, il y a autour des conditions, des choses également à regarder et il y a toute la dimension des équipements, le plateau technique effectivement qui vient supporter la pratique médicale. À cet égard-là, on a réalisé au cours de la dernière année une démarche d'élaboration d'un plan directeur des équipements médicaux spécialisés, qu'on a élaboré d'ailleurs avec la contribution des établissements et des médecins, et on est donc dans un processus, nous, de planification à court et moyen terme sur le remplacement des équipements médicaux. Mais c'est évident que, dans certaines situations particulières, il y a des coups de barre à donner, et, dans le cas du Centre hospitalier régional de Rimouski, on attend des décisions qu'on pense qui devraient être annoncées à court terme, qui devraient effectivement venir apporter une réponse à un problème majeur qui existe dans cet établissement-là au chapitre des équipements.

On s'est aussi impliqué, en collaboration avec les établissements hospitaliers du territoire, pour mener des campagnes de recrutement de médecins. D'ailleurs,

cette semaine, demain, il y a une journée carrière, à laquelle la région du Bas-Saint-Laurent participe et où on a mis fin au processus de recrutement établissement par établissement; on fait un processus de recrutement collectif pour la région qui est sous le leadership des médecins-conseils de la Régie régionale, mais avec la contribution des gens de chacun des établissements.

Et c'est sûr que, si on voulait aller plus loin que ça — et on a eu l'occasion, avec un certain nombre de médecins, pas plus tard que lundi soir de cette semaine d'échanger sur cette question-là — la problématique de la rétention des médecins, quant à moi, va nécessiter qu'on ait des leviers qui nous permettent de disposer des sommes nécessaires pour que les médecins viennent chez nous.

Et je disais aux médecins: C'est bizarre que, quand on parle de médecine, on parle de mesures contraignantes, mais il me semble, quant à moi, que ce n'est pas des mesures de contraintes que ça prend, c'est des mesures de planification et d'organisation. Et il nous semble que les décisions d'organisation de services devraient précéder les décisions qui concernent les conditions de travail des médecins et la répartition de l'enveloppe budgétaire sur le territoire pour rémunérer les médecins.

Et, en ce sens-là... D'ailleurs, dans les consultations régionales qu'on a menées récemment, c'est ressorti — dans les 16 régions du Québec d'ailleurs, puis non seulement dans le Bas-Saint-Laurent, mais c'est sorti également chez nous, comme suggestion — qu'on procède à la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ et qu'on fasse en sorte que chacune des régions dispose du financement approprié en fonction des services à rendre à sa population. Ce qui fait que les médecins seront appelés à aller oeuvrer là où il y a de l'emploi pour eux. Évidemment, ça peut être une révolution.

Mais, si on ne se donne pas de leviers qui vont être ajustés à ce qu'on veut faire au plan de l'organisation des services, à mon sens, on n'arrivera jamais à trouver la solution, parce qu'on a comme deux mondes entre lesquels il y a un mur de brique: il y a le monde de la rémunération des médecins et des conditions de pratique des médecins, qui est une chose, puis qui a ses lois, puis ses règles, puis qui se négocie, mais c'est ça qui détermine à ce moment-ci la présence ou non des services médicaux sur le territoire; puis, à côté de ça, on a une approche de planification et d'organisation de services à partir des besoins de la population, mais il n'y a pas de lien entre les deux.

Alors, on dit: Faudrait que les décisions se prennent d'abord sur l'organisation des services et que les conditions de pratique des médecins viennent s'ajuster à ce qu'on veut faire sur le terrain en termes d'organisation de services pour répondre aux besoins de la population. Alors, il y a là à mon sens des éléments importants de changements à apporter si on veut être capable — on n'arrivera jamais à une solution idéale, là — d'arriver à une meilleure équation entre les besoins de la population puis la présence des médecins répartie de façon équitable sur le territoire.

M. Béchard: Si ce n'est pas une révolution, du moins il y aura de l'action, si ce que vous proposez est mis de l'avant. Je voulais continuer là-dessus parce que

c'est un sujet qui, moi, me préoccupe beaucoup, parce que, quand on regarde les perspectives démographiques, et vous en parlez dans votre mémoire aussi à la page 5, sur le vieillissement de la population, et tout ça, un des dangers qui nous guettent si on ne revoit pas les façons de faire, notamment au niveau du financement et d'assurer un développement du deuxième niveau de soins en région, on va se ramasser avec effectivement un système de santé à deux vitesses, mais pas dans le sens traditionnel du mot, mais plutôt dans un sens de médecine en région versus médecine en milieu urbain, et ça, ce sont des choix qui sont à faire.

● (10 h 20) ●

Mais, quand justement vous parlez dans votre mémoire de vieillissement de la population, de diminution de la population, est-ce que, dans vos prévisions à moyen et je dirais même à long terme, quand on regarde les courbes démographiques, quand on regarde les prévisions démographiques — c'est extrêmement inquiétant — on peut, sans lancer un mouvement de panique demain matin, penser que ce n'est pas ça qui va faire en sorte de vraiment créer une nouvelle réforme de la santé en région? C'est-à-dire ce défi-là d'être capable d'offrir des services équivalents avec encore moins de population qu'on en a actuellement. Tantôt, vous parliez de... on pouvait avoir un seul hôpital, si on vivait sur l'île de Laval, mais ça a un effet à l'avenir, aussi. Est-ce qu'on ne peut pas envisager une autre, je dirais, réforme de la santé en région pour être capable de maintenir? Est-ce qu'il y a encore des choix déchirants qui devront être faits, à savoir: Est-ce qu'on maintient le même nombre d'établissements ou est-ce qu'on doit encore diminuer le nombre d'établissements, diminuer un peu les services pour réussir à entrer dans les enveloppes? Et, si on fait ce choix-là, c'est parce qu'on n'aura pas les marges de manoeuvre financières. Et, moi, ça m'inquiète beaucoup pour l'avenir, notre capacité... on parle de la rétention des médecins, mais aussi notre capacité de continuer d'offrir des services équivalents et acceptables en région.

Puis je suis sûr que ce n'est pas seulement le Bas-Saint-Laurent qui vit ça. Tantôt, vous parliez de la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ, mais est-ce qu'il y a d'autres éléments... Je ne sais pas, la mise en place de masses critiques dans des régions, dans certains domaines, par rapport à d'autres régions, à un moment donné se dire: On ne peut pas tout avoir partout: on peut peut-être se réorganiser comme ça, ça serait peut-être un moindre mal. Est-ce que vous avez envisagé d'autres solutions à moyen terme pour dire: La population va diminuer encore, sans essayer le moins possible d'affecter les services aux citoyens et citoyennes du Bas-Saint-Laurent?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Bon, concernant la présence des établissements sur le territoire, je vous dirais qu'il n'y a pas de perspectives, en ce qui nous concerne, de réduire à nouveau le nombre des établissements sur le territoire de façon significative. Presque dans toutes nos MRC, l'ensemble des établissements sont regroupés sous un seul conseil d'administration, de

telle sorte qu'on est déjà, dans chacune des MRC, dans un contexte de réseau intégré de services qui implique la mission CLSC, la mission centre d'hébergement de soins de longue durée, la mission centre hospitalier. Donc, à ce point de vue là, je pense qu'il n'y a pas de changements envisagés.

Par ailleurs, c'est évident qu'il va falloir revoir comment on va articuler l'organisation des services qui vont être présents dans chacun de ces établissements-là, au niveau de chacune des MRC, en lien avec les services régionaux rendus soit par le Centre hospitalier régional de Rimouski ou soit par le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup. Et il y a des travaux qui sont amorcés — d'ailleurs, le Dr Girard pourra peut-être tout à l'heure en faire état — avec la contribution des médecins qui pratiquent dans chacun de ces territoires-là.

On a fait référence dans notre présentation tout à l'heure qu'on a amorcé la mise en place du département régional de médecine régionale. Notre chef de département est désigné. Officiellement, en fonction de la loi, le département entre en vigueur 30 jours après la nomination, donc c'est pour ça qu'on disait qu'à la fin d'octobre il va déjà être en force juridiquement parlant. Et les travaux qui mettent à contribution les médecins dans chacune des MRC pour organiser les services dans un concept de réseau intégré de services sont déjà commencés depuis un bon bout de temps. Le Dr Girard a travaillé beaucoup dans l'ensemble des MRC avec les médecins à cet égard-là. Donc, on va devoir avec eux revoir quels sont les services qui doivent être maintenus dans chacun des territoires. Mais l'orientation qui est claire, quant à nous, c'est: compte tenu de l'étendue du territoire, il y a un niveau de services qu'on doit absolument maintenir comme accessibles, à cause des distances, dans chacune des MRC.

Maintenant, ce qu'il va falloir certainement améliorer, c'est les corridors de service entre ces établissements-là et les établissements qui ont une vocation de support également à leur intention — qu'on pense à Rivière-du-Loup dans le KRTB ou à Rimouski dans l'est. Et, à ce niveau-là, il y a du travail important à faire. Il faudra voir aussi comment les médecins qui pratiquent dans ces établissements-là peuvent s'inscrire aussi en support aux activités qui sont dispensées dans les établissements à vocation locale. Parce qu'on peut aussi envisager de faire se déplacer le médecin plutôt que la population. Il y a même, dans nos consultations, des citoyens qui sont venus nous recommander que, particulièrement pour les gens qui doivent consommer des services de façon continue — pensons, par exemple, aux gens qui reçoivent des services en dialyse rénale et qui doivent se présenter au centre hospitalier trois fois par semaine — il y a des gens qui nous ont suggéré que les frais de déplacement soient inclus dans le budget de l'hôpital, de telle sorte que l'hôpital aurait intérêt, quand il y aura une masse suffisante de gens qui se déplacent dont elle doit rembourser les frais de déplacement, à peut-être rendre le service plus près du citoyen puis payer le déplacement du professionnel.

Alors, tout ça pour dire qu'il y a une orientation vraiment d'essayer de voir comment on peut maintenir le fait que l'orientation est de rendre accessible le service le plus près possible du citoyen, mais en

changeant les façons de faire pour tenir compte de la problématique dans laquelle on est au plan de l'organisation des services médicaux, avec, comme on disait tantôt, le faible volume d'effectif aussi puis en même temps avec la faible densité de population répartie sur le territoire. Je ne sais pas si, Jacques, tu peux ajouter des choses sur ça.

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

M. Girard (Jacques): Tout ce que je pourrais peut-être ajouter... parce qu'en fait le panorama que M. D'Amboise vient de vous tracer est pas mal celui-là. Ce que, nous, on a fait depuis environ 18 mois, on a mobilisé les omnipraticiens, les médecins de famille. On a beaucoup de chance, dans le Bas-Saint-Laurent — parce qu'il y a d'autres régions du Québec qui sont un peu comme la nôtre — les médecins se responsabilisent beaucoup. Il faut comprendre que, contrairement aux régions universitaires généralement, je parle des médecins de famille dans ce cas-ci, plus de 75 % font des activités en heures défavorables, sont donc impliqués au niveau des secteurs qu'on pourrait dire prioritaires des services à la population, 95 % ont une pratique en établissement. Ce qui veut dire que c'est quand même particulier.

Donc, quand on a fait appel à eux, on leur a dit: Écoutez, par quoi on commence? On ne pouvait pas se permettre d'atteindre la masse critique d'effectif pour faire ce qu'on appelle des réseaux intégrés, des réseaux d'accessibilité aux soins généraux. On a dit: On va faire avec notre pénurie relative. Et les médecins étaient d'accord avec ça. Ils se sont dit: Oui, effectivement il faut que notre région continue à demeurer attrayante et il faut quand même trouver aussi des sources de motivation. Nous, on pense que l'organisation de services... On a donné la piqure, en fait, à nos collègues, à nos médecins, et on a entrepris, dans cinq MRC sur huit, des travaux pour justement mettre en place ces réseaux d'accessibilité aux soins généraux.

Ce qu'on a fait essentiellement, c'est qu'on a défini effectivement les secteurs d'activité dits prioritaires. Assez curieusement, actuellement on parle de ça, comment repenser les activités médicales particulières en activités prioritaires, mais, nous, ça fait déjà 18 mois qu'on est là-dessus. Et cet exercice-là nous a amenés à définir un peu les projections en termes d'effectif requis, à partir de certains paramètres que nous avions, et on a constaté une chose, M. Béchard l'a mentionné: le vieillissement de la population fait que la pression actuellement sur les médecins de famille est très importante. On s'est rendu compte que les plans d'effectif historiques ne résistaient pas à l'analyse. Donc, on se retrouve avec finalement... On serait obligé, si on ne changeait rien actuellement, au moment où on se parle, d'augmenter les effectifs d'à peu près 15 % à 20 %, dans le Bas-Saint-Laurent, pour faire le travail qui se fait.

Donc, l'exercice qu'on a fait avec les médecins, la quarantaine de médecins impliqués dans ces comités ad hoc qu'on a formés, disait: Bon, comment on peut faire, avec les effectifs actuels, pour rendre des services importants à la population? Et ce qui est intéressant.

c'est que, avec l'arrivée du département régional de médecine générale, on va pouvoir finalement construire, en fait, la vision régionale par rapport à la pratique médicale dans nos régions.

Et il y a un élément que je voudrais peut-être porter à votre attention, parce que c'est peut-être important de le mentionner, c'est que, compte tenu du fait qu'on est en pénurie d'effectif spécialisé d'une façon assez importante, il y a un effet compensatoire des médecins omnipraticiens dans notre région. C'est un phénomène qu'on n'observe pas dans d'autres régions du Québec, particulièrement les régions centrales, les régions intermédiaires à un moindre degré, mais, dans les régions éloignées comme la nôtre, c'est évident que le temps que vont passer les omnipraticiens à hospitaliser leurs patients, le temps qu'ils vont passer à l'urgence, ce ne sont pas des spécialistes qui font ce travail-là. Il y a une partie... Juste à l'hôpital de Rimouski, 50 % des hospitalisations sont sous la responsabilité des médecins de famille.

Ce que ça veut dire, c'est que non seulement on est en pénurie d'effectif par rapport au plan historique, mais, en plus, on est en déficit historique, on est en déficit, c'est-à-dire, par rapport à la première ligne, cette première ligne là où le citoyen définit, identifie un médecin pour qu'il s'occupe de lui, d'elle et des membres de sa famille.

Alors, l'exercice qu'on a fait justement nous a permis de constater que, devant cette situation-là, plutôt que de baisser les bras, on s'est dit: On va être proactif et on va tenter de proposer des solutions en termes de réorganisation des services. Et l'effort actuellement qui est fait, je peux vous donner quelques pistes, actuellement, ce que les médecins ont défini, ils se sont dit: Ce n'est pas normal qu'on continue à hospitaliser nos patients comme on le fait actuellement. La plupart des personnes qui sont hospitalisées, une grande partie d'entre elles, certaines études l'ont démontré, ce sont des personnes qui auraient pu ne pas être hospitalisées si elles avaient pu avoir accès à leur médecin de famille.

● (10 h 30) ●

Donc, on travaille beaucoup sur l'élément de continuité, en faisant en sorte qu'on va transformer un peu... On est vraiment dans le virage ambulatoire, en d'autres termes. Les médecins avaient un petit peu tardé, au Québec, à emboîter le pas à ce mouvement-là, mais on peut dire que, dans le Bas-Saint-Laurent, depuis environ un an, on est en plein dedans. Ce que les médecins proposent, c'est de se responsabiliser, à partir justement d'identifier, ce qu'on pourrait dire, certains problèmes de santé qui sont responsables en fait de l'engorgement de nos urgences, qui sont responsables de nos taux d'hospitalisation actuels. Et la population vieillissante, c'est un fait que c'est vraiment de là que vient la pression, et les 75 ans et plus ont des besoins auxquels il faut répondre. Alors, ces personnes-là ont besoin de voir leur médecin. Alors, quand le médecin est à l'extérieur ou quand il est en congé ou avec sa famille — parce qu'on pense que la qualité de vie des médecins est une variable aussi importante, elle est beaucoup plus importante chez les jeunes médecins maintenant qu'elle ne l'était chez les générations plus âgées — donc, l'organisation des services, à ce moment-là, prend une saveur particulière.

Donc, c'est un petit peu ce que peut-être je voulais partager avec vous, c'est que vous pouvez compter sur les médecins, dans le Bas-Saint-Laurent, là-dessus. Et on peut vous dire une chose, c'est qu'on peut renvoyer finalement l'ascenseur. L'Association des médecins du Bas-Saint-Laurent, qui s'est réunie récemment en assemblée syndicale, évidemment était très déçue de l'exclusion de certains secteurs. Je parle beaucoup des médecins omnipraticiens, mais je pense que c'est beaucoup là qu'est le cœur de notre système. En même temps, ils ont salué, en fait, l'appui que la Régie régionale leur avait fourni, justement parce qu'il fallait analyser les données de consommation de services, et on a vraiment travaillé beaucoup ensemble. Et les médecins cliniciens ont beaucoup apprécié effectivement cet effort qu'on a pu offrir, pas seulement à travers moi, mais aussi à travers la permanence de la Régie régionale. Et je peux vous dire qu'il y a un nouveau dialogue qui s'est instauré. Vous avez entendu parler du sondage hier. Je fais cette petite parenthèse là. Si on posait la question aux médecins du Bas-Saint-Laurent, je ne suis pas sûr qu'ils seraient d'accord pour qu'on supprime la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, une dernière courte question, M. le député de Kamouraska.

M. Bécharde: Oui, c'est une demande spéciale, vous allez voir, ce n'est pas vraiment long.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord.

M. Bécharde: Je voulais vous entendre sur un dossier qui me tient extrêmement à cœur, dans mon comté, et c'est celui des mammographes. L'hôpital Notre-Dame-de-Fatima est en processus présentement d'acquisition, en tout cas, avec la Fondation, et tout ça, et je voulais voir, du côté de la Régie régionale, si on pouvait effectivement compter sur votre appui dans le dossier de la mammographie. Parce qu'on nous dit, au niveau du ministère, que l'ouest de la région, c'est-à-dire à partir de Sainte-Hélène, Saint-Pascal, La Pocatière, et tout ça, et même chose dans le Témiscouata, est desservi par Rivière-du-Loup, et je dirais que ça crée beaucoup de remous, entre autres, à La Pocatière et dans les environs. Et j'aimerais savoir si on peut compter sur l'appui de la Régie régionale dans ce dossier-là pour faire des pressions auprès du ministère pour réussir à avoir les équipements nécessaires.

Je jaisais avec des médecins encore hier, et ils me disaient que finalement les coûts sont à peu près minimales, parce que la Fondation est là. Au niveau du personnel, les gens ne sont pas encore occupés à 100 %, donc il y aurait une possibilité de ce côté-là aussi. Donc, les coûts ne sont quand même pas élevés. Et je voulais voir si c'était possible d'avoir un appui de votre part dans ce dossier-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Ha, ha, ha! c'est un dossier chaud, ça, la mammographie. Je vais faire peut-être juste un petit historique. Dans le Bas-Saint-Laurent, il avait été établi, à partir des analyses qui ont été faites au moment des décisions concernant l'organisation des services, en lien avec la mise en place du Programme provincial de dépistage du cancer du sein, qu'en fonction de la population qu'il y avait sur le territoire, si on tient compte des masses critiques et si on tient compte également des expertises qui sont nécessaires pour les professionnels qui font ces services-là, donc qui font les examens, qui lisent les films, je dirais, le nombre optimum d'équipements était de deux, et il avait été envisagé qu'il y ait un mammographe à Rivière-du-Loup et qu'il y en ait un à Rimouski, c'est-à-dire que ces deux centres-là soient désignés comme centres de dépistage.

Compte tenu qu'il y avait déjà des équipements présents dans les hôpitaux d'Amqui et de Matane, à l'époque, le conseil d'administration de la Régie avait accepté de désigner également ces deux centres-là. On sait qu'au cours de la dernière année le débat a été relancé là-dessus parce que les deux équipements d'Amqui et de Matane sont devenus désuets, et particulièrement celui d'Amqui a été déclaré inadéquat, donc l'hôpital a dû cesser ses mammographies. Et, dans le processus de renouvellement des équipements, lorsqu'on a amorcé la démarche en vue de l'élaboration du plan directeur des équipements médicaux dont je vous parlais tantôt, évidemment, on a identifié une masse d'équipements pour lesquels il y a des besoins prioritaires, et, dans les priorisations, on avait regroupé les besoins d'équipements pour la mammographie.

On n'avait pas, comme Régie régionale, retenu les demandes d'équipements ni de Notre-Dame-du-Lac ni de La Pocatière, et la raison était fort simple. La décision actuelle, au plan régional, ne prévoit pas que ni Notre-Dame-du-Lac ni La Pocatière ne sont désignés comme centres de dépistage. Alors, on dit: Si on doit leur accorder des équipements, commençons par prendre la décision: Est-ce qu'on les désigne comme centres de dépistage? Sinon, c'est comme si c'était l'équipement qui déterminait la vocation de l'établissement.

Alors, on devra, à mon avis — d'ailleurs, on a commencé ce processus-là — revenir sur la décision qui avait été prise concernant la désignation des centres. Au moment où on se parle, nous, on a fait une demande aux deux établissements, pour laquelle on n'a pas encore les réponses. Alors, vous dites que ce n'est pas dispendieux; on le verra quand ils répondront à nos questions. Parce qu'on a demandé c'était quoi, les coûts de l'équipement, évidemment, mais ce n'est pas surtout ça, c'est: Comment l'établissement, à même ses ressources, pourrait être en mesure d'assurer ce service-là? Et on ne veut pas se retrouver dans une situation où on accorderait un équipement puis que, par le retour du courrier, on ait une demande de développement budgétaire récurrent de x milliers de dollars maintenant pour faire fonctionner l'appareil. Là, on aurait l'air fin un peu. Alors, on dit: On veut savoir ça avant de prendre la décision, d'une part.

Puis, d'autre part, on pense que si, ça, ça devait se faire, ça se ferait dans l'optique de ce dont on se parlait tantôt, c'est-à-dire d'avoir des lieux plus

accessibles pour la population pour les examens, mais on voudrait le faire dans un concept de réseau intégré de services ou en s'assurant d'acquérir des équipements numérisés qui peuvent communiquer ensemble, qu'on puisse peut-être en centraliser la lecture.

Parce qu'on a un problème. C'est bien beau, faire des mammographies, mais, si les personnes qui les lisent n'en font pas suffisamment pour faire une lecture adéquate, on fait accroire à la population qu'elle a des services plus accessibles. C'est vrai, mais ce n'est peut-être pas des services de qualité. Donc, on veut s'assurer que, par l'accessibilité, on ne tombe pas dans le panneau d'offrir des services de moindre qualité. Et c'est là qu'est l'enjeu, avec les établissements, donc sur les coûts de fonctionnement et sur effectivement les mesures à prendre et la façon de faire pour s'assurer de garantir la qualité des services à la population.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. D'Amboise. Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue à chacun et à chacune d'entre vous. Votre mémoire est très intéressant parce qu'il fait, je pense, un bon résumé de la situation qui prévaut dans la région Bas-Saint-Laurent. Le fait de rappeler aussi le profil socioéconomique de la région m'apparaît des plus pertinents pour vraiment discuter de toute la problématique santé et services sociaux.

Quand on dit que près du quart de la population de 15 ans et plus n'a pas complété une neuvième année, alors que c'est 18%, ce ratio, pour l'ensemble du Québec, il m'apparaît là un problème majeur, parce qu'on sait très bien que le profil socioéconomique d'un individu est étroitement lié à son portrait sociosanitaire. Et ça, ça m'inquiète et ça me ramène à l'idée, et ça me suscite une question: C'est bien beau, guérir, corriger, mais qu'est-ce qu'on fait pour prévenir?

Et je pense qu'on a des orientations très précises en regard de la prévention, et ça m'amène à poser des questions. Est-ce que la prévention, ça fait partie aussi des actions que la Régie mène globalement? Je n'irai pas dans le détail, mais on a des programmes, que ça soit le dépistage du cancer du sein, la violence conjugale, on peut tous les nommer. Mais, par rapport à des problématiques plus santé physique, il y a aussi le volet préventif.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): C'est tout à fait exact. Et, là aussi, je pourrais faire une référence à nos consultations régionales. C'est ressorti assez clairement également que... et je dirais quasiment de façon un peu étonnante, parce que c'est sorti très fort dans les consultations régionales qu'on devait maintenir le cap sur la réforme qui avait été amorcée, malgré toutes les difficultés qu'on a connues, et particulièrement garder le cap sur le fait que le système doit viser l'amélioration de la santé et du bien-être. Ce n'est pas juste d'offrir des services, c'est vraiment de viser et d'atteindre des résultats en termes d'amélioration de la santé et du bien-être, et que dans ce sens-là tout le volet promotion de la

santé et prévention doit recueillir une part importante de nos préoccupations puis de nos énergies.

● (10 h 40) ●

Et d'ailleurs, dans les investissements qu'on a faits — on a fait référence tantôt à un investissement de 2,5 millions qui a été fait dans la transformation — c'est des argents, dans le fond, qui ont été puisés à même les services curatifs pour renforcer le volet de promotion et prévention, et ça, c'est une orientation majeure qu'on a au niveau de la Régie régionale, et effectivement viser aussi à faire en sorte que donc on ne cible pas uniquement les services directs. Et on sait que, même quand on parle des services de santé physique, tout le volet des services sociaux joue un rôle important là-dedans, et toute la dimension... C'est pour ça qu'on a dit qu'on accordait beaucoup d'importance aux dimensions des services à la jeunesse, toute la dimension des services aux personnes âgées, la toxicomanie, la santé mentale...

Mme Charest: Suicide.

M. D'Amboise (Yves): ...etc., ce sont toutes des problématiques qui, dans le fond, s'amorcent par une problématique de type social mais qui engendrent des coûts par la suite en termes de soins de santé physiques si on n'est pas intervenu suffisamment tôt dans le processus pour éviter la détérioration des situations. Alors, c'est évident que, nous, on est à l'enseignement que les budgets pour le réseau doivent être consacrés, pour une partie significative, vraiment à des activités de promotion et prévention. Et effectivement, on est impliqué avec le réseau de multiples façons dans des actions de cette nature-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Dans votre exposé, vous avez fait la description de la répartition des médecins dans notre région en termes d'omnis versus les spécialistes, et tout ça. Et vous parlez également des organismes communautaires, dans la même page, à la page 7, qui se sont partagés 9 millions. Alors, 130 organismes communautaires, c'est ceux qui sont financés par le SOC, le Soutien aux organismes communautaires. Et globalement, ces organismes communautaires là oeuvrent dans quels créneaux spécifiques de la santé et des services sociaux sur le territoire? Est-ce qu'on retrouve, là, plusieurs organismes sur le même créneau ou si on couvre suffisamment large en termes de support à ces organismes-là? Parce que ces organismes-là, souvent on les finance parce qu'ils offrent des services à la population, si je ne me trompe pas. Alors, j'aimerais avoir un portrait global, sans aller dans le détail.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Je vais demander à Mme Bérubé de répondre à votre question.

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

Mme Bérubé (Christiane): Je dirais que les 130 organismes communautaires, ils sont assez bien

répartis sur l'ensemble du territoire et couvrent, je dirais, à peu près de façon équivalente ou équitable dans chacun des territoires tous les secteurs d'activité, que ce soient des activités menées auprès des personnes âgées, par exemple. On retrouve dans chacun des territoires des centres d'action bénévole, des centres aussi d'aide à la vie domestique. Alors ça, c'est partout présent. Des organismes de santé mentale, on en trouve dans tous les territoires, etc. Alors, les maisons de jeunes, il y en a aussi quand même dans tous les territoires.

Mme Charest: Quand vous parlez de «tous les territoires», vous parlez des huit MRC de la région Bas-Saint-Laurent?

Mme Bérubé (Christiane): Des huit MRC. Notre préoccupation, c'est que, dans les huit MRC, on retrouve l'ensemble des organismes communautaires. Parce qu'on vous a parlé tantôt de réseau intégré de services, et, pour nous, de plus en plus on travaille en partenariat avec les organismes communautaires. Je ne dis pas que c'est toujours facile non plus, là. Mais on trouve que la contribution apportée par les organismes communautaires est très importante, et on doit les retrouver dans tous les champs d'activité et dans tous les territoires, c'est-à-dire les huit MRC. Alors, c'est notre préoccupation.

Maintenant, vous me dites: Est-ce qu'il y en a qui travaillent dans le même secteur? Oui, ça arrive dans certaines MRC. Ce qu'on essaie de faire, c'est de définir avec les organismes communautaires, ce qu'on a fait avec les maisons de jeunes, ce qu'on est en train de travailler avec les organismes-famille, la contribution qui est attendue des organismes communautaires. Et il y a un volet de financement qui est pour plus leurs activités. Et vous savez que les organismes communautaires, ils ont aussi une préoccupation d'autonomie qu'on respecte beaucoup. Mais, à travers ça, à travers le respect de leur autonomie, nous, on s'attend à une certaine contribution. Et ce qu'on essaie de définir avec eux, c'est la contribution qui est attendue par le réseau de santé et services sociaux dans l'organisation ou la dispensation des services requis pour la population.

Et, dans ce sens-là, je relierais cette réponse-là à la question, il y a beaucoup d'organismes communautaires qui nous aident beaucoup dans tout le secteur de la prévention aussi. Alors, je pense que, ça, c'est très important. Par exemple, en suicide, chez nous, les organismes communautaires ont développé une expertise assez grande dans toute la prévention du suicide; alors ça, c'est important. Alors, je pense que ça couvre... Alors, il y a aussi les organismes de toxicomanie dans le secteur jeunesse. Je pense que vous le retrouvez dans le document aussi. Alors, vous les avez bien détaillés, les grands champs d'activité couverts.

Et le 9 millions couvre l'enveloppe SOC mais couvre aussi des enveloppes que, nous, on a déterminées via justement Santé et bien-être, via les organismes qui offrent des services d'aide à domicile, ce qu'on appelle les AVD, etc. Alors, je pense que, ça, c'est bien déterminé. C'est ce qui constitue l'enveloppe du 9 millions.

Mme Charest: Ce n'est pas strictement l'enveloppe, ça?

Mme Bérubé (Christiane): Non.

Mme Charest: O.K. Je voudrais aussi revenir sur toute la question de l'intégration des services d'un établissement à l'autre. Là, on parle surtout, quand on parle d'intégration des services, des services médicaux. Mais je voudrais vérifier avec vous l'intégration des services sociaux, je veux dire, comment ça se fait, aussi. En santé mentale, l'intégration des services, ce n'est pas juste le curatif, c'est aussi le soutien des autres services qui sont plus à caractère social. Et ça, j'aimerais vous entendre sur l'intégration des services.

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

Mme Bérubé (Christiane): Bérubé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Bérubé, je m'excuse.

Mme Bérubé (Christiane): Alors, si on prend spécifiquement le secteur de la santé mentale, la façon de travailler, ce qu'on a fait, c'est que les deux centres hospitaliers de Rimouski et de Rivière-du-Loup, secteur est, secteur ouest, sont responsables de l'organisation et de la dispensation des services sur l'ensemble du territoire. Mais l'orientation qu'on a prise, en lien avec les orientations ministérielles, c'est vraiment un virage dans la communauté, il faut que les services soient le plus près possible de la communauté.

Alors, dans ce sens-là, il y a tous les services qu'on appelle de suivi communautaire qui doivent être instaurés dans chacun des territoires. C'est bien amorcé. On a réduit les lits et, avec les argents réinvestis, on a constitué des équipes de base dans chacun des territoires de MRC, des équipes de base qui se constituent des équipes de CLSC et aussi de personnes qui font du suivi intensif dans le milieu pour les clientèles qui ont des problématiques sévères et persistantes pour leur permettre de rester le plus possible dans leur milieu de vie et d'y vivre de façon, je dirais, très appropriée. Et, dans ce sens-là, on essaie aussi de développer de plus en plus des services d'hébergement plus légers, de type soutien, pour soutenir le maintien de ces personnes-là dans la communauté.

Alors, tout n'est pas organisé, mais je pense qu'on est très avancé dans cette organisation plus territoriale. Et la contribution, dans ce sens-là, des organismes communautaires est très importante pour l'aide et l'entraide, d'abord, auprès des personnes atteintes. Et aussi, on a un organisme régional, mais qui va porter dans chacun des territoires l'ensemble des services pour les parents et les proches, qui doivent aussi être soutenus pour permettre cette vie-là dans le milieu et cette intégration des services.

Mme Charest: Vous parlez de l'intégration des services par rapport à la santé mentale, c'est ça?

Mme Bérubé (Christiane): Santé mentale.

Mme Charest: Dans le fond, ce que vous me dites, c'est que vous avez quand même réussi à enlever

l'axe d'action qui était en établissement versus la communauté.

Mme Bérubé (Christiane): Tout à fait.

Mme Charest: Donc, ce que vous me confirmez, en quelque part, c'est que vous avez sorti les professionnels des établissements et vous les avez amenés dans le milieu de vie.

Mme Bérubé (Christiane): Bien, je dirais que oui, oui et non.

Mme Charest: Ça, c'est un tour de force, ça.

Mme Bérubé (Christiane): À ce que vous dites, c'est, oui et non. C'est qu'on les a plus sortis — pour employer la même expression — d'un milieu hospitalier...

Mme Charest: C'est ça.

Mme Bérubé (Christiane): ...pour les amener davantage versus les territoires, c'est-à-dire, ils sont aussi souvent en établissement de type CLSC, en tout cas, dans l'organisation territoriale, c'est autant le CHSLD que le CLSC, mais l'orientation, c'est le maintien dans le milieu de vie. Alors, ils accompagnent les personnes pour qu'elles demeurent à domicile ou dans un domicile qui est le leur, bon, peu importe la formule, et par des services professionnels, et aussi par l'implication des réseaux communautaires qui accompagnent les gens dans certaines démarches, alors, pour qu'ils aient la vie la plus normale, puis je le dis avec beaucoup de précaution, entre guillemets, là.

Mme Charest: Donc, ça confirme, en quelque part, que vous êtes en train d'atteindre les objectifs, entre autres, en santé mentale, de la réorientation de l'organisation.

Mme Bérubé (Christiane): On pourrait prendre le secteur jeunesse, également, où on travaille beaucoup dans les arrimages CLSC et centres jeunesse pour permettre justement moins d'institutionnalisation et plus d'intégration dans le milieu. Et, dans ce sens-là, les maisons de jeunes nous aident beaucoup sur les contributions qu'elles peuvent fournir pour permettre aux jeunes de se reconnaître, de se retrouver, et, bon, on les accompagne, etc.

Mme Charest: Ce n'est pas un reproche que je dis en partant, mais, dans cette intégration des services par rapport aux jeunes, moi, j'ai une préoccupation, c'est de rejoindre le milieu éducatif, pour qu'on puisse dire qu'on fait vraiment, 360 degrés, le tour de la question par rapport à l'intégration des personnes, des partenaires impliqués. Et ça...

Mme Bérubé (Christiane): Ça aussi, c'est fait. On a beaucoup de liens avec les commissions scolaires. Et je pense que le succès, comme vous dites, où on abonde dans le même sens, où le réseau scolaire doit être des partenaires très privilégiés, et on le fait de plus

en plus dans le secteur jeunesse particulièrement, pour l'intégration, le suivi des personnes et le dépistage des problématiques.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Rimouski.

● (10 h 50) ●

Mme Charest: Merci, Mme la Présidente. On a comme objectif aussi que les services de première ligne passent vraiment par les CLSC. Et, là-dessus, on a dirigé, en tout cas, la clientèle à l'aide d'Info-Santé, dans un premier temps, qui est un outil et un moyen. Comment ça va dans la région Bas-Saint-Laurent, cette organisation des services de première ligne avec les CLSC?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise ou madame?

Mme Charest: M. D'Amboise.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Moi, j'aimerais que vous développiez un petit peu votre idée, je n'arrive pas à saisir exactement sur quoi vous voulez faire porter votre préoccupation.

Mme Charest: Bien, c'est parce que ma préoccupation, c'est de savoir: Est-ce qu'on réussit à ce que les citoyens, lorsqu'ils ont un problème de santé, utilisent, oui, la ligne Info-Santé, utilisent également les services qui sont offerts par les CLSC, lorsqu'on parle des services de première ligne? Est-ce qu'on a réussi à diriger la population vers cette porte d'entrée du système? Parce que c'est ça, l'objectif aussi de la réforme, un des objectifs. Et je voulais voir si, dans notre région, ça va bien, cette activité-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Je dirais que... Je vais faire une référence peut-être à ce qu'on a mentionné tantôt concernant les travaux entourant la mise en place des réseaux intégrés de services. Le Dr Jacques Girard en a parlé également tantôt. On a commencé, dans cinq MRC sur huit, donc, des travaux significatifs avec les médecins, qui visent effectivement cette question-là. Ce dont on s'aperçoit, c'est qu'effectivement le recours au service Info-Santé est quand même important dans la région du Bas-Saint-Laurent. Il y a donc, je pense, un taux d'utilisation de ce service-là par la population qui est significatif.

Ce qu'on est en train de travailler — je pense qu'il y a des améliorations importantes qui ont été apportées au cours des dernières années, et il y a encore du travail à faire à ce niveau-là, à mon sens — c'est, avec l'implication des médecins oeuvrant dans le territoire, quel que soit leur lieu de pratique, d'organiser l'accès aux services d'une façon continue et la plus accessible possible pour les citoyens, selon la configuration du territoire puis les différents lieux de pratique qui existent dans le milieu. Et c'est ça qui est

une action importante, pour laquelle on attend une contribution importante du département régional de médecine générale, mais qui va, dans le fond, un peu chapeauter, si on veut, la continuité du travail qui a été amorcé depuis un an et demi à peu près avec les médecins dans les différents MRC, justement pour assurer un meilleur accès et une meilleure continuité dans la dispensation des services médicaux.

Mme Charest: Merci. À la page 16 de votre présentation, vous nous avez fait voir tous les services ambulatoires, comment on avait progressé depuis la dernière fois qu'on s'était vus, en 1997. Vous dites que les chirurgies d'un jour ont augmenté de près de 20 %. C'est une hausse de 72 % pour cette période-là. Vous nous parlez également que le taux d'hospitalisation s'est amélioré. Moi, j'aimerais savoir: Est-ce que ça se maintient dans les moyennes québécoises? Quand on dit que les chirurgies d'un jour... Est-ce que notre nombre et notre taux de chirurgies d'un jour correspond à la moyenne québécoise? Sommes-nous au-dessus, en dessous, ou on est dans les limites respectables et acceptables de ce qu'on doit atteindre comme objectif?

C'est la même chose pour les taux d'hospitalisation. La durée de séjour en milieu hospitalier, est-ce qu'on a une idée? Parce que je sais que, dans le passé, on avait du travail à faire là-dessus. C'est ce que vous nous aviez dit en 1997. Je sais que vous en avez fait, j'en suis consciente. Mais j'aimerais ça, avoir une idée, si ce n'est pas trop... Si vous n'avez pas la réponse, vous pourrez nous la faire parvenir après, ce n'est pas plus grave que ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Qui veut intervenir? M. D'Amboise?

M. D'Amboise (Yves): Oui. De mémoire, je me souvenais que, relativement à ces deux éléments-là pour lesquels on avait des objectifs importants dans la région, on était, je dirais, dans la ligne, un peu, des cibles qu'on s'était données. Si on regarde un peu qu'est-ce qu'il en est, par exemple, au niveau de la chirurgie et au niveau de la médecine, au niveau de la chirurgie, en ce qui concerne le Bas-Saint-Laurent, on avait atteint un taux de 69,9 % de ce qui était visé comme objectif. Attendez une minute, là, je vais juste m'assurer que j'interprète bien les données. C'est 69 %, c'est ça, l'indice évolutif 1994-1995...

Mme Bérubé (Christiane): Et 1997-1998, on était à 69 % par rapport au Québec, 74,9 %.

M. D'Amboise (Yves): C'est ça. On est passé, dans le fond, de 1993... Non, je m'excuse.

Mme Bérubé (Christiane): De 1995-1996, 93...

M. D'Amboise (Yves): Oui, c'est ça. Non, mon interprétation n'est pas bonne, là.

(Consultation)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): ...votre grille d'analyse, M. D'Amboise?

M. D'Amboise (Yves): On va le retrouver à la page 14.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Page 14, dans la grille d'analyse que vous nous avez fournie.

M. D'Amboise (Yves): Alors, on va prendre en note votre question, Mme Charest, mais...

Mme Charest: On voit les moyennes, Québec par rapport à la région.

M. D'Amboise (Yves): C'est ça.

Mme Charest: En médecine, c'est médecine générale?

M. D'Amboise (Yves): Oui.

Mme Charest: O.K. Alors, je relirai le tableau.

M. Thériault (Jean-Nil): Mme Charest, si vous avez besoin de réponses supplémentaires, à ce moment-là, on vous fournira l'information par écrit. Il n'y a pas de problème.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous pourriez faire parvenir cette réponse à la commission? D'accord, merci. D'autres questions, Mme la députée de Rimouski?

Mme Charest: Il n'y a pas de problème là-dessus. J'aimerais que vous nous parliez de ressources humaines. Je pense que c'est important, c'est très important. Oui, on a connu une réforme qui crée de l'insécurité, de l'anxiété et qui bouscule les gens. Et, suite à ça, il y a toujours des tensions, hein, c'est le propre du changement. J'aimerais avoir une idée de... Quand vous parlez: «Il faut investir dans la revitalisation des ressources humaines et également leur apporter un encadrement supportant», j'aimerais ça que vous me donniez un petit peu plus de chair autour de l'os. Qu'est-ce que vous entendez par là?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Alors, dans le fond, effectivement, je pense que tout le monde va reconnaître facilement que, dans le domaine de la gestion des ressources humaines, compte tenu de tout ce qui s'est vécu, particulièrement en regard des départs massifs de personnel, des réorganisations de services, il y a eu beaucoup de chambardements au niveau des équipes de travail; il y a eu aussi un taux de diminution important de l'encadrement — dans notre région, c'est 50 %, la réduction du taux d'encadrement, donc ce n'est pas marginal — ce qui fait que le support au personnel dans la dispensation des services a été réduit de façon significative par cette opération-là. De telle sorte qu'il faut, avec le personnel dans les établissements, identifier des façons nouvelles de faire, mais qui vont nous permettre, avec moins de personnel d'encadrement, de faire en sorte qu'on ait des modalités différentes pour

assurer le support au personnel, mais qui fassent en sorte que la diminution du personnel d'encadrement ne soit pas tout simplement une perte sèche de support pour le personnel, mais que ça se traduise par des modalités différentes de support à ce personnel-là puis des investissements au plan de la formation également. Compte tenu qu'il y a beaucoup de gens qui ont eu à changer d'affectation, puis souvent dans des contextes où ça s'est fait très rapidement, donc il y a de l'initiation sur les nouvelles tâches puis, je dirais, de la formation vraiment sur le tas par rapport aux nouvelles affectations qui sont à donner. Et il y a aussi, au plan du climat de travail, je dirais, une préoccupation importante sur la constitution d'équipes réelles de travail, donc que les gens vivent moins d'isolement, qu'ils aient davantage le sentiment de travailler en équipe puis d'avoir moins la charge chacun individuellement sur leurs épaules, mais qu'ils la portent en équipe.

Donc, il y a tout un changement dans les façons de faire au niveau de la gestion des ressources humaines, pour lequel on a d'ailleurs amorcé une démarche avec les directions de ressources humaines des établissements dans la perspective que chaque établissement se dote d'un plan d'action opérationnel pour assurer un meilleur support à son personnel et améliorer le climat de travail.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une dernière courte question, Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest: Pardon?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une dernière courte question, parce qu'il y a beaucoup de demandes.

Mme Charest: O.K. Alors rapidement. C'est un plan d'action que vous vous êtes donné, mais est-ce qu'il y a un suivi de prévu? Parce que ce n'est pas tout de demander aux établissements, parfois c'est... Et ça ne concerne pas strictement le personnel infirmier, ça concerne tous les corps d'emploi à l'intérieur des établissements?

M. D'Amboise (Yves): Exact.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Réponse brève, M. D'Amboise.

● (11 heures) ●

M. D'Amboise (Yves): Alors, on a mis en place, via ce qu'on appelle communément la table des directeurs et directrices des ressources humaines, un certain nombre de ce qu'on a appelé des chantiers de travail dans le domaine des ressources humaines, qui font l'objet de façon continue de travaux dans les établissements mais aussi qui font l'objet d'un suivi systématique à cette table de directeurs et directrices des ressources humaines et pour lequel, de façon périodique, on fait rapport à la table des directeurs généraux de l'ensemble des travaux qui se font au plan régional. Il y a deux objectifs, dans le fond, qui sont visés par ça. D'une part, c'est de supporter les établissements dans leur action au quotidien, chacun dans leur établissement, et, d'autre part, de faire en sorte que, pour l'ensemble

des établissements, les gens voient et sachent qu'est-ce qui se passe ailleurs et puissent s'alimenter de ce qui se fait dans d'autres établissements aux fins de leur plan d'action propre à eux. Parce que l'objectif, ce n'est pas d'avoir un plan d'action pour la Régie et pour la région, c'est d'avoir un plan d'action dans chaque établissement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci.

Mme Charest: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, comme j'ai donné le même temps de parole pour les deux premiers intervenants, il nous reste environ une demi-heure, et j'ai six interventions. Alors, je vais être obligée de limiter le temps de parole pour chacun et chacune, alors j'apprécierai des questions courtes et des réponses très courtes également. M. le député de Nelligan.

M. Williams: J'espère que c'est un commentaire général et pas juste soulevé à moi, madame.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Ha, ha, ha! Bienvenu, M. Thériault, M. D'Amboise et toute l'équipe, et merci de vous être déplacés cette fois-là. Nous vous avons visités, la dernière fois que nous avons fait cette évaluation.

Deux courtes questions, Mme la Présidente. Avant ça, merci pour votre travail. Je sais que ce n'est pas un travail facile et je suis toujours impressionné par ceux et celles qui, volontairement, sont impliqués dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Question de protection de la jeunesse. En avril 1999, votre liste d'attente d'applications était — félicitations — zéro, à l'époque; le 24 septembre 1999, l'attente des mesures était 1; maintenant, cette année, le 22 septembre, selon mon information, ça montait à 17. Vous-même avez parlé d'une augmentation des signalements de 376. Vous êtes subventionnés moins que la moyenne per capita, je pense, 314 en comparaison de 344, vous avez eu un léger déficit l'année passée, vous, le territoire. J'arrive à la question.

Avec l'augmentation des besoins, avec un déficit, si vous appliquez la loi n° 107 tel que demandé, est-ce que vous allez allonger les listes d'attente comme quelques autres régions ont déjà... Qu'est-ce qui va se passer, si vous appliquez la loi n° 107, pour nos jeunes en difficulté, nos jeunes à risque? Courte question.

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

M. Thériault (Jean-Nil): Évidemment, je suis interpellé à double titre, comme président par intérim de la Régie mais aussi comme président du conseil d'administration du centre jeunesse Bas-Saint-Laurent. Ça fait que je vais essayer, en collaboration avec les collègues...

M. Williams: Il n'y a pas de conflit d'intérêts, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Thériault (Jean-Nil): ...non, non — de répondre adéquatement à votre question. Globalement, le centre jeunesse, rapidement, couvre l'ensemble du territoire de la région du Bas-Saint-Laurent, a des bureaux ou des centres d'intervention dans chacune des MRC. On a mis, en collaboration avec des intervenants et intervenantes et la direction de cet établissement-là, des mesures qui font en sorte qu'on puisse rapidement, et très rapidement, en offrant des services de qualité, répondre aux signalements et répondre aux besoins qui sont effectivement exprimés.

Évidemment, lorsque vous parlez d'une liste d'attente à 17, ça, c'est à peu près l'équivalent d'une semaine de travail, en termes d'évaluation, compte tenu de la capacité des équipes en place. Donc, tant que ça ne dépasse pas 18, à ce moment-là il n'y a pas d'intervention majeure dans le système. Donc, entre 15 et 18, c'est tout à fait normal. Évidemment, il y a des fluctuations importantes dans un mois ou par semaine sur le taux ou le nombre de signalements qui rentrent au centre jeunesse.

Par rapport à la situation du déficit...

M. Williams: Et la loi n° 107.

M. Thériault (Jean-Nil): ...que M. D'Amboise évidemment a présentée, c'est dû à deux situations, on l'a clairement indiqué. Premièrement, au niveau des coûts des conventions collectives, il y a une réclamation très claire à ce titre-là et évidemment il y a le projet, en attente de financement, d'une unité à Rivière-du-Loup, qui concerne principalement les jeunes contrevenants. Et donc, ayant une réponse explicite à ces...

M. Williams: Avec la loi n° 107, avec le déficit et l'accroissement de volumes, est-ce que vous pouvez répondre aux besoins de votre territoire et remplir les critères de 107? Oui ou non?

M. Thériault (Jean-Nil): Bon, nous, ce qu'on fait, la stratégie qu'on a adoptée au niveau du conseil d'administration du centre jeunesse, c'est de respecter les enveloppes budgétaires et de faire part à nos partenaires, et principalement les gens de la Régie régionale, des besoins qui sont exprimés et d'avoir des demandes de financement explicites à ce titre-là, au niveau de la satisfaction des besoins.

M. Williams: Vous avez besoin d'autre argent pour respecter les besoins et respecter la loi n° 107? C'est ça que j'ai compris.

M. Thériault (Jean-Nil): Nous, on va respecter la loi, comme établissement, et on va faire les demandes de développement nécessaires pour avoir un taux de satisfaction des besoins de notre clientèle.

M. Williams: Sans augmentation de budget? Vous ne pouvez pas faire les deux, si j'ai bien compris.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Dans le fond, ce qu'on cherche, je pense, à donner spécifiquement comme réponse à votre question, c'est sous réserve que le centre jeunesse bénéficie des argents nécessaires pour assumer ses coûts de convention collective. Et, là-dessus, il faut faire une petite parenthèse, ce n'est pas tous les établissements qui ont mis dans leurs prévisions budgétaires de la fin de l'année les coûts de convention collective. La plupart ne l'ont pas fait, d'ailleurs, en se disant qu'ils le feront quand ils connaîtront les sommes qui leur seront attribuées pour faire face à ces dépenses-là. Puis c'est là qu'on verra si les revenus égalent les dépenses.

Dans le cas du centre jeunesse, particulièrement dans le Bas-Saint-Laurent, eux, ils ont indiqué les coûts de convention dans leurs prévisions budgétaires, mais ils n'ont pas prévu de revenus. Alors, dans la mesure où les revenus pour couvrir les coûts de convention devraient, comme ça a été annoncé, être octroyés, donc le déficit baisserait d'autant. Et l'autre objet, c'est l'unité supplémentaire de réadaptation, à laquelle on a fait référence tout à l'heure, qui était mise en place à Rivière-du-Loup, pour laquelle on a une demande de développement budgétaire qu'on a travaillée très étroitement avec le ministère, pour laquelle, nous, on s'attend à des annonces prochaines qui vont faire en sorte que le centre jeunesse ait le financement nécessaire pour cette unité-là. Sous réserve que ces deux sommes d'argent là soit attribuées au centre jeunesse, il serait capable d'être en équilibre budgétaire.

M. Williams: Sinon?

M. D'Amboise (Yves): Bien, on attend la réponse.

M. Williams: Si c'est non, c'est assez clair, qu'est-ce qui va arriver, là.

M. D'Amboise (Yves): Si c'est non?

M. Williams: Oui.

M. D'Amboise (Yves): Si c'est non, c'est clair.

M. Williams: C'est clair, vous allez allonger les listes d'attente.

M. D'Amboise (Yves): C'est-à-dire qu'à date, là, nous, on ne fait aucune pression sur le centre jeunesse, comme régie régionale, pour qu'il arrive à un équilibre budgétaire sur ces deux volets-là. D'abord parce que, les coûts de convention, il est dans la même situation que tous les établissements, puis, pour ce qui est de l'unité de réadaptation, nous, on s'attend à une réponse favorable. Alors, on n'a pas demandé au centre jeunesse: Prenez des mesures pour être en équilibre sur ces deux dimensions-là.

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

M. Williams: Nous allons continuer ça en privé. Dernière question, sur un autre sujet: les listes d'attente.

Encore, les personnes attendent des services, un délai d'attente moyen pour les services spécialisés de réadaptation en déficience physique — comme vous avez déjà mentionné, il y a une lacune là aussi: en septembre 1999, pour les adultes, il y a 53 adultes, une déficience auditive, qui attendent plus que 12 mois; déficience visuelle, il y a 85 adultes en liste d'attente pour six mois; déficience motrice, 50 adultes en liste d'attente pour neuf mois — comme vous avez mentionné, c'est un problème — pour les enfants, déficience auditive, 84 pour 10 mois; déficience motrice, 64 pour neuf mois; déficience de langage et de parole, 15 pour neuf mois; et déficience visuelle, 71 pour six mois.

Je voudrais avoir — je m'excuse — une courte réponse, comme le statut de ça, ces listes d'attente. Parce que ça nous donne un barème, ça nous donne une indication. Je sais, ce n'est pas la photo complète, je comprends ça, mais ça donne une idée de qu'est-ce qui se passe. Est-ce que les listes sont pour s'allonger ou sont moins nombreuses, mais plus longues ou plus nombreuses et plus longues?

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

Mme Bérubé (Christiane): Bon. De dire est-ce que c'est moins long puis plus nombreux, etc., ce que le centre essaie de faire avec les argents qu'il a... Puis on a indiqué clairement, puis je pense que c'est une des priorités, comme région, qu'on a à développer les services de réadaptation physique. On sait qu'il y a grosso modo présentement autour de 510 personnes qui sont en attente, dont 130 enfants, pour des services de réadaptation, que ce soit moteur, visuel, bon, etc. Et ça, pour nous, c'est important. Mais ce que le centre essaie de faire, c'est de répondre, même minimalement, le plus possible, particulièrement pour les enfants. Puis, chez nous, on a un problème particulier pour le trouble du langage, pour lequel les jeunes n'auraient peut-être pas besoin d'un service très intensif, mais auraient beaucoup besoin de services qu'on dit de base, de réadaptation, pour leur permettre de ne pas prendre de retard à l'école. Et ça, pour nous, ça nous touche beaucoup, et il y a beaucoup de représentations qui sont déjà faites, nos dossiers sont montés, etc. Et je pense qu'il y a une reconnaissance qu'on a un besoin criant des services de réadaptation.

M. Williams: Sans autre argent, est-ce que vos listes vont s'allonger à cause de la loi n° 107?

Mme Bérubé (Christiane): Ça risque... Je dois être obligée de dire que oui, parce que... Tout à fait, là...

M. Williams: C'est plus clair, cette réponse, que la première, là.

Mme Bérubé (Christiane): Non, non, mais, ça, c'est un fait, là.

M. Williams: Merci, merci beaucoup.

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

Je cède maintenant la parole à la députée de Mille-Îles.

• (11 h 10) •

Mme Leduc: Je vous remercie, Mme la Présidente. Je salue les gens qui sont ici.

Mon interrogation, c'est que vous avez dit dans votre mémoire que vous axiez beaucoup sur la promotion, la prévention. J'aimerais, comme première question, quand vous avez dit que vous avez réalloué quelque 2 millions, un exemple concret. Par exemple, comment vous avez pris du curatif et qu'est-ce que vous avez fait avec concrètement pour dire que vous l'avez investi dans la prévention? Ça, c'est un questionnement que j'avais, parce que les chiffres sont là, sauf que ça veut dire quoi concrètement? Quels services vous avez implantés, de prévention, avec ces transferts d'argent que vous avez faits?

Mon deuxième questionnement, et c'est toujours un questionnement que j'ai pour l'ensemble, concerne vraiment le secteur ou les programmes de violence faite aux femmes, tous les services qui sont accordés dans ce secteur-là. Ce que je vois, ce que vous donnez dans votre rapport, c'est que vous avez Services aux femmes et aux hommes en difficulté, vous avez 14 ressources, que je vois. Par contre, j'aimerais que vous m'expliquiez un peu c'est quelles ressources. Parce que, quand on regarde dans votre budget, pour les maisons d'hébergement, vous avez un budget de 807 000 \$; j'imagine que ça veut dire à peu près deux maisons d'hébergement, pas beaucoup plus. En tout cas, je voudrais que vous m'expliquiez ça. Et comment vous fonctionnez? Parce que vous avez dit tantôt aussi que dans chaque MRC il y avait des services pour répondre aux besoins dans chaque territoire. Dans ce domaine-là en tout cas, avec les chiffres, moi, que j'ai en face, ça ne me semble pas être tout à fait le cas. Alors, c'est dans ce sens-là, mon questionnement.

Et pour savoir aussi si vous avez quelques résultats, dans le fond, du fait de votre orientation résolument à prévention, que j'approuve, prévention-promotion. Est-ce que vous avez quelques résultats tangibles, dans le fond, de dire que, oui, ça vaut la peine de faire des efforts là-dedans, et ça a amélioré, que ce soit dans le domaine de la violence faite aux femmes ou autres, la situation?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Madame Bérubé.

Mme Bérubé (Christiane): Je vais essayer de répondre à votre question. D'abord, pour tout ce qui touche le secteur de la violence faite aux femmes, c'est certain qu'avec le budget mentionné il n'y a pas des maisons d'hébergement dans chacun des territoires de MRC. Mais, compte tenu aussi des volumes... Par exemple, il y en a une à Rimouski, il y en a une à Matane et il y en a une dans le secteur ouest pour les MRC avoisinantes. Alors, c'est sûr, et je dirais que le maximum qu'on a par maison d'hébergement présentement, c'est autour de 220 000 \$. Alors, c'est à peu près ce qui est visé. Alors, ça nous donne l'équivalent, à peu près, de quatre maisons pour accueillir des personnes...

Mme Leduc: Au moins quatre maisons, là?

Mme Bérubé (Christiane): Oui, à peu près, oui. Alors, à ce moment-là c'est sûr que, pour nous présentement, ce qu'on reconnaît, c'est qu'on veut développer aussi, avec les centres de femmes, plus dans l'approche de prévention. Et, dans les maisons d'hébergement qui accueillent des personnes victimes de violence, on accueille aussi les enfants justement pour prévenir. Alors, dans le fond, c'est une prévention mais qui est plus de type secondaire et pour permettre aussi que les femmes puissent se reprendre en main et de ne pas retourner dans le même pattern. Alors, il y a ça.

Dans le réinvestissement, aussi, des sommes de 2,5, on a beaucoup réinvesti dans le secteur enfance-jeunesse et beaucoup avec les 0-5 ans, avec toutes les activités de stimulation précoce qui sont reconnues, tous les programmes d'aide aux femmes enceintes aussi, le dépistage pour prévenir que ces enfants-là, soit par des bébés de petit poids ou en tout cas des enfants qui sont à risque de négligence, dépendamment de la situation de la famille, etc... Alors, je pense qu'on a beaucoup investi dans le secteur enfance-jeunesse, 0-5 ans tout particulièrement, et on essaie de regarder beaucoup avec ce qu'on appelle les programmes d'aide à l'action concertée.

Alors, pour nous, ça a été une préoccupation majeure. Tout ce réinvestissement-là s'est fait beaucoup dans ce secteur-là, beaucoup aussi dans le secteur, comme je le disais tantôt, en violence et aussi avec les trousseaux de dépistage, etc., la sensibilisation auprès des intervenants pour dépister la violence potentielle auprès des femmes et des enfants. Et on a aussi beaucoup réinvesti, je dirais, en santé mentale.

Alors, ça a été nos champs, et je pense qu'à date c'est ce qui est prouvé. Et on essaie beaucoup d'investir, quand on fait les choix, dans des mesures qui sont reconnues comme portant vraiment des fruits sur le plan de la prévention, pour éviter qu'il y ait une détérioration.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Bérubé. Une dernière question, Mme la députée de Mille-Îles?

Mme Leduc: Mais vous dites que vous avez quatre ressources, est-ce que ça répond adéquatement, en tout cas, aux besoins de la région, vos quatre maisons en hébergement, compte tenu que vous avez des centres de femmes qui font, eux, seulement de l'accompagnement ou du jour, là, j'imagine?

Mme Bérubé (Christiane): Moi, je dirais qu'à l'heure actuelle, sur le volume des maisons, peut-être ce qui va manquer, c'est le financement pour accueillir, avec un taux d'occupation qui est beaucoup plus élevé. Alors, je pense que notre préoccupation, c'est peut-être de mieux financer les maisons existantes. Présentement, je ne dis pas qu'il y en n'aura pas besoin d'une additionnelle, mais je pense que le besoin additionnel en termes de volume maisons est probablement adéquat. Je ne dis pas qu'il n'est pas à perfectionner, mais ce qui va être à améliorer, c'est le financement par maison.

Mme Leduc: O.K. Parce qu'elles ne sont pas utilisées au maximum de leur capacité, c'est ce que je comprends?

Mme Bérubé (Christiane): Certaines, oui, et il faut toujours essayer de trouver des sommes non récurrentes, etc. Je pense que ce qui manque, c'est le financement pour chacune des maisons.

Mme Leduc: Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, madame. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Mme Bérubé, bonjour. Messieurs, bonjour également. En ouverture, est-ce qu'il est possible de savoir combien d'ententes tripartites ont été signées? Et est-ce qu'il serait possible de les déposer, peut-être demain ou subséquemment?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Normalement, on peut les faire parvenir, les transmettre tout simplement à la commission.

M. Thériault (Jean-Nil): C'est noté, madame.

Mme Lamquin-Éthier: C'est noté? Parfait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, est-ce qu'il y a des ententes qui ont déjà été signées? M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Il y en a qui ont été signées, effectivement. On n'a pas ça avec nous ici, mais on pourrait effectivement vous faire parvenir ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ce qui signifie toutes les ententes qui ont été signées avec les institutions tripartites ou autres, on pourrait avoir copies de ces ententes?

Mme Lamquin-Éthier: Santé et services sociaux, les deux secteurs, s'il vous plaît, Mme la Présidente.

M. D'Amboise (Yves): Il n'y en n'a pas de services sociaux, c'est uniquement avec santé.

Mme Lamquin-Éthier: Ah! O.K.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, vous vous engagez à les transmettre au secrétariat de la commission? Merci.

M. D'Amboise (Yves): Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Dans les informations qui nous sont transmises, il est permis de constater qu'une majorité de la population se définit dans les 40-64 ans, et il y a 14 % des résidents chez vous qui sont âgés de plus de 65 ans. Par ailleurs, on regarde dans la grille d'analyse qui a été soumise, à la page 7, il y a une diminution importante du nombre des CHSLD. Sachant que cette tranche-là de la population, personnes âgées,

va augmenter dans les années à venir, comment pouvez-vous expliquer la diminution du nombre? Et, deux, comment envisagez-vous de pouvoir répondre aux besoins de cette catégorie-là de la population?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors. Mme Bérubé.

Mme Bérubé (Christiane): Pour répondre à ça, on a pris en compte l'ensemble des besoins de la population, et, quand on fait nos prévisions, on les prend toujours sur 2011, ou même 2016 présentement. Et ce qu'on avait constaté dans la région, c'est qu'on avait un volume de lits beaucoup supérieur à l'ensemble de la population, alors on a essayé de se ramener à une moyenne qui est très... alors que plusieurs régions sont en deçà, à 4,5 autour par 100 personnes âgées, 4,5 lits par 100 personnes âgées, puis avec des prévisions même, de 2011, alors, on n'a pas baissé de façon drastique, et justement on savait que la population allait être davantage vieillissante, et, pour nous, c'est une préoccupation constante. Ça, c'est le premier constat.

Et je dirais que, quand on a diminué ces lits-là, on a réinvesti beaucoup dans d'autres types de ressources, par exemple des types de ressources plus légères, de ressources intermédiaires, pour que les personnes puissent vivre dans des plus petites ressources, plus un peu de type familial, si vous voulez, où les personnes s'impliquent beaucoup dans la maison et développent ou en tout cas maintiennent davantage leur autonomie. Alors, ça, c'est une préoccupation.

Et aussi, on a investi dans tout ce qui s'appelle les services ambulatoires gériatriques. On a essayé de réinvestir aussi dans les services de maintien à domicile, même si on trouve qu'il va falloir l'accentuer davantage, alors, cette préoccupation-là qu'on a eue, en respectant la volonté des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible chez elles ou proche de leur communauté. Alors, on a diminué des lits, oui, mais on a réinvesti beaucoup dans d'autres types de ressources pour qu'on ait une gradation de services du plus léger au plus lourd et en tenant compte de la population 2011, et même présentement on revoit avec 2016.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Au niveau de la Régie régionale, est-ce que les discussions entourant toute la définition ou des clarifications — on ne sait plus trop comment étiqueter ce dossier-là — touchant les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, c'est complété chez vous?

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

● (11 h 20) ●

Mme Bérubé (Christiane): Pas plus qu'ailleurs dans tout le territoire. Présentement avec le ministère, on est en train de mettre les éléments en place pour la transformation de ce qu'on appelle les ressources pavillon en RI, et, dans chacun de nos territoires, on a adopté une échelle de rétribution pour les ressources intermédiaires, et ça, on l'a travaillé avec l'ensemble des

associations ressources, et tranquillement, dépendamment de la date où on devra implanter le nouveau cadre conceptuel, nous, on met en place les éléments qu'il faut pour pouvoir le mettre en place, avec toute la réévaluation des personnes, l'analyse des besoins, ressources financières, etc. Alors, on est dans ce processus-là. Moi, je dirais que, chez nous, ça va quand même relativement bien, et on associe beaucoup les ressources pavillons et les ressources intermédiaires dans ce cheminement-là et dans cette mise en application de ce nouveau cadre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Mme la Présidente, les travaux entourant la définition ou la conclusion quant au cadre conceptuel, chez vous, ont été entrepris quand? Et quand comptez-vous les finaliser?

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

Mme Bérubé (Christiane): C'est comme je vous dis, il y a un cadre qui a été accepté au niveau provincial comme tel, mais il n'est pas mis en application. Ce qu'on travaille avec toutes les régies ensemble, avec le ministère — et il y a un comité d'harmonisation, je dirais, où sont présents les représentants d'associations, des ressources intermédiaires — on travaille aux conditions de succès pour mettre en place ce cadre-là.

Alors, il est défini, il est accepté partout. Ce qui reste à faire, c'est comment on va le mettre en application, et on est en train de franchir les étapes. Maintenant, la date? Bien, écoutez, moi, je ne veux pas faire d'annonce, là, ce n'est pas mon rôle non plus, mais, bon, c'est des dates qui ont été repoussées. Alors, moi, je pense qu'au printemps on devrait pouvoir... En tout cas, il y a un enjeu d'organisation de services, là, parce que ce sont des ressources importantes dans lesquelles, chez nous en tout cas, on a plusieurs personnes hébergées. Alors, à ce moment-là, on a une préoccupation qu'on soit mieux organisé puis, pour elles aussi, qu'elles soient plus sécurisées dans comment elles seront rémunérées et quels types de services seront attendus d'elles.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dernière question, Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Ah, mon Dieu!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous pourriez revenir, si on a du temps, tout à l'heure.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. Dans la grille d'analyse, à la page 11, lorsqu'on regarde le nombre d'organismes communautaires subventionnés par la Régie par secteur d'activité, si on prend les tranches 95-96 et 98-99, on observe, pour le secteur services à la communauté, qu'il y avait 48 organismes en 1995-1996 et qu'il y en aura 53 en 1998-1999. Au total, pour la même période, on est

passé de 140 à 130. Qu'est-ce qui peut expliquer la chute ou la diminution du nombre d'organismes, étant entendu que ce secteur-là est extrêmement important, suite aux coupures qui ont été imposées au réseau de la santé?

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

Mme Bérubé (Christiane): Vous voyez, c'est dans le maintien à domicile où ça a le plus baissé, puis ça, c'est baissé, mais c'est très, je dirais, théorique. C'est que, dans un territoire — pour le nommer, le secteur ouest du territoire — j'avais plusieurs petits organismes dans une MRC qui offraient du support aux personnes âgées, par exemple. Alors, ils se sont volontairement regroupés avec le centre d'action bénévole, ce qui fait que les petites unités, les petits organismes, qui recevaient des fois 2 000 \$, 3 000 \$, ont décidé volontairement de travailler ensemble sous le vocable de centre d'action bénévole, qui, lui, est mieux financé. Alors, en termes de volume organismes, j'en ai moins, mais, je veux dire, l'implication est similaire dans le milieu et les financements, dans ce contexte-là, n'ont pas baissé, là.

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

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. Vous allez être contente de moi, deux petites questions rapides, et en espérant deux réponses courtes aussi.

Alors, une, c'est sur la question de toute la jeunesse. On en a parlé beaucoup tout à l'heure et puis il y a eu beaucoup de travail qui a été fait par rapport aux statistiques de 1997-1998. Mais ce que je remarque, c'est évidemment l'augmentation des signalements, hein, on parle de presque 25 %, en un an seulement, d'augmentation. Juste savoir de votre part: Est-ce qu'il y a une stratégie actuellement? Est-ce que, même indépendamment de la loi n° 107, ce dont parlait tout à l'heure mon collègue, vous avez une stratégie pour répondre justement, pour éviter de revenir à ce qu'on a vécu en 1997-1998 en termes de délais de traitement?

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

M. Thériault (Jean-Nil): Évidemment, il y a deux mesures importantes. Il y a une première série de mesures qui sont avec nos partenaires sur chacun des territoires de MRC et avec les CLSC des commissions scolaires, au niveau de la prévention principalement, pour très bien identifier les jeunes qui sont à risque, rapidement, dans ce qu'on appelle leur milieu structurant. Il y a un premier élément.

Évidemment, le deuxième élément, c'est lorsque les signalements... Et, dans ce cadre-là, exemple par rapport à la Loi des jeunes contrevenants — je n'identifierai pas le territoire — sur un territoire donné, collaboration de milieux scolaires, milieu de la justice et principalement avec les policiers, les intervenants sociaux au niveau du CLSC et les intervenants du centre jeunesse font beaucoup d'interventions précoces pour

évidemment prévenir. Et, lorsqu'un jeune a un comportement qui est un peu déviant, au lieu, comme on dit, de le faire cheminer dans l'ensemble du processus qui est prévu, il y a une intervention rapide qui est faite, et ça, en collaboration avec l'ensemble des partenaires. Donc, à ce niveau-là, il y a une prise en charge rapide des problématiques.

Lorsque des signalements entrent au centre jeunesse, nous, on a mis sur pied, en collaboration aussi avec un certain nombre de partenaires, ce qu'on appelle une centrale de signalement, qui fait en sorte que, lorsqu'il y a un signalement qui rentre, il y a immédiatement un intervenant ou une intervenante qui prend le cas en charge, sécurise, s'il y avait besoin de sécurité et de prise en charge de l'enfant; c'est fait rapidement, l'évaluation est regardée rapidement. Donc, la situation est prise en charge rapidement et immédiatement, dans les journées qui suivent. Si le cas demande une évaluation additionnelle, à ce moment-là, le cas est assigné rapidement à un intervenant ou à une intervenante pour une prise en charge.

Parce qu'il faut se rappeler que, nous, on administre une loi d'exception, et toute la question de la sécurité des enfants, c'est une question fort importante, et on a mis des mécanismes en place pour s'assurer effectivement que ce soit fait. Donc, deux types de mécanismes, au niveau de la prévention, avec beaucoup de partenaires, et évidemment, lorsque des signalements arrivent au centre jeunesse, là il y a une prise en charge qui est faite rapidement là-dessus au niveau des intervenants et des intervenantes pour sécuriser évidemment les enfants.

M. Labbé: Excellent. Un autre élément, c'est sur les femmes, comme tel, dans votre région. On sait que 50 % de votre clientèle, ce sont des femmes, et même, en vieillissant, il y en a plus encore qui... des personnes qui sont âgées, finalement, il y a plus encore de femmes, ça monte même jusqu'à 57 %.

Vous aviez parlé tout à l'heure — c'est une question d'éclaircissement — mon collègue a parlé de la mammographie, c'était centralisé surtout dans deux centres hospitaliers, puis j'avais comme l'impression que le dépistage au niveau du cancer se faisait à peu près juste là, qu'il n'y avait pas d'autres choses qui se faisaient dans les régions comme telles. Puis je sais que votre inconvénient, vous autres, c'est l'éloignement, vous avez un territoire qui est immense. J'aimerais être rassuré là-dessus, parce que je sais qu'il y a des orientations gouvernementales sur toute la question du dépistage au niveau du cancer du sein, entre autres, et tous les autres types de cancer. Est-ce qu'il y a quelque chose qui se fait ailleurs, ou s'il faut vraiment résider à côté de ces deux centres-là pour être capable d'avoir quelque chose, au niveau du dépistage du cancer du sein, entre autres?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. D'Amboise.

M. D'Amboise (Yves): Sur les six centres hospitaliers présents sur le territoire, il y a quatre centres qui sont actuellement désignés et qui font du dépistage, qui ont des appareils de mammographie. Les deux seuls

territoires où il y a présence de centres hospitaliers mais où il n'y a pas de service de mammographie sont Notre-Dame-du-Lac et La Pocatière, pour lesquels les femmes doivent aller à Rivière-du-Loup, pour ces deux territoires-là.

Et la décision qui avait été prise à l'époque prévoyait qu'on opérationnalisait le programme pendant une période d'une année et on mesurait le taux de pénétration du programme chez les femmes du territoire, puis là on allait comparer: est-ce que la problématique de l'accessibilité physique fait en sorte qu'on rejoint moins les femmes, ou si ce n'est pas un facteur déterminant? Auquel cas on pourrait se dire que ce n'est pas plus important que ça de mettre un mammographe à chaque hôpital.

Parce qu'on sait que la mammographie, c'est un examen aux deux ans, ce n'est jamais en situation d'urgence, puis, etc., donc, c'est planifiable, c'est organisable. Alors, la volonté derrière ça, c'était d'examiner effectivement la situation avec l'évolution dans le temps. Et c'est ce qu'on est en train de regarder avec les établissements.

M. Labbé: Quitte à réajuster par la suite, à ce moment-là.

M. D'Amboise (Yves): C'est ça, parce que les temps de déplacement, c'est à peu près une demi-heure.

M. Labbé: O.K. Excellent. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Moi, j'aurais une question. Je voudrais revenir sur la situation financière des institutions. On en a parlé tout à l'heure, mais j'apprécierais si vous pouviez faire parvenir à la commission, parce que le temps nous manque actuellement, les informations suivantes.

Par exemple, quel était le déficit des institutions en mars dernier? Combien le gouvernement a alloué dans le cadre de la réinjection, là? Quel est le déficit actuel prévisible pour la fin de l'année? Et est-ce qu'on a négocié, êtes-vous en train de négocier avec le gouvernement pour savoir si on va pouvoir le combler? Et, si non, quels sont les gestes que vous entendez poser pour atteindre l'objectif du déficit zéro? Est-ce qu'on atteindra le déficit? Est-ce qu'on devra faire des coupures de services? Si oui, lesquelles?

● (11 h 30) ●

Alors, c'est une grande question, là. Je vais tout simplement vous laisser le temps d'y réfléchir, et j'apprécierais si vous pouviez faire parvenir ces informations au secrétariat de la commission.

Une voix: C'est beau.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça irait? Alors, il reste une courte intervention de la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Je vais faire ça très bref.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, c'est ça, très bref parce qu'il reste environ une minute.

Mme Barbeau: Il reste juste une minute?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vais vous en accorder deux.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Barbeau: Bien, moi, c'est toujours la même question que je pose à toutes les régies. Ce n'est pas parce que je radote puis que j'ai une idée fixe, mais je veux donner l'opportunité aux régies de nous donner leur point de vue. Tout le débat qui entoure le rôle des régies et leur imputabilité, leurs coûts, etc. Bon. Je ne suis pas de celles qui pensent qu'elles n'ont pas un rôle important, au contraire, puis je trouve qu'il y a un petit peu de démagogie là-dedans, mais ce que je voudrais savoir de votre part... Je voudrais vous donner l'opportunité de nous dire, comme membres de la commission, parce que c'est quelque chose qui nous intéresse... Bon, pour le rôle, je veux dire, ça me surprendrait que vous le remettiez en question, je ne le remets pas moi-même en question. Mais, pour la composition, comment vous voyez le C.A. actuellement? Est-ce qu'il pourrait être mieux équilibré ou, bon... Votre imputabilité versus la nôtre.

Parce que, même si j'ai des bonnes relations avec ma régie régionale, bon, des fois, j'ai dû courir un petit peu après l'information. Je ne pense pas qu'il y avait de la mauvaise foi, mais disons qu'il y avait moins de préoccupation de nous informer. Parce que, quand ils sortent de vos réunions, ils rentrent chez nous des fois, après, puis on n'avait pas nécessairement l'information à jour. Ce qui fait que, des fois, on peut peut-être expliquer des choses quand on a déjà l'information, sans avoir des privilèges, mais au moins être informé un peu en même temps que tout le monde. Vous, dans votre région, comment sont vos relations avec les députés? C'est une question un peu large, mais, en tout cas, je vous donne l'opportunité de...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, réponse assez concise, M. Thériault.

M. Thériault (Jean-Nil): Évidemment, toute la question que vous posez, dans le fond, c'est toute la question de la régionalisation, de la régionalisation et de l'organisation des services à partir d'un conseil d'administration qui est soit élu ou nommé. La question de l'imputabilité que vous soulevez, c'est une question fort importante, pour deux aspects. Le premier aspect de l'imputabilité, c'est une question de partage des responsabilités. Il faut s'entendre très clairement, explicitement, je dirais, sur un partage de responsabilités entre ce qu'on peut appeler les organismes centraux ou le gouvernement, l'État, et évidemment les régions, surtout lorsqu'on parle d'un conseil d'administration.

Une des difficultés qu'on rencontre actuellement, et vous soulevez exactement la question, quand on regarde les mécanismes d'imputabilité des régies régionales, les mécanismes d'imputabilité sont doubles. Il y a un premier mécanisme d'imputabilité qui est un mécanisme d'imputabilité qui a trait, dans le fond, à la population, redevable à une population donnée sur un territoire donné. L'autre mécanisme d'imputabilité, qui,

lui, découle évidemment de la responsabilité ministérielle, c'est une imputabilité qui est davantage, dans le fond, plus hiérarchique et qui découle de la responsabilité ministérielle. Et entre ces deux types... Et évidemment, l'autre aspect de la question que vous soulevez, les élus ont aussi une légitimité, que j'appelle population, donc aussi une imputabilité qui peut être aussi, en système démocratique, basée... origine de la population.

Donc, comment on harmonise ces deux types d'imputabilité là, donc une imputabilité population, qui peut être aussi évidemment, par rapport au résultat, une organisation de services, mais qui peut être aussi, par rapport à un lien démocratique, donc un lien démocratique par rapport à la population, et une imputabilité plus qui découle de la responsabilité ministérielle? Quelle est la place des élus dans une région donnée lorsque la configuration territoriale d'une région administrative regroupe plusieurs comtés? Donc, quels sont les mécanismes qu'une régie régionale doit mettre en place — des mécanismes de collaboration, d'échange — avec les élus de chacun des territoires donnés, mais à l'enseignement de ces deux types d'imputabilité là, là-dessus?

Je dois dire que, dans les débats qu'il y a actuellement au niveau de la régionalisation, cette question de cette double imputabilité là, c'est une question fort importante, c'est une question à laquelle les régies régionales... Ce que j'ai pu comprendre dans les consultations que nous avons menées dans notre région là-dessus — parce qu'il y a aussi été question de ça — et dans des consultations des autres régions, la question de la régionalisation est une question importante. Les gens veulent pouvoir parler rapidement à des gens de leur région en ce qui concerne l'organisation des services, et cette question de double imputabilité, là aussi, c'est une question fort importante.

Donc, ce qu'on dit globalement: La régionalisation, elle a sa place, on l'a démontré dans notre document. Il faut répondre à deux types d'imputabilité qui sont importants et s'articuler là-dessus. Et il faut aussi avoir des mécanismes de collaboration très étroits, tant avec la population, lui donner des ouvertures par rapport à l'analyse des besoins et à l'échange avec elle, et aussi évidemment donner des ouvertures très importantes, avec les élus de chacun des territoires donnés, correspondant à ces deux types d'imputabilité là.

Mme Barbeau: Au niveau de la composition du C.A...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Derrière, vite, vite.

Mme Barbeau: ...est-ce que c'est correct maintenant ou ça pourrait être mieux?

M. D'Amboise (Yves): Très rapidement, là, en continuité de ce que M. Thériault vient d'avancer, les résultats des échanges qu'on a eus dans notre région, à la fois au conseil d'administration de la Régie régionale et dans les discussions qu'on a pu avoir avec des gens qui sont venus dans le cadre de la consultation qu'on a menée récemment, ce qui ressort, c'est que les gens souhaitent que, majoritairement, le conseil d'administration

soit composé de gens élus par la population, pour conserver l'imputabilité claire à la population du territoire.

Mme Barbeau: Non par collèges électoraux?

M. D'Amboise (Yves): Et non par collèges électoraux, mais élus par la population.

Mme Barbeau: O.K.

M. D'Amboise (Yves): Puis qu'il y ait, après ça, une partie de gens qui puissent être nommés par le gouvernement ou par la ministre pour se préoccuper des deux imputabilités dont on vient de parler, celle à l'égard de la ministre puis celle à l'égard de la population. Puis on dit: C'est un lieu d'arbitrage, dans le fond, de cette tension-là, le C.A. de la Régie. Et, s'il ne se fait pas là, ça va être problématique que ça ne se fasse pas dans le territoire.

Puis, avec les députés, bien, je pense qu'on a des relations assez continues. Moi, le seul souhait peut-être que j'aurais, c'est qu'on réussisse avec le temps à structurer davantage cette collaboration-là avec les députés. Moi, je considère qu'on a eu jusqu'à maintenant une excellente collaboration de tous les députés dans la région, avec certains de façon beaucoup plus continue, avec d'autres de façon plus sporadique sur des dossiers, mais ça a toujours été... En tout cas, moi, dans mon expérience, ça fait deux ans que je suis le D.G. de la Régie, j'ai toujours eu des expériences positives à ce chapitre-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. D'Amboise, je vous remercie. M. Thériault, Mme Bérubé, de même que M. Girard et toutes les personnes qui vous accompagnent, merci d'avoir participé à cette commission. Ça a été un très bon exercice pour informer l'ensemble des membres de la commission. Merci.

Et je suspends quelques secondes, quelques minutes pour permettre aux représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine de prendre place.

(Suspension de la séance à 11 h 37)

(Reprise à 11 h 39)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce que vous voulez prendre place, s'il vous plaît? Alors, je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, la commission des affaires sociales poursuit ses travaux afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine 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.

Alors, je soumetts aux membres la venue de notre collègue député de Gaspé. Alors, on lui accorde les mêmes privilèges que les autres députés, vous êtes tout à fait d'accord.

● (11 h 40) ●

Maintenant, je veux saluer bien sûr les représentants et représentantes de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Mme Suzette Arsenaault, qui est présidente. Donc, vous avez une période de 30 minutes pour la présentation de votre mémoire. Dans un premier temps, j'aimerais que vous nous présentiez les personnes qui vous accompagnent. Et, par la suite, on disposera d'une période de 90 minutes pour permettre aux membres de poser les questions qui s'imposent. Alors, Mme Arsenaault, je vous cède la parole.

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

Mme Arsenaault (Suzette): Je vous remercie, madame. J'aimerais d'abord vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Il y a d'abord M. Jean-Luc Tremblay, qui est le vice-président du conseil d'administration et qui est un membre provenant du Collège des organismes socioéconomiques; il y a également M. Denis Loiselle, le directeur général; il y a le Dr Christian Bernier, directeur de la santé publique — ils sont derrière; M. Paul Bécu, le directeur des ressources matérielles et financières; M. Michel Lachapelle, qui est le secrétaire général; et M. Gilles Pelletier, le directeur de la planification-programmation, qui est à l'arrière.

D'entrée de jeu, je vous remercie de nous offrir l'opportunité de vous présenter le bilan de nos activités pour les années 1997-1998 et 1998-1999, tout en ayant en toile de fond notre plan de transformation 1995-1998. J'aimerais peut-être vous situer le territoire de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, quoiqu'il doit être assez connu de chacun et chacune de vous. C'est un immense territoire de plus de 20 000 km² sur lequel sont répartis, sur un littoral magnifique, cinq MRC, et il y en a même une larguée au large, dans le milieu du Golfe Saint-Laurent, notre sixième, celle des Îles-de-la-Madeleine. C'est une communauté vieillissante et en déclin démographique et dont les conditions socioéconomiques ne sont pas très florissantes.

Faire le bilan des activités pour les années 1997 à 1999 nous amène forcément à situer notre présentation dans la perspective du plan de transformation 1995-1998 et donc de faire un certain retour en arrière, mais aussi à la fois de parler du présent, de se projeter dans l'avenir et dans la perspective de notre plan de travail 1999-2002. Donc, la première partie de la présentation portera sur les grandes lignes de ces deux plans. Par la suite, nous vous brasserons un tableau de l'évolution des principaux dossiers d'organisation de services en faisant le lien avec ce qui était prévu aux différents plans. Par ailleurs, nous aborderons la question de la situation financière régionale, pour terminer par quelques enjeux qui font l'objet de nos préoccupations pour l'avenir de notre système de santé et de services sociaux de façon plus particulière pour notre région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine.

Pour revenir à notre plan de transformation 1995-1998, ce dernier comportait trois axes. Le premier visait l'utilisation optimale des lits de courte durée à la fois en santé physique et en santé mentale. La contrepartie de cette réduction du recours à l'hospitalisation

était bien sûr de développer tout ce qui constitue des alternatives en termes de ressources plus légères, bref, toutes les mesures qui furent regroupées tantôt sous le vocable de virage ambulatoire, tantôt de désinstitutionnalisation et tantôt sous d'autres appellations plus ou moins contrôlées. Le deuxième axe, les regroupements et fusions d'établissements, en somme, c'était tout le travail fait au chapitre des structures. Et le troisième axe visait l'amélioration de la productivité, plus particulièrement dans les secteurs de services de soutien, comme les services alimentaires, de buanderie ou encore d'entretien ménager. Nous reprendrons de façon plus spécifique, au moment d'aborder la question de l'organisation des services, les objectifs prévus au plan de transformation et également le degré d'atteinte de ces derniers.

Pour sa part, le plan de travail 1999-2002 est venu s'inscrire dans la continuité du plan de transformation 1995-1998, mais en recentrant l'action sur certains objets particuliers. Si, au cours de la période 1995-1998, beaucoup d'efforts ont dû être déployés au plan des structures dans notre région — réduction de moitié, entre autres le nombre d'établissements passant de 22 à 11 — il nous apparaissait dorénavant que le focus devait être mis sur certaines autres cibles. Et j'aimerais vous citer celles que nous avons retenues, soit: l'achèvement de la mise en place des alternatives aux ressources institutionnelles lourdes; l'accentuation des mesures de prévention et de promotion de la santé; un meilleur fonctionnement en réseau des services offerts par l'ensemble de nos établissements; une préoccupation accrue pour la qualité de services en se dotant de programmes d'amélioration continue de la qualité, donc une façon plus proactive que le système actuel de traitement des plaintes; un souci plus grand quant à l'implication et à la valorisation des ressources humaines dans notre réseau; une gestion de plus en plus axée sur des objectifs de résultat supportée par la mise en place de systèmes d'information adéquats; et enfin, comme condition d'actualisation de l'ensemble de ces objectifs, était posée la nécessité de disposer des ressources financières requises.

Au plan de l'organisation des services, nous ferons maintenant un état de situation sommaire pour chacune des grandes catégories de programmes. Donc, en santé physique, en 1995, on pourrait dire à la fin du siècle dernier, nous visions un ratio de 2,27 lits de courte durée par 1 000 habitants et une consommation annuelle en santé physique et santé mentale de 76 714 jours-présence. En termes de résultats, nous sommes passés de 421 lits à 227 lits, alors que nos jours-présence ont été réduits de 111 796 en 1995-1996 à 75 125 en 1999-2000. C'est donc dire que nous avons atteint l'objectif. C'est une diminution considérable qui a été effectuée grâce à un travail qui a impliqué la collaboration des gestionnaires, mais aussi du corps médical qui a accepté de revoir ses modes de pratique.

Simultanément, la proportion des chirurgies d'un jour par rapport au total des chirurgies passerait de 43 % à 57 %, le Québec étant alors à 53 %. La diminution à la fois dans le nombre de lits et dans la durée d'hospitalisation aurait pu avoir des répercussions sur la congestion des civières à l'urgence. Toutefois, la proportion des séjours de plus de 24 heures à l'urgence

ne s'est accrue que temporairement au début de la période de transformation, mais elle s'est rapidement résorbée, pour se situer aujourd'hui à la moitié de sa valeur initiale. Il nous reste maintenant à poursuivre nos efforts du côté de l'amélioration de l'autosuffisance régionale. Nous souhaitons l'élever à 86 %, alors qu'elle se situe actuellement à 74 %.

La pénurie des effectifs médicaux, pour sa part, continue de sévir dans notre région. Du côté des omnipraticiens, nous manquons, bon an mal an, de plus d'une quarantaine de médecins, et ceci dure depuis plusieurs années et persiste, malgré la multitude de mesures incitatives mises de l'avant et les efforts de recrutement sans cesse répétés des établissements et de la Régie. Nous sommes de plus en plus convaincus que le problème ne se réglera que par un mode de budgétisation qui ferait en sorte que l'argent prévu pour desservir une clientèle se retrouve dans la région en provenance de cette clientèle.

● (11 h 50) ●

En clair, nous pensons à la régionalisation de l'enveloppe de l'assurance maladie du Québec. J'aimerais ainsi vous rappeler que, déjà en 1997, nous faisons cette suggestion à la commission, qui siégeait à Rimouski à ce moment-là. La régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ présuppose par ailleurs que nous ayons la garantie qu'il y ait suffisamment de médecins au Québec pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population et qu'une ouverture s'opère en faveur de la délégation d'actes. Ici, on pense aux infirmières, aux infirmières cliniciennes, par exemple, ou aux infirmières auxiliaires, à qui certains actes pourraient être délégués, selon nous.

Du côté de la santé mentale, la politique ministérielle préconise de rapprocher les services des milieux de vie des personnes et, conséquemment, suggère un ratio d'investissement ressources communautaires-ressources institutionnelles lourdes, donc un ratio de 60-40. La situation dans notre région, elle est actuellement à 63-37. Le ratio des lits de courte durée visé est d'ailleurs atteint.

Pour pallier le problème de frontières que crée parfois l'appartenance de cliniciens à des établissements différents, nous avons institué un fonctionnement dit «équipe unique» sur les territoires de MRC pour l'ensemble des intervenants qui oeuvrent sur une base externe. Même si l'expérience provoque parfois un certain choc des cultures entre la culture hospitalière et celle des CLSC, elle n'en demeure pas moins essentielle et positive. Cette expérience a d'ailleurs retenu l'attention des participants lors du récent Forum national en santé mentale.

Quant aux ressources plus légères, nous avons franchi des pas importants en développant, à ce jour, 22 places d'hébergement en ressources intermédiaires, pour une cible visée de 30. Nous avons également procédé au rehaussement du financement pour les organismes communautaires offrant de l'entraide ou de l'hébergement. Des disponibilités financières insuffisantes nous ont cependant empêchés d'atteindre la cible optimale de financement mise de l'avant dans notre plan régional d'organisation des services en santé mentale.

En réadaptation physique, maintenant, aucun service spécialisé n'était offert dans notre région avant

1997-1998. Aucun. Le centre de réadaptation de la Gaspésie, qui s'est vu confier cette mission, dispense maintenant des services en déficience motrice dans les six MRC de la région. Pour ce faire, un budget récurrent de 1,4 million a pu être alloué à compter de l'enveloppe régionale dans une période où cette dernière se voyait amputée par des compressions budgétaires successives.

Si ces nouveaux services sont appréciés de la clientèle qui en bénéficie, il reste tout de même un bon nombre de personnes pour qui les services restent à développer, tant en déficience motrice qu'au niveau de la déficience visuelle et auditive. Dans l'intervalle, une collaboration avec la région voisine et amie du Bas-Saint-Laurent nous permet de pallier en partie et de manière temporaire le manque de services sur notre territoire. Donc, pour compléter notre plan régional d'organisation de services, nous estimons devoir compter sur un financement supplémentaire d'au moins 1,5 million afin d'apporter une solution à la problématique des listes d'attente, qui concerne particulièrement la fragilité des enfants en attente de services de réadaptation.

Quant au secteur de la déficience intellectuelle, notre opération de désinstitutionnalisation de la clientèle qui était hébergée au centre hospitalier Mgr Ross, de Gaspé, est maintenant complétée et bien réussie. Nous avons déployé une offre de services dans la communauté, incluant l'hébergement intermédiaire, en les déconcentrant dans chacun des territoires des MRC de notre région.

Abordons maintenant le secteur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le per capita régional pour les services de maintien à domicile en CLSC se situait à 84 \$, alors que celui du Québec était de 53 \$. Ces montants se rapportent à l'exercice 1998-1999, dernière période pour laquelle on avait les chiffres comparatifs. Malgré cet avantage relatif de la région, nous croyons qu'il persiste encore des défis importants de ce côté, particulièrement dans un contexte de besoins grandissants, en lien avec le vieillissement de la population. L'avènement récent du SICCLSC, donc le système d'information clientèle en CLSC, nous permettra de mieux suivre que par le passé le profil des besoins des clientèles et l'adéquation de l'offre de service à ces besoins. Nous travaillons activement à standardiser cette offre d'un territoire à l'autre de notre région, tout en nous assurant d'intensifier les services pour les clientèles en plus lourde perte d'autonomie. Nous cherchons également à élargir davantage la gamme de services offerts aux aidants naturels — il y a bien quelques aidants aussi — sans qui bon nombre de personnes se retrouveraient passablement désorganisées. Par ailleurs, notre recours à l'hébergement institutionnel est maintenant de 3,9 lits par 100 personnes âgées. Il faut mentionner ici qu'il existe peu ou pas de centres d'accueil privés dans notre région, ce qui augmente la pression sur le système public.

En terminant ce tour d'horizon rapide de quelques grands dossiers d'organisation de services, j'aimerais mentionner que nous travaillons présentement à l'élaboration du plan intégré Enfance-jeunesse-familles. Nous souhaitons camper de façon claire un niveau de services minimal requis pour l'ensemble des problématiques auxquelles sont confrontés les jeunes et

leur famille en mettant autant d'emphase sur les services de prévention que sur ceux de protection. Il s'agit d'une vaste opération qui comporte plusieurs chantiers dont certains sont très avancés, entre autres les services requis en périnatalité, en MTS, en planification des naissances et les exercices d'appropriation du cadre de référence centres jeunesse-CLSC.

Avant d'aborder directement la situation financière régionale actuelle, je pense qu'il est important de rappeler l'effort fourni par la région pour le rétablissement de l'équilibre des finances publiques. En effet, entre 1993 et 1999, c'est à un effort financier de 21 millions auquel la région a été confrontée, coûts de système et compressions budgétaires combinés. Donc, à l'instar du Québec, ces réductions budgétaires se sont produites en même temps qu'une transformation majeure du réseau, nécessitant ainsi des réallocations financières pour le développement de services alternatifs aux pratiques institutionnelles plus lourdes. Pour dresser un peu le portrait de l'évolution — je dirais plutôt que c'est une modification qu'une évolution de la situation — rappelons que le budget de la région était de 170 millions en 1992-1993 — et en dollars de 1992-1993 — pour se retrouver à 161 millions en 1998-1999.

Aujourd'hui, malgré les réinvestissements récents du gouvernement dans le réseau de la santé et des services sociaux par le remboursement d'une bonne part des déficits accumulés et le rehaussement de bases budgétaires des établissements, la situation financière demeure précaire. Étant donné les efforts majeurs des dernières années couplés à l'accroissement des besoins, le point d'équilibre n'a pas encore été retrouvé. Il persiste encore des zones de fragilité dans le système dont il faudra tenir compte. Et, à ce titre, nous attendons beaucoup des travaux du comité Bédard quant à ses conclusions sur le requis du financement des hôpitaux.

Avant de conclure, j'aimerais vous entretenir brièvement de deux sujets qui nous préoccupent de façon particulière. Le premier concerne l'équité interrégionale. La méthode d'évaluation de la richesse relative des régions du Québec, telle qu'élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, conclut à un surfinancement pour notre région. Nous croyons qu'il y a lieu de se questionner davantage sur ce constat de surfinancement, quand on connaît les conséquences que ça peut avoir sur l'allocation des budgets de développement entre les régions du Québec.

Il est bien connu et même reconnu, dans la Politique de santé et bien-être, que les conditions socioéconomiques d'un milieu constituent un déterminant fondamental de l'état de santé et de bien-être de sa population. Il faudrait donc être assuré que l'indicateur de besoins que l'on utilise ne cause pas préjudice aux populations des régions en situation de déclin démographique comme la nôtre. Il est d'autant plus important d'être prudent quand des travaux sont encore en cours afin de déterminer ce que devrait être le budget de base des établissements, opération qui devrait prendre en compte les coûts différenciés de production dans des organisations à l'échelle de celles qu'on rencontre chez nous.

Dans l'attente d'une meilleure appréciation des niveaux de richesse relative des régions, il y a lieu de s'assurer que les écarts de financement constatés, qui

sont actuellement à notre avantage, soient maintenus, à défaut de quoi nous croyons qu'il y a risque de préjudice à une population qui est déjà passablement éprouvée.

● (12 heures) ●

Toujours sur le thème de l'équité, si on peut discuter de l'équité sous l'angle de l'enveloppe régionale pour le financement des établissements, on peut également l'apprécier sous l'angle de l'accessibilité des services pour les personnes. À cet égard, il est évident que nous ne pouvons pas développer dans une région comme la nôtre des services ultraspécialisés ou même certains services spécialisés. Comme conséquence, la population de la région a parfois à se déplacer vers des centres urbains ou encore vers d'autres régions pour recevoir ces services-là. Or, la politique actuelle ne permet, en pareilles circonstances, que de défrayer en partie les coûts reliés au transport. Donc, pas un sou n'est prévu pour couvrir les frais d'hébergement ou de repas, rien n'est prévu non plus lorsqu'une escorte est requise pour accompagner des personnes, qu'il s'agisse de jeunes enfants ou encore de personnes âgées. Nous croyons qu'il y a là une situation à corriger pour assurer aux citoyens et aux citoyennes de la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine un accès équitable aux services par rapport à l'ensemble de la population du Québec.

En dernier lieu, l'autre sujet dont on voudrait vous saisir est celui de la régionalisation. Bien sûr, il s'agit là d'une question de fond qui fait actuellement l'objet de débats dans le cadre des travaux de la commission Clair. Sans entrer dans les détails, nous tenons cependant à affirmer notre conviction de la pertinence d'un palier régional de gestion dans le réseau de la santé et des services sociaux. La réalisation d'une transformation majeure, par surcroît dans un contexte financier défavorable, n'aurait jamais été possible si elle avait dû être réalisée à partir de Québec. Ça, nous en sommes convaincus.

Il reste encore un travail important à faire au niveau de l'intégration des services, de l'instauration d'un véritable fonctionnement en réseau. Nous sommes en mesure de poursuivre dans ce sens, particulièrement dans un contexte de réinvestissement plutôt que dans un contexte de compressions budgétaires sans précédent comme on a connu. Le souci d'équité intrarégionale et l'adaptation des services aux besoins ne sauraient être mieux servis que par l'implication des citoyens et citoyennes responsables dans les régions.

Ceci n'exclut en rien l'importance de clarifier les rôles des niveaux national, régional et local. Au contraire, il s'agit, selon nous, d'une condition essentielle à la poursuite du projet de décentralisation. Les mécanismes de reddition de comptes, la base contractuelle du local vis-à-vis du régional et du régional vis-à-vis du national doivent être mieux définis. Nous ne pouvons nous payer le luxe de jeter au panier les acquis des dernières années si àprement gagnés.

Enfin, nous espérons vous avoir dressé un portrait assez juste, bien qu'impressionniste, du contexte dans lequel nous avons été appelés à gérer, de nos réalisations, du chemin qu'il reste à parcourir et de nos espoirs pour l'avenir. J'aimerais ici souligner l'excellent travail de la permanence et l'engagement important, généreux et bénévole des hommes et des femmes qui

forment notre conseil d'administration et les conseils d'administration d'établissements. La chance qui nous est donnée d'échanger avec vous permettra d'approfondir les dimensions qui pourraient vous intéresser de façon plus particulière.

Je vous remercie de l'écoute que vous avez portée à nos propos et je vous réitère notre engagement dans la gestion de notre système de santé et de services sociaux en Gaspésie et aux Îles, notre volonté d'en améliorer sans cesse la qualité et d'assurer une équité dans l'accès aux services pour notre population. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Mme Arsenault, de nous avoir présenté le bilan de vos activités. Alors, ce que j'aurais à proposer aux membres, étant donné qu'il nous reste une demi-heure, peut-être prendre 15 minutes, 15 minutes, et par la suite, cet après-midi, lors de l'autre heure, on pourra peut-être à ce moment-là permettre des questions aux autres membres de la commission. Alors donc, dans un premier temps, je vais céder la parole au député de Gaspé.

M. Lelièvre: Merci, Mme la Présidente. Mme la présidente, Mme Arsenault, M. Tremblay, M. Loïselle, bienvenue à cette commission, de même que tous vos collaborateurs. Moi, il y a plusieurs éléments de votre rapport que je trouve très intéressants. La Régie régionale de la Gaspésie est une jeune régie qui a travaillé très fort, vous l'avez souligné, au cours des dernières années, avec beaucoup de bénévoles au conseil d'administration, beaucoup de temps, beaucoup d'efforts aussi pour en arriver à une répartition équitable de l'ensemble des ressources sur le territoire, tant matérielles qu'humaines, également, au niveau financier, la façon dont vous avez géré toute cette réorganisation.

Un des éléments majeurs que je voudrais aborder dès maintenant, dans le premier 15 minutes qui nous est offert, dont nous disposons, c'est la question des effectifs médicaux. Je sais que vous avez établi un plan d'effectifs médicaux pour la région. Vous avez également ciblé des parties de territoire qui distribuent des services particuliers. Il y a aussi les CLSC, j'aimerais qu'on en traite, dans la question des effectifs médicaux, parce qu'il y a sur le territoire de la Gaspésie des endroits où les médecins sont à peu près absents. Quelques visites qu'on fait... Par exemple, moi, je peux vous donner particulièrement le cas de Mont-Louis. Mont-Louis, c'est une petite communauté près de Sainte-Anne-des-Monts. Il y a des services médicaux qui se donnent, mais... Le rôle des CLSC avec les effectifs médicaux.

Moi, j'aimerais savoir. Vous vous étiez donné un plan de travail pour le recrutement au niveau de la région. Je sais que les établissements aussi ont un plan d'action pour le recrutement. J'aimerais connaître, au moment où on se parle, par rapport à ce que vous aviez comme effectif dans la région, en termes de besoins dans toutes disciplines spécialisées et omnipraticiens, quelle était la situation pour chacun des groupes, et maintenant où nous en sommes après quelques années.

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

M. Lelièvre: C'est une longue question, avec beaucoup d'éléments, je le comprends, mais on pourra peut-être la décortiquer, on aura plus de temps tout à l'heure. Mais j'aimerais vous entendre sur la question des effectifs médicaux, parce que, ça, c'est primordial.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que le recrutement des effectifs médicaux, c'est un travail perpétuel de la permanence de plusieurs établissements. Mais, au problème de recrutement s'ajoute celui, je pense, qui est encore plus important, celui de la rétention des effectifs. Je vais laisser M. Loiselle vous répondre dans le plus fin détail. Mais nous sommes toujours convaincus que la régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ sous une forme ou sous une autre, ça serait la solution à une bonne partie de nos problèmes.

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

M. Loiselle (Denis): Oui. Dans le fond, ce qu'il faut mentionner, c'est que ce qu'on constate, c'est que la situation a plafonné, depuis à peu près trois ou quatre ans, dans la région. Si on parle des omnipraticiens, en 1993, on avait 135 médecins omnipraticiens dans la région. Aujourd'hui, ça s'est amélioré par rapport à 1993, sauf que, depuis trois ans, ça ne bouge pratiquement pas, on est à 150, et notre besoin estimé est davantage de l'ordre de 186 médecins. Donc, il nous manque, bon an mal an, à peu près une quarantaine de médecins dans la région.

Et ce qui est inquiétant, ce n'est pas tellement le fait qu'on ait augmenté pendant un certain temps, mais c'est le constat de plafonnement qu'on constate. Et, du côté des médecins spécialistes, c'est aussi la même situation. Quand on a démarré, en 1993, on était assez encouragé parce qu'on était passé de 37 médecins spécialistes, dans la région, à 59 médecins, à peu près. Et, depuis ce temps-là aussi, depuis 1995, trois ans après, ça s'est mis à plafonner, donc ça ne bouge plus.

Et il y a aussi des éléments qui ont changé dans le contexte, puisqu'on a connu au Québec un programme de départs volontaires des médecins. Et ça, tout d'un coup, les autres régions, les centres urbains sont devenus très compétitifs, encore plus compétitifs qu'ils l'étaient par rapport à nous comme région. On a des mesures incitatives depuis bon nombre d'années, des mesures incitatives qui font en sorte que, par exemple, on donne 20 % de plus de salaire, et le reste. On les bonifie de temps à autre, mais il reste que le résultat ne semble quand même pas satisfaisant, au niveau de la capacité d'attraction.

Et c'est pour ça qu'on en vient à se dire que, dans le fond, il faudrait déterminer pour chacune des régions du Québec une enveloppe, laquelle enveloppe serait donc vraiment plafonnée. On ne dit pas qu'il faut la gérer nécessairement en région, ce n'est pas ça qu'on dit, mais il faut identifier une enveloppe pour chacune des régions du Québec. Et, ce faisant, si, dans un milieu urbain, on disait qu'il y avait besoin — je ne sais pas, tentativement je dis un chiffre — de 1 000 médecins, à compter du moment où 1 000 médecins seraient installés, l'argent, lui, il n'y en aurait pas pour en payer

davantage. Et donc, on pense que, nous, comme région, on aurait toujours notre enveloppe, qui n'est pas encore complètement dépensée, et ça nous donnerait peut-être un certain avantage relatif.

Et si, encore mieux, on avait une certaine capacité de moduler, en plus, la rémunération des médecins, s'il y avait — ce serait encore mieux, là — une certaine marge de manoeuvre qui ferait en sorte que, pendant un certain temps, si on a moins de médecins dans la région, il faudrait peut-être accepter de les payer plus, il faudrait aussi faire en sorte qu'on puisse moduler la rémunération de médecins pour les diriger vers des lieux de pratique un peu moins populaires, soit parce que le territoire est isolé, soit parce que c'est une clientèle qui n'attire pas nécessairement. On pense aux personnes âgées. Souvent, on a de la difficulté à avoir des médecins pour les desservir.

● (12 h 10) ●

Alors, si on avait, d'une part, une enveloppe qui était fixée pour la région et si, en plus, on avait une certaine capacité de jouer sur la rémunération des médecins dans la région, autrement dit certains leviers qui feraient en sorte qu'on pourrait diriger les médecins, au niveau de la répartition intrarégionale, moi, je pense qu'on commencerait à être outillé et peut-être qu'on pourrait commencer à parler d'une solution, je dirais, structurante et qui pourrait apporter, dans le fond, une réponse définitive à cette problématique-là.

Évidemment, il y a des préalables, par exemple, à ça. Si, au niveau du Québec, il n'y a pas suffisamment de médecins — Mme la présidente le mentionnait — évidemment, s'il y avait une pénurie chronique pour l'ensemble du Québec — là je ne veux pas m'embarquer sur ces évaluations-là, il y a des gens plus compétents que nous qui peuvent le faire — c'est sûr que les régions auraient aussi la capacité d'attirer certains médecins, là, je pense qu'il faudrait se donner des règles du jeu, règles du jeu qui feraient en sorte que, par exemple, on pourrait dire: Si on a au Québec juste ce qu'il faut pour répondre à 90 % des besoins de la population, il n'y aurait pas de raison pour qu'une région ait 100 % des ses effectifs puis l'autre 50 %. On pourrait peut-être se donner des règles du jeu dans l'intervalle, entre le moment où on serait en pénurie et le moment où on pourrait avoir assez de médecins pour répondre à l'ensemble des besoins.

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

M. Lelièvre: Merci, Mme la Présidente. Au niveau des services, est-ce que les centres hospitaliers ont développé des affiliations avec d'autres centres hospitaliers à l'extérieur de la région? Je pense à Québec ou à d'autres, là.

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

M. Loiselle (Denis): Oui, de fait, les hôpitaux, en général, ont leurs relations avec certains milieux hospitaliers, les centres urbains, en fait, mais je dirais que ce n'est pas quelque chose qui est systématique. Je

crois qu'il y a des améliorations à apporter de ce côté-là. On pourrait effectivement mieux définir — il y a du travail encore à faire de ce côté-là — les corridors de services entre les hôpitaux de la région et les hôpitaux qui sont appelés à recevoir la clientèle dans la région. Des fois, il y a des initiatives d'établissements qui sont faites. D'autres fois, ça fonctionne plutôt sur la tête des individus. Autrement dit, un médecin peut avoir été formé dans un hôpital donné, il a ses entrées dans cet hôpital-là et donc ça fait en sorte que effectivement, quand il y a une référence à faire, ça se passe bien. Mais, comme ce n'est pas nécessairement systématisé, je pense que, pour l'avenir, il y a lieu de faire un travail de ce côté-là. Il y a des améliorations à apporter de ce côté-là.

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

M. Lelièvre: Je pensais, entre autres, par exemple, avec l'hôpital Laval, je sais que vous avez des ententes de service au niveau de la clientèle en cardio, par exemple. Est-ce que la clientèle de la région doit attendre longtemps avant d'être admise pour avoir accès aux services spécialisés?

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

M. Loisel (Denis): Je dirais que c'est variable. Je pense que, quand on pose la question: Est-ce que la clientèle de la région doit attendre? je dirais qu'elle attend de la même façon que la population du reste du Québec peut attendre, dans le sens que, si, dans un hôpital donné, dans un centre urbain donné, il y a une certaine congestion, on en subit nécessairement le contrecoup, au même titre que la population, je dirais, de la région, du territoire donné. On n'a pas d'indication à l'effet — ça ne nous a jamais été rapporté comme ça — que la population de la région va attendre plus, par ailleurs. Parce qu'on pourrait se dire qu'un centre hospitalier universitaire pourrait avoir une certaine tentation de mieux desservir sa population. Il reste que les contacts dont je parlais tantôt semblent bien opérer, en général. Et donc, dans la mesure où les médecins ont une relation avec un autre médecin dans le centre hospitalier, ça fait en sorte que ça temporise. Ce n'est pas quelque chose qui nous est rapporté comme étant un problème, un problème pire qu'ailleurs, j'entends, et donc, on n'a pas l'impression que c'est pire.

M. Lelièvre: Au niveau des services spécialisés, je sais qu'il y a des difficultés au niveau du recrutement également. D'après vos prévisions et ce que vous aviez antérieurement prévu, en 1995, 1996 ou 1997, et la situation d'aujourd'hui, pourriez-vous nous faire une comparaison entre les deux pour nous dire c'est rendu où? Est-ce que ça s'est amélioré? Est-ce que c'est sur un déclin? Est-ce que ça s'érode? Est-ce qu'il y a de l'exode ou un problème de rétention, comme Mme Arsenault a mentionné tout à l'heure?

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

M. Loisel (Denis): Vous parlez des effectifs médicaux spécialisés?

M. Lelièvre: Spécialisés. Anesthésistes, chirurgiens.

M. Loisel (Denis): C'est ça. Ce que je mentionnais globalement précédemment, c'est qu'en 1993 on avait 37 médecins spécialistes dans la région. Aujourd'hui, c'est à peu près 59, et donc ça s'est amélioré. Sauf que, ce que je mentionne, c'est que ça reste à peu près à 59, alors que le besoin estimé est davantage de 86 médecins. Donc, il y a un écart entre les deux, et c'est cet écart-là qu'on a de la difficulté à maintenir.

Maintenant, si on pose la question: C'est pour lesquelles spécialités ça fait problème davantage? parce qu'il y en a effectivement qui sont plus problématiques que d'autres, ce n'est pas dans des spécialités de pointe, c'est vraiment dans des spécialités de base. Ça peut être au niveau de la chirurgie générale ou, de temps à autre, ce n'est pas toujours... Ça varie d'un moment à l'autre, mais il y a toujours un établissement qui se retrouve avec une difficulté. Alors là, ça peut être en chirurgie générale, ça peut être en anesthésie, ça peut être en radiologie et c'est aussi en psychiatrie. Je dirais que j'ai nommé celles pour lesquelles c'est le pire, où le manque se fait ressentir de la façon la plus importante.

Il y a d'autres spécialités de base en médecine interne où on a fait des gains importants et, par rapport aux besoins, où on est pratiquement à l'optimum, de ce côté-là. Ça, c'est quelque chose de positif. Il n'y a pas si longtemps, on n'en avait presque pas, d'internistes dans la région. Et, dans une région comme la nôtre, comme on ne peut pas viser de développer des spécialités de pointe, c'est quelque chose qui rend de bons services. Ce sont des généralistes de la spécialité en quelque sorte, donc ils sont capables de faire une bonne évaluation en cardio, en pneumo, en endocrino, et le reste. Pour nous, c'est intéressant, il y a un gain de ce côté-là. Mais, pour les autres spécialités de base, dans certains cas, ça reste difficile.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Il vous reste encore deux minutes, M. le député de Gaspé.

M. Lelièvre: Deux minutes? Ça passe très vite. Oui, Mme Arsenault?

Mme Arsenault (Suzette): J'aimerais peut-être aussi ajouter là-dessus que certaines spécialités reposent sur la tête d'un individu, dans certains établissements ou dans la plupart des établissements. Je pense ici, entre autres, à l'orthopédie ou en ORL, où c'est un individu qui constitue la ressource. Et c'est toujours fragile.

M. Lelièvre: Vous avez devancé ma question, parce que je voulais vous demander: Étant donné que le territoire compte six MRC, donc on a plusieurs centres hospitaliers très éloignés les uns des autres, est-ce qu'il y en a parmi eux qui... il y a une absence de médecins, mais qu'on dessert l'hôpital par du dépannage inter-établissement?

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

M. Loisel (Denis): D'abord, sur le plan de l'organisation en médecine spécialisée, quand on élabore le plan régional d'effectifs médicaux, pour ce qui concerne les médecins spécialistes, on n'a pas le choix d'asseoir ensemble les hôpitaux pour convenir du partage des spécialités, étant donné que, dans certains cas, on ne peut pas imaginer avoir toutes les spécialités dans tous les hôpitaux. Donc, il y a une espèce de partage qui se fait dans ce sens-là. Si certains développent l'orthopédie, d'autres vont développer la gastro, et, autrement dit, il y a une forme d'échange et de complémentarité. Donc, ça, à sa source même, ça permet de faire en sorte qu'on développe des services. Et il y a une espèce d'entente entre les établissements des différents territoires pour faire en sorte qu'ils se desservent, ils reçoivent les clientèles. Ça, c'est un élément.

Maintenant, pour certaines autres spécialités où chacun a effectivement... Par exemple, en chirurgie générale, tout le monde doit avoir des chirurgiens, on ne peut pas imaginer que, sur un territoire donné, compte tenu des distances, il n'y aura pas de chirurgiens pour répondre aux urgences, il peut effectivement y avoir des apports, des ententes. En radiologie, la même affaire, on commence à voir des genres de collaborations comme celle-là, en radiologie. Ou on commence à utiliser la télémedecine, ce qui fait que le médecin n'a pas besoin de se déplacer et il peut lire à distance, dans le fond, par le biais de cette technologie-là, lire un film, en radiologie. Mais, évidemment, ils vont s'appuyer de l'aide aussi dans les cas où, tout d'un coup, il n'y a pas de couverture en chirurgie. Bien, c'est la moindre des choses que l'hôpital voisin va accepter de recevoir, dans ces cas-là — et remarquez qu'on parle de situations extrêmes — les patients du milieu qui tout d'un coup se voit dépourvu de façon temporaire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Loisel. Je cède maintenant la parole à la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, Mme la Présidente. À l'instar de Mme la présidente, permettez-moi également, Mme Arsenault, de vous souhaiter le bonjour, messieurs également. Merci de nous donner l'occasion d'échanger avec vous. Et je pense que le document synthèse que vous avez déposé contient des pistes extrêmement intéressantes, notamment au niveau de la régionalisation de l'enveloppe, pour répondre à une situation qui perdure dans votre région au niveau des effectifs médicaux. C'est dommage d'avoir à vivre une pénurie.

Vous avez évoqué plus précisément de laisser à la Régie régionale une certaine capacité pour qu'elle puisse moduler le mode de rémunération des médecins. Comment pourrait se traduire ou s'exercer... Où se situe votre besoin, pour pouvoir arriver dans les faits à pouvoir moduler le mode de rémunération des médecins?

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

● (12 h 20) ●

M. Loisel (Denis): Oui. C'est-à-dire que ce que je comprends, dans le fond... Bien, d'abord, je pense qu'il faut répondre à une question, peut-être: Quel serait le mécanisme par lequel on pourrait se permettre d'arriver à jouer sur ces modes de rémunération là? On peut avoir des idées là-dessus. Je pense qu'il peut y avoir différents mécanismes. Mais, si on regarde ce qui est déjà prévu dans la loi actuellement, si on parle des médecins omnipraticiens à tout le moins, il est prévu d'avoir un département régional de médecine générale. D'après moi, il ne faut peut-être pas inventer de nouvelles structures, d'autant plus que celles-là sont à peine naissantes. Chez nous, on est au stade de faire l'élection, de le constituer, ce département-là. Parce que c'est tout un défi d'intéresser les médecins à s'impliquer dans la gestion.

Alors là, moi, je pense qu'il pourrait être confié... Évidemment, là, il y aurait toutes sortes de choses à régler avec les fédérations médicales. Mais, si on se dit qu'on peut imaginer ad lib un nouveau système, on pourrait donc, dans un contexte comme celui-là où on aurait une certaine autonomie, penser que le département régional de médecine générale, entre autres, pourrait, lui, à partir d'une analyse de la situation, des besoins particuliers, des milieux qui ne sont chroniquement pas couverts, faire en sorte que le type de rémunération qu'on accorde dans ce milieu-là... Soit le type de rémunération, soit le montant qui est accordé, ça pourrait varier, dans le sens que ça peut être...

Dans certains, quand il n'y a pas beaucoup de débit, la rémunération à l'acte n'est pas payante. Puis, je veux dire, il ne faut pas se le cacher, c'est quand même quelque chose qui influence en bout de ligne. Et si la rémunération à l'acte n'est pas adaptée, il faut penser, dans ce cas-là, au salariat, à un montant forfaitaire pour couvrir une période de garde, puisque faire de la garde la nuit, ce n'est pas nécessairement payant, surtout dans des milieux comme le nôtre parce que la fréquentation, l'achalandage fait en sorte que, le nombre d'actes que tu fais, finalement tu te retrouves à ne pas avoir une rémunération qui est adéquate. Alors, ça, je pense que le département régional de médecine générale, s'il avait, exemple, une certaine latitude à ce niveau-là, pourrait déterminer pour quels types de besoins, pour quelles situations particulières on pourrait effectivement convenir que, dans ce cas-là, c'est davantage un montant forfaitaire. Et si, en plus, il pouvait déterminer la hauteur du montant, ça serait aussi très bien pour attirer les gens là où ils doivent être. Alors, c'est un peu comme ça que ça pourrait procéder.

Maintenant, est-ce que, dans le salariat, il pourrait y avoir, dans certains cas, un salaire plus élevé, encore là, pour des milieux qui attirent moins? Parce que, dans la région, ce n'est pas tout égal. C'est sûr qu'on est en région éloignée, mais il y a des territoires qui sont encore plus isolés que d'autres à l'intérieur de notre propre région. Je pense à Murdochville, qui est une ville minière. Alors, ce n'est pas évident nécessairement d'attirer des gens pour aller vivre là. C'est dans le centre de la Gaspésie, c'est un milieu en déclin, alors ce n'est pas nécessairement très attrayant à première vue. On n'est pas au bord de la mer. On ne peut même pas jouer là-dessus, sur ce facteur-là, pour attirer les gens. Donc, là, si on pouvait au moins compenser sur le plan de la

hauteur du salaire, bien, ça serait, je pense, quelque chose qui nous permettrait de moduler et de diriger, d'aiguiller en quelque sorte les médecins, sans que ça soit coercitif. C'est juste une question d'introduire un peu une logique de marché.

Mme Lamquin-Éthier: Lorsque les DRMG ont été mis en place, on les voyait un peu comme étant la solution à un problème que vous vivez dans votre région et que vous dénoncez depuis plusieurs années. Comment se fait-il qu'ils ne soient pas encore en place? Où est la difficulté à les mettre en place?

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

M. Loïselle (Denis): Bien, écoutez, je dirais, en gros, c'est qu'entre le moment où la loi a été adoptée et le moment où on a pu statuer, par exemple, sur une rémunération, ça a été assez long, là. Je veux dire, ce n'est pas au niveau des régions que ce genre de discussion là s'est faite, je dirais que c'est entre les fédérations médicales nécessairement que ce genre d'aspect là se traite, et le niveau central ministériel. Ça a été assez long avant que ça se traduise, je dirais, concrètement par une entente formelle. Au-delà du principe inscrit dans la loi qu'on puisse avoir finalement la reconnaissance d'un montant x affecté à la rémunération des médecins qui vont être impliqués dans la gestion du département régional, il y a eu certains délais. Après ça, évidemment, il a fallu adopter un règlement, il y a eu un processus à suivre, un règlement d'élection, de composition.

Et puis il y a aussi — et là je ne ramène pas le problème au niveau central — la difficulté dans certains cas d'intéresser les médecins à s'impliquer en gestion, ce qui n'est pas nécessairement toujours évident, particulièrement dans une région comme la nôtre où les gens sont déjà débordés, plus c'est normal qu'ils priorisent les soins aux patients. Alors là ils ne se sentent pas nécessairement très enclins à s'impliquer dans ce qui leur apparaît comme étant des structures, des réunions, et le reste. Il y a comme un défi de les attirer, de leur faire comprendre qu'il y aurait une plus value pour eux et pour leur clientèle éventuellement. Mais il y a un défi de ce côté-là. Chez nous, le processus, on l'a enclenché, on a dû reprendre deux fois parce que l'intérêt ne se manifestait pas spontanément. Il faut le travailler au corps, ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Vous avez également mentionné l'importance de se doter ou de vous doter de règles du jeu, particulièrement en période de pénurie de médecins, pour pouvoir éviter ce qu'on observe également entre les régions, des inégalités quant aux effectifs. Dois-je comprendre que de telles règles sont actuellement définies mais insatisfaisantes, qu'il n'y en a pas? Il n'y en a pas.

M. Loïselle (Denis): On est dans un système où, dans le fond, les médecins s'installent là où ils

choisissent de s'installer; essentiellement, c'est comme ça que ça fonctionne. On n'est pas dans un système justement qu'on considère qu'il serait utile qu'ils plafonnent la rémunération dans une région donnée. Alors, nécessairement, à partir du moment où il y a une libre installation, évidemment en cabinet privé... Il faut que je nuance un peu mes propos, parce que, en établissement, ils sont quand même assujettis à des plans d'effectif, mais, encore là, ce n'est pas un système dont la logique est de plafonner les enveloppes régionales. Alors, les omnipraticiens, dans une ville comme Montréal, pour ne pas la nommer, peuvent s'installer librement, ils ne sont pas assujettis au plan d'effectifs médicaux des établissements puisqu'ils ne sont pas, dans ce cas-là, en établissement. Alors, il y a une espèce de fuite, une spoliation d'une partie des troupes, sur lesquelles on n'a pas de contrôle. Et c'est comme ça, le système est comme ça à ce moment-ci. Alors là vous demandez pourquoi ça ne se fait pas à ce moment-ci. C'est parce qu'on n'a pas les leviers pour le faire, pour empêcher ce genre de situation.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée.

Mme Lamquin-Éthier: Dois-je comprendre, par leviers, notamment ceux dont vous avez parlé tout à l'heure? Est-ce qu'il y en aurait d'autres que vous n'avez pas déjà mentionnés?

M. Loïselle (Denis): Il pourrait y en avoir d'autres. Quand on préconise la régionalisation de l'enveloppe de l'assurance maladie du Québec, pour nous, c'est celui qui nous apparaît le plus structurant parce qu'il règle le problème, de notre point de vue, à sa source même. Après ça, tu le gères à l'intérieur de chacune de tes régions. Alors là, par ailleurs, est-ce qu'il pourra y avoir des solutions intermédiaires? Sûrement. Mais il faudrait que ces solutions-là fassent en sorte que l'installation libre ne soit plus permise. Alors, si ce n'est pas par l'enveloppe qu'on fait en sorte qu'on aiguille les choses, par une enveloppe dédiée, à ce moment-là, ça serait d'autres règles du jeu qui devraient être négociées. Mais, à notre sens, c'est que ça sera toujours une approche qui n'est pas globale, qui sera juste partielle et qui pourrait peut-être continuer à présenter certains problèmes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Mme la députée.

Mme Lamquin-Éthier: Vous avez également abordé la question de l'intégration des services. Bon, c'est un thème qui est très souvent repris. On souhaite qu'il y ait une intégration, en tout cas au niveau du vocabulaire, sauf qu'elle semble être plus difficilement réalisable en pratique. Vous avez plus spécifiquement dit, et je me souviens d'avoir entendu ça pendant de nombreuses années dans le réseau de la santé: Mieux définir des corridors de services. Systématiser, concrètement, ça veut dire quoi? Qu'est-ce qu'il reste encore à faire à ce niveau-là pour qu'on puisse assurer au patient finalement une continuité de services à laquelle il a droit?

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

M. Loiselle (Denis): Évidemment, ça dépend de quel type de services on parle, si on parle des services médicaux, des corridors de services. Bon, c'est assez technique, à mon sens. Je pense qu'on va comprendre de quoi il s'agit. Mais, quand on a parlé d'intégration de services, on ne faisait pas allusion nécessairement aux services médicaux, quoique ça s'applique aussi aux services médicaux, mais je dirais que ça s'applique à l'ensemble des services, à l'organisation des services pour quelque clientèle que ce soit.

Alors, ça doit être vrai en enfance, jeunesse. Alors, l'intégration des services peut s'appliquer dans ce domaine-là. Si on pense au domaine de la protection de la jeunesse et des centres jeunesse versus les CLSC, qui ont un rôle à jouer, et versus aussi — je dirais, il ne faut pas se limiter aux établissements quand on réfléchit à l'intégration de services — les organismes communautaires, qui apportent un rôle quand même... je veux dire, ont un apport important en termes de contribution au niveau des services... Alors là on a un centre jeunesse, on a un CLSC, pour prendre cet exemple-là — on pourrait en prendre de nombreux, exemples. Comment se fait le partage des responsabilités? Quel est le partage exact? On est dans des univers d'établissements, on n'est pas nécessairement... Puis, je veux dire, c'est une culture, là, je ne reproche rien à personne en particulier. C'est qu'on est dans un univers d'établissements qui ont des habitudes de fonctionner et, je dirais — ce n'est pas propre à chez nous, c'est partout — qui ont l'habitude de fonctionner davantage en silo et des fois avec certains réflexes de chasse gardée. Alors, ce n'est pas au bénéfice de la clientèle, ces choses-là.

● (12 h 30) ●

Alors, ce qu'on dit, c'est qu'il faut trouver un moyen de faire en sorte que, par exemple, en matière de services aux jeunes, tout ce qui doit être rendu comme services avant que le jeune soit en besoin de protection, il faudrait maximiser ça, il faudrait s'assurer qu'on travaille de ce côté-là davantage. Ça implique nécessairement des collaborations aussi entre le centre jeunesse et le CLSC. Parce que, avant d'être en besoin de protection effectif, il y a quand même une période où il est à risque sérieux de le devenir, le jeune en question, et, dans ce sens-là, il faudrait faire en sorte qu'il y ait un meilleur arrimage, une meilleure collaboration entre les CLSC et les centres jeunesse pour ne pas que chacun se retire, un, le centre jeunesse pensant qu'il n'intervient que quand la loi doit s'appliquer hors de tout doute. Il faut accepter de travailler dans des zones grises, il faut qu'il y ait des collaborations. Il faut peut-être que le CLSC s'avance le nez même un petit peu plus loin, même si ça commence à sentir «application de la loi». Et il faut que le centre jeunesse, lui, par contre, accepte, dans le fond, de se retirer, mais apporter un coaching — si vous me permettez l'expression, je m'en excuse — apporter un certain support dans ses approches auprès de ce type de clientèle là aux intervenants ou aux intervenantes du CLSC. On n'a pas cette habitude-là beaucoup, comme culture, de fonctionner en programmes. Et il y a, quand on dit qu'il reste des choses à faire en région...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça peut continuer cet après-midi. Dernière question.

M. Loiselle (Denis): Je m'excuse. Quand on dit qu'il reste des choses à faire en région, qu'il y a encore des défis à relever, on a travaillé beaucoup sur les structures, dans les dernières années, on a réduit le nombre de structures, mais on n'a pas encore gagné, je dirais, le pari d'intégrer les services. On peut avoir des idées comment faire, mais il y a encore du chemin à faire là-dessus, ça, c'est sûr. Ça m'apparaît prioritaire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Dernière courte question. Vous aurez l'occasion de continuer, de poursuivre cette conversation cet après-midi.

Mme Lamquin-Éthier: La redéfinition des tâches et des responsabilités, la collaboration souhaitée entre les établissements, les meilleurs arrimages, on a parlé de ça, et on parle de ça dans le réseau depuis de nombreuses années. Compte tenu de la mission ou des fonctions telles que définies dans la loi à la régie régionale, est-ce que vous pourriez... Par exemple, mutatis mutandis, la régie a le pouvoir d'ordonner des achats de groupe. Compte tenu de votre responsabilité face à la réponse à des besoins clairement identifiés pour votre région, est-ce que vous pourriez de la même façon, comme régie régionale, obliger les établissements non pas à acheter en bloc, mais à travailler en bloc dans le but de favoriser une meilleure intégration des services? Est-ce que cette piste de solution là a déjà été explorée chez vous? Est-ce que ça serait réalisable?

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

M. Loiselle (Denis): Est-ce qu'on pourrait obliger... Je pense qu'il ne faut pas le regarder sous cet angle-là, parce que tout ce qui est forcé, je pense que ce n'est pas souhaitable. Il faut amener à, ça m'apparaît très clair. Mais il reste qu'on fait face à des établissements qui sont autonomes. L'autonomie, en soi, ce n'est pas un vice, je pense qu'à la limite c'est même une qualité. Sauf qu'il peut y avoir une contrepartie à ça. Cette autonomie-là fait en sorte que les gens se définissent leurs choses chacun de leur côté, et ça, c'est un problème, il faut trouver une réponse à ça. Alors, ça, on travaille avec cette autonomie-là, c'est une réalité avec laquelle on compose. Je ne dis pas d'enlever l'autonomie, mais sauf qu'il faut se donner des mécanismes qui feront en sorte que...

Et là s'introduit peut-être toute la question de la reddition de comptes. On n'a peut-être pas suffisamment des bons mécanismes de reddition de comptes de la part des établissements. Qu'il y en ait qu'un seul qui travaille sur un territoire de MRC, comme il arrive chez nous — on a des exemples comme ça, évidemment — ils ne se battent pas avec le voisin, ils n'ont pas de voisin, dans ce cas-là. Mais, quand même, ça n'empêche pas qu'il faut qu'il se fasse de la reddition de comptes en ce qui les concerne. Mais, à plus forte raison, quand il y en a deux, à ce moment-là, il faut se donner des mécanismes de reddition de comptes. Et, là-dessus, je pense qu'on n'a rien de très normatif à cet égard-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous pourrions poursuivre cette conversation cet après-midi, nous aurons une autre heure avec vous cet après-midi. Mais, avant de se quitter, j'aimerais peut-être vous faire la même demande que j'ai faite à la Régie régionale qui vous a précédés, c'est-à-dire: Est-ce que vous avez des ententes tripartites qui ont été signées? Si oui, est-ce que vous pouvez les produire au secrétariat de la commission?

La même chose au niveau de la situation financière. Par exemple, est-ce que vous aviez des institutions qui étaient en déficit en mars dernier? De combien? Combien on a alloué pour l'effacer? De quel ordre sont les déficits actuellement, s'il y a lieu? Les déficits prévisibles. Et puis, est-ce qu'on discute actuellement pour savoir si ces déficits seront comblés? Si non, en vertu de la loi sur le déficit zéro, comment on va s'y prendre? Est-ce qu'on devra couper dans des services, ou encore qu'est-ce qu'on fait? Est-ce qu'il y a encore moyen de faire des réductions au sein de votre région?

Alors, si vous voulez nous fournir ces informations, on apprécierait énormément, au secrétariat de la commission.

M. Loisel (Denis): Sans problème, on va fournir ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci beaucoup. Alors, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 35)

(Reprise à 16 h 11)

Le Président (M. Beaumier): Alors, la commission des affaires sociales reprend ses travaux. Nous en sommes à l'audition de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, suite.

Alors, bonjour, bonjour. Et je passerai la parole au député de Gaspé.

M. Lelièvre: Merci, M. le Président. Bonjour. Ce matin, nous étions sur... nous avons abordé la question des effectifs médicaux dans la région Gaspésie—Îles. Il y a un autre élément là-dessus où j'aimerais avoir des précisions. Est-ce que la Régie régionale ou les établissements concluent des ententes avec d'autres établissements hors région? Plus précisément, c'est ça que je voulais voir ce matin, s'il y a des ententes qui se concluent en ce qui a trait à la distribution des soins.

M. Loisel (Denis): Là-dessus, on l'abordait un petit peu ce matin, c'est qu'on disait que ça ne se faisait pas nécessairement de façon systématique, dans le sens que, dans certains cas, c'est les médecins qui connaissent les médecins du milieu urbain et établissent les contacts. Donc, il n'y a pas nécessairement de façon systématique des corridors de services qui sont établis. Par contre, c'est sûr que c'est quelque chose qui est à

faire. Et, à cet effet-là, on commence à travailler un dossier de cette nature-là. Parce qu'il faut voir que ce n'est pas nécessairement simple, puis il faudrait pratiquement le faire avec l'ensemble des établissements où des gens de notre région vont consulter.

Et la façon dont on s'y est pris, dans un premier temps, pour amorcer un travail dans ce sens-là, c'est qu'on a commencé à travailler avec la région du Bas-Saint-Laurent — d'ailleurs, les gens de la Côte-Nord aussi sont impliqués dans ce processus-là. Et on veut, au moins dans un premier temps, asseoir, mettre la table pour un genre de travail dans ce sens-là, mais au moins le faire avec notre région voisine dans un premier temps avant de le faire avec éventuellement des établissements qui sont situés à Montréal ou à Québec.

Alors, on a déjà commencé à avancer les travaux de ce côté-là. Et, dans le fond, ce qu'on essaie de voir, c'est dans quelle mesure on peut convenir des ententes très claires en termes de desserte, à partir, notamment... avec l'établissement qui est concerné. En termes de desserte suprarégionale, c'est vraiment l'hôpital de Rimouski, le Centre hospitalier régional de Rimouski, et on a déjà listé un certain nombre de spécialités dans lesquelles on pourrait avoir... on va officialiser, en fait, la desserte, pour ces spécialités-là, des gens de Rimouski, à l'égard de notre population.

L'intérêt de faire ça, bien sûr, c'est que ça va nous donner une espèce de garantie, en fait, de services, ça va nous permettre de mettre sur papier le type de services qu'on attend de leur part, leur présence aussi, parce que ce n'est pas parce qu'on est desservi par un hôpital de l'extérieur de la région que, par exemple, les médecins de la région en question ne peuvent pas venir faire des consultations dans notre région. Notamment en urologie, ça existe, on a un très bon service des urologues de l'hôpital de Rimouski depuis de nombreuses années, et c'est un peu ce modèle-là qu'on veut extensionner à d'autres spécialités et faire en sorte, dans le fond, qu'on va signifier nos attentes de façon très claire à l'équipe de médecins spécialistes de l'hôpital de Rimouski. Et eux, nécessairement...

On va pouvoir aussi évaluer nécessairement dans quelle mesure... étant donné qu'on aura un contrat clair, on va être en mesure d'évaluer si ça répond, dans le fond, à la demande. Et ça nous donnera une espèce, je dirais, de levier. Si jamais on n'était pas satisfait, après un examen du fonctionnement, après une année, par exemple, on pourrait se dire, bien: Écoutez, si, dans une spécialité donnée, le service que vous nous donnez, soit parce que vous manquez d'effectif tout d'un coup, ou autres raisons, bien, on pourra dire: Bien, écoutez, on va établir un corridor de services avec un autre hôpital. Mais, dans un premier temps, on souhaitait le faire — je pense que c'était de bonne guerre — avec notre région voisine, pour extensionner éventuellement.

M. Lelièvre: J'aimerais aborder la question des CLSC. Je sais que la région en compte plusieurs. Est-ce que les CLSC sont accessibles en dehors des heures qu'on dit «dites normales», là? Il y en a combien qui opèrent sur... C'est quoi, les heures d'opération, d'accessibilité à la clientèle? Il y a des territoires éloignés. Je pense, par exemple, entre Sainte-Anne-des-Monts et Grande-Vallée, le plus proche CLSC, lui, il

opère sept jours semaine, 24/7. Mais, pour ce secteur-là particulièrement et les autres où les CLSC sont en opération sur le territoire, j'aimerais voir dans quelle mesure on peut apporter un service continu, là, à ces gens-là. Le service d'urgence aussi.

M. Loiseau (Denis): Dans notre région, évidemment, il y a des CLSC, comme dans d'autres régions périphériques, qui opèrent des services d'urgence, là. Dans le fond, ce sont l'équivalent d'hôpitaux, là. Dans ce cas-là, ils ont vraiment une urgence 24/7. C'est le cas de Murdochville, de Grande-Vallée, comme vous le mentionniez, et c'est aussi le cas au CLSC-CHSLD Baie-des-Chaleurs, à Paspébiac, où il n'y a pas d'hôpital dans cette MRC là. Alors, eux, ils ont des services 24 heures, 7 jours par semaine.

Pour les autres CLSC, bien, évidemment, il n'y a pas à avoir des services d'urgence de cette nature-là, puisque l'hôpital offre ces services-là, mais par ailleurs il peut y avoir... je ne pense pas, ils n'ont pas de services 24/7, mais il y a, par exemple, dans le cadre du virage ambulatoire, certains engagements des CLSC à offrir des services... Prenons quelqu'un qui sort de l'hôpital plus vite que prévu, là, étant donné qu'on a réduit les durées de séjour, si quelqu'un a besoin de pansements en fin de semaine, ça doit être fait à domicile, nécessairement, là, les fins de semaine, on peut offrir les services. Dans le fond, les CLSC vont le planifier dans la mesure où c'est annoncé.

Puis, normalement, on a instauré un système où il y a des infirmières de liaison dans l'hôpital, ce qui fait en sorte que, si un client doit sortir vendredi et qu'il a besoin, par exemple, de pansements le samedi et le dimanche, bien, le contact est fait le vendredi de manière à annoncer en fait ce congé-là et de faire en sorte aussi que le service soit rendu à domicile, pour faire le pansement. Alors, c'est un peu comme ça que ça fonctionne. Donc, tous n'ont pas des services 24/7, mais sauf que, dans le cadre du virage ambulatoire, il y a certains services qui sont disponibles, dans la mesure où ils sont annoncés à l'avance.

M. Lelièvre: Mais, les heures d'ouverture des CLSC, c'est quoi? C'est... Ça se termine tôt en après-midi ou sur la fin de l'après-midi? En soirée, il y a des services?

M. Loiseau (Denis): Ah, en général, c'est... Non, c'est quand même pas... ça ne ferme pas à 16 heures, là, loin de là. La plupart ont, sinon la totalité, en fait, là, font en sorte qu'il y ait des services de consultation, notamment des consultations médicales, mais aussi d'autres professionnels. C'est qu'il y a des disponibilités en soirées aussi, pas tous les soirs, mais c'est connu à l'avance, et donc il y a effectivement, là, des services de consultation qui se font, des services psychosociaux notamment, qui sont offerts en soirée aussi.

M. Lelièvre: Ce matin, vous avez abordé la question des frais de transport pour les gens qui veulent aller se faire soigner à l'extérieur, donc toute la question du transport électif. Est-ce que la Régie est en mesure de pouvoir nous dire à combien pourrait se chiffrer...

Parce que, je sais, les gens qui doivent quitter la région pour aller à Québec, les frais de transport, les frais d'hébergement, de séjour, hein — parfois, il y a une escorte qui les accompagne lorsqu'ils sont incapables de voyager seuls — ça semble être un problème important au niveau de la région, et j'aimerais vous entendre là-dessus.

● (16 h 20) ●

M. Arsenault (Suzette): J'aimerais vous dire d'abord que les gens ne «veulent» pas aller se faire soigner à l'extérieur, mais qui «doivent» aller se faire soigner à l'extérieur, dans certaines spécialités et aussi pour les services ultraspécialisés. C'est bien certain qu'on a déjà préparé un dossier qui est soumis au ministère. Les coûts reliés à une couverture plus adéquate des frais de séjour et de déplacement pour les cas électifs puis, comme vous le mentionniez, comme l'accompagnement dans certains cas, ça peut aller chercher près de 5 millions de dollars. Et c'est documenté. Je pense que cet argent-là actuellement, il est assumé par les patients et leur famille, puis je ne pense pas que ce soit juste et raisonnable que ça se passe ainsi, parce que l'accès aux services est fortement amputé, là, quand on doit contribuer d'une manière aussi importante à l'obtention des soins.

M. Lelièvre: Pourriez-vous, pour être plus précis, nous dire dans quelles spécialités vous êtes obligé de référer les gens à l'extérieur, soit à Québec ou ailleurs? Parce que, dans le fond, s'ils ne peuvent pas recevoir les services dans la région, c'est parce qu'ils ne sont pas disponibles. Donc, à ce moment-là, s'il y avait... Est-ce qu'on a les équipements? Est-ce qu'on a tout ce qu'il faut pour donner les services, mais il n'y a pas de médecins pour les donner, spécialistes? Non. C'est de la médecine, comme on dit...

Mme Arsenault (Suzette): Ultraspécialisée, si on pense à des cas, par exemple, d'enfants qui ont un suivi à avoir à Sainte-Justine. Je ne pense pas qu'on puisse penser décemment que des centres hospitaliers de notre région pourraient suffire, hein, pourraient fournir à donner ce type de services là. On pense aussi à des cas, par exemple, en cardiologie. On pense peut-être à des cas extrêmes, des cas de grands brûlés, par exemple, ou des choses comme ça, qui ne seront jamais disponibles dans nos régions. Puis ce n'est pas à cause d'un manque ou d'équipements ou de médecins, mais c'est à cause de l'ultraspécialisation de ces services-là. Je ne sais pas si M. Loiseau veut ajouter autre chose là-dessus.

M. Loiseau (Denis): Bien, juste pour illustrer dans quelles spécialités ça peut se faire, au-delà de celles que Mme la présidente vient de mentionner. Il y a tout le domaine du cancer, là, notamment en radiothérapie; c'est une raison de déplacement à l'extérieur de la région quand on a besoin de ce genre de services là. Il y a le domaine de la réadaptation physique, dans certains cas, quand c'est très spécialisé. On peut penser aux gens qui ont besoin d'aller à François-Charon, notamment. Alors, ça peut être assez large, là, comme gamme de services qui sont consommés à l'extérieur. Tout ce qui est de l'ordre de la spécialité, je dirais, de pointe, là, c'est clair qu'il faut qu'il y ait des déplacements.

On ne considère pas ça comme une anomalie dans ces domaines-là. L'idée n'est pas de dire qu'on devrait développer ces services-là, je pense que ça ne serait pas réaliste, sauf que, ce qu'on évoque, dans le fond, c'est que, par ailleurs, il y a des coûts à ces déplacements-là et que, pour nous, c'est une problématique d'accessibilité à la population de la région, une accessibilité équitable, égale au reste de la population du Québec à ces services-là. Alors, oui, c'est clair que, quand ils y vont, ils ne paient pas pour le service comme tel, mais c'est vraiment... La politique actuelle, il faut bien l'illustrer, là, c'est que quelqu'un qui doit partir de la Gaspésie, de Gaspé, pour se rendre à Québec, c'est 120 \$, je pense, auxquels il a droit. Donc, ça couvre à peu près les frais de transport, et, dépendamment du type de transport qui est utilisé, ça ne couvre pas toujours les frais de transport.

Il n'y a pas un sou pour les frais d'hébergement, il n'y a pas un sou non plus pour couvrir les frais de repas, que la personne soit partie deux, trois jours ou deux semaines ou trois semaines. Et, quand on est face à des maladies chroniques, nécessairement ça se répète, en plus. Sur le plan de l'accès, ça crée des situations vraiment très questionnables, de notre point de vue, là, d'autant plus que ça crée aussi un problème d'équité même à l'intérieur de la région. Par rapport aux autres personnes, à la population des autres régions, il y a une forme d'inéquité là, mais aussi, même dans la région, si on a eu un accident de voiture et qu'on est couvert par la SAAQ, ou si c'est un accident de travail, c'est couvert par la CSST, si on est bénéficiaire de l'aide sociale, on a le droit à des compensations qui sont d'une autre nature. Alors, il y a un problème d'inéquité majeur de ce côté-là. Ce n'est déjà pas drôle de devoir partir à l'extérieur, on pense que c'est la moindre des choses que les frais de déplacement soient vraiment entièrement couverts, tout ce qui est relatif aux déplacements.

Et, encore là, pour illustrer l'ampleur de la problématique, c'est que je pense que l'enfant, si c'est un enfant de plus de 14 ans, à ce moment-là, il n'a pas droit à l'escorte. Alors, il y a comme des problèmes aussi. Puis dans certains autres cas, puisqu'on parle de transport, l'avion-ambulance. Ça nous a été rapporté dans le cadre des consultations qu'on a faites, le volet de la consultation régionale de la commission Clair, ce que les gens nous disaient, c'est qu'ils vivaient ça comme un problème. Et on peut le comprendre, c'est que, quand il y a un transport à l'extérieur de la région en avion-ambulance et qu'il s'agit de jeunes enfants, les parents ne sont pas autorisés à embarquer. Ça crée aussi un certain problème, un certain stress à la fois pour la famille et l'enfant, surtout, là.

M. Lelièvre: Et actuellement, la Régie, vous disposez d'un budget de combien pour les transports électifs?

M. Loiselle (Denis): Ce n'est pas beaucoup. Actuellement, la dépense, et donc ce qu'on octroie aux établissements, c'est de l'ordre d'à peu près 1 million de dollars. Alors, vous voyez l'écart. Ce qu'on a chiffré de façon approximative — puis on est prêt à le travailler davantage pour raffiner l'analyse — c'est qu'il manquerait, en toute équité, de notre point de vue, à peu

près 5 millions. Alors, c'est une marche qui va être haute, qui est à combler, mais c'est ce qu'on alloue aux établissements. Mais, ce qu'on a obtenu du ministère, il y a très longtemps, sur la base du budget historique, c'est encore moins que ça. C'est qu'on a réajusté à partir de l'enveloppe régionale, une certaine marge de manœuvre, on a doublé la mise, parce que c'est à peu près 500 000 \$ qui avaient été obtenus il y a déjà de très nombreuses années de la part du ministère pour ce dossier-là.

Le Président (M. Beaumier): C'est bien. Alors...

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

Le Président (M. Beaumier): Bien sûr, M. le député de Gaspé, bien sûr.

Une voix: Non.

M. Lelièvre: Non? Ha, ha, ha! Je vois mon collègue qui est en train de se préparer ardemment.

Il y a un autre élément que vous avez mis sur pied, en Gaspésie, c'est les premiers répondants. Pour le bénéfice de la commission, pourriez-vous nous dire comment ça fonctionne, les premiers répondants, dans une région aussi vaste puis par rapport aux autres intervenants en matière de santé, tels, par exemple, le service ambulancier, centres hospitaliers, CLSC, etc.?

M. Loiselle (Denis): En fonction du plan qu'on s'est donné, les premiers répondants sont un maillon de la chaîne important dans une région comme la nôtre, dans l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence. Parce que, quand on avait fait l'analyse de la situation puis qu'on regardait les temps-réponses qu'on avait, à partir du moment où quelqu'un loge l'appel parce qu'il a besoin d'une ambulance et le moment où l'ambulance arrive, il y avait des temps-réponses qui n'étaient pas très bons, là, et on pouvait avoir dans certains cas des temps-réponses qui étaient de l'ordre de 20 minutes. Puis on peut le comprendre, c'est une grande région. Et, quand on regardait ça, on ne pouvait pas imaginer nécessairement qu'il y ait une ambulance dans chacun des villages, parce que là, vraiment, ça deviendrait d'abord coûteux à financer puis, deuxièmement, pas tellement efficace non plus comme système.

Mais, par contre, il fallait améliorer ces temps-réponses-là parce qu'il en va de la survie des gens. Et ce n'est pas nous qui avons inventé ce concept-là, des premiers répondants, sauf qu'on s'est dit que, dans une région comme la nôtre, d'avoir des équipes de premiers répondants, c'est-à-dire des bénévoles, en fait, qui sont formés en réanimation cardiorespiratoire, qui sont capables donc de faire des gestes qui sauvent la vie, si on en avait dans chacun des villages — et on les formait, bien sûr, et on les forme de façon régulière, ils sont quand même encadrés par des médecins qui vérifient leurs compétences et le maintien de leurs compétences — évidemment, ça deviendrait un complément très intéressant aux services préhospitaliers, aux techniciens ambulanciers et aux véhicules ambulanciers comme tels.

Alors, on a instauré dans la région un bon nombre d'équipes de premiers répondants, proportionnellement, par rapport à d'autres régions du Québec. Évidemment, on a une réalité géographique de région qui est même différente de celle de la Côte-Nord, dans le sens qu'on est beaucoup plus étalé, on n'a pas de concentration urbaine comme telle, et nécessairement ça nous a amenés, proportionnellement, à implanter des équipes de premiers répondants dans une mesure beaucoup plus importante qu'ailleurs au Québec. Et donc, je pense que c'est quand même...

Et, là-dessus, on a une collaboration, parce qu'il y a différents modèles qui existent, mais, dans notre région, c'est les municipalités qui s'impliquent à ce niveau-là; c'est elles qui recrutent les premiers répondants, et puis ils sont coordonnés en fait sous le chapeau de la municipalité. Elle défraie les équipements, sauf qu'on paie la formation. Mais il y a un équipement de base qui n'est pas très coûteux. Sauf, ça m'amène à parler d'autre chose, la question des moniteurs défibrillateurs.

M. Lelièvre: Est-ce que c'est une seule municipalité qui paie pour l'équipement de base que vous mentionniez tout à l'heure?

M. Loisel (Denis): Oui, il y a un coût, mais ce n'est pas énorme, là, et ça n'a jamais été revendiqué par eux, que ce soit payé par nous, c'est leur collaboration, leur contribution; nous, on assure, on fournit la formation.

● (16 h 30) ●

Mais c'est une chose que de parler des premiers répondants, mais il faut aussi parler d'un projet que nous avions et qu'on a toujours. On sait que, dans les véhicules ambulanciers, il peut y avoir ce qu'on appelle des moniteurs défibrillateurs, quand il y a une défibrillation à faire, mais aussi, la problématique que je vous illustrais tantôt, c'est que la défibrillation, il faut qu'elle se fasse pas 20 minutes après, là. Et, si le premier répondant arrive et qu'il n'est pas équipé de défibrillateur, bien, il y a un problème à ce niveau-là. Et, nous, évidemment, le plan qu'on s'est donné, c'est d'équiper aussi les équipes de premiers répondants non pas de moniteurs défibrillateurs, c'est un peu plus sophistiqué comme équipement, mais de défibrillateurs automatiques, et là, dans ce cas-là, bien sûr qu'on ne s'attend pas à ce que ce soient les municipalités qui défraient ces coûts-là. C'est clair, là. Soyez rassuré là-dessus.

Le Président (M. Beaumier): Ça va? Oui, M. le député de Gaspé.

M. Lelièvre: Oui. Pour terminer sur ce sujet-là. Il y a 56 localités dans la région, 56 municipalités. Ce ne sont pas toutes les municipalités qui ont des services de premiers répondants. Donc, il y a combien de personnes environ, combien de localités sont couvertes actuellement par ce service-là? Et est-ce que vous avez une évaluation de la pertinence, de la qualité du service que donnent ces premiers répondants? Est-ce que ça a déjà été évalué, examiné par quelqu'un, par un organisme?

M. Loisel (Denis): Actuellement, il existe à peu près une trentaine d'équipes de premiers répondants sur le territoire. Notre objectif, c'était de faire en sorte qu'il y en ait à peu près 35. Bon, on a commencé par le commencement, on n'est pas rendu au rythme de croisière qu'on cherchait, et la raison... Vous dites qu'il y a 56 municipalités, là, je vous crois sur parole, parce que je n'ai pas le nombre exact en tête, là...

M. Lelièvre: J'ai pris ça dans le document, je pense.

M. Loisel (Denis): Mais c'est peut-être même dans notre document, là. Mais, pour vous dire pourquoi il n'y a pas un nombre de premiers répondants équivalant au nombre de municipalités, c'est qu'il y a bien des municipalités où il y a un véhicule ambulancier qui est posté, donc nécessairement on ne se met pas en duplication par rapport à ça. On a vraiment ciblé les secteurs de municipalités, de localités qui étaient très loin d'un véhicule ambulancier, donc on les a implantés là où le temps-réponse devait être comprimé de façon significative. Ça, c'est le premier élément de réponse à votre question.

L'autre élément: est-ce qu'on évalue la qualité? Bien, c'est que ces gens-là, on a un coordonnateur médical responsable au niveau régional, responsable des services préhospitaliers d'urgence, et il y a ces répondants locaux aussi dans chacun des centres hospitaliers. C'est eux ensemble qui doivent assurer, dans le fond, la qualité de la compétence, la compétence, dans le fond, et le maintien de la compétence des équipes. C'est eux qui ont cette responsabilité-là.

Le Président (M. Beaumier): Merci, M. Loisel.

M. Lelièvre: Un petit complément...

Le Président (M. Beaumier): Un complément, bien sûr, petit. Je retiens le mot «petit» aussi, oui.

M. Lelièvre: J'avais, il me semble, vu quelque part que le Vérificateur général s'était prononcé aussi sur ce service-là.

Mme Arsenault (Suzette): Il avait souligné, dans son rapport d'il y a deux ans, l'importance de ce service-là chez nous et la qualité... l'innovation, en fait, qu'on avait fait de le déployer à la grandeur du territoire.

Le Président (M. Beaumier): Merci, Mme Arsenault.

Une voix: ...

Le Président (M. Beaumier): Oui, mais on peut passer de l'autre côté puis revenir? Oui, il y a votre collègue, d'ailleurs, qui avait demandé une question tantôt. Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, et on s'excuse pour le retard aujourd'hui. C'est la deuxième journée de la session, et ils ont eu quelques motions sans préavis et

c'est bien difficile d'être à deux places en même temps, mais on essaie. Merci pour votre présentation et merci pour votre travail dans les régions. Ce n'est pas facile de gérer et de balancer toutes les questions de santé et de services sociaux, particulièrement sous ce gouvernement, et j'apprécie beaucoup le travail que vous faites.

Peut-être je peux juste finir sur la question des services préhospitaliers d'urgence. Avez-vous une opinion sur les paramédiques? Parce que j'ai eu une demande de plusieurs territoires. Comme je sais que chaque territoire est un peu différent, comme Gaspé, avec les vastes territoires, il y a les groupes qui demandent que le gouvernement change la loi pour aller plus loin que les premiers répondants, qu'on peut avoir actuellement, les paramédiques. Avez-vous réfléchi sur ça en Gaspésie?

Le Président (M. Beaumier): M. Loiselle.

M. Loiselle (Denis): J'aimerais pouvoir vous apporter une réponse, mais, très honnêtement, ce n'est pas quelque chose qui a été examiné dans le cadre de nos réflexions de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Je dois vous dire non. On n'y a pas réfléchi.

M. Williams: Bon, mais peut-être que ça va être une bonne idée, parce qu'il me semble que c'est vrai... On ne peut pas envoyer... Un peu dans la même logique que vous avez mentionnée, on ne peut pas avoir les ambulances partout. Nous avons besoin des premiers répondants, j'accepte votre réponse, mais il me semble peut-être qu'on peut aller un peu plus loin dans cette discussion. Je peux faire ça avec vous plus tard aussi, si vous voulez.

Est-ce que vous pouvez déposer, pas maintenant, les temps de réponse des ambulances moyens ou par MRC? Dans la façon dont vous gardez ça, je ne veux pas demander de travail extra. Et je demande à tout le monde, pour vos amis en arrière, de faire la même chose, parce qu'on essaie de comprendre vraiment la réalité. C'est bien facile de sortir avec un mauvais exemple, que le temps de réponse a été 45 minutes, ou 50 minutes, ou une heure, etc. On veut comprendre la situation. Avec ça, si vous pouviez faire ça, et on peut discuter ça la prochaine fois.

Mais, une question que j'ai suivie beaucoup aujourd'hui, c'est la question des jeunes en difficulté. Et les chiffres sont intéressants, chez vous, il me semble, peut-être parce que vous êtes financés plus que la moyenne per capita. Je ne sais pas. Bien, sur 16 territoires, vous êtes le quatorzième mieux financé... Je pense peut-être que ce n'est pas nécessairement assez, inquiétez-vous pas! Mais, depuis le début que j'ai eu l'information, vous avez et vous êtes les seuls, depuis le début, qui gardez la liste d'attente, en application des mesures à zéro. Avec ça, là, je vous donne une chance... parce que, malheureusement, nous n'avons pas cette situation dans le reste du Québec. Moi-même, j'ai parlé aujourd'hui sur cette question, et peut-être que mon ami le député est un peu surpris de ma question, mais, quand il y a un bon travail, je voudrais mieux comprendre pourquoi. Et je présume que ce n'est pas juste parce que vous êtes financés plus que la moyenne.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. Loiselle.

M. Loiselle (Denis): De fait, je ne pense pas que ce soit la première explication, même si, d'avoir les ressources financières suffisantes, c'est important, là. C'est vrai qu'on a un bon per capita, mais il faut toujours le mettre aussi dans la perspective régionale, où on a toujours un meilleur capita. On en parlait d'ailleurs ce matin, Mme la présidente le mentionnait dans son discours, c'est qu'on est considéré comme une région riche dans la région, en passant. De notre point de vue, on ne se considère pas si riche que ça, parce que, dans une région comme la nôtre, il y a des économies d'échelle qu'on ne peut pas faire. Il y a aussi des conditions socioéconomiques qui peuvent avoir un impact sur la santé et qui font en sorte que ce financement-là qui en apparence nous favorise est certainement requis. Donc, je ne pense pas que le centre jeunesse arrive bien dans le contrôle de ses listes d'attente uniquement parce qu'il a des bonnes ressources financières.

Eux-mêmes pourraient vous l'expliquer davantage, c'est clair, mais je pense que c'est beaucoup relié au type de pratique qu'ils ont instauré au centre jeunesse. Ça a été quand même examiné à plusieurs reprises par différentes instances, et, ce qu'on reconnaît chez eux, c'est qu'ils ont une pratique qui fait en sorte qu'ils peuvent conserver quand même un certain contrôle, à certains égards, sur cette situation-là. Ils n'ont pas toujours été aussi performants. Je me souviens d'une époque où ils avaient aussi leurs difficultés. Mais je dirais que ça s'améliore sans cesse, et je pense que, depuis un an et demi au moins, là, ils sont effectivement à une liste d'attente zéro.

Bon, il y a différents trucs qu'ils ont. Quand ils nous l'expliquent, quand on leur demande de nous expliquer comment ça se fait que ça se passe comme ça, il n'y a pas une solution, là; je pense que c'est un ensemble de solutions qu'ils mettent de l'avant et qui font en sorte que ça se passe assez bien. Je pense qu'ils impliquent beaucoup leurs intervenants. Un exemple, entre autres, qui m'a été cité, c'est qu'ils ont souci de mettre, à l'évaluation des signalements, quand un signalement arrive, vraiment des professionnels, des gens qui ont beaucoup d'expérience et non pas des techniciens. Ils ont l'impression que ça leur permet de mieux évaluer la situation et de faire en sorte qu'à sa source même ils sont en mesure, dans le fond, de bien aiguiller, de bien orienter, de bien juger du cas, de ne pas rentrer dans le système des cas qu'ils n'ont pas besoin de rentrer. Alors, c'est un des trucs qu'ils peuvent s'être donnés, entre autres, là.

● (16 h 40) ●

M. Williams: Mais c'était tout ça avant la loi n° 107, la loi antiservices, et, selon la documentation que j'ai reçue du réseau des centres jeunesse, chez vous, cette année, ils vont avoir une lacune de 557 176 \$, 240 500 \$ directement pour les services et un autre 316 776 \$ — cette année, là — pour les frais de gestion, les coûts d'augmentation de la convention collective, etc. Avec ça, il y a tout un déficit qui peut arriver chez vous. Selon vous — et c'est votre chance privilégiée de passer le message à la ministre ou au ministre — sans

avoir une injection de nouvel argent, est-ce que vous pouvez encore garder cette liste d'attente basse, respecter la loi n° 107 et respecter votre tâche de répondre aux besoins des jeunes familles en difficulté? Un peu la question que j'ai demandée à la ministre. Selon les chiffres, mes données, que j'ai reçus de tous les centres jeunesse, chez vous, il y a un déficit prévu de 557 000 \$, si on compte les deux. Au moins 240 000 \$ en services directs.

M. Loisel (Denis): Oui. Il va falloir concilier nos sources de données, parce que ce n'est pas l'information dont on dispose actuellement, puis, au besoin, je ferai appel à mon collègue, là, de la Direction des ressources matérielles et financières, si je dis quelque chose d'inexact. Nous, la prévision qu'on...

M. Williams: ...

M. Loisel (Denis): Oui. Bien, c'est un peu ça que je m'apprete à faire, dans le sens que, je vous dis, l'information, selon nous, je comprends votre source, là, mais, selon nous, c'est davantage un déficit qui pourrait être de l'ordre de 50 000 \$ à peu près en ce qui concerne le centre jeunesse, et c'est relié pas nécessairement... C'est qu'il s'est passé quelque chose. C'est qu'ils ont perdu certains revenus cette année parce qu'ils donnaient des services à des autochtones dans une réserve, et ils sont payés à l'achalandage, mais, comme ils ont eu un faible achalandage cette année, il y a une source de revenus qui est disparue à cause de cette faiblesse-là d'achalandage. Mais c'est la seule raison, là, à ce moment-ci.

Donc, l'ordre de grandeur que vous projetez en ce qui nous concerne, ça ne correspond pas aux chiffres dont on dispose. Alors, nécessairement, l'ordre de grandeur en ce qui nous concerne — et puis c'est validé en fonction des chiffres, là, des rapports financiers qu'ils nous font — ce n'est pas une somme substantielle à ce moment-ci. Et, de notre point de vue et pour notre région — je parle pour notre région, bien sûr — je ne pense pas qu'ils soient en risque de compromission à ce moment-ci, et ce n'est pas les propos qu'il nous tient non plus, l'établissement, d'une perte ou d'une menace quant à leur performance qu'ils affichent depuis un an, un an et demi.

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

M. Williams: Oui, merci beaucoup. En tout cas, j'espère que vous allez certainement travailler avec votre centre à assurer que la pression des coupures — qui totalisent, partout dans la province, c'est 60 000 millions pendant les derniers cinq ans, avec aussi la loi n° 107 — ne cause pas une affaire perverse chez vous. Je vois que vous êtes un des seuls qui approchent un objectif raisonnable, pas le seul, mais un des seuls, et je pense que c'est un grand, grand danger, et, selon mon... Je peux donner mes chiffres après, là, et on peut discuter.

Il y a l'autre... Et je sais que les listes d'attente ne sont pas les seuls facteurs ou les seuls critères, mais, au moins, c'est une indication que ça se passe, soit dans les jeunes en difficulté, mais aussi dans les services

spécialisés de réadaptation en déficience physique. Je sais qu'il y a plusieurs facteurs, mais je voudrais discuter et vous donner une chance d'expliquer, chez vous, qu'est-ce qui se passe sur ces délais d'attente. Comme exemple, l'année passée... Encore une fois, les chiffres que j'ai reçus, c'est de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, et, selon eux, l'année passée... Et je voulais vous demander c'est quoi, le statut de ces listes d'attente maintenant dans votre territoire, déficience motrice. Le délai d'attente était de 18 mois pour les services, et ils ont eu 91 personnes sur cette liste, 91 adultes sur cette liste; pour les jeunes, pour les enfants, chez vous, encore une fois, déficience motrice, ils ont eu le même délai d'attente, 18 mois, 72 enfants, l'année passée. Les chiffres viennent de septembre 1999. Je voudrais savoir — et, si vous n'avez pas toute l'information, vous pouvez déposer ça plus tard — c'est quoi, le statut de cette liste d'attente? Est-ce que vous avez amélioré ça? Est-ce que c'est plus court et moins grand, ou est-ce que c'est encore grand, ou est-ce qu'elle s'est allongée?

Le Président (M. Beaumier): M. Loisel.

M. Loisel (Denis): Je vous dirais que c'est encore élevé. On a peut-être réduit un peu la durée, là, de réponse, parce que l'établissement qui est responsable de la dispensation des services a fait une opération blitz pour essayer de corriger un peu la situation, mais la situation demeure encore assez sérieuse en ce qui concerne les listes d'attente en réadaptation physique. C'est vrai en déficience motrice. Évidemment, ça dépend dans quelle perspective on se met, parce qu'il y a quelques années — c'était aussi mentionné dans le discours d'introduction de ce matin — on avait zéro service dans la région, il n'y a pas si longtemps, et il s'est investi à peu près 1,5 million depuis ce temps-là, entre, je dirais... depuis 1996-1997, 1,5 million, alors que c'était zéro avant ça.

Ça a permis évidemment d'apporter une réponse à un certain nombre de besoins, mais sauf qu'il reste encore... les listes d'attente que vous faites valoir sont effectivement à peu près... les ordres de grandeur, d'après ce que vous mentionniez, sont à peu près les bons en ce qui nous concerne. Ce matin, on disait qu'il manquait probablement quelque chose qu'on estime à au moins 1,5 million, au moins donc encore autant que ce qui a été investi à ce moment-ci dans la région. Et je pense que c'est quelque chose qui est à corriger. Si on avait une priorité de financement, une des priorités de financement à faire valoir aujourd'hui, si la question nous était posée, c'est clair que, dans ce secteur-là, il y a lieu de consolider. On est loin d'être rendu à terme en termes de développement de services dans ce domaine-là, et particulièrement en déficiences auditive et visuelle. Ça, c'est clair.

M. Williams: Si j'ai bien compris, et je ne veux pas mettre les mots dans votre bouche, dans les déficiences physiques, pour respecter votre mission sociale, pour livrer les services pour ceux et celles qui en ont besoin et aussi de respecter la loi n° 107, le territoire, les régions, a besoin de 1,5 million de dollars. Est-ce que c'est ça que j'ai bel et bien compris?

M. Loisel (Denis): Ce n'est pas une question de respecter la loi n° 107, ça, je comprends mal, mais, en termes de besoins, effectivement il y a lieu... Parce que l'établissement, il arrive en équilibre avec le budget qu'il a, et c'est ce qui lui a été accordé. On a fait un développement qui équivaut à 1,4 million, à peu près, à ce moment-ci, sauf qu'on est en phase de développement. Il y a eu des premières phases de développement. Elles ne sont pas complétées. Et donc, ce faisant, on devrait obtenir éventuellement — ça, je pense qu'on s'attend à des développements de cette nature-là — de l'ordre d'un autre 1,5 million pour compléter l'offre de service dans ce secteur-là.

M. Williams: Cette année fiscale?

M. Loisel (Denis): Cette année... bien, c'est-à-dire qu'on est en attente. Je ne peux pas savoir en quelle année arrivera... Nous sommes en attente. Le plus tôt possible, bien sûr, là.

M. Williams: Comme ceux et celles qui ont besoin de services.

Mme Arsenault (Suzette): Comme ceux et celles qui ont besoin de services, bien sûr.

M. Loisel (Denis): Oui, tout à fait, tout à fait.

M. Williams: Merci. Une autre question que je n'ai peut-être pas demandée aux autres régions, mais j'ai vu que vous avez été choisi par le ministre délégué pour un premier projet-pilote pour les problèmes de jeu de hasard, les joueurs pathologiques. Ils ont ciblé l'Outaouais, Laval, Montréal, un autre...

M. Loisel (Denis): Québec, Chaudière-Appalaches.

M. Williams: ...Québec et Gaspé. Peux-tu expliquer ça, là?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Non, non. Deux choses, je ne suis pas contre ça. Je trouve ça encore bizarre qu'on cible — un peu dans l'autre stratégie, dans le passé, qu'ils ont ciblé pour les listes d'attente pour les jeunes en difficulté — juste quatre régions. Il y a des besoins partout. Vous êtes financés plus ou moyen, mais il y a des besoins chez vous aussi, et de cibler... Le ministre prétend qu'avec 10 millions il a ciblé à quatre territoires. Quatre territoires, tant mieux, mais qu'est-ce qui se passe avec l'autre 12? Je ne commence pas de débat, mais je ne suis pas contre l'idée que Gaspé ait reçu ça, mais je voudrais comprendre pourquoi et un peu qu'est-ce que vous allez faire avec cet argent.

Le Président (M. Beaumier): M. Loisel.

M. Williams: Et est-ce que c'est à cause du député qui est devant moi, là? Non, non, non.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Beaumier): Non, non, on s'adresse au président. Bon. M. Loisel.

M. Williams: Ou de son comportement?

Le Président (M. Beaumier): On s'adresse au président. Bon. M. Loisel.

M. Loisel (Denis): Oui. Là-dessus, je vous dirais que ce qu'on en fera, je ne suis pas en mesure d'y répondre maintenant, parce que ce que j'ai su... Dans le fond, j'ai lu le communiqué de presse, probablement comme vous, alors, à ce moment-ci, c'est une allocation qui vient d'être annoncée, qu'elles seront... c'est assorti de quelles conditions? Je n'en sais rien. Quelles sont les attentes? Je n'en sais rien à ce moment-ci, au moment où on se parle.

M. Williams: La Régie n'a pas demandé pour ça?

M. Loisel (Denis): On n'a pas formulé de demande spécifique à cet effet-là pour les joueurs pathologiques, effectivement.

● (16 h 50) ●

M. Williams: Les établissements n'ont pas demandé pour ça?

M. Loisel (Denis): Pas que je sache, non.

M. Williams: C'est un peu comme M. Landry et GM, là.

M. Loisel (Denis): Écoutez, c'est que, là, moi, je ne suis pas en mesure de commenter l'explication ou d'où ça part. C'est sûr que, comme vous le dites, sûrement qu'il y a des besoins au Québec. Ce que je comprends de ce que je sais — ça va s'arrêter assez rapidement, mes commentaires — c'est pour, semble-t-il, expérimenter. Il s'agirait de projets-pilotes, d'après ce que j'ai compris. Mais là, pourquoi on a choisi notre région plus qu'une autre? Est-ce qu'on s'est dit que, quant à expérimenter, il faudrait peut-être le faire à la fois dans des centres urbains et des milieux périphériques? Peut-être. Mais, là-dessus, je m'arrête parce que, évidemment, je n'ai pas l'information, en plus.

M. Williams: Mais je suis convaincu que vous allez bel et bien utiliser ça, et je vais certainement vous questionner comment vous avez utilisé ça, plus tard.

M. Loisel (Denis): C'est clair.

M. Williams: Une brève question, M. le Président. Vous savez, dans mes années précédentes, j'ai certainement travaillé avec les régies régionales, et certainement la vôtre, sur toute l'application des services pour la communauté d'expression anglaise. Je n'entre pas dans la langue de bois... que le gouvernement a essayé de retarder les programmes d'accès, etc., mais je voudrais juste vous donner une chance d'expliquer c'est quoi, le statut de ce dossier chez vous. Je sais que vous avez fait des efforts et je voudrais juste mieux comprendre les progrès du dossier.

Le Président (M. Beaumier): M. Loïselle.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense qu'on peut dire que, lors des...

Le Président (M. Beaumier): Ah, Mme Arsenault.

Mme Arsenault (Suzette): ...dernières audiences qu'on a tenues en région dans le cadre de la commission Clair, le CASA — vous connaissez sûrement, sans doute — est venu nous présenter son mémoire et, lors de sa présentation, il a même souligné les efforts qui avaient été faits et sa satisfaction vis-à-vis de plusieurs établissements, entre autres ceux de la Baie-des-Chaleurs, le CLSC, les centres hospitaliers, pour servir de façon satisfaisante la clientèle de langue anglaise.

Bien sûr, il reste encore des efforts à faire du côté de la Côte-de-Gaspé. Des développements des services en langue anglaise sont à perfectionner dans cette partie-là du territoire où il y a aussi un noyau de population anglophone.

M. Williams: Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

M. Williams: Je vais garder le temps pour mon...

Le Président (M. Beaumier): Oui, très bien. Mme la députée de Vanier. Ensuite... Oui.

Mme Barbeau: Merci. Alors, je vais vous donner, à vous aussi, l'opportunité de... Vous étiez là tout à l'heure, mais je vais quand même répéter ma question pour les fins des débats. Il y a des débats en cours présentement ou, en tout cas, qui ont couru récemment sur le rôle des régies, leur imputabilité, leur coût, etc. Je ne suis pas de celles qui pensent qu'il faille les abolir, au contraire; c'est peut-être parce que leur travail est mal connu auprès de la population. Mais, moi, je ne mets pas en question leur rôle comme tel, mais je me dis... Comme j'expliquais tantôt, c'est que l'imputabilité des gens sur le C.A. versus la nôtre, les relations qu'il y a entre nous, elles ne sont pas nécessairement mauvaises, mais des fois elles sont ambiguës. L'imputabilité de qui versus qui, là.

Alors, moi, j'aurais aimé avoir votre point de vue là-dessus, parce que vous êtes les premiers dedans. J'ai vu dans votre mémoire, à la page 13, que, pour le rôle, vous êtes d'accord pour continuer à l'exercer comme vous le faites. Mais, comme je disais tout à l'heure, des fois, nous, on est interpellés, parce qu'on va aux élections, puis les gens nous disent... Ils sortent des réunions de la régie puis ils ne sont pas contents d'une décision, puis ils viennent nous voir puis ils disent: On va te battre aux prochaines élections. Ça fait que là on est un petit peu là-dedans... des deux côtés, je pense, il y a un petit inconfort. Alors, moi, j'aimerais savoir votre idée sur comment, si on doit changer, peut-être devrait être composé le C.A. ou élu. Si vous avez des idées là-dessus, ça m'intéresse de le savoir.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que, à l'intérieur du mémoire que nous avons déposé ce matin, j'ai déjà eu l'occasion de vous faire part de certaines opinions. Je vais laisser M. Tremblay, le vice-président...

Mme Barbeau: Mais, moi, j'ai juste vu, à la page 13, ce que vous dites. Vous parlez du rôle de la régionalisation...

Mme Arsenault (Suzette): Oui, mais...

Mme Barbeau: ...mais, sur l'imputabilité, et tout ça, à moins que j'aie mal lu, là, je n'ai pas vu...

Mme Arsenault (Suzette): Non.

Mme Barbeau: O.K.

Mme Arsenault (Suzette): On en parlait également ailleurs. Mais je vais laisser M. Tremblay, puis, si ce n'est pas suffisant, on y reviendra.

Mme Barbeau: O.K., merci.

M. Tremblay (Jean-Luc): Donc, à ce niveau-là, pourquoi...

Le Président (M. Beaumier): M. Tremblay, allez-y, oui.

M. Tremblay (Jean-Luc): Pourquoi, dans le mémoire, on a parlé de régionalisation sans aller dans les détails? C'est que c'est là qu'est le principe de départ, puis, pour les régions, c'est important. Le gouvernement du Québec, il doit prendre un alignement, à savoir: Est-ce qu'il régionalise ou ne régionalise pas? La régionalisation mitigée, ça n'existe pas, puis c'est prouvé que ce n'est pas rentable puis que ce n'est pas fonctionnel. Donc, au point de départ, il y a une décision et une orientation.

Sur les façons de faire, je pense que toute la table est ouverte, un peu comme c'est indiqué dans le mémoire, les rôles, les mandats doivent être précisés, ça, c'est évident. On doit rendre, comme Régie régionale, des comptes à un gouvernement qui est celui qui utilise l'argent des payeurs de taxes, parce que c'est cet argent-là qui nous revient, mais, pour nous autres, surtout dans les régions périphériques, c'en est une question, vraiment de principe, c'est-à-dire: on veut gérer. Si on gère mal, on en paiera le prix, puis malheureusement peut-être aussi les députés, mais, si on gère mal, ce sera notre population qui va nous demander de rendre des comptes. Mais je pense que l'organisation des services doit se faire régionalement, et le financement pour l'organisation des services doit être géré régionalement. Donc, ça, c'est le principe de départ. Maintenant, tout le reste après, en termes d'organisation, de reddition de comptes, ça, c'est discutable, puis je pense que la commission Clair va permettre de dégager des lignes d'action.

Au niveau de la composition, nous autres, on en est à penser que la majorité du conseil d'administration des régies doit être des élus par la population régionale,

puis elle devra rendre des comptes, ces gens-là devront rendre des comptes à la population qu'ils desservent.

Mme Barbeau: Par un peu opposition par des collèges électoraux, ce qui se passe... Non?

M. Tremblay (Jean-Luc): Ça n'exclut pas la présence de collèges électoraux. Ça n'exclut pas aussi des personnes nommées, mais la majorité des représentants, selon nous, devraient être des élus et des représentants de... ou des représentants de collèges.

Mme Barbeau: Vous êtes ouverts. Ce que je comprends, c'est que vous comprenez que, des fois, il y a un peu une ambiguïté par rapport à l'imputabilité directe qu'on a... on perçoit les taxes, puis qu'une instance régionale ne perçoit pas les taxes, donc n'est pas imputable de la même façon que nous. En tout cas, vous êtes d'accord pour dire que présentement il y a un peu d'inconfort par rapport à ça, là. Je veux dire...

M. Tremblay (Jean-Luc): Il peut y avoir de l'inconfort, mais il y a encore un plus grand inconfort quand c'est un service aussi essentiel que la santé qui est mal géré. Or, on sait par expérience, on aime beaucoup, beaucoup, beaucoup les gens de Québec puis on aime beaucoup venir les voir, mais, quand c'est géré, dans les régions, par des gens de Québec, souvent les décisions ne sont pas correspondantes aux besoins de la population.

Mme Barbeau: Mais là je veux bien être claire, je n'ai pas remis en question la régionalisation.

M. Tremblay (Jean-Luc): Mais il y en a qui la remettent.

Mme Barbeau: On est les premières à en faire la promotion, mais c'est juste le rôle... Parce qu'on le vit, là, je vous dis, là.

M. Tremblay (Jean-Luc): Oui.

Mme Barbeau: Quand les gens sortent de vos audiences publiques puis qu'il y a une proposition, puis qu'il y a quelque chose de difficile... Pas qu'on est contre, mais on est là... Puis, des fois, on n'est même pas informé, on n'a même pas l'information. Les gens nous arrivent avec quelque chose, puis on dit: Ah oui? ça ne se peut pas.

On est un peu naïf parce qu'on n'a pas eu l'information. Puis je ne pense pas que ce soit machiavélique, comme j'ai dit ce matin. Moi, j'ai des bonnes relations avec ma région, mais ce n'était pas comme un réflexe de nous informer, de nous donner, sans avoir de privilèges, mais de nous la donner au moins en même temps qu'au reste de la population pour qu'on soit un petit peu équipé quand le monde rentre dans notre bureau, pour qu'on comprenne l'ensemble des affaires. Parce qu'ils partent avec un bout qu'ils n'aiment pas, puis ils rentrent chez nous, puis nous, on a rien. Ça fait que, moi, je veux savoir un petit peu, par rapport à ça, vos relations, vous, dans votre région, avec les élus, les députés, comment ça fonctionne?

Le Président (M. Beaumier): Mme Arsenault.

● (17 heures) ●

Mme Arsenault (Suzette): Je pense que c'est quand même assez facile de convenir de façons de procéder avec la députation, d'établir des modus vivendi où chacun comprend bien le rôle qu'il a à jouer puis l'information qu'il a transmettre. Il y a peut-être une autre dimension qui dans notre région est très importante, qu'on rappelle souvent: dans la composition d'un conseil d'administration, c'est important de respecter la représentation territoriale. Vous allez me dire: On est une région éloignée, et tout ça. Mais on a quand même six territoires de MRC, puis, pour les membres et la population, c'est important que chacun des territoires de MRC soit bien représenté au conseil d'administration de la Régie, parce qu'ils nous l'ont dit lors des audiences, c'est tout frais, ils considèrent que c'est leur Régie, puis ils veulent y être représentés.

Mme Barbeau: Mais, ça, je comprends ça. Puis même si Québec, c'est un milieu urbain, nous aussi, on a Charlevoix et Portneuf, puis il y a une représentation aussi parce qu'ils font partie de la grande région de Québec. Bien, je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Alors. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: M. le Président, merci. Me permettez-vous de m'excuser auprès de Mme Arsenault de même qu'auprès des personnes qui l'accompagnent? Vous devez comprendre que j'étais retenue et que je n'ai pas pu me défaire... J'étais contentionnée.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: Permettez-moi de vous demander si votre Régie régionale a reçu une lettre du ministère de la Santé et des Services sociaux annonçant son intention de vous transférer le fardeau du coût du réseau de télécommunications sociosanitaires, fardeau qui jusqu'alors était assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux? Et, deuxièmement, si tel est le cas, ça représenterait une facture de combien, un fardeau de combien pour... Une facture, concrètement?

M. Loiselle (Denis): À la première partie, au premier volet de votre question...

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que votre Régie régionale a reçu une lettre du ministère de la Santé et des Services sociaux vous annonçant son intention de vous transférer le fardeau du coût du réseau de télécommunications sociosanitaires, fardeau qui, jusqu'à la réception de la lettre, vous le comprendrez, était assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux? Et, si oui, ça équivaldrait à une facture de combien?

Et, troisièmement, les établissements de santé vont faire quoi comme choix? Est-ce qu'ils vont prioriser les services à la population ou s'ils vont décider de maintenir ou de payer leur abonnement à leur système de communications ou de télécommunications?

Le Président (M. Beaumier): M. Loiselle.

M. Loiselle (Denis): À la première question, c'est non, du moins à notre connaissance. Je n'ai pas vu de lettre à ce moment-ci, à moins qu'elle soit en chemin, là, mais, au moment où on se parle, je ne l'ai pas vue.

Ce que ça représenterait comme coûts, personnellement, je n'ai pas l'ordre de grandeur, mais je peux peut-être demander à mon collègue, qui vient de me souffler à l'oreille — je n'aurai pas besoin de le lui demander. C'est d'un ordre de grandeur de 600 000 \$, finalement, ce que ça représenterait comme coûts.

Maintenant, il y avait un troisième volet à votre question: Est-ce que les établissements devront faire le choix de couper des services pour assurer les coûts de ces frais de télécommunications? J'espère qu'ils ne seront pas mis en situation de devoir faire un choix comme celui-là, c'est clair. Je pense que, s'ils devaient faire un choix comme celui-là, il faudrait remettre en question notre capacité de payer un réseau de télécommunications à ce moment-ci, bien que ce soit très important. Moi, je pense que c'est essentiel.

Mme Lamquin-Éthier: J'imagine que — si vous me permettez, M. le Président — ...

Le Président (M. Beaumier): Bien sûr.

Mme Lamquin-Éthier: ...la Régie recevra une telle lettre, donc, se faisant confirmer l'intention du ministère, va se voir avec une facture additionnelle qui était non prévue. J'imagine qu'à son tour elle se retourne vers les établissements de sa région?

M. Loiselle (Denis): Je vous dirais que ce n'est pas automatique.

Mme Lamquin-Éthier: Non?

M. Loiselle (Denis): Parce qu'on connaît quand même bien la situation financière des établissements, on en a parlé ce matin, elle est précaire, et donc il n'y a pas grand monde qui nage dans les surplus. Si c'était le cas, bien sûr qu'on aurait le réflexe de rapidement se retourner vers eux. Mais il y a actuellement une certaine précarité dans le financement des établissements. Et on peut prévoir, à cause d'un terme qu'on a appelé des zones de fragilité... Je ne sais pas si le terme est adéquat, mais, quoiqu'il en soit, on sait à quoi ça réfère, l'augmentation des coûts des médicaments, l'augmentation de l'assurance salaire, ça précarise, à ce moment-ci, l'équilibre budgétaire, la possibilité d'arriver en équilibre budgétaire.

Si on avait une annonce comme celle-là, bien, nécessairement que, pour moi, ça viendrait s'ajouter à quelque chose qui instabilise, qui précarise davantage les budgets. Et, dans ce sens-là, nous, on a des discussions avec le ministère pour faire valoir justement ces zones de fragilité là. Et je pense qu'on aurait plus le réflexe de s'adresser au ministère pour ajouter cet item-là à la liste des zones de fragilité que de se revirer de bord puis de demander aux établissements de couper des services, à ce moment-ci — c'est-à-dire d'assumer, donc, sachant que, si on leur demandait d'assumer, compte

tenu de leur situation, ça pourrait se traduire par des coupures de services. Ça ne serait pas notre réflexe premier, je ne pense pas.

Mme Lamquin-Éthier: Il me reste encore une question, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Bien, vous avez un bon cinq, six minutes, certain.

Mme Lamquin-Éthier: Je vous remercie. Permettez-moi de profiter du fait que vous avez eu la gentillesse de déposer le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, qui est extrêmement intéressant. Vous mentionniez, dans l'introduction, qu'il persiste encore certains mécontentements — au pluriel — de la clientèle en regard des plaintes qui sont acheminées pour analyse au CMDP, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Vous ajoutez qu'«en effet, malgré les représentations et discussions faites autour de cette problématique, on constate qu'aucun changement n'a été apporté. On note encore que les délais de traitement sont inexistantes et les réponses fournies aux usagers sont particulièrement laconiques.» Et pour conclure, vous jugez que «le statu quo à cette situation donne une impression très nette de régime à deux vitesses», ce qui a pour voie de conséquence, à votre avis et pour l'expérimenter, de discréditer le régime. J'aimerais que vous m'entretenez plus spécifiquement quant à ce problème important.

Mme Arsenaux (Suzette): Je pense qu'on doit spécifier d'entrée de jeu que les plaintes à l'égard de la pratique médicale souvent sont de deux ordres. Il y a des plaintes de l'ordre des comportements qui, à notre avis, devraient être traitées au moins de la même façon que les autres plaintes. Et il y a les plaintes plutôt de nature professionnelle qui, elles aussi... Puis, je pense, c'est à l'égard de ces plaintes-là que le fait qu'il n'y ait aucun délai pour donner réponse, ça n'aide pas, ça mine la confiance que les gens vont entretenir envers le système puis ça entretient aussi un certain inconfort et une certaine méfiance. J'aimerais laisser M. Loiselle y aller plus profondément. Mais je suis persuadée qu'il devrait y avoir une ouverture de ce côté-là pour d'autres personnes que des pairs.

M. Loiselle (Denis): Bien, oui, effectivement, si on dit que, dans ce cas-là, en ce qui concerne l'acte médical plus spécifiquement et non pas le problème de comportement, ce doit être traité par des pairs, oui, effectivement, il y a un problème avec le fait qu'il n'y ait pas de délai. On a vu des cas où ça prenait un an et demi, et pourtant avec beaucoup de relance, avant d'obtenir une réponse. Je pense que des délais comme ça, ce n'est pas acceptable pour quelqu'un qui a formulé une plainte, ça n'a pas beaucoup de sens.

Par ailleurs, c'est clair que c'est un domaine spécialisé sur lequel on est en train de formuler une plainte, quand on parle d'une plainte au sujet d'un acte médical, mais il reste que, malgré tout, je pense que ce n'est pas... C'est que ça peut entretenir la suspicion, qu'une question comme celle-là soit débattue uniquement entre des pairs. Et donc, bon, je comprends bien

qu'il y ait la difficulté inhérente au fait que ce soit un domaine spécialisé, mais ce n'est pas le seul domaine spécialisé qui existe, et il y a peut-être moyen d'envisager que, oui, il y ait des avis de pairs qui soient donnés sur une question comme celle-là, mais que peut-être que des gens qui ont une intelligence et qui sont capables de l'exercer puissent aussi participer à cette évaluation-là, et donc participent à l'évaluation de la situation et donc participent aux conclusions qui seront faites. Je comprends que ce n'est pas facile, mais il reste que, sur le plan pratique, il me semble que c'est comme deux univers, et il semble que ce n'est pas tout à fait normal.

Par ailleurs, le problème, dans la réalité, est pire que ça, parce qu'on dit que, quand il s'agit de comportements qui font l'objet de plaintes en ce qui concerne les médecins, normalement, ça suit la filière autre, la même que celle des autres plaintes, mais, dans les faits, souvent ça ne se passe pas comme ça. Et, même pour des questions de comportement, souvent c'est référé au CMDP comme si c'était une plainte sur l'acte médical, et donc, ça, c'est aussi un problème. Ce n'est pas dans tous les cas, on voit les deux dans notre région. Sauf que, dans les faits, la personne, le cadre supérieur qui est responsable des traitements des plaintes a parfois des difficultés à dealer, à composer avec le corps médical et n'ose pas trop l'affronter. Ce n'est pas facile non plus. Et finalement, la plainte se retrouve au CMDP, alors qu'elle aurait dû suivre la filière normale. Ça, ce n'est pas normal non plus.

Alors, on peut se dire qu'en ce qui concerne les médecins il va falloir questionner ça. C'est ce qu'on disait dans notre rapport, on déplorait la situation. Il faudrait au moins s'assurer qu'il y ait des délais de réponse, ça serait au moins un premier élément de réponse, de solution. Pour le reste, bien, il faudrait se questionner sur la façon dont on traite ça et envisager, même si ça ne sera pas facile, mais faire une réflexion de fond là-dessus, la possibilité effectivement d'impliquer d'autres personnes que des pairs, tout en associant des pairs, parce qu'il ne faudrait pas passer à l'autre extrême, ça n'aurait pas de sens. Je pense qu'il va falloir...

Mme Lamquin-Éthier: C'est une autre zone...

M. Loiselle (Denis): ...s'y pencher.

Mme Lamquin-Éthier: ...de fragilité. Dans la mesure où la ministre de la Santé et des Services sociaux rouvrirait la loi, je pense que vous êtes d'avis que ça devrait faire l'objet d'une étude ou de modifications importantes.

M. Loiselle (Denis): Bien, c'est notre point de vue, effectivement.

Mme Lamquin-Éthier: O.K.

M. Loiselle (Denis): C'est une zone de fragilité qui n'est pas financière, dans ce cas-ci.

● (17 h 10) ●

Mme Lamquin-Éthier: Mme Arsenault, vous avez dit, ce matin, lorsque vous avez fait lecture de

certaines priorités qui apparaissent à la page 4, qu'au niveau du traitement des plaintes vous aviez une préoccupation, à savoir d'être proactif considérant le traitement. Globalement, ça veut dire quoi, ce souhait que vous avez formulé et qui vient compléter... Évidemment, c'est le cadre, d'avoir une préoccupation accrue pour la qualité des services en se dotant de programmes d'amélioration continue de la qualité. Et, dans ce cadre, vous avez formulé l'observation que je viens de vous énoncer.

Mme Arsenault (Suzette): Je pense qu'on pourrait avoir des moyens plus proactifs, ne pas attendre que toujours... On sait que la plainte, elle vient souvent après une certaine exaspération de la part de la personne. Quand on parle de programmes d'amélioration continue de la qualité, c'est une façon de devancer, d'aller chercher le pouls avant d'avoir la plainte, essayer de corriger en amont plutôt que d'attendre que les gens manifestent leur exaspération. Parce qu'on sait très bien que, quand une plainte remonte, souvent c'est après de nombreuses frustrations, puis il y a peut-être une plainte qui remonte pour plusieurs insatisfactions. Donc, notre façon de mesurer ou d'aller voir, c'est d'avoir un programme d'amélioration continue de la qualité et d'aller vérifier, ne pas attendre d'avoir des plaintes. C'est bien sûr que les plaintes, il va y en avoir, puis je pense que c'est important qu'il y en ait si on veut corriger des choses, mais il faudrait peut-être amener des correctifs avant l'exaspération qui amène la plainte.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors, le temps qui était imparti est écoulé. Il reste un deux minutes à la partie ministérielle. Alors, M. le député de Gaspé.

M. Lelièvre: Oui. Rapidement. La région de la Baie-des-Chaleurs avait beaucoup de personnes qui allaient recevoir des traitements à l'extérieur du Québec. Est-ce qu'il y a des mesures qui ont été mises en place pour la rétention? Et ça donne quoi comme résultat?

Mme Arsenault (Suzette): C'est bien sûr qu'il y a des mesures qui ont été mises en place pour le rapatriement d'une partie de la clientèle de l'ouest de la Baie-des-Chaleurs, la partie d'Avignon. Il y a des services qui ont été mis en place, mais je pense que la durée d'application de ces services-là n'est pas assez longue pour permettre une évaluation qui serait valide et valable maintenant. Il y a quand même des investissements importants qui ont été faits aussi au centre hospitalier Baie-des-Chaleurs — qu'on pense au scanner — donc, déjà, cette partie-là, elle est récupérée. La partie des services qu'on allait chercher au Nouveau-Brunswick, celle-là, elle est récupérée. Mais, quant aux autres services, le point de service de Pointe-à-la-Croix n'est ouvert que depuis quelques mois. Donc, c'est difficile d'évaluer la portée que cette ouverture-là a pu amener comme retombées dans le rapatriement des clientèles. Je ne sais pas si tu veux ajouter.

Le Président (M. Beaumier): En terminant, s'il vous plaît.

M. Loisel (Denis): Préciser qu'il y a certains services professionnels qui ont été mis sur pied en réadaptation physique: physiothérapeutes, ergothérapeutes, des infirmières cliniciennes qui font du «case manager» en santé mentale. Le scanner, c'est fait aussi.

Et les médecins, maintenant, spécialistes de l'hôpital de Maria vont commencer à faire — certains spécialistes, à tout le moins — de la consultation au point de service de Pointe-à-la-Croix, qui est vraiment devant le pont. Et on pense que ça va avoir un effet, dans le fond, d'établir un contact entre les médecins de l'hôpital de Maria et la population de ce secteur-là. Et, sans barrer le pont, ça va probablement endiguer un peu la fuite des clientèles du côté du Nouveau-Brunswick.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci beaucoup, Mme Arseneault, M. Tremblay, M. Loisel. Alors, la commission ayant terminé, ayant complété ce mandat qui était d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, je suspends les travaux quelques minutes avant d'entreprendre un autre mandat.

J'inviterais déjà les représentants et représentantes de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord à venir nous rejoindre à la table. Merci.

(Suspension de la séance à 17 h 15)

(Reprise à 17 h 18)

Le Président (M. Beaumier): Excusez! Excusez! La commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre de l'étude de son rapport annuel 1998-1999, en application de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Alors, je comprends que M. Mauger est avec nous. Bonjour, M. Mauger. Pourriez-vous peut-être nous présenter aussi les personnes qui vous accompagnent?

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

M. Mauger (Dan): Si vous permettez, M. le Président, d'entrée de jeu, avec le discours, je vais présenter ceux qui m'accompagnent.

Le Président (M. Beaumier): Bien sûr, bien sûr.

M. Mauger (Dan): Je peux procéder, M. le Président?

Le Président (M. Beaumier): Oui, absolument, allez-y, on vous écoute.

M. Mauger (Dan): Membres de la commission parlementaire, mesdames, messieurs. Mon nom est Dan Mauger, je suis domicilié à Chevré, en Basse-Côte-Nord, j'ai été reporté à la présidence de la Régie

régionale de la Côte-Nord il y a quelques semaines et je suis un membre coopté de ce conseil. C'est mon deuxième mandat comme administrateur à la Régie et j'assume aussi la présidence du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord.

Je suis entouré des membres du comité administratif et du président de la commission médicale. D'abord, à la vice-présidence, Mme Huguette Jourdain, de Sept-Îles, une infirmière à la retraite issue du collège coopté; M. Normand Brochu, de Baie Comeau, membre du conseil d'administration du Centre hospitalier de Baie Comeau et aussi membre du conseil d'administration de l'Association des hôpitaux du Québec; Mme Louise Levasseur, de Baie Comeau, présidente du CLSC et centre d'hébergement de Manicouagan, présidente aussi du Regroupement des CLSC et centres de santé de la Côte-Nord, administratrice à l'Association des CLSD et CHSLD du Québec, madame est bénévole dans le réseau depuis 15 ans. Je poursuis le portrait de famille avec M. Ivo Di Piazza, directeur général de la Régie régionale, et le Dr Arnaud Samson, qui est président de la commission médicale, coroner, membre du Groupe de travail québécois en oncologie. Le Dr Samson est aussi chez nous depuis 25 ans comme médecin au Centre hospitalier régional de Baie Comeau. C'est ce qu'on appelle de la rétention.

Nous sommes accompagnés notamment de la directrice des programmes sociaux, Mme Nicole Demers, du directeur de la santé physique et de la... budgétisation — à preuve qu'on a des problèmes avec les budgets — M. Claude Montigny, s'il vous plaît...

● (17 h 20) ●

M. Montigny (Claude): Bonjour.

M. Mauger (Dan): ...et le directeur des services administratifs, M. Jacques Biron, et M. le Dr Raynald Cloutier, directeur de la santé publique. Ces gens vont nous aider à répondre avec intelligence et pertinence.

Nous sommes donc heureux de témoigner, dans une approche de limpidité, de la réalisation de nos mandats de la Régie régionale. Notre audition précédente devant la commission des affaires sociales remonte à septembre 1997, à Rimouski, alors que, et nous avons apprécié beaucoup, la commission s'était déplacée pour nous rencontrer en région.

Avec votre consentement, avant d'aborder la période de questions et d'échanges, nous voudrions faire un tour d'horizon de notre région, ses réalités et surtout ses défis. Tout en considérant que l'exercice de reddition de comptes doit porter légalement sur le rapport annuel 1998-1999, nous en profiterons aussi pour traiter de la période actuelle.

Voyons d'abord la région. La Côte-Nord, c'est un peu la démesure, en termes d'étendue: un territoire qui s'étend le long du littoral sur 1 200 km, de Tadoussac à Blanc-Sablon, y compris Anticosti, et qui se prolonge de 900 km vers le nord pour rejoindre Fermont et Sheffordville. Tout considéré, nous sommes en face de la plus grande région du Québec, avec plus de 270 kilomètres carrés...

Une voix: 270 000 kilomètres carrés.

M. Mauger (Dan): Deux cent soixante-dix...

Une voix: Mille.

M. Mauger (Dan): ...mille.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: On avait compris.

M. Mauger (Dan): Vous aviez vu, hein? Ne serait-ce qu'avec la carte. Comme l'écrivait une écrivaine nord-côtière, Mme Francine Chicoine, «la Côte-Nord, c'est là où le Québec touche au Labrador, frôle Terre-Neuve, c'est là où le fleuve perd son nom à force d'immensité. C'est là aussi où la route s'arrête avant d'atteindre l'extrémité, laissant le territoire au-delà de Natashquan et de Pointe-Parent à la merci des transports aériens et maritimes. C'est là où le mot "transport" prend tout son sens de temps et d'argent», et vous me permettez d'ajouter: de frustration et d'abnégation. Vous pouvez d'ailleurs le constater avec la carte qui est devant vous. Pour bien illustrer l'immensité des distances à parcourir, il y a la même distance entre Tadoussac et Blanc-Sablon qu'entre Tadoussac et New York, à la différence toutefois que les 400 derniers kilomètres en Basse-Côte-Nord ne sont pas reliés par la route, alors que seuls les 200 premiers kilomètres de Tadoussac à New York se font sans autoroute.

Vous comprendrez, nous en sommes convaincus, l'insistance que nous mettons sur cette réalité qu'est l'immensité inouïe de notre région, ce qui en fait un défi quotidien quand il est question de l'accès aux services pour la population, tant entre les points de la région que vers l'extérieur de la région. Cette immensité nous oblige à multiplier les points de services et les urgences, alors qu'on y trouve paradoxalement une des plus petites populations du Québec — les plus charmants, mais la plus petite population — avec ses 103 732 personnes, selon les plus récentes estimations. Plus de la moitié de la population est concentrée dans les agglomérations de Baie-Comeau et Sept-Îles, l'autre moitié étant dispersée dans 35 municipalités. On recense au total six MRC, et ce, c'est si nous considérons la Basse-Côte-Nord comme l'équivalent d'une MRC.

Région largement francophone mais avec 6 % d'anglophones surtout établis en Basse-Côte-Nord, donc, la Côte-Nord se distingue en outre comme une des régions habitées par le plus grand nombre de communautés autochtones, pour environ 8 % de sa population, et nous comptons les communautés naskapi et les neuf communautés montagnaises. La moyenne d'âge de notre population est actuellement inférieure à celle du Québec, alors que 34,6 % des gens de la Côte ont moins de 25 ans, comparativement à 31,6 % pour l'ensemble du Québec. Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus comptaient, en 1999, pour seulement 8,5 % de la population nord-côtière, alors qu'elles représentent 12,6 % pour l'ensemble du Québec. On prévoit toutefois que cette proportion va atteindre 13,4 % en 2011, alors qu'au Québec elle devrait se situer à 15,9 %.

Une fois complété ce tour d'horizon de notre région et de sa population, nous effectuerons un retour sur la période 1995-1998, marquée par une panoplie de changements réalisés en fonction de ce que nous avons appelé, chez nous, le plan de transformation 1995-1998.

En effet, les orientations que nous avons prises à partir de 1999-2000 étaient en fonction du vécu des années précédentes. Deux grandes avenues ont été privilégiées et mises en oeuvre simultanément entre 1995 et 1998 pour participer à l'effort de transformation du système de santé et de services sociaux de même qu'à la recherche d'efficience: la rationalisation des dépenses; la diversification des réponses aux besoins.

Au chapitre de la rationalisation des dépenses, l'élément le plus perceptible s'est révélé celui de la révision de la structure administrative. En trois ans seulement, notre région est passée de 16 établissements à neuf, et ce, je le réitère, sans fermeture d'installations, dans une approche d'équité intrarégionale, avec six établissements qui interviennent en première ligne pour leur MRC respective, deux centres hospitaliers régionaux et un centre de protection et de réadaptation pour l'ensemble de la Côte-Nord. Ce dernier assume dans sa mission régionale à la fois le volet protection de la jeunesse ainsi que les volets de réadaptation pour jeunes en difficulté, pour la déficience physique, la déficience intellectuelle, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Quant aux efforts budgétaires attendus à l'époque — réduction de crédits et non-indexation des budgets — ils devaient totaliser 14,6 millions, sur un budget régional d'environ 142 millions. Or, l'évolution du contexte budgétaire du gouvernement et l'octroi d'augmentations salariales aux employés du réseau ont, dans les faits, exigé un énorme effort budgétaire réel. de 19 millions.

Malgré ces compression budgétaires importantes, presque tous les établissements de la Côte-Nord ont réussi, au cours de ces trois difficiles années, à maintenir l'équilibre budgétaire au regard de leurs opérations courantes, en excluant les coûts de sécurité et de stabilité d'emploi, qui équivalaient à 2,7 millions en 1997-1998. Ces résultats ont pu être atteints principalement par l'amélioration de l'efficience des ressources et, rappelons-le, par des rationalisations majeures des dépenses administratives et de soutien, en privilégiant le maintien de la qualité et surtout de l'accessibilité aux services.

Parlant de réduction des dépenses administratives et de soutien, de l'ordre de 17 %, elles se sont chiffré à 7,7 millions. Dans les faits, 53 % des réductions nettes de crédits ont été effectuées dans le secteur d'activité qui représente environ 31 % des dépenses régionales. Le grand objectif était de préserver l'accès aux services. Au début de l'exercice financier 1998-1999, la plupart des établissements, soit sept sur neuf, étaient en situation de surplus accumulés. Les déficits accumulés des deux établissements étaient essentiellement associés aux coûts de sécurité et de stabilité d'emploi.

Malgré la non-indexation des budgets, qui représente un manque à gagner d'environ 2,3 millions, la majorité des établissements de la Côte-Nord termineront l'année 1998-1999 en situation de surplus ou de léger déficit dans leurs opérations courantes. C'est cependant au cours de cet exercice financier qu'apparaîtront les premières difficultés budgétaires importantes du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, soit un déficit de 1,3 million aux opérations courantes, provenant principalement d'un accroissement du volume d'activités et des services à la jeunesse.

Il faut certainement retenir que, pour l'année 1998-1999, 60 % des déficits totaux des établissements seront engendrés par les coûts de sécurité et de stabilité d'emploi: 2,2 millions. Donc, principalement en raison de telles charges, environ 5 millions sur deux ans, six établissements sur neuf se retrouveront en situation de déficit accumulé au 31 mars 1999. Ces déficits totaliseront 4,2 millions et seront finalement — nous en sommes fort heureux — remboursés par le ministère.

Au regard de la sécurité et de la stabilité d'emploi, il faut noter que la Régie régionale, par l'intermédiaire de son service régional de main-d'oeuvre, a toujours cherché, en étroite collaboration avec les directions des ressources humaines des établissements et aussi avec les instances syndicales — et nous insistons, avec les instances syndicales — à trouver rapidement des solutions de règlement en respect des modalités prescrites dans les conventions collectives.

Une deuxième grande avenue du plan de transformation 1995-1998, celle de la diversification des réponses aux besoins de la population, est importante pour nous. D'abord, on a voulu agir en amont des problèmes, en intégrant la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la gamme de services. On estime que 10 % des budgets alloués en 1996-1997 et 15 % de ceux de 1997-1998 ont été consacrés à la prévention et à la promotion de la santé.

● (17 h 30) ●

Le virage ambulatoire s'est opéré en amenant des alternatives à l'hospitalisation. Quelques chiffres témoignent de ce virage effectué: diminution de 20 % du nombre d'hospitalisations dans les deux centres hospitaliers régionaux; diminution de 26 % du nombre de jours-présence; aussi, diminution du nombre de lits de courte durée de 34 % en centres hospitaliers, bref, un ratio visé de 1,8 lit par 1 000 habitants.

Les mesures alternatives suivantes ont permis à la population de continuer à recevoir des services, mais différemment de ce qui se faisait auparavant. Donc, intensification de la chirurgie d'un jour: de 39,8 % en 1993-1994, on a franchi le cap des 66 %, une moyenne drôlement supérieure à l'ensemble; intensification des services rendus sur base ambulatoire, puisque près de 100 % des admissions sont maintenant effectuées le jour même de la chirurgie; implantation d'un service de jour gériatrique dans chacun des centres hospitaliers; consolidation, dès la première année, du plan de transformation de la dispensation des services de maintien à domicile par un financement additionnel accordé à des CLSC et centres de santé ainsi qu'à des organismes communautaires — c'est depuis ce temps que sont assurés les services d'infirmière à domicile 24 heures par jour; même si une personne reçoit son congé de l'hôpital pendant la fin de semaine, l'infirmière du CLSC ou du centre de santé prend celle-ci en charge — implantation d'un service ambulatoire de médecine dans chaque centre hospitalier pour des interventions diagnostiques et thérapeutiques; implantation d'un concept de centre mère-enfant.

C'est aussi dans ce contexte que le service Info-Santé CLSC a été rendu accessible à toute la Côte-Nord. Le nombre d'appels, qui était de 22 000 en 1996-1997, a dépassé le cap des 30 000 en 1997-1998. Du même souffle, on a revu l'organisation des services aux

personnes en perte d'autonomie par une modulation des lits de longue durée par territoire de MRC en fonction des besoins réels, tout en favorisant la création de ressources intermédiaires ou de type familial.

En somme, de cette période effervescente, 1995-1998, on retient que la pertinence de la réforme des services était reconnue. En même temps, la vitesse et l'importance des changements ont exercé une pression palpable tant auprès des établissements que des organismes communautaires.

Après cette reconfiguration du réseau qui a duré trois ans, on a procédé à une consultation auprès des dispensateurs de services et les partenaires concernés par les problématiques. Cette consultation a été une sorte de radiographie de la situation dans tous les grands champs d'activité. Tout y a passé: prévention et promotion de la santé, santé publique, santé physique, santé mentale, adaptation sociale, intégration sociale, ressources humaines, ressources financières et de soutien; bref, tout y a passé.

Le fruit de cette vaste consultation a donné lieu à l'adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale du plan nord-côtier de consolidation des services pour 1999-2002. Qu'il me soit permis de relever ici les principales caractéristiques de ce plan triennal.

Un, il se veut le catalyseur des gains du plan de transformation 1995-1998 de même que les politiques des orientations ministérielles et régionales en matière de services à la population. Il est cousu d'un fil continu, celui d'une accessibilité aux services, une accessibilité appuyée sur un réseau de services intégré, avec la gamme complète des services, tantôt à consolider, tantôt à développer. Accessibilité, réseau de services intégré et gamme de services, voilà, M. le Président, à la fois l'âme et le coeur de ce plan régional.

On y prévoit des mécanismes en vue d'assurer la continuité des services de sorte que les individus et leurs familles aient le sentiment que les services qu'ils reçoivent proviennent autant que possible et toujours d'un seul interlocuteur. Chaque programme dédié à chaque clientèle, chaque secteur de services se voit coiffé d'objectifs qui embrassent, selon le cas, les priorités ministérielles, régionales, soit en matière de prévention, de promotion, de protection, d'organisation et d'intervention.

La réalisation de ce plan triennal est liée à des conditions de réussite, dont la valorisation des ressources humaines, le partenariat élargi, la contribution des organismes communautaires, des communications ouvertes avec la population et l'apport de ressources suffisantes. Bref, ce plan régional de conciliation de services s'avère le point de repère universel en matière d'organisation des services de santé et des services sociaux chez nous.

Rappelons d'ailleurs qu'une entente de gestion conclue au printemps 2000 entre le ministère et la Régie régionale identifie à la fois les priorités ministérielles, les priorités nationales de santé publique, les priorités régionales de même que les principaux points couverts par le plan de consolidation 1999-2000 et pour lequel des objectifs sont prévus. À cet égard, notre Régie s'est dotée d'une série d'indicateurs, autant d'outils précieux pour la reddition de comptes et le suivi de ce plan régional triennal.

La rédaction du plan de consolidation des services 1999-2000 a permis à la Régie régionale de revoir ses priorités régionales de santé et de bien-être en tenant compte des priorités nationales de santé publique 1997-2002 établies par le ministère. Cette révision intègre également les politiques et stratégies ministérielles, dont celles en matière de violence conjugale et d'action face au suicide. Pas moins de 14 priorités déjà incluses dans la Politique de santé et bien-être ont été ciblées.

La Régie régionale a maintenu son approche communautaire dans l'élaboration des plans d'action inhérents à ces priorités. Cela se traduit par la participation dans sa démarche des partenaires concernés par les différentes problématiques. Ainsi, le monde de l'éducation, de la justice et de la sécurité publique et les différents groupes communautaires sont fréquemment interpellés par la Régie régionale. Le plan d'action concernant le suicide, celui sur la violence conjugale, celui sur l'alcoolisme et la toxicomanie sont des exemples concrets de partenariat.

Nous tenons également à souligner la place importante qu'occupent les priorités nationales de santé publique dans notre planification. Cette approche ministérielle permet d'accroître l'efficacité des régions en matière de prévention et de promotion de la santé. Les objectifs de santé et les stratégies d'intervention déterminés centralement laissent à chacune des régions la possibilité d'adapter l'action selon ses spécificités. Cette latitude que la Régie régionale possède est essentielle pour assurer une accessibilité équitable à une population occupant un si vaste territoire, comme celui de la Côte-Nord.

La Régie régionale s'est dotée d'un outil pour suivre l'évolution des paramètres de santé de sa population. Ainsi, notre enquête Santé Côte-Nord se déroule aux cinq ans et vient compléter les enquêtes québécoise et fédérale. Celle-ci nous permet de suivre adéquatement les paramètres de santé au plan de nos petites agglomérations. Il s'agit d'une orientation qui guide la Régie régionale dans le développement de services préventifs et qui s'inscrit également dans le mandat de son directeur de santé publique en matière d'information à la population.

Lorsque nous nous sommes présentés devant les membres de la commission parlementaire des affaires sociales en 1997, nous avons fait part de notre volonté de faire un virage marqué vers les technologies de l'information de manière à moderniser le fonctionnement de notre système, à accroître la mise en commun d'unités de gestion. Depuis deux ans, à la Régie régionale de la Côte-Nord, avec les établissements, et ça, en collaboration avec le ministère, nous avons procédé en ce sens. Ainsi, nous sommes passés d'une multitude de réseaux autonomes à un réseau informatique régional. Pour le réaliser, plusieurs étapes ont été nécessaires, dont la mise en place d'une infrastructure de télécommunications sociosanitaire, communément appelée le RTS, permettant l'échange de renseignements entre les intervenants et les gestionnaires dans l'ensemble des organisations. La mise en place de cette infrastructure essentielle n'aurait pu être réalisée sans l'aide financière du ministère.

En effet, les particularités de notre région, c'est-à-dire une petite population étendue sur un si vaste

territoire, nous obligent à maintenir plus de 70 sites. Le réseau de télécommunications nous a permis de réaliser la deuxième étape, soit la mise en place d'un système d'information facilitant la tâche des intervenants. À titre d'exemples, mentionnons le projet Intégration CLSC; le projet Intégration jeunesse, PIJ; le Système d'information chez la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée, SICHELD.

Ces trois outils nous permettent d'assurer, selon le cas, le suivi des demandes de services et leur coordination, le support à la pratique et la mise à jour des plans de soins et d'intervention à l'intention des usagers. Afin de compléter ce virage technologique, une équipe centralisée ayant l'expertise nécessaire a été mise en place. Cette équipe analyse, implante et gère les ressources informationnelles grâce à des outils évolués permettant la gestion à distance. Finalement, les technologies de l'information sont maintenant omniprésentes dans nos processus de travail. Le réseau de la santé et des services sociaux doit se donner les moyens financiers et la culture afin de profiter pleinement des avantages aux chapitres de la pratique et de la gestion que peuvent offrir ces nouvelles technologies.

● (17 h 40) ●

Bref, autant de bouleversements depuis le milieu des années quatre-vingt-dix et encore aujourd'hui ont exigé beaucoup d'adaptation de la part des ressources humaines. Le réseau sociosanitaire nord-côtier est d'abord et avant tout constitué de femmes et d'hommes qui donnent des soins ou fournissent des services. On ne peut en transformer sa gestion, en améliorer et maintenir sa qualité et le développer sans que tout cela commence et se réalise par la volonté et l'implication directe du capital humain qui y travaille quotidiennement. La clé du succès pour relever de tels défis repose, croyons-nous, au premier chef sur la capacité du personnel impliqué à s'ajuster au nouvel environnement, et ce, les gens de notre réseau l'ont accompli avec brio.

Pour ce faire, plusieurs activités liées à l'amélioration de nos pratiques et au virage ambulatoire ont été réalisées, plus précisément axées vers les nouvelles techniques de soins et le suivi systématique des clientèles. L'arrivée de nouvelles technologies et une nouvelle collaboration entre les établissements et les divers organismes contribuent largement et pour encore longtemps à cette constante et nécessaire adaptation du réseau. Le virage amorcé par l'introduction des récentes technologies de l'information ne fait que s'engager, il nous faut anticiper un changement plus important dans la façon d'administrer, de dispenser ou de soutenir l'offre des soins et les services aux usagers.

L'adaptation et le recyclage de notre main-d'oeuvre demeurent incontournables, et déjà notre service régional de main-d'oeuvre, en étroite collaboration avec nos établissements et les unités syndicales, a mis de l'avant plusieurs programmes de formation touchant notamment le personnel en établissement, les administrateurs de nos conseils d'administration, les responsables et les bénévoles de nos organismes communautaires. La participation des uns et des autres aura été tout à fait remarquable.

Inutile de développer plus en détail le fait que l'organisation d'activités de formation sur un territoire aussi vaste oblige à faire preuve d'imagination et

requiert une compréhension et une collaboration spéciales des milieux de formation. L'inexistence d'une université de la Côte-Nord, la position en milieu de territoire de nos deux cégeps, Baie-Comeau et Sept-Îles, ajoutent de lourdes contraintes à la réalisation de nos programmes de formation. Qu'il suffise de mentionner que le budget requis pour la tenue d'une activité de formation destinée aux intervenants concernés de tous les établissements de notre territoire est consacré inévitablement, et pour 60 %, à des frais de transport et de séjour.

À cet égard, comme à plusieurs autres d'ailleurs, vous aurez compris qu'il y a un préalable à nous demander de faire plus avec moins, il faut d'abord reconnaître qu'il y a chez nous un impératif et un incontournable: juste pour être minimalement égaux à ceux qui en font moins, il nous en faut inévitablement et raisonnablement plus.

Le recrutement de nos divers professionnels a toujours pris l'allure d'un éternel recommencement et nos gains à ce chapitre demeurent sans cesse fragiles. Les pénuries qui touchent le territoire québécois, notamment les infirmières, se font ressentir plus lourdement dans l'ensemble de nos établissements. Le travail incessant des responsables des ressources humaines de nos établissements et les interventions de notre Régie régionale, alliés à différentes mesures de recrutement et de rétention, nous ont permis jusqu'à ce jour de maintenir au minimum les effectifs requis et d'éviter aussi de devoir vivre des situations alarmantes. Nous demeurons toutefois intensément aux aguets, nous multiplions nos efforts de recrutement et nous sommes partenaires des actions nationales visant l'amélioration de cette situation de pénurie de main-d'oeuvre professionnelle au Québec.

Nous en sommes rendus dans notre propos, M. le Président, à vous faire part des principaux défis que nous considérons devoir relever dans notre région avec le concours d'autres acteurs de l'univers de la santé et des services sociaux. Au nombre de nos défis régionaux, on retrouve celui d'avoir les effectifs médicaux requis pour assurer l'accès aux services. Au risque de nous répéter, l'immensité du territoire nous oblige à maintenir pas moins de neuf infrastructures de services d'urgence sur tout le territoire. Actuellement, bien que la situation globale se soit améliorée au total, la région reste encore très vulnérable à des pénuries d'effectifs médicaux. C'est le cas en omnipratique, avec, à titre d'exemple, Port-Cartier et Forestville, où on retrouve des difficultés continues, voire même des ruptures de services à l'urgence. C'est le cas en spécialités, alors que le centre hospitalier régional Baie-Comeau connaît une situation précaire avec à peine 50 % des effectifs en place. Au global, seulement 71 % des effectifs en omnipratique sont comblés, et tout cela malgré des efforts et des énergies énormes en termes de recrutement et de recherche de médecins dépanneurs.

Une inquiétude persiste cependant, soit le risque de diluer les avantages consentis aux régions éloignées et isolées par l'octroi à des territoires situés en périphérie des grands centres de mesures jusque-là réservées aux régions désignées. C'est probablement ce qui, au cours des dernières années, a diminué l'impact des mesures incitatives, le tout conjugué à une

diminution du nombre de praticiens. Si on avait le temps, je répéterais ce paragraphe.

En 1997, nous décrivions devant la commission parlementaire des affaires sociales une situation similaire et nous formulions le souhait que des solutions permanentes à la répartition des effectifs médicaux soient enfin trouvées. Au cours des dernières années, des propositions ont été formulées par plusieurs acteurs du réseau de santé et des services sociaux visant la mise en place de leviers permettant une répartition plus équitable des effectifs médicaux. Nous réitérons avec insistance notre demande formulée de doter le réseau de la santé et des services sociaux de leviers efficaces pour assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux. À ce titre, nous aimerions souligner les mesures annoncées par Mme Marois le printemps dernier pour la rétention de médecins déjà installés dans les régions comme la nôtre, et qui vont d'ailleurs dans le sens de nos demandes répétées.

Le réseau nord-côtier des services fait face aussi à plusieurs défis dans le domaine des services de nature psychosociale. Les besoins des jeunes et des personnes âgées en perte d'autonomie demandent une consolidation des services dispensés par les deux autres ressources qui agissent auprès de ces clientèles dans leur milieu de vie: les CLSC et centres de santé et les organismes communautaires.

Selon les indicateurs témoignant des besoins des jeunes, la Côte-Nord se situe au premier rang ou au deuxième rang dans l'ensemble des régions du Québec pour l'incidence de compromission en protection de la jeunesse.

Le taux de suicide et la consommation d'alcool et de drogues. Nous avons initié une concertation de tous les réseaux publics et communautaires pour agir en prévention en relation avec ces problématiques. Cependant, nous sommes confrontés à la faiblesse du réseau de première ligne pour l'action auprès des enfants et des familles. Une concertation des CLSC, centres de santé et organismes communautaires permet de dispenser des activités de prévention de type Naître égaux — Grandir en santé, mais les moyens financiers dont ils disposent ne permettent pas de mettre en place la gamme complète des services qui se doivent d'être intensifs et continus pour avoir un impact réel à moyen et long terme.

Notre incidence de signalement en protection de la jeunesse, malheureusement, est deux fois plus élevée que la moyenne québécoise. Nous devons intervenir lorsque les familles demandent de l'aide ou présentent des facteurs de risque sur lesquels il est encore possible d'agir.

En ce qui a trait à la clientèle âgée, notre région fait face à une demande sans cesse croissante en termes de maintien à domicile. En plus de composer avec l'impact du virage ambulatoire, les CLSC et centres de santé et organismes communautaires sont confrontés à un taux de vieillissement accéléré de la population âgée du territoire et à l'absence de ressources légères d'hébergement. Ces trois phénomènes font en sorte que la demande de services de maintien à domicile et la lourdeur de la clientèle desservie dépassent très largement la capacité actuelle d'y répondre.

La volonté des établissements, des organismes communautaires et de la Régie régionale de répondre

aux clientèles présentant des besoins de nature psychosociale s'exprime clairement dans la concertation locale et régionale des acteurs et compte sur le développement de ressources à court et moyen terme.

Un autre défi de taille nous interpelle, il s'agit de l'accessibilité aux services. Au plan de l'accessibilité, la dimension du territoire nord-côtier représente, encore là, un défi particulier en termes d'organisation de services. En effet, le maintien de services dits de base sur l'ensemble du territoire commande une façon de faire à l'enseigne de l'ingéniosité et de la créativité, et ce, lorsqu'on veut préserver des principes d'universalité et d'équité.

Les services préhospitaliers d'urgence constituent l'un des programmes pour lesquels plusieurs actions ont été posées au cours des derniers mois. En effet, dans plusieurs secteurs du territoire, le simple fait d'offrir le service avec une équipe minimale de techniciens ambulanciers draine un budget considérable sans pour autant atteindre pleinement les objectifs de résultats. Le délai d'intervention des ambulanciers auprès des bénéficiaires ne pourra être optimal que si l'on consolide les ressources dans toutes les zones ambulancières, ce qui ne pourrait se faire dans un contexte d'efficience.

Cette particularité nous a toutefois amenés à repenser nos modèles d'organisation. Par exemple, la structure de premier répondant a pris forme dans plus de sept municipalités de notre région. Ce modèle consiste à habiliter et à outiller les gens de la communauté pour intervenir en situation d'urgence selon une structure et des protocoles standardisés et avec un encadrement professionnel.

● (17 h 50) ●

Par ailleurs, dans certains secteurs de la Basse-Côte-Nord où nous n'avons pas d'accès par la route, nous devons faire preuve de créativité pour la dispensation des services. À cet effet, notre Régie s'apprête à implanter un modèle adapté à ce type de milieu qui prévoit des équipements tels traîneaux, appelés cométiques chez nous, remorques, motoneiges, etc. Les effets de la distance se répercutent également sur l'accès aux services médicaux. Nul besoin de vous dire que, chez nous, l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés prend une toute autre forme qu'en région urbaine. Sur certaines parties du territoire, la clientèle prise en charge par les infirmières doit être déplacée sur de très longues distances pour rencontrer un médecin ou subir des examens diagnostiques. Cette forme d'organisation entraîne inévitablement des coûts très élevés.

Par ailleurs, pour certaines spécialités, des services sont dispensés à l'extérieur de la région. Il en découle de nombreux déplacements et des inconvénients majeurs pour la clientèle requérant ces services. Même si une aide financière forfaitaire est offerte à toute personne qui doit aller chercher des services à plus de 250 km de son lieu de résidence, il n'en demeure pas moins que ces personnes vivent des inéquités sur le plan de l'accès gratuit aux services, puisque aucune compensation n'est prévue pour les frais de séjour et d'hébergement.

Nous avons d'ailleurs entrepris une révision de la politique de subvention pour l'accès aux services

spécialisés afin de considérer les nouveaux besoins de notre population et surtout de réduire autant que possible les inéquités par rapport à d'autres populations du Québec. La proposition que nous soutenons est basée sur le principe d'une compensation se rapprochant des dépenses réelles, le but n'étant pas ici d'enrichir l'usager, loin de là.

M. le Président, avant de terminer, nous voulons porter à l'attention de la commission une préoccupation de premier ordre pour notre région, et j'ai nommé l'équité interrégionale. L'équité interrégionale. Je n'ai pas bégayé, j'ai répété. Le ministère octroie actuellement annuellement des budgets aux régions pour la consolidation et le développement des services. La détermination de ces budgets repose en partie sur une méthode dite d'équité interrégionale. Nous appuyons ce principe, en considérant que le concept de l'équité dans son application doit viser à garantir à la population de chaque région un niveau comparable d'accessibilité aux services. Donc, le point de départ de la problématique de l'équité doit être celui d'un questionnement sur l'apport des services qu'une population reçoit et l'endroit où elle les reçoit au regard de son lieu de résidence.

Malheureusement, le concept de l'équité interrégionale est actuellement associé à une comparaison inadéquate des ressources financières per capita dont dispose chaque région. Comment peut-on porter un jugement sur le niveau d'accessibilité aux services en comparant les dépenses per capita de la Côte-Nord avec celles d'une région comme Laval, qui compte environ 350 000 personnes, trois fois et demie la population de la Côte-Nord, sur un territoire trente fois plus petit que l'île d'Anticosti? À maintes reprises, la Côte-Nord a fait part de ses particularités régionales, comme la très faible densité de la population et l'étendue du territoire, qui exigent une multiplication des infrastructures de services et de soutien, donc neuf établissements, avec plusieurs dizaines de points de services et près de 100 organismes communautaires, dont le coût et l'efficience globale ne sont certainement pas comparables à ceux des régions à plus forte densité de population.

Pour imaginer notre situation et contextualiser notre supposée richesse, prenons l'exemple des normes définissant le seuil de pauvreté qui confirment que, pour un même niveau de vie, trois familles de deux personnes doivent avoir un revenu total supérieur de 60 % à celui d'une famille de six personnes vivant sous le même toit, pour transporter l'image de Laval avec Anticosti.

Il faut comprendre que la multiplication des petites infrastructures de services engendre sur l'ensemble des dépenses une plus grande proportion de coûts de services de soutien, frais d'administration, d'hôtellerie, etc., que celle observée dans les grandes régions urbaines. À titre d'exemple, dans le programme de santé physique en 1998-1999, la Côte-Nord était en mesure d'investir 67 % de ses ressources dans les services cliniques et 33 % dans les services de soutien. Rappelons que nous avons sept établissements avec une mission de CH pour desservir environ 100 000 personnes. Les grandes régions urbaines de Montréal, de Québec et de Sherbrooke investissaient, en raison d'économies d'échelle, environ 75 % de leurs ressources dans les services cliniques. Concrètement, si la concentration de notre population nous permettait d'en

faire autant, ce qui malheureusement n'est pas le cas, nous pourrions affecter 6,5 millions de dollars de plus dans les services directs aux usagers, et ce, à même les crédits actuellement disponibles.

Comment la Côte-Nord, qui a une très grande dépendance envers les autres régions, particulièrement dans le champ de la santé physique — plus de 20 % des admissions se font à l'extérieur de la région, à des centaines de kilomètres du lieu de résidence — comment cette même Côte-Nord peut-elle en même temps être considérée comme la région la plus riche, où la population aurait la plus grande accessibilité aux services, plus grande même que celle des gens qui habitent au cœur des régions de Québec et de Montréal? Comment réussir à mettre en lien l'indice de richesse attribué à la Côte-Nord avec un degré d'autosuffisance qui confirme que les services disponibles en région ne permettent pas de répondre aux besoins de la population, avec toutes les conséquences que cela implique?

La réalité des citoyens et citoyennes de la Côte-Nord n'est certainement pas comparable avec celle des gens de la périphérie de Québec ou de Montréal qui, en l'absence de service local, n'ont qu'un pont à traverser — nous, il faut le construire, encore, il faut remédier au problème — le même pont qu'ils traversent quotidiennement, dans la plupart des cas, pour se rendre à leur lieu de travail. Il faut comprendre l'angoisse, l'abnégation et le fardeau économique auxquels les familles de la Côte-Nord sont confrontées lorsque l'accès aux services signifie, pour une bonne partie d'entre elles, un transfert ou une référence vers un autre établissement à des centaines de kilomètres de leur domicile.

Il faut que la simple comparaison des ressources financières per capita, même pondérée avec des indicateurs de besoins et de coûts, ignorant les faits de nos particularités géographiques, invalide donc en grande partie les résultats d'un processus d'allocation de ressources pour les établissements et les organismes communautaires où la Côte-Nord est trop souvent considérée comme riche, comme très riche, même. Dans la planification de nouvelles modalités de financement ou d'allocation de ressources, nous espérons, nous prions que le ministère exclure la Côte-Nord du processus de comparaison des dépenses per capita. Rayez ce mot, cette expression de votre vocabulaire — «per capita» — en ce qui concerne la Côte-Nord, au même titre que les régions nordiques qui présentent des conditions similaires de dispensation des services.

Nous ne saurions conclure, M. le Président, sur ce propos sans aborder l'avenir de la Régie régionale, de notre Régie régionale, en fonction de ce que la commission Clair appelle «la gouverne de réseau». Les toutes récentes consultations — et nous remercions le gouvernement et Mme Marois pour cette consultation menée auprès de notre population dans le cadre des travaux de la commission Clair — sont venues confirmer hors de tout doute chez nous, et de façon unanime, notre raison d'être et notre existence.

En réalité, notre Régie régionale a été clairement éditée comme l'instance régionale devant disposer des leviers nécessaires et décisionnels pour assurer des services accessibles, continus et complémentaires qui,

en même temps, tiendront compte des particularités régionales: une Régie régionale nécessaire et avec des pouvoirs décisionnels. Dans ce contexte, il est souhaité qu'une réelle décentralisation, avec tous les mécanismes d'imputabilité, soit permise et effectuée pour permettre à notre Régie régionale de continuer d'exercer pleinement son pouvoir et aussi son rayonnement. Merci.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup, M. Mauger. La commission ayant commencé ses travaux un peu en retard pour les raisons que l'on sait, ça prendrait le consentement de mes collègues des deux côtés pour pouvoir dépasser 18 heures.

Des voix: Certainement, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Certainement. Bien sûr. Alors...

Une voix: ...

Le Président (M. Beaumier): Avec un peu nos excuses. Oui, c'est vrai. La démocratie, c'est un cheminement long chez nous, hein, de temps en temps. Alors, en tout bien tout honneur, je pense que, pour les échanges, je demanderais au député de Saguenay de commencer les échanges. Merci.

● (18 heures) ●

M. Gagnon: Merci, M. le Président. D'abord, remercier l'ensemble des représentants de la Régie qui se sont déplacés pour venir exposer le point de vue de notre région devant cette commission. Je reconnais, par la participation de tous ici, cette intégration du milieu. C'est la compréhension commune que nous avons des difficultés que nous rencontrons pour dispenser les services de santé: la territorialité, l'éparpillement des ressources sur cet immense territoire qui, rappelons-le, est aussi vaste que la Norvège. Mais on n'en a pas les ressources, cependant. Et je expose le témoignage qui est rendu fait état des difficultés quotidiennes qui sont rencontrées par l'ensemble des administrateurs pour livrer les services de santé auxquels notre population a droit.

Dans la présentation, vous avez fait état des différents défis qui se présentent pour notre région. Vous avez abordé la question des effectifs médicaux. Comment, de façon plus particulière, vous envisagez de relever ces défis-là?

M. Mauger (Dan): Comme j'ai déjà beaucoup parlé, j'inviterais notre vétéran à se prononcer sur le sujet.

Le Président (M. Beaumier): Un instant. Je comprends que c'est M. Samson.

M. Samson (Arnaud): M. Samson.

Le Président (M. Beaumier): Samson, c'est bien ça. Alors, allez-y.

M. Samson (Arnaud): La première action concernant les effectifs médicaux, c'est de ne pas en parler dans les journaux. C'est une action concrète afin

de s'assurer que la Côte-Nord reste un attrait pour les gens qui viennent en région et non un panier de crabes, pour utiliser une ressource locale bien connue.

On sait que, lorsqu'on parle de difficultés en région, on repousse tous les gens d'y venir. Donc, c'est la première chose. Après ça, on doit viser la rétention des gens qui sont en région en s'assurant que la qualité organisationnelle du milieu permet d'y travailler dans un environnement où on a les outils pour le faire, dans un environnement agréable avec les ressources nécessaires.

Une fois qu'on a ces ingrédients-là qui sont de base, le reste suit, en autant que le gouvernement ne mettra pas à nouveau à la retraite de nombreux médecins afin de vider les villes et vider donc les régions. C'est un petit peu le message général que je voudrais livrer sur les difficultés qu'on a en effectifs médicaux.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Oui. M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Peut-être pour ajouter, M. le Président. Ce printemps, d'autres mesures ont été annoncées particulièrement pour la Côte-Nord, l'Abitibi, la Gaspésie, des mesures qui permettraient de bonifier les revenus des médecins en région, faire en sorte qu'ils puissent, compte tenu qu'ils pratiquaient dans des régions dites périphériques ou dites éloignées, améliorer leur revenu et faire en sorte que ça devienne une mesure de rétention... qui a été fortement appréciée.

Ça nous a sûrement permis, tant du côté des centres hospitaliers que des centres de santé, de faire en sorte que quelques médecins qui avaient l'intention ou qui auraient eu l'intention de quitter la région demeurent en région et continuent à y pratiquer encore pendant quelques années. Donc, ça, ça a été une mesure positive. Dans les échanges qu'on a régulièrement, on se dit qu'au moment où on se parle, avec les récentes mesures incitatives qui ont été bonifiées, on peut dire que, du côté de la rétention, avec ces mesures-là, on devrait obtenir passablement de succès.

Et il nous restera, au cours des prochains mois, fort probablement à améliorer les mesures de recrutement, faire en sorte que les médecins puissent y venir. Et, dans ce sens-là, tant du côté de la commission médicale régionale que des médecins qui sont en place aussi, des effectifs qui sont en place, eux aussi contribuent au recrutement des effectifs médicaux, car ce n'est pas seulement l'affaire des administrateurs, c'est l'affaire aussi des équipes médicales qui sont en place. Et, heureusement, je vous dirais, au cours des dernières années dans la région, les équipes en place ont contribué de façon significative en mettant du temps et des énergies pour faire en sorte qu'elles recrutent d'autres confrères, d'autres consoeurs pour venir travailler sur la Côte-Nord.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

Une voix: Mme Levasseur, voulez-vous ajouter quelque chose?

Le Président (M. Beaumier): Mme Levasseur.

Mme Levasseur (Louise): Louise Levasseur.

Le Président (M. Beaumier): Bonjour, madame. Allez-y.

Mme Levasseur (Louise): Bonjour. Peut-être aussi pour renchérir. Comme auditeur à la Commission Clair dans notre région, qu'est-ce qui se dégageait unanimement de tous les mémoires, qu'ils soient issus du communautaire autant que des syndicats et que des établissements? À peu près à 90 % les gens confirmaient qu'il y avait un besoin de décentralisation de la RAMQ pour permettre justement d'avoir les effectifs médicaux en région qui nous sont dus et une révision au niveau des plans d'effectifs médicaux qui serait rattachée à une vraie réalité au niveau de la demande du territoire.

Le Président (M. Beaumier): Merci bien. M. le député de Saguenay.

M. Gagnon: Oui, dans la présentation, également vous avez fait état, là, de toute la transformation qu'on a connue dans les récentes années et le fait d'avoir ciblé plus particulièrement non pas les services directs à la population qui ont été affectés... J'essaie de retrouver exactement la place où vous en faites état. C'est en page 8 de votre document où vous précisez que 53 % des réductions nettes de crédits ont été effectuées dans le secteur d'activité des dépenses administratives et de soutien. Je vois ça. Et en même temps, bien, avec le rappel qui est fait de l'immensité du territoire et des frais de transport qui sont nécessaires, comment on peut concilier à la fois l'atteinte de ces objectifs et assurer aussi le meilleur transport des usagers, de la clientèle, là?

Le Président (M. Beaumier): Oui, M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Merci, M. le Président. Évidemment, lorsqu'on parlait de réduction administrative, il faut dire que, depuis la fin des années soixante-dix, c'est sur la Côte-Nord que se sont développés les concepts «centres de santé». Donc, en ce qui a trait à l'unification, aux fusions de services, déjà dans le concept «centre de santé» on retrouve des centres d'hébergement, on y retrouve des CLSC, on y retrouve aussi des établissements qui ont des missions hospitalières. Donc, sur l'ensemble de nos territoires, au tout début des années quatre-vingt, le concept d'autorité unique sur un territoire ou de responsabilité d'une population sur un territoire de MRC était déjà assez implanté sur la Côte-Nord.

De plus, ça nous a permis aussi évidemment d'économiser beaucoup de sous en ce qui concerne les structures administratives. Et, lors du plan de transformation, on a fait un pas supplémentaire en passant de 16 à neuf établissements, où on a pu épargner. Comme on vous le disait dans le texte, il y a 53 % des compressions qui ont été faites dans les services administratifs et de soutien. Entendons par là une réduction importante, là, du côté des services administratifs, donc personnel d'encadrement, fusions de plusieurs organisations, fusions aussi du côté des services de soutien, qui a fait en sorte — ou

rapprochement — qu'on puisse réduire de façon très significative les coûts.

Et c'était le voeu aussi des gens de la région de faire en sorte que le moins possible on touche aux services, parce que dans plusieurs cas on était déjà, je vous dirais, au plancher. Donc, on a concentré nos efforts dans ce secteur-là des services administratifs et de soutien, sachant fort bien qu'on ne pourrait pas épargner de crédits en ce qui concerne le déplacement des usagers sur le territoire, le déplacement des clientèles sur le territoire. Au contraire, on était assuré qu'à ce chapitre-là les dépenses allaient augmenter, si on voulait poursuivre, continuer d'assurer une accessibilité qui était comparable au début, qui était là au début du plan de transformation et qui était là aussi dans les années qui ont suivi.

Le Président (M. Beaumier): Merci.

M. Gagnon: C'est beau.

Le Président (M. Beaumier): Ça va. Alors, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. Et merci beaucoup, M. Mauger et toute votre équipe, pour la présentation, votre travail aussi et votre déplacement chez nous. Je vais faire le même voyage samedi. Avec ça, j'espère que je vais vous voir pendant la fin de semaine.

J'ai une question, comme j'ai demandé aux autres régies régionales, sur les jeunes en difficulté. Vous êtes financés per capita... Non, je ne peux pas dire ça. O.K.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Quand même, il y a à peu près 10 millions pour votre centre. Divisés par le nombre de jeunes, je peux arriver avec un chiffre qu'on appelle per capita, mais j'ai entendu qu'on ne discute pas la question comme ça.

M. Mauger (Dan): ...

● (18 h 10) ●

M. Williams: Mais vous avez mentionné et j'ai vu que vous aviez un déficit, dans le passé, assez substantiel. Les listes d'attente — on peut parler des listes d'attente? Good, O.K. — elles ont eu une légère augmentation. Maintenant, les listes d'attente, il y en a 27, le 22 septembre, dans plus ou moins le même temps, l'année passée, il y en a deux et, en avril, il en a eu cinq. Avec ça, ils ont eu une augmentation per capita, ou «whatever» — je comprends votre point et j'accepte point que ce n'est pas une bonne façon de compter les sous chez vous.

Mais j'arrive à la question: De quoi est-ce que vous avez besoin? C'est quoi, vos besoins pour répondre aux besoins des jeunes, des jeunes en difficulté chez vous? Tenant compte de toute la problématique que vous avez bel et bien expliquée, qu'est-ce que ça va prendre comme budget pour répondre à ces besoins?

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Je vous dirais, c'est le même discours, c'est ce qu'il y a sur la table actuellement en discussion déjà depuis quelques mois avec des gens du ministère. Le montant qu'on recherche, il est autour de 750 000 \$. Ce n'est pas un montant qui est énorme, si on le compare à d'autres régions au Québec.

M. Williams: Un ajout d'à peu près 750 000 \$.

M. Di Piazza (Ivo): Spécifiquement pour la mission jeunesse du centre de protection et de réadaptation, spécifiquement pour cette mission-là, c'est 750 000 \$. Il faut penser qu'au cours des derniers mois on a réinjecté 1,1 million de dollars au budget de base de l'établissement, et il nous reste un pas à faire.

Actuellement, il nous reste un pas. Puis, je vous dirais, l'ensemble des études qui sont faites tant par le comité Lebon, tant par les gens à l'interne au ministère, surtout où on est capable de se faire entendre, tout le monde convient que la performance des professionnels au centre jeunesse est excellente et même supérieure à la moyenne des performances provinciales.

Notre taux de signalements, notre taux d'incidences étant relativement élevé — on vous le dit dans le texte: deux fois plus élevé que la moyenne du Québec — évidemment, ça crée une pression importante sur les services, et on a là, je vous dirais, un budget qui n'a pas réussi à suivre le volume d'activité. Puis ça, on se dit: Bon, je pense qu'au cours des prochaines semaines...

On est encore intervenus dernièrement. Les gens comprennent très bien la situation du centre jeunesse. Ils savent que les efforts qui ont été faits au cours des derniers mois, le travail qui est effectué, ils commandent un ajout budgétaire. Il est impensable pour notre conseil d'administration qu'on dise au centre jeunesse: Vous nous présentez un plan de compression de 750 000 \$. Et ça, les gens du ministère conviennent aussi que ce n'est pas pensable de demander à l'établissement de faire un effort supplémentaire. Déjà, on lui a demandé, pour éviter de mettre la main aux services, s'il pouvait se fusionner avec des centres de réadaptation pour générer des économies, pour faire face aux compressions. Donc, à ce chapitre-là, je vous dirais, l'établissement a fourni un effort incroyable pour être capable de rentrer dans les normes budgétaires qui lui étaient prescrites.

M. Williams: Oui, effectivement. Et avec les coupures, pendant les derniers cinq ans, de 60 millions de dollars dans ce secteur, je ne mets pas en doute votre parole que les travailleurs et les travailleuses, les gestionnaires, ils ont fait un effort extraordinaire. Je n'ai pas blâmé le centre parce que vous avez eu un déficit. C'est difficile de faire tout ça sans les moyens. Mais, si j'ai bien compris votre réponse, sans avoir environ 750 000 \$, votre territoire ne peut pas respecter la loi n° 107?

M. Di Piazza (Ivo): M. le Président, dans les discussions qu'on a actuellement, je vous dirais, les gens au ministère conviennent que... On n'en parle même pas. On n'en parle pas, parce qu'on se dit: La démonstration est faite. Il reste quelques étapes à franchir. La démonstration est faite que l'établissement, on ne

pourrait pas lui demander de compresser 770 000 \$ supplémentaires, il ne pourrait pas le faire.

Et les gens conviennent aussi que le manque à gagner, qui est de 770 000 \$, il est là, il est convenu, il est accepté par les gens du ministère. Je vous dirais, on est peut-être à quelques semaines d'une intervention importante et financière dans ce domaine-là.

M. Williams: On pourrait passer ça aujourd'hui, si vous voulez.

M. Di Piazza (Ivo): Non. Je vous dis que tout le monde convient que c'est ça, les montants dont on a besoin.

M. Williams: Oui, tout le monde comprend, mais ça... Et je m'excuse, parce que nous sommes déjà le 18 octobre d'une année fiscale qui finit le 31 mars l'année prochaine: deux tiers de l'année. Je parle avec les centres jeunesse, qui font un travail extraordinaire, et je ne mets pas ça en doute. Félicitations à eux. Mais c'est une drôle de façon de gérer un budget. Et on arrive avec une menace, la loi n° 107. D'abord et avant tout, un budget équilibré. Tout le monde est en train de jouer un jeu. J'accepte qu'en arrière vous avez fait une bonne négociation. Je suis convaincu, avec M. Mauger, qu'il pousse les régions comme il faut et avec vous aussi comme directeur général; je ne mets pas ça en doute. Mais ce n'est pas une bonne façon de gérer. Il y a une menace que, si j'ai bien compris, sans avoir — et je pense que vous avez juste mentionné que vous avez gagné les négociations, félicitations — 750 000 \$, votre territoire ne peut pas respecter la loi n° 107, qui est une loi anti-services, une loi qui oblige d'abord et avant tout de balancer les livres nonobstant les besoins des services. C'est ça que vous avez dit: vous avez besoin de 750 000 \$ pour respecter la loi n° 107.

M. Di Piazza (Ivo): C'est le manque à gagner de l'établissement au moment où on se parle.

M. Williams: Merci. Si vous n'avez pas — parce que, de temps en temps, les négociations en arrière champ ne marchent pas exactement comme ce qu'on pense, là — le 750 000 \$, est-ce que les listes d'attente vont s'allonger, comme ils ont déjà annoncé dans quelques autres territoires?

M. Mauger (Dan): Indépendamment de l'allocation des ressources, nous ferons tout, quitte à vivre la tutelle s'il le faut, mais nous répondrons aux besoins.

M. Williams: Oui, mais ça prend les sous aussi, comme vous l'avez bel et bien dit, et pas juste les sous per capita.

M. Mauger (Dan): Certainement pas.

M. Williams: Dans le même ordre de questions que j'ai questionné l'autre Régie régionale, c'est sur les listes d'attente. Je m'excuse encore de parler des listes d'attente, mais c'est une façon de mieux comprendre la situation. Sur les déficiences physiques, comme je l'ai

mentionné, j'ai eu les chiffres qui viennent de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique. Et, chez vous, il y a des listes d'attente pour les adultes. Il y a 20 adultes sur une liste d'attente de sept mois pour les déficiences visuelles. Il y a 15 adultes pour une liste d'attente de sept mois — l'année passée, je m'excuse, là, septembre 1999 — sept mois en déficience motrice, cinq personnes sur une liste d'attente d'un mois pour les déficiences du langage et 23 personnes sur une liste d'attente de cinq mois pour déficience visuelle et, finalement, dans la section des adultes, six adultes dans un délai d'attente de sept mois pour une déficience motrice.

Pour nos jeunes, nos enfants, chez vous, il y a 31 jeunes, liste d'attente de trois mois, déficience de langage et de la parole; 17 jeunes, délai d'attente cinq mois, déficience motrice; et, finalement, deux personnes, deux jeunes, six mois, le délai d'attente, déficience visuelle.

Je voudrais savoir, depuis septembre 1999 — c'est déjà les chiffres de l'année passée — avez-vous eu du succès à réduire le nombre de listes d'attente, le temps de réponse? Et aussi, ma question arrive: Qu'est-ce que ça va prendre, pas per capita, mais dans le territoire, pour répondre à ces besoins?

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

(Consultation)

Le Président (M. Beaumier): Un instant, madame. Il faudrait peut-être prendre place, pour les fins de notre enregistrement. Merci. Alors, peut-être donner votre...

M. Mauger (Dan): ...une expertise chez vous.

Le Président (M. Beaumier): Oui. Madame, s'il vous plaît, pourriez-vous...

Mme Demers (Nicole): Nicole Demers, directrice des programmes sociaux.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup.

M. Demers (Nicole): Alors, en fait, en déficience physique, nous sommes une région qui est très mal équipée au niveau de la dispense de services. C'est clair, vous l'avez déjà énoncé. La situation ne s'est pas améliorée depuis l'année dernière, et nous sommes en train de faire un état de situation pour une demande budgétaire globale sur l'ensemble des services en déficience physique au ministère. Et c'est un programme très jeune, et nous faisons l'état de situation actuellement, donc nous n'avons pas, par exemple, d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive dans notre région. Nous n'avons pas suffisamment de professionnels dans le champ de la déficience visuelle, de la déficience motrice, de la déficience auditive. Nous avons, en plus de ne pas avoir suffisamment de professionnels, des difficultés énormes de recrutement, même si nous avons des budgets dans certains secteurs d'activité. Alors, c'est un programme qui est problématique, et on est en train de faire un état de

situation sur ce qui existe actuellement et sur les besoins qu'on a en région pour être capable de le démontrer.

● (18 h 20) ●

M. Williams: Je ne veux pas vous coincer avec un chiffre exact, mais vous avez une idée de la grandeur de la demande?

Mme Demers (Nicole): On estime à peu près à 1,8 million notre besoin actuellement en financement. Évidemment, c'est une estimation grossière qui ne tient pas compte de l'état de situation précis qu'on est en train de faire, mais c'est approximatif.

M. Williams: Oui, est-ce que votre directeur général a déjà commencé les négociations pour ça aussi?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Il peut faire une annonce dans quelques semaines, là? Au moins, l'opposition officielle peut vous aider aussi.

M. Mauger (Dan): Si je comprends bien, M. Williams, vous avez retenu son nom italien, je crois?

M. Williams: Mais, effectivement, il me semble que... Merci pour cette précision. Et, une fois ça entré dans les négociations entre la Régie et le gouvernement, une fois que vous avez une proposition bel et bien encadrée, s'il vous plaît, est-ce que vous pouvez déposer ça pour le bénéfice de la commission? Et je suis convaincu que les deux côtés de la Chambre vont certainement appuyer les régions.

Le Président (M. Beaumier): Je comprends que c'est oui?

M. Williams: C'est oui?

Le Président (M. Beaumier): D'accord, merci. C'est beau.

M. Williams: Dernière petite question avant que je passe la parole à mon collègue. La dernière fois que j'ai été chez vous, nous avons discuté toute la question de programmes d'accès pour la communauté d'expression anglaise, qui est effectivement 5 % ou 6 % de la population. Je voudrais juste vous donner quelques minutes pour donner un compte rendu. Le programme, est-ce que ça marche bien? Est-ce que tout le monde est tout à fait satisfait ou est-ce que, aussi, vous avez quelques autres demandes que vous allez faire à la ministre pour quelques sous, pas per capita, pour augmenter le niveau des services?

Le Président (M. Beaumier): ...

M. Mauger (Dan): J'aimerais préciser pour le bénéfice de la commission que le 6 % d'anglophones, dans le texte, monte à 76 %, 78 % en Basse-Côte-Nord.

M. Williams: Oui.

M. Mauger (Dan): En Basse-Côte, il n'y en a aucun, problème d'accessibilité pour le service de langue anglaise.

M. Williams: Ha, ha, ha! Si les services sont là. Ils peuvent être disponibles en anglais, mais les services ne sont pas là.

M. Mauger (Dan): Quand ils ne sont pas disponibles, il y a nos amis terre-neuviens et puis il y a Sept-Îles. Je vais demander à M. Di Piazza de compléter sur le... Vous allez pouvoir expérimenter ça en fin de semaine, la vigueur de la langue anglaise là-bas.

M. Di Piazza (Ivo): M. le président va me demander de négocier ces services-là. Juste revenir avec deux éléments. On avait comme objectifs, en 1999-2000, qu'on voulait s'assurer — et c'est dans notre rapport annuel pour 1999-2000 — en collaboration avec l'ensemble des partenaires, du maintien de l'accessibilité aux services, indiquée au programme d'accès, tel qu'il avait été accepté par le conseil d'administration de la Régie, puis aussi de soutenir des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services pour la clientèle anglophone du territoire.

Comme résultats, ce qu'on a obtenu pour la dernière année, les services du programme d'accès sont maintenus dans les cinq établissements de la région qui s'étaient inscrits au programme. On a procédé, là... Il y a tout près d'une vingtaine de communiqués et messages d'intérêt public qu'on a diffusés à la population et aux médias en langue anglaise. On a fait la conversion en anglais d'un guide d'information sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, parce qu'on trouvait ça important. C'était une démarche qui avait été faite au plan régional, et, aussi, on l'a fait pour la communauté anglophone. On a aussi adapté du matériel didactique pour une formation en milieu scolaire anglophone relativement à la prévention des toxicomanies, un outil aussi régional qui avait été développé, et on voulait que ça se fasse sur l'ensemble de notre territoire. Et aussi un soutien aux actions des établissements quant à l'adaptation de divers documents d'information et d'outils d'intervention visant à améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux scolaires pour les élèves d'expression anglaise et leurs familles.

C'est un peu le tour d'horizon qu'on a fait en 1999-2000. Et la personne chez nous qui est responsable du programme d'accès, malgré qu'il y a eu une baisse des allocations à cet égard-là pour la Régie régionale, on a maintenu le même format de travail et le même type d'interventions au cours de la dernière année.

Le Président (M. Beaumier): Merci. M. Mauger, oui.

M. Mauger (Dan): Avec la collaboration de la Régie régionale, les administrateurs du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord ont reçu leur formation en anglais. Et nous sommes, aussi, le conseil d'administration qui, même parfois lorsqu'il y a seulement un ou deux anglophones autour de la table, fonctionnons uniquement en anglais. Les documents sont déposés en

français, mais nous fonctionnons, autour de la table, uniquement en anglais.

Le Président (M. Beaumier): Merci. Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci, M. le Président. D'abord, je voudrais vous saluer, les gens de la Côte-Nord. Je suis moi-même une fille de la Côte-Nord. Ça fait un petit bout que je suis partie là, mais je suis native de Hauterive, qui est maintenant Baie-Comeau.

Une voix: Baie-Comeau—Hauterive.

Mme Barbeau: Baie-Comeau—Hauterive, maintenant. Je dis toujours Hauterive, maintenant Baie-Comeau. Qu'est-ce que tu veux, on n'efface pas ça. là, hein! Ha, ha, ha! Ça ne s'efface pas complètement, même si on est d'accord avec ce qui s'est passé. Je suis un petit peu gênée, par contre, parce que j'y ai vécu 21 ans puis je ne suis pas allée plus loin que Sept-Îles, tu sais. Ça fait que je trouve ça un petit peu gênant, quand je regarde la carte, là, mais peut-être qu'un jour j'aurai le temps de me reprendre.

Mme Levasseur (Louise): Il n'est jamais trop tard.

Mme Barbeau: Il n'est jamais trop tard. Pas comme députée, on n'a pas le temps bien, bien.

Vous étiez là, tous, dans la salle tout à l'heure. J'ai un peu toujours la même question, là, mais ce n'est pas que je n'ai pas d'autres idées, d'autres questions, mais j'ai un petit peu une déformation parce que j'étais sur la commission de l'administration publique, et tout ça, puis ça m'intéresse beaucoup, toute cette question d'imputabilité là des régies, des C.A., et tout ça. Puis on va peut-être être interpellé à donner notre point de vue. Puis, moi, je voudrais vous donner aussi l'opportunité d'en parler; vous en parlez dans votre conclusion. Mais j'aimerais juste lire deux phrases. Vous dites que, bon, «la Régie [...] a été [...] identifiée comme l'instance régionale devant disposer des leviers nécessaires et décisionnels». C'est que vous dites que vous n'en avez pas ou pas assez. C'est ce que je comprends.

Puis, l'autre ligne, dans l'autre texte, vous dites: «Il est souhaité qu'une réelle décentralisation [...] pour permettre à la Régie d'exercer pleinement son pouvoir.» Puis là vous avez ajouté des choses qui ne sont pas écrites, mais je l'ai écrit: accompagné d'un mécanisme d'imputabilité. Ça fait que, moi...

M. Mauger (Dan): De reddition de comptes.

Mme Barbeau: Hein?

M. Mauger (Dan): De reddition de comptes, c'est un fait.

Mme Barbeau: Oui, c'est ça. Ça fait que, moi, j'aimerais juste voir un peu... Moi, je ne suis pas contre ça, là, mais, dans le concret, ça veut dire quoi pour vous? Ça veut-u dire que votre conseil d'administration serait imputable devant la population? Ça veut-u dire

aller jusqu'à une taxation locale? J'aimerais ça, avoir un petit peu de détails. Quand vous dites: levier nécessaire, est-ce que vous parlez de la régionalisation de la RAMQ, par exemple?

M. Mauger (Dan): Ça pourrait aller jusque-là.

Mme Barbeau: C'est ça que vous voulez dire, O.K. Puis, quand vous dites: une réelle décentralisation, ça veut-u dire que les enveloppes taguées, puis tout ça, c'est ça que vous ne voulez plus? C'est ça que je comprends.

M. Mauger (Dan): Autant que possible de moins en moins. Parce que comment pouvez-vous agir avec des enveloppes ciblées?

Mme Barbeau: Non, mais, moi, je vous donne la chance de plaider. Ça fait que allez-y. Ha, ha, ha!

M. Di Piazza (Ivo): Peut-être un commentaire.

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Merci, M. le Président. Je vous résumerai ça en un point: Est-ce qu'il est pensable qu'au Québec, avec des régions comme les nôtres, on puisse, au lieu de travailler avec du mur-à-mur, travailler avec du sur mesure? À partir de là, si on détermine que, pour une orientation provinciale, c'est dans le maintien à domicile qu'il faut investir fortement ou qu'il faudrait investir 90 % des ressources financières qu'on possède, c'est-u pensable qu'on dise à une région comme la Côte-Nord ou à d'autres, peut-être d'autres régions au Québec aussi, Abitibi ou Gaspésie: Vous autres, qu'est-ce que vous avez besoin? Et, le premier dollar que vous auriez à investir en Côte-Nord, vous l'investiriez où?

Puis, lorsqu'on parle de décentralisation, vous le souligniez tout à l'heure, c'est difficile de dire: On distribue de l'argent en alcoolisme, toxicomanie à travers le Québec, avec un per capita — qui ne fait pas notre affaire, je pense qu'on vous l'a soulevé — et on rentre dans ce moule-là. On a un peu de difficulté, comme région, à s'adapter à ce moule du mur-à-mur, surtout pour une région comme la Côte-Nord. Il faudrait être capable ou que le conseil d'administration de la Régie puisse être capable d'adapter un petit peu à du sur mesure, en autant qu'il puisse prendre lui-même les mesures qu'il faut pour le costume dont on a besoin.

L'autre élément, les liens par rapport à l'imputabilité puis les liens qu'on peut avoir. Je vous dirais, systématiquement, avant chaque conseil d'administration, on expédie aux membres du conseil la correspondance et l'ensemble des documents pour le conseil d'administration. On l'envoie une dizaine de jours avant la séance du conseil. On envoie aux deux députés aussi les mêmes textes et les mêmes documents qu'on envoie aux membres du conseil d'administration et, tout de suite après le conseil, ce qu'on appelle, nous, des échos du conseil, qui relatent les principales décisions du conseil, aussi avec les députés. Et il arrive à l'occasion que les bureaux de chacun des deux députés nous appellent pour nous demander: Vous avez tel point

d'inscrit à l'ordre du jour, on peut-u avoir plus d'information? Et on échange aussi là-dessus. Je pense qu'il y a un lien qui est là, qui n'empêche pas un comme l'autre.

● (18 h 30) ●

Quand on parle de décentralisation, je vous dirais que ce qu'on voudrait qu'on retienne: On peut-u travailler avec du sur mesure et on peut-u éviter de parler de per capita, compte tenu de la géographie et de la démographie de notre région? À partir de là, le reste des collaborations, je pense qu'elles peuvent s'installer, et le champ de compétence de la Régie pourrait se définir autour de ces éléments-là.

Mme Barbeau: Ça veut dire que vous ne voulez pas du tout de priorités nationales. C'est ça?

M. Mauger (Dan): Au contraire.

Mme Barbeau: Non? O.K.

M. Mauger (Dan): Dans le texte, on le dit: Elles sont source d'inspiration et de référence pour nous, les stratégies nationales.

Mme Barbeau: O.K. Non, c'est beau.

L'autre question, c'est par rapport au conseil d'administration. Je vois que vous avez un grand territoire. Vous devez avoir, comme un peu l'autre groupe d'avant, Gaspésie—Les Îles, une représentation... Vous devez essayer, là, ce n'est pas toujours évident, mais j'imagine que vous essayez d'avoir une représentation territoriale. Mais, par rapport à l'élection de ces gens-là, vous, avez-vous une position? Parce qu'il y a des collèges électoraux pour les gens du communautaire, et tout ça, là. Comment vous voyez ça par rapport à l'imputabilité, là, versus la population?

M. Mauger (Dan): Évidemment, nous voulons un conseil élu.

Mme Barbeau: Par la population?

M. Mauger (Dan): Évidemment.

Mme Barbeau: O.K.

M. Mauger (Dan): Que nous trouvions...

Mme Barbeau: Sans pouvoir de taxes, par contre.

M. Mauger (Dan): Bien, ça va se faire progressivement, j'imagine, la décentralisation, un jour, au Québec, mais qu'on fonctionne par mécanisme... collèges électoraux, identification des territoires, les MRC, la nécessité d'avoir des représentants par MRC, les organismes communautaires et les établissements, c'est bien important, ça va de soi, mais, le territoire, qu'il soit dans son ensemble représenté et avec les acteurs du réseau. Ça, c'est très important.

Mme Barbeau: Est-ce que vous dites, comme d'autres nous ont dit avant: On est prêt à voir des

nominations du gouvernement sur ce C.A. là? Il y en a qui nous ont dit ça aujourd'hui.

M. Mauger (Dan): Si elles nous sont imposées, nous devons vivre avec...

Mme Barbeau: Non, mais je vous pose la question.

M. Mauger (Dan): ...mais, nous, notre souhait, c'est de pouvoir les élire.

Mme Barbeau: Des représentants du gouvernement? Non.

M. Mauger (Dan): Non.

Mme Barbeau: Des citoyens.

Une voix: Des administrateurs.

Mme Barbeau: Ce seraient des citoyens.

M. Mauger (Dan): Nous, comme citoyens, nous voulons que ce soient des représentants élus, avec le respect de la sensibilité territoriale, et les acteurs du réseau. Mais accrochons-nous autant que possible au mot «élection». Je crois que c'est beaucoup plus sensible et plus représentatif que «nomination».

Mme Barbeau: Mais, moi, je réfléchis, là, je veux dire, je ne suis pas...

M. Mauger (Dan): J'adore le faire avec vous.

Mme Barbeau: Ha, ha, ha! Surtout qu'on vient de la même région, là, hein?

M. Mauger (Dan): J'ai étudié, moi aussi, à Hauterive.

Mme Barbeau: On se sent comme en famille. Hein?

M. Mauger (Dan): Moi aussi, j'ai étudié à Hauterive, dans le temps.

Mme Barbeau: À la polyvalente. Moi, en tout cas, c'était à la polyvalente.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Lui, il était au séminaire.

M. Mauger (Dan): Ne soyez pas méchante, madame.

Mme Barbeau: Je n'ai pas... Ce n'était pas l'idée. Ça, ce n'était vraiment pas habile. Non, non, ce n'était pas l'idée. Ha, ha, ha!

Une voix: Il n'a pas connu ça, lui, les polyvalentes.

Mme Barbeau: Là, vous m'avez fait perdre mon idée, par exemple.

Le Président (M. Beaumier): Alors, on continue.

Mme Barbeau: Oui.

Le Président (M. Beaumier): Oui? D'accord.

Mme Barbeau: J'essaie de... Ah oui, c'est ça. Si on élit des gens au suffrage universel mais qu'ils n'ont pas... C'est un peu le dilemme, là, de l'imputabilité, parce que, nous, on est élus au niveau du gouvernement, on a la responsabilité de s'occuper de la santé, de l'éducation, et tout ça. On perçoit des taxes et des impôts en conséquence. Donc, les gens, ils se revirent toujours vers nous en bout de ligne puis ils nous disent: On n'aime pas ça, ce que vous faites. Puis, même si on est d'accord avec ce que vous faites la plupart du temps, là — moi, je sais bien qu'à Québec j'ai rarement été en désaccord avec les choix de la Régie — c'est quand même nous autres vers qui les gens se revirent et disent: C'est vous autres qui avez la responsabilité, c'est vous autres qui allez payer aux prochaines élections. Je vous simplifie ça, mais, des fois, c'est aussi simple que ça.

Alors, je dis: Comment on peut concilier ça? Parce que les gens, je ne sais pas, mais, au niveau scolaire, par exemple, ça ne va pas voter, les gens. Les gens sont élus par 10 %, 15 %, puis ils ne s'occupent pas de ça. Moi, j'apprends à plein de gens qu'ils ont des commissions scolaires. Ils ne le savent même pas.

Alors, moi, je ne voudrais pas qu'au niveau de la santé ce soit la même chose qui se répète et que des gens qui sont élus par 10 % de la population aient plus ou autant de pouvoir que j'en ai. Autrement dit, sans... Vous comprenez, là? Moi, je suis en réflexion par rapport à ça parce que je trouve que c'est ambigu, ce n'est pas simple, cette histoire-là.

Le Président (M. Beaumier): Mme Levasseur.

Mme Levasseur (Louise): Oui, moi, j'ai le goût de prendre le micro.

Mme Barbeau: Allez-y.

Mme Levasseur (Louise): Parce que, moi, je suis élue au niveau de la population pour mon établissement, au niveau de ma MRC, au niveau du CLSC, centre d'hébergement de Manicouagan. C'est sûr que la participation de la population, malgré qu'au prorata on a une assez bonne participation, mais ce n'est pas comme les élections provinciales ou municipales. Mais il ne faut pas se leurrer, il n'y a pas de culture, là, puis, il ne faut pas se leurrer, on n'a pas une cenne de budget. On n'est pas dans les journaux, on n'est pas en train de faire des discours.

Vous voulez qu'on soit imputable, mais on n'a pas les ressources pour être en mesure de...

Mme Barbeau: Je ne suis pas contre, moi, là, là, hein?

Mme Levasseur (Louise): Non, non, mais j'expose la dynamique et la problématique. Et je pense que la population, si elle n'est pas satisfaite des décisions de la Régie, elle va toujours se tourner soit vers la présidente d'établissement... Parce qu'on est en continuité, là. Quand les gens ne sont pas satisfaits des décisions de la Régie, ils viennent me voir dans mon établissement à moi puis ils me le disent. Et, si je suis en accord avec la décision de la Régie, ils vont aller voir le député pour lui dire: Aie, on n'est pas d'accord avec les deux décisions, là. Ils se promènent dans les structures de pouvoir, les gens. Ils vont toujours le faire.

Mais, moi, je crois que ce qui est important, c'est de garder le pouvoir en région et de permettre le plus possible d'avoir une représentativité équitable de cette population-là. Je n'ai pas le principe de dire que je vais donner la solution ce soir, mais, moi, je crois qu'on ne pourra jamais, idéalement, en arriver à une représentativité imputable comme, mettons, tu l'es comme députée, parce qu'on n'a pas cette culture-là, comme Québécois, d'aller voter au scolaire, à la santé, puis encore moins dans les structures comme la régie.

Et il ne faut pas perdre de vue non plus qu'au niveau de la structure de la régie régionale — en tout cas, moi, c'est ma croyance très profonde — il faut garder aussi les gens qui sont dans les structures d'établissements dans cette structure-là aussi, assis, sans ça on va devenir complètement déconnecté. Si on n'a que des élections populationnelles, sur l'immensité du territoire, tu vas te retrouver avec des gens qui sont issus de tous azimuts, que ce soient des gens du CRD, du CLD, mais qui ne seront pas connectés au niveau des établissements, et là ça va être la débandade. Je ne dis pas qu'il ne doit pas en avoir, de ces gens-là, mais il faut se garder connecté aux établissements qui sont sur le territoire aussi.

Mme Barbeau: Bien, c'est intéressant. Moi, je continuerais à discuter avec vous, mais je pense qu'il y a d'autres personnes.

Mme Levasseur (Louise): Oui, on se parlera après.

Mme Barbeau: Bien, merci beaucoup, parce que, comme je vous dis, nous aussi, on réfléchit beaucoup à ça, parce que des fois on ne sait plus trop comment agir. Puis je pense qu'il n'y a pas de mauvaise volonté ni d'un bord comme de l'autre, on fait tous notre possible, hein? Merci beaucoup.

Le Président (M. Beaumier): Oui, merci. Est-ce que je serais dans votre club si je disais que j'ai enseigné une année à Hauterive? Ça serait...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Levasseur (Louise): Avez-vous enseigné à M. Mauger?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Beaumier): Ça aussi, on dira ça par après. Alors, excusez-moi. Mme la députée de Bourassa.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, M. le Président. M. Mauger, mesdames, messieurs, bienvenue. Vous évoquez, dans votre présentation synthèse, à la page 14, avoir conclu une entente au printemps 2000 avec le ministère de la Santé et Services sociaux. M. le Président, je ne sais pas, je n'ai pas cette entente, l'entente bipartite, l'entente de gestion. Est-ce que nous l'avons ou est-ce qu'elle pourrait être déposée?

M. Mauger (Dan): Aucun problème, madame.

Le Président (M. Beaumier): Ça pourrait être transmis à commission?

Des voix: Oui.

Le Président (M. Beaumier): D'accord, ça sera remis...

Une voix: Dans les prochains jours.

Le Président (M. Beaumier): C'est parfait. Merci, madame.

Mme Lamquin-Éthier: Merci, M. le Président. De même, pour l'ensemble des établissements de votre territoire, est-ce qu'il y a eu des ententes bipartites de signées et, si oui, est-ce qu'elles pourraient également, M. le Président, être déposées?

M. Mauger (Dan): La même chose, madame. Il n'y aura aucun problème; toute la documentation que vous voulez sur ces deux sujets vous sera déposée dans un temps relativement très court.

Mme Lamquin-Éthier: Merci. Au niveau des effectifs médicaux, vous avez une situation qui est très inconfortable, et je pense que vous en avez convenu. Quand on regarde au tableau 7, qui retrace l'évolution des effectifs médicaux de 1997 à 1999, il y a eu une baisse importante, en tout cas en 1999 il y a une baisse importante. Comment expliquez-vous le recul de 1999 quant aux effectifs médicaux?

M. Mauger (Dan): Je demanderais à M. Di Piazza d'entamer le sujet et de faire appel à l'expertise qu'il jugera appropriée.

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Si vous permettez, M. le Président, notre président de commission médicale régionale est tout à fait bien placé pour en parler.

Le Président (M. Beaumier): M. Samson.

M. Samson (Arnaud): Oui. Alors, il s'agit effectivement, là, des mises à la retraite, dont je faisais mention, qui ont créé des vacuums dans les villes; l'intérêt pour aller travailler en ville s'est donc développé, et on a eu beaucoup de départs, d'une part. Ceci associé à la durée de vie des médecins en région, qui était de 3,7, 3,8 années, en moyenne, là, donc, ceci conjugué, là, ça a donc accéléré. Il n'y a pas d'autre

phénomène qu'on a identifié, là, dans ces années-là, comme tel.

● (18 h 40) ●

Mme Lamquin-Éthier: Parfait. Si nous pouvons poursuivre plus loin, chez vous, est-ce qu'il y a un DRMG qui existe, un département régional de médecine générale? Est-ce qu'il est en place et effectif? Et, s'il ne l'était pas, à quoi cela serait-il dû?

M. Di Piazza (Ivo): Les ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens seront complétées au cours de la dernière année financière 1999-2000 quant aux formes de rémunération qui étaient rattachées aux départements régionaux de médecine générale. On a procédé tout dernièrement, au printemps et encore dernièrement... dans les prochains jours, on procède encore avec la mise en place du département régional de médecine générale, avec un chef de département, et tout. Ça devrait se faire dans les prochains jours, d'ici une quinzaine de jours environ. Et on souhaite...

Évidemment, vous comprenez un peu la difficulté qu'on a comme région, le nombre d'omnipraticiens étant de beaucoup inférieur à ce qu'on recherche sur l'ensemble du territoire. Vous comprendrez aussi que, lorsque vous regardez notre région, tous les territoires qui sont à l'est de Sept-Îles ont des plans d'effectif, je vous dirais, pratiquement complets. Donc, le manque à gagner en termes d'effectifs médicaux se fait beaucoup du côté... de Sept-Îles, à l'ouest de Sept-Îles.

Donc, la mise en place du département évidemment a été un peu plus difficile. Les médecins qui s'impliquent s'impliquent beaucoup à la commission médicale régionale. On a une bonne participation à la commission médicale. La mise en place du DRMG se fait un peu plus lentement, mais il y a une volonté des omnipraticiens à participer aux activités du département régional de médecine générale.

Mme Lamquin-Éthier: Ça devrait se formaliser, se concrétiser. Bon, là je comprends que vous allez bientôt avoir un responsable, un directeur de service, mais, quant au département régional comme tel, est-ce que c'est un processus qui devrait normalement aboutir? Ça semble terriblement long, à partir du moment où ça a été institué et la réalité, le terrain.

M. Samson (Arnaud): Ce que j'aurais envie de vous dire, c'est qu'il y a une barque dans laquelle il y a des places de vides. Puis là on vient de rajouter une autre fonction alors qu'il y en a déjà qui rament assez fort, puis il faudrait qu'ils reprennent une autre rame en plus. Donc, c'est ça qui ralentit le processus et non pas l'organisme lui-même, mais c'est vraiment les gens pour assumer ces fonctions-là.

Mme Lamquin-Éthier: S'agit-il d'une grande barque? Est-ce que c'est une barque qui a une grande capacité et combien manqueraient-il de rameurs pour qu'elle puisse atteindre le port?

M. Samson (Arnaud): Je suis content que vous me posiez la question, je dois vous le dire. Il manque, chez les omnipraticiens, 35 rameurs, puis chez les spécialistes, 23 rameurs.

M. Di Piazza (Ivo): M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Toutes proportions gardées, sur le nombre de spécialistes qu'on a besoin sur la Côte-Nord et sur le nombre d'omnipraticiens, ça peut paraître peu pour une région comme Montréal ou comme Québec, mais, pour la Côte-Nord, ça signifie un manque important.

Une voix: ...

M. Samson (Arnaud): Non, je ne voudrais pas faire...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Di Piazza (Ivo): Non, il va être en place. Les élections sont faites pour les trois premiers postes au département régional. Les gens vont procéder à une forme cooptation, je pense, à mon horaire, c'est la semaine prochaine ou l'autre. Donc, on devrait, d'ici les Fêtes, le rendre opérationnel à la volonté des omnipraticiens qui sont là. J'ai bon espoir que ça puisse, je vous dirais, avec quelques leviers... Puis, lorsqu'on vous parlait de quelques mesures, on vous a parlé, dans le texte, de la régionalisation des budgets de la RAMQ. S'il y avait une formule qui se rapproche de cet élément-là... Je ne vous dis pas de décentraliser la partie administration de la RAMQ, ce n'est pas ça qu'on veut. C'est comme si on avait un numéro d'identification puis qu'on avait une espèce de réserve ou un compte à la RAMQ pour être capable de payer nos médecins, c'est ce qu'on souhaiterait, une formule qui permettrait au département régional de médecine d'avoir des leviers. S'il n'y en a pas, de leviers, il ne sera pas opérationnel puis il ne portera pas les fruits qu'il devrait porter comme département régional.

Mme Lamquin-Éthier: C'est un peu, je pense, ce qui avait été exposé par la régie précédente quand on parlait de se laisser une certaine capacité de pouvoir moduler. Ce n'est certainement pas facile de vivre des pénuries aussi importantes et ce n'est certainement pas facile non plus pour les personnes qui sont en attente de services.

Au niveau des déficits pour votre région, j'aimerais, si vous me permettez... Je sais que vous en avez parlé dans votre mémoire, mais dans le but de dresser un portrait, quel était le montant total des déficits accumulés pour l'ensemble de vos établissements au 31 mars 1998 et quel était le montant total du déficit accumulé pour 1998-1999?

Le Président (M. Beaumier): ...s'il vous plaît.

Mme Lamquin-Éthier: M. le Président, si les documents pouvaient être déposés à cet égard-là, peut-être en ce qui...

Le Président (M. Beaumier): Alors, j'en conclus que les documents seront déposés.

M. Mauger (Dan): Oui.

Le Président (M. Beaumier): D'accord. Alors, on peut continuer. Merci.

Une voix: Séance tenante, M. le directeur?

M. Di Piazza (Ivo): On aimerait refaire les documents ou les adapter à la question de Mme la députée. On pourra le faire de cette façon-là. On vous le déposera assez rapidement, je vous dirais dans les prochains jours, au courant de la semaine prochaine, tel que vous le souhaitez. C'est les déficits au 31 mars 1998?

Mme Lamquin-Éthier: Oui, et le total du déficit accumulé pour 1998-1999.

M. Di Piazza (Ivo): O.K.

Le Président (M. Beaumier): Alors, vous les transmettez au secrétariat, ici, de la commission. Merci.

M. Di Piazza (Ivo): Ça me fait plaisir.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que vous pouvez nous préciser à ce moment-ci le déficit estimé pour l'ensemble des établissements au 31 mars 2000? Est-ce que vous avez une idée du déficit estimé?

M. Di Piazza (Ivo): 2001?

Mme Lamquin-Éthier: Oui, pour l'ensemble de vos établissements également?

M. Di Piazza (Ivo): Ce qui est projeté pour 2001?

Mme Lamquin-Éthier: Oui, 2000... 2001.

M. Di Piazza (Ivo): 3,2 millions, madame.

Mme Lamquin-Éthier: 3,2 millions. Est-ce que vous avez des documents qui établissent les zones de fragilité, comme elles ont été désignées, et est-ce que ces documents-là pourraient être déposés? J'imagine que vous avez fait des prévisions avec les zones de fragilité.

M. Di Piazza (Ivo): Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que vous pourriez également, s'il vous plaît... M. le Président, est-ce que l'ensemble de ces documents-là...

M. Di Piazza (Ivo): Écoutez, les zones de fragilité, je vous dirais, c'est un peu...

Mme Lamquin-Éthier: Oui, oui, oui. C'est coquet.

M. Di Piazza (Ivo): Un peu comme ailleurs, il y en a qui... Pour certains établissements, c'est du volume d'activités. Pour d'autres, c'est des éléments d'assurance salaire. Pour d'autres, c'est des coûts de transport, de déplacement des usagers et aussi des coûts de déplacement et de séjour pour des médecins dépanneurs.

On vous parlait tout à l'heure du côté des effectifs médicaux. Donc, ça tourne autour de ces éléments-là. On pourra et vous les quantifier et vous les noter sur un document en ce sens.

Mme Lamquin-Éthier: Dans votre document, à la page 17, vous abordez la question du virage technologiques de l'information. J'ai demandé au groupe précédent s'ils avaient reçu une lettre du ministère. Vous n'avez pas reçu de telle lettre?

M. Mauger (Dan): On ne veut pas en recevoir non plus.

Mme Lamquin-Éthier: Vous ne voulez pas la recevoir?

M. Mauger (Dan): Non.

Mme Lamquin-Éthier: Si vous aviez à la recevoir, ça représenterait un montant de combien?

M. Mauger (Dan): 750 000 \$, M. le directeur?

M. Di Piazza (Ivo): Autour de 750 000 \$, si c'était le cas.

Mme Lamquin-Éthier: 750 000 \$. C'est une somme importante, hein? Puis qui serait un autre impondérable. J'imagine que ça ne vous laisserait pas beaucoup de choix. Quels choix ça vous laisserait-il et quels choix ça laisserait aux établissements de vos régions?

M. Di Piazza (Ivo): Je vous répondrais, puisqu'on parle de technologies de l'information: C'est impensable de peser sur l'interrupteur ou de tirer... Je ne sais pas le terme exact. Pas la «switch», mais c'est quoi, le mot exact? Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: La «switch»...

M. Di Piazza (Ivo): La «switch», de tirer dessus. Pour les technologies de l'information, ça serait impensable.

Vous avez la carte de la région. Vous voyez très bien que c'est un instrument de travail, au-delà de tout ce que ça peut apporter. C'est un instrument de travail tant pour l'ensemble des professionnels et des gens qui travaillent dans le réseau de la santé sur la Côte-Nord, puis je vous dirais au-delà des systèmes de communication, puis il en va aussi pour nos usagers.

On ne serait pas capable de dire: On se revire du côté des établissements. On n'y pense même pas. On ne pense même pas de refile la facture aux établissements, de dire: Il y a une facture de 750 000 \$, puis on va vous répartir ça au per capita. On ne fera pas ça. Ce qu'on va faire, c'est sûr qu'on va faire valoir nos points de vue, mais on n'envisage même pas, parce que, je vous dirais, le ministère ne peut pas penser que le réseau va être capable d'absorber... Une région comme la nôtre, 750 000 \$, c'est beaucoup d'argent, c'est l'équivalent du déficit du centre jeunesse au moment où on se parle. Ça fait que vous voyez un peu ce que ça peut représenter pour nous.

Mme Lamquin-Éthier: Chérant.

M. Di Piazza (Ivo): Et on ne refile pas sûrement pas la facture aux établissements.

Mme Lamquin-Éthier: Lorsqu'il est question du nombre d'organismes communautaires subventionnés par la Régie par secteur d'activité, je ne suis pas certaine, je ne voudrais pas... De 1995-1996, au niveau des organismes services à la communauté, vous en aviez 26. 1998-1999, vous avez une augmentation.

Par ailleurs, au niveau du maintien à domicile, vous êtes passé de 25 organismes en 1995-1996 à 11. Qu'est-ce qui explique ce changement?

M. Mauger (Dan): Là aussi, il y a eu des fusions.

Mme Lamquin-Éthier: Des fusions entre organismes communautaires?

M. Mauger (Dan): Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Volontaires ou forcées?

● (18 h 50) ●

Une voix: Volontaires.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Di Piazza (Ivo): Lorsqu'on parle de communautaires, c'est volontaire.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, le chiffre que nous avons, c'est vraiment le résultat de fusions volontaires qui ont été...

M. Di Piazza (Ivo): De rapprochements. Parlons de rapprochements, madame.

Mme Lamquin-Éthier: De rapprochements. Et ça, c'est venu dans un souci de rationalisation, ou c'est venu spontanément du milieu, ou si ça a été initié?

M. Mauger (Dan): C'est la commande de comment rendre les services de la meilleure façon, de la façon la plus économique aussi, la plus efficiente. C'est venu du milieu et c'est le milieu qui a effectué ce mariage.

Mme Lamquin-Éthier: Virage?

M. Mauger (Dan): Virage ou rapprochement. Je vous laisse le choix du mot.

Mme Lamquin-Éthier: Le tableau 11: Subventions aux organismes... Vous me permettrez, là, d'aller rapidement compte tenu du temps qu'il nous reste. Les subventions aux organismes communautaires par programme, si on regarde «alcoolisme et toxicomanie», il y a une grosse variation, hein, de 1995-1996 à 1998-1999. Qu'en est-il de ce secteur d'activité là? Et qu'est-ce qui explique le changement, la variation?

M. Mauger (Dan): J'inviterais Mme Demers, M. le Président, si vous permettez, à élaborer sur la question de Mme la députée.

Mme Demers (Nicole): En fait, vous pouvez constater qu'en même temps qu'il y a eu des diminutions au niveau des subventions dans certains champs d'activité, le programme SOC s'est enrichi. En fait, c'est qu'on a fait des versements directement au programme SOC. Au lieu de subventionner les organismes par petits programmes dans une enveloppe spécifique, on a confirmé leur financement de façon récurrente dans l'enveloppe Soutien aux organismes communautaires. C'est un artifice, si vous voulez, un peu, là, de présentation du calcul. Ça se présente comme ça, mais, dans les faits, c'est ce qui s'est passé.

Une voix: ...

Mme Demers (Nicole): C'est la même chose. C'est des transferts d'enveloppes. Parce que vous voyez qu'au total finalement, de 1995-1996 à 1998-1999, l'enveloppe globale s'est accrue, et, petit à petit, là, avec l'augmentation de chacune des enveloppes.

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): La culture régionale en ce qui concerne les organismes communautaires, habituellement, si jamais il y a un organisme qui disparaissait, on fait l'impossible, là, puis c'est ce qu'on fait depuis plusieurs années, on conserve l'argent dans le secteur dans lequel l'organisme... Bon, si un organisme en alcoolisme, toxicomanie, pour quelque raison que ce soit, décidait de cesser ses activités, on conserve l'argent à l'intérieur de ce programme-là et on le réalloue lorsque c'est le cas ou lorsqu'il y a un autre organisme sur une autre partie du territoire qui a des besoins supplémentaires. Ça peut arriver aussi qu'on bonifie les budgets de certains organismes à la faveur, je vous dirais, de crédits qu'on possède par le biais d'une action comme celle-là.

Mme Lamquin-Éthier: J'ai encore du...

Le Président (M. Beaumier): Une minute.

Mme Lamquin-Éthier: Une minute. Oh! Seigneur. On n'a pas le rapport de traitement de la procédure des plaintes. Je ne l'ai pas vu, M. le Président, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes. Je ne sais pas si vous l'avez déposé. Est-ce qu'il y a également un problème chez vous, une imprécision entre ce qui constitue une plainte portant sur un comportement se rapportant à un professionnel et une plainte portant sur un acte médical? Et quels sont le... c'est quoi, le tableau à l'égard des plaintes visant le secteur CMDP?

M. Di Piazza (Ivo): Je vous dirais, c'est un peu là... J'écoutais ce que les gens de la Gaspésie vous disaient. On est à la même enseigne à cet égard-là; on cherche des pistes de solutions, d'actions, pour faire en sorte qu'on puisse bonifier tout le domaine du traitement des plaintes. On est au même endroit, là.

Mme Lamquin-Éthier: Donc, vous croyez, vous aussi, qu'il y a des changements importants qui s'imposent et que ça devrait être fait.

M. Di Piazza (Ivo): Oui, en collaboration avec les gens qui y sont impliqués puis les professionnels aussi, là. Les ordres professionnels qui sont impliqués peuvent apporter aussi leur contribution à faire en sorte qu'on puisse améliorer le système qui est en place.

Le Président (M. Beaumier): Mme la députée de Bourassa, j'ai erré. Il vous reste effectivement... J'ai additionné plutôt que soustrait. Alors, il vous reste sept minutes.

Mme Lamquin-Éthier: Sept minutes?

Le Président (M. Beaumier): Oui.

Mme Lamquin-Éthier: Mon Dieu, Seigneur!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Beaumier): Je ne sais plus si je vous aide ou si je vous nuis.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Di Piazza (Ivo): Mme la députée, lorsqu'il lui restait une minute, c'était: Seigneur! Mais, lorsque vous lui en donnez de plus, c'est: Mon Dieu, Seigneur!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: Je m'améliore.

Le Président (M. Beaumier): On se valorise comme on peut, hein? Alors, allons-y.

M. Mauger (Dan): Mme la députée, si vous voulez davantage d'explications sur la façon de gérer les plaintes chez nous, si M. Di Piazza veut ajouter ou M. Boudreau, c'est pour vous.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, c'est un secteur qui est extrêmement intéressant, puis je ne sais pas si vous avez aussi, chez vous, une approche proactive.

Mais, pour revenir à M. le directeur général, à ce que vous venez de dire, dans le cadre de commissions parlementaires, des intervenants qui étaient particulièrement intéressés à cette problématique-là avaient fait valoir leur disponibilité à travailler ensemble pour apporter... Un, ils avaient reconnu l'urgence de la situation, deux, ils avaient déposé des solutions et, trois, dire qu'ils étaient disponibles, tous ceux qui sont... Mais ça marche comment, le traitement des plaintes?

M. Di Piazza (Ivo): Bien, on pensait que vous alliez nous poser la question. Ha, ha, ha! M. Denis Boudreau, qui est le cadre responsable, à la Régie, de tout le traitement des plaintes en deuxième instance, comme le prévoit le rôle de la Régie, pourrait vous apporter un complément de réponse.

Le Président (M. Beaumier): M. Boudreau.

M. Boudreau (Denis R.): Dans l'ensemble du dossier, on peut signaler que, sur la Côte-Nord, les points de vue ressemblent un peu à ce qu'on note un peu partout au Québec, à savoir que, autant les gestionnaires des plaintes, mais particulièrement les usagers, la remarque porte surtout sur le délai, jugé trop lent, d'une réponse lorsqu'il s'agit d'une plainte qui porte sur un objet médical ou qui vise un professionnel médical.

Sur les autres aspects des plaintes, à ma connaissance, du moins sur notre territoire, je n'ai pas noté d'observations, on n'a pas reçu d'observations. Les délais impartis par la loi, dans l'ensemble, soit l'établissement ou en seconde instance, sont très bien respectés.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que vous avez connu une augmentation des plaintes? Et, deuxièmement, est-ce qu'il y a des établissements qui déclareraient — je n'ai pas vu votre rapport — ne pas avoir reçu de plaintes?

M. Boudreau (Denis R.): Oh, pas du tout de plaintes, à ma connaissance, non; augmentation, non plus. Je pense que ça se maintient, on parle au 31 mars 2000. Pour l'année en cours, on voit déjà une diminution, au contraire, des plaintes.

Mme Lamquin-Éthier: M. le président, à la page 25 de votre mémoire, vous dites être confronté à un taux de vieillissement accéléré de la population âgée du territoire et à l'absence de ressources légères d'hébergement. Pourquoi en est-il ainsi?

M. Mauger (Dan): M. Di Piazza, et je poursuivrai si je...

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): Il y a fort probablement beaucoup de raisons culturelles. Dans les plus petites municipalités, les gens ont comme un peu de réticence à faire en sorte que leur père ou leur mère soit chez le deuxième ou le troisième voisin. On a toujours eu beaucoup de difficulté, surtout dans le domaine des services aux personnes âgées en légère perte d'autonomie ou en perte plus importante d'autonomie, sur la Côte-Nord, à développer ce type de ressources familiales, pour ces raisons.

Il faut qu'on se dirige — puis c'est ce qu'on fait, les travaux portent là-dessus actuellement, et on y est parvenu, là, du côté de la Basse-Côte-Nord, on est train de faire des démarches du côté de la Minganie — à développer ce qu'on pourrait appeler des petites ressources de cinq, six places, où les personnes n'ont pas l'impression de vivre dans une famille. C'est comme si c'était un tout petit, petit établissement, avec un milieu plus familial, mais ils n'ont pas l'impression d'être gardés chez le deuxième ou le troisième voisin de la municipalité. Ça fait que c'est quelque chose qui fonctionne, à date, je vous dirais, passablement bien.

On a une installation, du côté de Saint-Augustin, sur la Basse-Côte-Nord — c'est un sept ou huit places, je pense — pour personnes âgées en légère perte

d'autonomie. C'est une municipalité qui est isolée complètement, qui n'a pas de route, puis les gens sont fiers de leur ressource.

Donc, on s'est dit: On va les multiplier, puis ça va être probablement la meilleure façon — de très petites unités — pour garder les gens proches de leur milieu, de leur milieu de vie, et faire en sorte qu'on puisse développer. Parce que c'est impensable, là, qu'on soit capable d'offrir uniquement à ces gens-là de l'hébergement institutionnel. Il faut trouver une formule plus souple, plus adaptée à leur condition.

M. Mauger (Dan): Et nous allons aller aussi jusqu'au maximum du maintien à domicile.

Le Président (M. Beaumier): M. Brochu.

● (19 heures) ●

M. Brochu (Normand): À ce niveau-là également, dans le privé — parce que j'ai eu quelques rencontres dans le privé à ce niveau-là — le problème que le privé a à construire ou à aménager des espaces pour les personnes âgées avec perte d'autonomie, c'est un problème de financement également. Le seul programme qui existe actuellement, c'est le programme AccèsLogis. Et le programme AccèsLogis actuellement demande une contribution financière du milieu qui, de l'avis des gens du milieu, est trop élevée et ne permet pas un financement d'un tel type de projets à un coût raisonnable pour les gens du troisième âge. C'est un autre problème au niveau des programmes qui existent actuellement.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci.

Mme Lamquin-Éthier: Je vous remercie beaucoup. Je vais donner à mon collègue le temps de poser également une question.

Le Président (M. Beaumier): Oui. Auparavant, Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Leduc: Oui. Bonjour. Bonsoir, plutôt. On est rendu là. Ha, ha, ha! Alors, évidemment, le comté de Mille-Îles, c'est dans la région de Laval, que vous avez mentionnée précédemment.

Une voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Ce n'était pas méchant.

Mme Leduc: Non, c'est ça, j'espère que vous avez choisi la région de Laval comme ça, là, tout simplement en exemple, parce que, là aussi, eux se plaignent de leur per capita, etc.

Mais ce que je voudrais vous dire, c'est que, même si je suis de la région de Laval, je dois dire que je me suis rendue jusqu'à Blanc-Sablon, donc j'ai bien visité votre région d'un bout à l'autre. Bien, «bien», une fois, quand même, jusqu'à Blanc-Sablon. Mais, quand même, je peux dire que ce n'est pas juste une carte pour moi, j'ai des images, je connais quand même un peu ce que ça peut être de se promener, et, comme je disais, j'ai même un tableau chez moi de Harrington Harbour, avec les petits trottoirs de bois. Alors, ça me rappelle constamment la réalité de la Côte-Nord.

Maintenant, évidemment, il y a une autre réalité aussi à laquelle je m'intéresse particulièrement, et c'est celle des services offerts aux femmes en violence conjugale ou en planning familial. C'est évident que les difficultés que vous avez pour les services à d'autres clientèles, j'imagine qu'elles se retrouvent pour offrir, dans le fond... que la population ait accès à ces services-là. J'aimerais ça que vous me mettiez un petit peu au courant de la situation. Est-ce que vous êtes en déficit? Est-ce que, quand même, vous avez réussi à répondre aux services? Et, si oui, par quels moyens vous avez réussi à faire des petits miracles?

L'autre questionnement que j'avais, vous avez parlé de communautés autochtones, on a parlé des anglophones, puis je sais qu'il y a des dispensaires fédéraux: Est-ce que vous offrez des services aussi à la communauté autochtone ou c'est uniquement dans les dispensaires fédéraux? Voir un peu comment ça fonctionne dans ce sens-là.

Autre question. Ça ne sera pas trop long, parce que c'est relié un peu à une réponse que vous avez donnée à ma collègue de Vanier, en disant que vous ne souhaitiez pas avoir d'argent ciblé parce que vous souhaitiez plutôt décider sur place de vos priorités... Mais, moi, dans les rencontres que j'ai eues avec différents groupes de femmes particulièrement, eux souhaitaient avoir un certain montant d'argent ciblé, parce qu'ils se disaient qu'ils n'avaient pas des services égaux dans l'ensemble des régions, compte tenu que certaines régions ne priorisaient pas, si vous voulez, les services en violence ou en planning familial. Alors, ça, c'était comme l'autre côté de la médaille...

M. Mauger (Dan): On a fait le ménage chez nous.

Mme Leduc: ...pour les enveloppes ciblées ou non. Je vous dis ce qui m'a été dit. Ça va.

M. Mauger (Dan): Si vous permettez, on va prendre à rebours vos questions. Évidemment, tout ce qui va concerner les femmes, je m'en sens carrément impuissant d'y répondre. Mais, à la toute dernière, j'invite celles qui ne sont pas servies financièrement de déménager chez nous. Mais, plus sérieusement, il y a un dispensaire fédéral à La Romaine, qui est surtout pour la réserve Inamen Shipu, et nous avons, nous, le Centre de santé, une entente avec ce dispensaire fédéral pour desservir la population québécoise de La Romaine, et nous avons — peut-être que quelqu'un pourra préciser — une entente pour les services médicaux...

M. Di Piazza (Ivo): Effectivement.

M. Mauger (Dan): ...pour la population autochtone, et cette entente s'applique, pour les services médicaux, aussi du côté de Pakuashipi. On pourra préciser ça.

Alors, j'invite Mme Levasseur et Mme Martel...

Une voix: Mme Demers. Ha, ha, ha!

M. Mauger (Dan): ... — Demers, excusez-moi — à vous répondre pour le gros noyau de votre question.

Le Président (M. Beaumier): Alors, Mme Demers.

Mme Demers (Nicole): Alors, par rapport à la question des services aux femmes victimes de violence conjugale sur la Côte-Nord, nous avons trois maisons d'hébergement formelles, organisées selon les normes habituelles, mais nous avons aussi adapté certains services étant donné que nous n'avions pas la masse critique pour des maisons d'hébergement dans des secteurs comme la Haute-Côte-Nord, par exemple, la Minganie, la Basse-Côte-Nord. Donc, il y a un type d'organisation de services, par exemple un centre de femmes à Sacré-Coeur qui va accueillir les femmes en dépannage et les acheminer vers une des maisons d'hébergement, qui sont situées à Forestville, Baie-Comeau et Sept-Îles.

Nous avons également, à Fermont, une organisation. C'est une maison d'hébergement qui accueille les femmes victimes de violence, mais depuis très récemment, et c'est une maison multIClientèle, si vous voulez, où il y a aussi uniquement des femmes mais qui présentent d'autres problématiques: santé mentale, toxicomanie, etc.

Pour ce qui est de l'est...

Mme Leduc: Mais seulement femmes...

Mme Demers (Nicole): Seulement femmes, oui.

Mme Leduc: Seulement femmes, O.K.

Mme Demers (Nicole): Pour ce qui est de l'est de la Côte-Nord — et c'est là peut-être que justement c'est un exemple, par rapport à la question des budgets ciblés — en violence conjugale, on a eu pendant longtemps des problèmes à l'effet que les budgets étaient affectés directement aux maisons d'hébergement. Bon, la Basse-Côte-Nord, par exemple, c'est impossible de faire une maison d'hébergement. Le Centre de santé palliait au manque de ressources. Et récemment, on a fait des réallocations budgétaires — en fait, on a fait des réallocations budgétaires en 1998-1999 — et on a versé au fonds de transport des bénéficiaires une somme qui permet de partir de chez la madame qui a un problème, avec ses enfants éventuellement, et de l'amener à Sept-Îles ou de l'amener dans une autre maison d'hébergement, selon sa langue parlée.

Alors, si on veut, la question des budgets ciblés, évidemment, ça peut avoir certains avantages, mais, dans les régions comme la nôtre, il faut être capable de faire des ajustements. Évidemment, le financement de la maison de Fermont n'est pas uniquement en violence conjugale; ça se fait dans d'autres secteurs d'activité. Il y a même des contributions locales aussi qui se font. La violence conjugale, sur la Basse-Côte-Nord, c'est plus un budget de transport qu'on a mis en place. Il y a des dépannages; les centres de santé dépannent aussi. Donc, on a fait une organisation de services qui est différente d'un secteur à l'autre.

Il y a aussi évidemment de la consultation en CLSC pour les femmes. On commence à faire aussi de la consultation pour les enfants des familles où il y a de la violence conjugale et on est en train de mettre en place aussi un réseau pour le traitement des hommes violents. Alors...

Mme Leduc: Est-ce que c'est la ressource qui a été ajoutée, ça? Parce que je voyais que c'était 10 en 1996 puis, en 1998-1999, c'est 11 ressources pour services aux femmes et hommes en difficulté.

Mme Demers (Nicole): En fait, c'est plutôt l'année précédente qu'il y a eu cette ressource pour les hommes. Récemment, c'est la maison de Fermont, qui est la dernière en liste...

Une voix: ...les enfants...

Mme Demers (Nicole): Oui, on reçoit les enfants, évidemment.

Mme Leduc: En fait de planning familial, est-ce que vous avez des ressources aussi? Est-ce que vous êtes aussi..

Mme Demers (Nicole): Pour la question du planning familial, ça se fait dans le cadre des services psychosociaux courants en CLSC. On n'a pas d'autre type spécifique de services, en CLSC et centres de santé, évidemment.

M. Mauger (Dan): Mme Levasseur voudrait apporter un autre éclairage, madame, à vos...

Mme Levasseur (Louise): Peut-être pour renchérir sur ce que Mme Demers disait, j'aurais juste le goût de vous faire un focus aussi sur toute la collaboration qu'on a au niveau intersectoriel, quand on parle de violence conjugale, puis à d'autres niveaux aussi, c'est pas juste au niveau violence conjugale. Il y a vraiment un réseau qui s'est créé, là, avec le municipal, CLSC, Sûreté du Québec, sûreté municipale. Donc, il y a une collaboration extraordinaire sur tout le territoire qui nous permet justement d'avoir des acteurs qui sont plus accrochés au milieu.

Pour répondre à votre question, face à la budgétisation «groupes communautaires», ou plus ciblé, moi, j'aurais le goût de vous répondre: Tant que le Québec n'aura pas défini son panier de services, on va toujours être en train de se tirailler. Ça fait que définissons notre panier de services de base à la grandeur du territoire national puis, après ça, on les articulera en région selon nos réalités.

Mme Leduc: Ça, je pourrais être assez d'accord avec ça.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Alors là, il y a un grand défi pour le député de Nelligan. Vous avez 35 secondes: question et réponse.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Oui.

Le Président (M. Beaumier): Alors, 35 secondes, question et réponse.

● (19 h 10) ●

M. Williams: Oui, merci beaucoup, M. le Président, pour mon 35 secondes. Mais, avant que mes 35 secondes commencent, je voudrais demander la question

suivante. Je veux juste m'assurer que nous avons bel et bien tous compris qu'est-ce que nous avons demandé et je vais faire quelques ajouts. Nous avons demandé les attentes de services bipartites et tripartites. Est-ce qu'on peut avoir aussi, comme mon collègue a déjà demandé, tous les déficits accumulés, tous les emprunts aussi, s'il vous plaît? C'est un oui, là, M. le Président? C'est oui?

Une voix: C'est oui.

M. Williams: C'est oui? O.K. Et aussi un ajout: Est-ce que je peux avoir — je n'ai pas le temps de parler sur ça — un bilan sur les temps de réponse des services ambulanciers? Vous avez mentionné ça dans votre présentation; malheureusement, nous n'avons pas le temps, mais, si vous pouvez...

Le Président (M. Beaumier): C'est un oui.

M. Williams: C'est un autre oui. Dernière question, j'arrive à 35 secondes, M. le Président. À la page 26 de votre documentation, nous avons le service de déficience intellectuelle, donner les moyens pour les services, dans ce dossier, de 240 jours, à peu près. Je voudrais savoir qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour corriger cette problématique. Et est-ce que depuis... C'est un chiffre de 1997-1998, le dernier chiffre que j'ai.

M. Mauger (Dan): Vous faites référence à quoi, M. Russell?

M. Williams: Le service en déficience intellectuelle, il y a un délai moyen d'attente de 238 jours — dernier chiffre que nous avons devant nous. Est-ce que ça a été corrigé? Est-ce que c'est pire? Est-ce que le nombre des personnes qui attendent le service a augmenté? Et est-ce que le temps de réponse a changé? Non, excusez, la moyenne d'attente.

Une voix: La déficience intellectuelle...

M. Williams: La déficience intellectuelle.

(Consultation)

M. Mauger (Dan): M. le Président, toute demande de renseignement, de document — c'est un mot que j'aime d'ailleurs prononcer, au Québec — c'est oui.

Le Président (M. Beaumier): Alors, c'est trois fois oui.

M. Williams: Alors, si vous voulez mon avis, on finit la journée comme ça, M. Mauger, on peut prolonger le débat pour quelques heures, là.

M. Mauger (Dan): Non, c'est que... Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Parce que j'ai peur pour votre...

M. Mauger (Dan): Je prépare la soirée de samedi soir. Ha, ha, ha!

M. Williams: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. le député de Masson.

M. Labbé: Merci...

M. Williams: Mais...

Le Président (M. Beaumier): Ah! Un instant.

M. Williams: Non, je voudrais vraiment, là, sans blague, et on peut, samedi soir, on va continuer la discussion sur le oui et le non.

M. Mauger (Dan): Pas de problème.

M. Williams: Et n'oubliez pas que c'est deux fois que votre option a perdu. «Anyway»... Sur la question de la déficience intellectuelle — c'est une question tellement sérieuse — peut-être mes chiffres ne sont pas corrects, parce que vous n'avez pas donné les choses récentes, mais, selon mon information, c'est une moyenne d'attente de 240 jours à peu près. Et je voudrais juste savoir: est-ce que ce temps-là... combien de personnes, est-ce que c'est mieux, est-ce que c'est pire? Un peu la même question que dans d'autres dossiers, là.

Mme Demers (Nicole): On va vous le fournir.

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza, en terminant, s'il vous plaît. Oui.

Mme Demers (Nicole): On va fournir les données, parce qu'elles n'étaient pas disponibles, elles sont compilées.

M. Di Piazza (Ivo): Oui. Ce qu'on va faire, M. le Président, on va vous les fournir, parce qu'il faut toujours faire attention lorsque, pour une région comme la nôtre, on parle de délais d'attente. Ça peut être une personne pour une situation très particulière, ça peut être deux, ça peut être trois personnes. Ça peut être une personne qui... On le voit assez régulièrement à l'hébergement: la personne est admise, elle est en attente d'hébergement, elle n'est pas prête à rentrer en hébergement, le délai d'attente s'allonge. Donc, on aimerait le clarifier pour vous donner la réponse la plus adéquate et la plus précise possible, quant aux 238 jours d'attente qui sont inscrits dans notre document.

Le Président (M. Beaumier): C'est bien. Alors, ça sera fait également?

M. Di Piazza (Ivo): Oui, oui, ce sera fait, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Merci. M. le député de Masson.

M. Labbé: Alors, merci, M. le Président. Un petit 35 secondes allongé qui ne sera pas bien long. Alors, d'abord, première question, en fait, c'est au niveau des effectifs médicaux. On en a parlé

amplement, beaucoup. J'aimerais juste qu'on finisse, qu'on fasse, on termine la boucle comme telle pour terminer cette belle journée. Et d'abord féliciter le Dr Samson pour 25 ans.

La première question qu'on devrait vous poser, c'est: Comment vous avez fait pour faire 25 ans sur la Côte-Nord, dans le sens que c'est peut-être ça, la recette finalement pour l'ensemble du Québec? Alors, ça, vous pourriez peut-être me répondre là-dessus.

Deuxièmement, j'aimerais savoir si la problématique des médecins... Parce qu'il y a eu une baisse, vous l'avez dit, vous avez aussi fixé vos objectifs, mais est-ce qu'on a le même problème, au niveau de la Côte-Nord, par exemple, pour les infirmières? Ça, c'était peut-être un deuxième volet à ma question comme telle.

Et, à partir du moment où, dans votre mémoire comme tel, dans votre présentation, à la page 24, vous mentionnez — puis c'est important, vous y revenez souvent — «visant la mise en place de leviers permettant une répartition plus équitable des effectifs médicaux»... Ça, c'est un élément important pour vous autres, et on a parlé tout à l'heure, soit de régionalisation des budgets, tant au niveau de la Régie, que ça pouvait être une solution. J'aimerais peut-être, si vous avez une recommandation précise... Si je vous demandais: Faites un choix dans vos priorisations, lequel ce serait, à ce moment-là?

M. Samson (Arnaud): À la première question, la réponse est assez simple, parce que la question ne se pose pas, comment j'ai fait, la question qui se pose, c'est: Pourquoi je m'en irais?

M. Labbé: Voilà.

M. Samson (Arnaud): Donc, je voudrais juste situer...

M. Labbé: Voilà.

M. Samson (Arnaud): D'abord, c'est un faux problème. La deuxième question, je pense que c'est plus...

Une voix: Les infirmières.

M. Samson (Arnaud): ...les infirmières, c'est plus madame... Chacun a son champ d'expertise.

Le Président (M. Beaumier): M. Boudreau.

M. Boudreau (Denis R.): Il est certain que la région Côte-Nord ne peut pas ne pas être concernée lorsqu'on parle d'une pénurie d'infirmières sur le territoire québécois. Mais, assez curieusement, lorsque, sur la Côte-Nord, nos établissements, même ceux sur la Basse-Côte-Nord, affichent un poste d'infirmière à temps complet, nous sommes satisfaits des résultats, nous y arrivons assez facilement. Le problème, il est de taille, il est sérieux, il est permanent, c'est de trouver des infirmières — vous allez comprendre le problème — qui accepteraient, exemple, à Havre-Saint-Pierre, d'y vivre en attente, sur la liste de rappel, de recevoir un téléphone pour remplacer une absence. Donc, c'est là qu'est notre problème. Et nous sommes toujours en recherche de solutions.

M. Labbé: Excellent. Puis, dans la solution, en termes de leviers peut-être, ça serait quoi à ce moment-ci?

M. Samson (Arnaud): Au niveau des leviers, vous comprendrez qu'il n'y a pas une seule solution. Il y a eu des tas de solutions puis, de vous les énumérer en 35 secondes, ça serait très difficile. Mais il y en a. Il s'agit juste de s'y attarder et de se les donner et de les respecter. Je pense, par exemple, au niveau provincial, il y a une table de la répartition des effectifs qui dit une chose, mais on fait autre chose. Donc, c'est un petit peu tout ça qu'il faut gérer.

M. Labbé: Une chose qui est sûre, il ne faudra peut-être pas prendre la recommandation des médecins de l'Association, suite à la consultation, qui disait d'éliminer les régies et le ministère. Je pense que ça serait une autre façon.

M. Mauger (Dan): Ils ont sûrement fait un mauvais diagnostic.

M. Labbé: Ce n'est sûrement pas la bonne solution. D'accord, je vous remercie. Peut-être deux petites demandes, si vous me permettez. Dans le tableau 32 de la grille comme telle, on a exclu la clientèle autochtone. Est-ce que c'est parce qu'elle n'est pas disponible? Si c'était possible de l'avoir, j'apprécierais beaucoup, au niveau des jeunes. Puis il y a le tableau 33.1 aussi, là, si c'était possible d'avoir les années 1998, 1999, au niveau de la jeunesse. Parce qu'on a 1993, 1994 seulement.

M. Di Piazza (Ivo): Votre première question, tableau 32.

M. Labbé: Oui. Je vais peut-être un peu vite, là, parce que le temps nous bouscule. Alors, le tableau 32, on exclut la clientèle autochtone comme telle, au niveau des statistiques.

M. Di Piazza (Ivo): O.K.

M. Labbé: Je ne sais pas si c'est disponible; si ça l'était, ça serait intéressant.

M. Di Piazza (Ivo): Oui.

M. Labbé: Et, dans le tableau 33.1, si c'était possible d'avoir les années 1998, 1999.

M. Di Piazza (Ivo): Oui, c'est beau, même chose. On vous les...

M. Labbé: J'apprécie, merci beaucoup.

M. Di Piazza (Ivo): On va les faire parvenir à la commission.

Le Président (M. Beaumier): Alors, merci beaucoup.

M. Di Piazza (Ivo): Peut-être, M. le Président...

Le Président (M. Beaumier): M. Di Piazza.

M. Di Piazza (Ivo): ...le tableau 32, je vous avoue que ça va être probablement plus difficile, là, question de... On pourrait toujours faire des... On exclut la clientèle autochtone, on va essayer de voir qu'est-ce qu'on peut faire avec les données qu'on a. Parce qu'il y a des services avec les autochtones, parmi nos indicateurs, où on a un peu plus de difficulté, là, à être sûr qu'on ait en main le bon indicateur, là. Puis, avant de le laisser aller, on voudrait s'assurer, là, qu'il est exact.

M. Labbé: Dans la mesure du possible.

M. Di Piazza (Ivo): Dans la mesure du possible, on vous le fait parvenir.

M. Labbé: J'apprécie, merci.

Le Président (M. Beaumier): Alors, M. Mauger et...

M. Mauger (Dan): Si vous permettez, M. le Président, je laisserais à Mme Levasseur le 35 minutes — euh... le 35 secondes — la soirée est de bonne heure, 35 secondes. Si vous permettez, M. le Président.

Le Président (M. Beaumier): Mme Levasseur.

Mme Levasseur (Louise): C'est juste pour renchérisse au niveau de la dispensation des services médicaux courants, les problématiques, quand vous nous demandez les solutions ou les leviers. On parle souvent de la dispensation des services sur le territoire, puis on pense aux cabinets privés, puis on pense aux hôpitaux. Mais il ne faut pas oublier que, quand un conseil d'administration ou un directeur d'établissement a des services à dispenser en hébergement ou en centre de détention, on n'a aucun levier pour faire que les médecins viennent travailler dans ces secteurs-là. Mais, aussi, il faut revoir les modes de rémunération. Quand on pense qu'un centre d'hébergement... il n'y a aucun attrait à venir travailler en hébergement, par rapport au mode de rémunération présentement qu'il y a. Donc, on n'en a pas, de médecins, dans nos centres d'hébergement, et là tu crées un cercle vicieux: tes personnes âgées partent de ton centre d'hébergement puis s'en vont dans ton centre hospitalier. Donc, c'est toute cette dynamique-là qu'il faut regarder. Ce n'est pas juste les cabinets privés puis les hôpitaux.

Le Président (M. Beaumier): Merci beaucoup. Merci, M. Mauger, mesdames, messieurs. Bon retour sur notre Côte-Nord, on peut dire ça comme ça. Merci, mes collègues, et puis...

M. Mauger (Dan): Nous avons hâte de revenir pour la prochaine reddition de comptes.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: On va essayer d'aller vous voir.

Le Président (M. Beaumier): Alors, la commission ayant complété son mandat, j'ajourne les travaux sine die.

(Fin de la séance à 19 h 20)

