



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 13 février 2001 — Vol. 36 N° 75**

**Examen des rapports annuels de certaines régions  
régionales de la santé et des services sociaux (7)**

**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](http://www.assnat.qc.ca)

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 13 février 2001

### Table des matières

Auditions	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue	1
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Nord-du-Québec)	21
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches	41

### Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. François Gendron  
M. Jean-Marc Fournier  
Mme Diane Barbeau  
Mme Lyse Leduc  
M. Russell Williams  
M. Gilles Labbé  
M. Jean-Claude St-André  
M. Michel Létourneau  
Mme Denise Carrier-Perreault  
M. Claude Lachance  
Mme Linda Goupil

- \* M. Gilbert Barrette, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
- \* M. Claude Sanesac, idem
- \* M. Jean-Jacques Bouillon, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Nord-du-Québec)
- \* M. Jules Pelletier, idem
- \* Mme Guylaine Sirois, idem
- \* Mme Sylvianne Doré, idem
- \* Mme Blandine Piquet-Gauthier, idem
- \* M. Valier Caron, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches
- \* M. Marc Tanguay, idem
- \* M. Gilles Patry, idem
- \* M. Pierre Carrier, idem
- \* M. Philippe Lessard, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 13 février 2001

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

*(Neuf heures trente-cinq minutes)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue 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 voudrais souhaiter la bienvenue à tous les membres de la commission, le personnel de l'Assemblée, bon, tout le personnel. J'espère que vous avez profité du temps des fêtes pour vous reposer, puisque la commission reprend ses travaux. Et je veux souhaiter, bien sûr, aussi la bienvenue aux représentants de la Régie régionale.

Alors, Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements pour cette commission?

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Beaumier (Champlain) sera remplacé par M. Gendron (Abitibi-Ouest); Mme Blanchet (Crémaise) par M. Létourneau (Ungava); et M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) par M. Williams (Nelligan).

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, à 9 h 30, nous entendons la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue jusqu'à 11 h 30. À 11 h 30, nous entendons la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Baie-James, qui est le Nord-du-Québec. Nous suspendrons nos travaux à 12 h 30 pour reprendre les travaux à 14 heures avec le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Nous poursuivrons nos travaux avec cette régie régionale jusqu'à 15 heures. Et, à 15 heures, nous rencontrerons la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches, pour ajourner nos travaux à 17 heures.

Alors, je veux vous rappeler brièvement que nous consacrons deux heures à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Le temps sera réparti comme suit: c'est-à-dire 30 minutes pour la présentation de l'exposé et 90 minutes, par la suite, pour les échanges avec les membres de la commission.

Alors, sans plus tarder, je demanderais à... C'est-à-dire, est-ce qu'il y a des membres, des membres qui ont des remarques préliminaires? Non.

**Auditions**

Alors, je demanderais à M. Gilbert Barrette, qui est le président de la Régie, de bien vouloir nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et par la suite, bien, nous faire part de vos commentaires.

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

**M. Barrette (Gilbert):** Merci. C'est toujours avec plaisir qu'on vient vous rendre visite. Vous allez dire: Attends après la rencontre pour nous parler de plaisir. Mais il reste que pour nous c'est une tribune de faire connaître ce que l'on fait de bien; ce qu'on fait de moins bien, bien, ça, on laisse ça à d'autres de le juger. Mais, pour nous, c'est une tribune qui est intéressante pour vous présenter notre région sur le plan des services de santé et services sociaux en Abitibi-Témiscamingue.

Donc, les gens qui m'accompagnent ce matin. J'ai, à ma gauche, le directeur général, M. Claude Sanesac, et, à ma droite, le Dr Laurent Marcoux, directeur par intérim à la santé publique — on parle par intérim parce que ça fait 15 ans qu'on est en recrutement puis on est encore à la recherche d'un directeur à temps plein, mais c'est avec beaucoup de plaisir qu'il le fait quand même; à l'arrière, à ma droite, M. Normand Mongeau, aux ressources humaines, directeur des ressources humaines; Mme Lise St-Amour, ressources financières et informationnelles; ensuite, Mme Jolyne Lalonde, aux communications; ainsi que Mme Suzanne Chartier, adjointe au directeur, santé publique.

Donc, Mme la Présidente, membres de la commission, Mmes et MM. les députés, c'est avec beaucoup de fierté que nous nous présentons devant vous aujourd'hui afin de tracer le bilan de nos activités pour l'année 1998-1999, année où nous avons fait le point sur la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. Nous parlerons aussi des efforts actuellement consentis à la consolidation. L'année 1998-1999 a été une période fertile dans le domaine de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue. C'est à ce moment que nous avons mesuré les gains découlant du plan de transformation et avons tiré parti de ses faiblesses afin de mieux préparer notre plan de consolidation des services pour les années 1998-2002.

Aujourd'hui, nous aborderons les faits saillants des dernières années de façon à mesurer les progrès accomplis. Le plan de transformation porte bien son nom, les enjeux étant cruciaux, compte tenu des compressions majeures demandées. Somme toute, le bilan est positif puisque les gains pour la clientèle sont nombreux. Nous y reviendrons en détail. Nous ferons le point également sur les ressources humaines et le portrait financier du réseau. Par ailleurs, nous vous partagerons quelques-unes de nos préoccupations face à l'avenir tels les besoins accrus d'une population vieillissante, l'allocation des ressources dans le réseau et la répartition des effectifs médicaux.

● (9 h 40) ●

Permettez-moi de rappeler que la population de l'Abitibi-Témiscamingue compte 156 500 personnes dispersées sur un vaste territoire de 65 000 km<sup>2</sup> et

réparties au sein de cinq municipalités régionales de comté. Les plus récents relevés démographiques annoncent le déclin de la population dans certaines MRC. Notre territoire a la particularité de comprendre une population algonquine répartie entre quatre réserves et trois établissements amérindiens.

D'ailleurs, vous avez reçu — aussi en annexe — la carte de la région Abitibi-Témiscamingue. Juste pour vous donner une petite idée, le bureau régional est à Rouyn-Noranda, et, lorsqu'on se rend à la pointe sud de la région, c'est deux heures et demie de route, donc c'est comme me rendre à Montréal pour des services. Ça vous donne une idée visuelle de ce que ça représente comme territoire. Et mon lieu de résidence, ainsi que le député d'Abitibi-Ouest, est à La Sarre, représente quatre heures et demie de route pour se rendre à la pointe sud de la région. Donc, c'est comme se rendre à Gatineau pour des services à l'occasion, si on avait à faire cette distance-là, mais nous devons parcourir ce territoire de façon assez régulière.

En Abitibi-Témiscamingue, la volonté d'intégrer les services s'est introduite, au plan administratif, par un réseau qui est passé de 24 établissements en 1993-1994 à 15 établissements en 1997-1998. La grande étendue du territoire combinée à la dispersion de la population nécessitent le maintien des infrastructures indispensables à une accessibilité minimale aux services de base pour notre population. C'est pourquoi les établissements du réseau doivent être présents dans chacune des cinq MRC et que nous maintenons en opération sept salles d'urgence.

Les enjeux de la transformation: des services accessibles et continus partout. Les nombreux changements apportés au réseau socio-sanitaire ces dernières années étaient rendus nécessaires du fait de l'évolution de notre société et de l'apparition de nouveaux besoins et de la modernisation des façons de faire. Par ailleurs, l'atteinte du déficit zéro nous a obligés à accélérer le pas.

Les intervenants, qu'ils soient gestionnaires, employés ou bénévoles, ayant contribué à installer cette nouvelle dynamique, ont d'abord adhéré à quelques principes-clés de la transformation, soit: placer l'utilisateur au cœur des préoccupations; actualiser nos façons de faire; revoir l'organisation pour que les services soient intégrés, continus, plus faciles d'accès et fournis de manière plus rationnelle; avoir le souci constant et exigeant de la qualité; soutenir ceux et celles qui fournissent les services; ainsi que fixer les résultats tangibles à atteindre.

Voilà ce qu'est devenu le pain quotidien dans le réseau, si bien que les mesures d'efficacité, d'efficacité et de rationalisation sont intégrées aux pratiques de gestion. En somme, ce n'est pas seulement la mentalité du réseau socio-sanitaire qui a changé depuis 10 ans, c'est sa pratique, sa façon d'allouer et de gérer les ressources, de fournir les soins et services, d'exercer son leadership, mais surtout de prendre en compte, par-delà les intérêts corporatifs ou institutionnels, les besoins des individus à qui il vient en aide.

C'est ainsi que s'est amorcé le virage ambulatoire. Le nombre et la durée des hospitalisations ont été réduits à la faveur de l'augmentation des services médicaux et chirurgicaux d'un jour. Les services à

domicile et communautaires ont été accrus. Les fusions des établissements ont conduit à une plus grande efficacité et une meilleure continuité de services, tout en permettant des économies appréciables au chapitre des dépenses administratives et de soutien. De nouveaux services ont été... dans le domaine de la santé physique, la santé mentale, pour les jeunes ainsi que pour les personnes handicapées, en détresse et en perte d'autonomie.

Malheureusement, ces changements apportés à bon rythme ont créé de l'essoufflement chez les employés du réseau et des inquiétudes au sein de la population. C'est pourquoi la consolidation des services s'effectue présentement en rapprochant les différents intervenants. Nous portons une attention de tous les instants afin d'appuyer le personnel du réseau, les intervenants des organismes communautaires, les aidants naturels et les autres partenaires. Les objectifs qui nous rallient visent à faciliter l'accès à des services intégrés, continus et complémentaires dans chacune des MRC et à s'assurer une prestation de services équitable pour les différentes populations, où qu'elles soient sur le territoire.

Maintenant, concernant l'ampleur des compressions. Au moment de la transformation, les efforts de compression budgétaire ont été remarquables en Abitibi-Témiscamingue. En trois ans, les établissements auront eu à faire face à des compressions brutes de 34,2 millions, soit environ 15 % du budget total de la région. Les cibles budgétaires ont été principalement les dépenses administratives et de soutien ainsi que les fermetures de lits. Grâce aux fusions d'établissements, à la diminution de l'encadrement et à des ententes de services multiples, nous avons enregistré des économies réelles de près de 13 millions au seul chapitre des services administratifs et de soutien.

Le nombre de lits d'hébergement en CHSLD est passé de 902 à 616, une diminution de 286 lits en quelques années. En santé physique, suivant notre objectif, le nombre de lits de courte durée est passé de 499 à 381 pour atteindre le ratio de 2,4 lits par 1 000 habitants. Ces compressions de 34,2 ont servi à financer principalement la contribution nationale à l'équité pour 12,3, le non-financement des coûts de système pour 10 millions et la réallocation intrarégionale pour 7 millions. C'est précisément grâce à cette marge de manoeuvre que nous avons pu réorganiser et ajouter des ressources, notamment en CLSC et dans les organismes communautaires.

Voici quelques illustrations des gains résultant de la transformation du réseau en Abitibi-Témiscamingue. Afin de compenser la diminution du nombre de places réservées aux personnes âgées en perte d'autonomie, le budget en maintien à domicile a subi une hausse appréciable de 86 % de 1994 à 1999. Il est passé de 4,5 millions à 8,4 millions environ. Ces ressources financières ont favorisé l'enrichissement et la réorganisation des services de maintien à domicile de CLSC pour répondre à la fois aux besoins des personnes âgées et des clientèles en phases pré et post-hospitalisation. Une somme récurrente de 150 000 \$ a été allouée à des organismes communautaires afin d'augmenter les services d'accompagnement, de répit et de dépannage pour les personnes âgées dans le besoin à

la maison. Parallèlement, les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil ont été consolidées.

L'offre de services en santé physique a été élargie et diversifiée à la faveur de la promotion et de la prévention. Ainsi, les usagers ont maintenant accès à des cliniques de suivi pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires, à un centre satellite d'hémodialyse semi-autonome à Rouyn-Noranda. Les services d'oxygénothérapie à domicile, les cliniques de diabète et la ligne d'Info-Santé ont également été consolidés.

La prochaine étape sera d'élargir la gamme des services avec l'ajout de la clinique de maladies pulmonaires obstructives chroniques ainsi que la mise en place d'activités de dépistage de l'insuffisance rénale. Ces projets sont déjà déposés au ministère.

Le programme de dépistage du cancer du sein est bien implanté dans notre région. Son financement évalué à 150 000 \$ est assumé par la Régie régionale pour une somme de 112 000 \$. Chaque MRC a son propre centre de dépistage. À ce jour, nous avons invité plus de 12 000 des 14 000 centres visés à participer au programme. Cette invitation tient lieu de prescription médicale. Nous sommes confiants d'atteindre l'objectif du ministère, lequel vise à ce que 70 % des femmes visées passent la mammographie. Ce programme de dépistage est accueilli très favorablement dans notre région, puisque, malgré la pénurie de médecins de famille, il permet aux femmes d'avoir accès à une mammographie tous les deux ans.

Concernant le VIH, une clinique régionale a été mise sur pied afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et des services aux personnes vivant avec le VIH-sida. Les interventions de l'équipe multidisciplinaire sont supportées par un centre spécialisé montréalais. Notre programme intégré de soins et de services VIH-sida est un modèle adapté aux caractéristiques d'une région éloignée.

Dans notre région, les spécialités régionales sont réparties entre quatre centres hospitaliers de soins généraux spécialisés. Cette organisation permet à la fois le maintien d'une masse critique de spécialistes dans les différents centres hospitaliers et une plus juste répartition géographique des services.

Le nombre d'interventions effectuées en chirurgie d'un jour augmente de façon progressive. En 1999-2000, ce dernier était de 61,5 % de l'ensemble des chirurgies. Grâce à la mise en place de cliniques de préadmission, les admissions le jour même de la chirurgie sont plus fréquentes. Le nombre d'usagers traités en médecine de jour a également augmenté de façon significative. Afin que les services d'orthopédie et d'ophtalmologie soient plus accessibles dans des délais raisonnables, des budgets supplémentaires ont été versés aux établissements. À ce jour, une diminution du nombre de patients en attente de chirurgie est constatée. Ils sont passés de 840 à 556 pour l'ophtalmologie et de 80 à 69 pour les prothèses orthopédiques. En ophtalmologie, l'attente est de cinq à sept mois; pour l'orthopédie, elle est de plus d'un an.

En santé mentale, 18 lits ont été fermés et plusieurs ressources ont été mises en place: des résidences d'hébergement communautaire dans chacune des MRC et des mesures de soutien en milieu de vie par le biais

des organismes communautaires. En complément, l'organisme responsable de la défense des droits a vu son budget de financement augmenter. Afin d'assurer une coordination des services, la Régie régionale a adopté un modèle de réseau intégré des services dans chacune des MRC.

● (9 h 50) ●

Faisant suite à l'adoption d'un modèle d'organisation des services en prévention suicide, la ligne régionale d'intervention a été consolidée et opère 24 heures, sept jours-semaine, depuis mars 2000.

En jeunesse, l'accès aux services de réadaptation a été décentralisé grâce au transfert d'éducateurs de l'interne vers chacune des MRC. Nous avons amorcé la révision de l'organisation des services en ayant une vision de partenariat dans chacune des MRC. En concordance avec les orientations provinciales, les tables de concertation territoriales recherchent des consensus sur les objectifs à atteindre. Un bilan des services aux enfants, aux jeunes et à leur famille a été complété pour chacune des MRC.

Le programme de périnatalité Naître égaux — Grandir en santé connaît un succès phénoménal aux quatre coins de notre région. Ce programme permet de rejoindre des familles défavorisées qui s'engagent dans une démarche de prise en charge de leur santé, de leurs habitudes de vie et, plus globalement, de leur rôle de parents. Les interventions visent à briser l'isolement des familles vivant en situation de pauvreté, tout en améliorant la santé des mères et des enfants.

Quant à la liste d'attente en protection de jeunesse, elle a beaucoup fluctué ces dernières années et a atteint un inquiétant sommet l'été dernier. Nous supportons étroitement le centre jeunesse afin que cette situation intenable soit corrigée dans les plus brefs délais.

Un pari a été relevé en déficience intellectuelle, celui d'éliminer tout nouveau placement en institution pour la seule cause de déficience intellectuelle. Clair Foyer a transformé ses résidences de groupe, ce qui a permis de mieux supporter la création et la consolidation des services de soutien aux proches, tels que le répit, le dépannage et les activités de jour. Ces services sont maintenant offerts en collaboration avec les groupes communautaires.

Pendant la transformation, notre région a implanté un véritable continuum de services en déficience physique, et ce, grâce à un investissement financier majeur de 1 million. Les équipes multidisciplinaires sont à l'oeuvre sur chacun des territoires et les tables de concertation veillent à l'harmonisation des services en adaptation et en réadaptation, en protection sociale ainsi qu'en support à l'intégration sociale des personnes. Par ailleurs, des ententes entre établissements ont ouvert la voie à des services complémentaires. À ce titre, 28 lits de réadaptation fonctionnelle intensive ont été identifiés dans notre région.

En autisme, le centre de réadaptation La Maison a maximisé l'utilisation des places à l'interne en élargissant leur vocation en répit et au dépannage. De plus, les services de réadaptation ont été enrichis. Et, là aussi, nous avons fait appel à un organisme communautaire pour compléter la gamme des services.

En toxicomanie, les services offerts en promotion et prévention ont été renforcés par le financement d'activités mises en place par les groupes communautaires, les CLSC et le milieu scolaire. De nombreux projets émanant du milieu ont été encouragés. Ils visent à développer des habitudes de vie saines, à diminuer l'usage des substances psychotropes et les méfaits associés. Les tables de concertation et les comités de jeunesse sont à l'oeuvre dans chacune des MRC.

En ce qui a trait à la problématique de la violence faite aux femmes, des investissements ont été consentis afin que les femmes violentées aient un accès plus rapide aux services. Les centres d'aide de lutte aux agressions à caractère sexuel ont reçu des ajouts budgétaires afin d'offrir des services dans les MRC d'Abitibi-Ouest et d'Abitibi. Une maison d'hébergement pour les femmes victimes de violence a été ouverte au Témiscamingue. Il s'agit de la quatrième dans notre région. Pour combattre la violence faite aux personnes âgées, notre région s'est dotée d'un plan d'action spécifique.

La Régie régionale soutient le financement de 124 organismes communautaires, lesquels contribuent généreusement à la prestation de services. Dans le cadre du plan de transformation, la Régie régionale a augmenté de 33 % les budgets qui leur sont dévolus, portant leur financement global à 6,6 millions, mais ce n'est pas encore suffisant. Il nous importe maintenant de développer un cadre de financement et une politique de partenariat avec ces organismes.

Somme toute, nous pouvons affirmer aujourd'hui que le plan de transformation a amené une importante réorganisation structurelle et organisationnelle en facilitant une meilleure cohésion au sein du réseau et avec les organismes communautaires, ainsi qu'en donnant accès aux usagers à des services diversifiés et adaptés à leurs conditions.

Concernant les ressources humaines, permettez-moi de dresser un portrait succinct du réseau. Avec la réduction d'effectifs de l'ordre de 7 % chez le personnel syndiqué et de 31 % chez le personnel cadre, le réseau a subi de violentes secousses depuis 1994. Inquiétudes face à l'avenir, démobilitation et réorganisation du travail étaient quotidiennement au menu. Présentement, 3 624 employés, 205 cadres et 219 médecins, soit 82 spécialistes et 137 omnis, oeuvrent au sein de notre réseau régional. Grâce à la collaboration des établissements et à des efforts soutenus pour relocaliser les personnes, le nombre de personnes en sécurité d'emploi est passé de 133 en mars 1997 à 28 en janvier 2001.

Nous souffrons d'une importante pénurie de médecins, particulièrement chez les spécialistes. Le portrait n'est guère plus réjouissant dans d'autres catégories de personnel, puisqu'il est difficile de recruter en ergothérapie, en orthophonie et en radiologie. Bien que le programme Retour à la profession d'infirmières ait permis de réintégrer 12 d'entre elles, notre région a tout de même besoin de 85 autres infirmières. Elles sont trop rares pour compléter les équipes minimales de soins. Le recours au temps supplémentaire dans cette profession est malheureusement devenu habituel.

Concernant les ressources financières, matérielles et informationnelles, nous avons profité de la transformation du réseau pour établir une meilleure équité entre

les MRC de notre région, et cela, sur deux programmes, soit la santé physique et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. À l'aide de différentes variables, nous avons mesuré la richesse relative des différentes populations pour fixer des cibles visant à corriger des lacunes historiques. Lorsque de nouvelles injections financières ont été disponibles, nous avons favorisé les MRC les plus démunies portant vers un équilibre inter-MRC dans le respect des principes d'universalité, d'accessibilité aux services pour chaque citoyen.

Quant à la situation financière des établissements, nous affirmons que les déficits des dernières années ont parfois pesé lourd sur les épaules des gestionnaires. Les récents investissements du ministère ont heureusement permis de compenser en partie les déficits. Malgré cela, quelques établissements connaissent toujours une situation financière difficile causée notamment par l'alourdissement de la clientèle, l'impact des nouvelles technologies et les dépenses reliées au recrutement de médecins et aux frais de séjour des médecins itinérants. Je prierais de ne pas oublier ce bout-là.

En ce qui a trait aux ressources matérielles, nous pouvons craindre que les économies réalisées sur les dépenses d'entretien et de réparation ne soient qu'illusoire. En effet, si de tels gains proviennent du fait qu'on laisse les édifices et les équipements se détériorer par mesure d'économie, il y a de forts risques que les coûts d'entretien et de réparation soient plus élevés à moyen terme.

L'informatisation est à la fois nécessaire, incontournable mais fort coûteuse à implanter. Ainsi, en pleine période d'austérité, les établissements ont supporté la majeure partie des coûts liés à l'implantation, à la formation et à l'entretien des systèmes technologiques promus par le ministère. Comme ces choix budgétaires ont eu des répercussions dans les établissements, il faudrait dès maintenant consentir des ressources financières adéquates pour que le virage technologique se complète harmonieusement.

Finalement, pour réaliser les cibles du plan de consolidation de l'Abitibi-Témiscamingue, nous souhaitons que le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuive ses efforts d'investissement dans les secteurs névralgiques.

Maintenant, nos préoccupations à l'aube de l'année 2000. Au terme de ces quatre dernières années passées à bonifier les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, nous sommes confrontés à des problématiques préoccupantes. La première concerne l'occupation des lits de courte durée par la clientèle qui requiert des soins de longue durée. Cette situation autrefois circonscrite dans une MRC est aujourd'hui observée dans quatre des cinq. Pour éviter que la clientèle ne soit pénalisée, des lits supplémentaires ont été dressés temporairement et des recommandations ont été adressées aux établissements concernés pour prévenir une détérioration de l'état de la santé des personnes en perte d'autonomie. Cette situation a, entre autres, pour effet de prolonger les attentes des personnes requérant une chirurgie, d'occasionner des débordements dans les urgences ainsi que dans les autres unités des centres hospitaliers et de soins de courte durée.

Ce qui nous préoccupe tout autant est la réponse aux besoins des personnes âgées. Une étude approfondie des besoins de la clientèle a démontré que les établissements répondaient, en 1999-2000, en moyenne, à 60 % des besoins de la clientèle hébergée en CHSLD. Ce taux de réponse aux besoins s'avère bien en dessous du seuil acceptable fixé à 80 % dans le plan de consolidation de notre région. Juste en passant, on vous a fait transmettre l'analyse en question qui a été faite dans la région. Et, pour une fois, il y a unanimité à la grandeur du territoire concernant le niveau et les critères utilisés pour l'analyse des besoins des personnes âgées dans la région.

● (10 heures) ●

Pour consolider les services aux personnes âgées, il faudrait hausser de manière significative le per capita des services en maintien à domicile. Pour faire passer ce per capita de 58 \$ qu'il est aujourd'hui à 100 \$ en Abitibi-Témiscamingue, puisque tel est notre objectif, l'investissement à consentir est de l'ordre 6,5 millions. Pour que les établissements d'hébergement et de soins de longue durée puissent hausser à 80 % leur taux de réponse aux besoins, il nous faudrait 7 millions supplémentaires.

Enfin, compte tenu du vieillissement de la population, nous avons besoin d'orientations claires en ce qui concerne la disponibilité des ressources d'hébergement permanentes. Le maintien de quatre lits d'hébergement et de soins de longue durée par 100 personnes âgées signifie, pour l'Abitibi-Témiscamingue, un ajout de 40 lits en 2001 et de 86 en 2006. Le maintien d'une place en pavillon par 100 personnes âgées implique un ajout de neuf places en 2001 et 22 en 2006 et des crédits additionnels de 678 000 \$ pour le financement du nombre de places actuel suite à l'implantation du cadre de référence sur les ressources intermédiaires.

Maintenant, au niveau de notre engagement auprès des communautés. Déjà, dans le plan de consolidation de 1998-2002, nous annonçons qu'une stratégie efficace pour agir sur les déterminants de la santé sera un engagement accru auprès des communautés. Cet engagement viserait notamment à réduire la pauvreté, à lutter contre le chômage, à promouvoir de saines habitudes de vie et une plus grande scolarisation. Notre région confirmait ainsi sa volonté de participer au développement des communautés tant au plan social que sanitaire et faisait connaître son intention de promouvoir, soutenir et accompagner l'implantation d'approches de promotion de la santé axées sur l'épanouissement des individus et le sort des communautés.

Pour nous, agir en amont des problèmes de la santé et de bien-être, c'est partager notre vision de l'engagement auprès des communautés à l'ensemble des partenaires, opter pour une approche régionale et locale du développement intégré et de soutenir des actions concrètes sur les déterminants de la santé dans les communautés, notamment auprès des jeunes et de leur famille. C'est pourquoi — et ce ne sont là que des exemples — nous nous sommes engagés auprès des jeunes familles avec Naître égaux — Grandir en santé, nous faisons la promotion de Villes et Villages en santé — et, entre parenthèses, il y a près de 48 % de la population qui a adhéré à ce projet dans notre région,

Abitibi-Témiscamingue — nous poursuivons une étude terrain dans une polyvalente sur la violence chez les jeunes et nous sommes à créer un centre régional de soutien au développement des communautés.

Maintenant, notre préoccupation quant à l'allocation des ressources entre les régions. Cette nouvelle perspective de développement des communautés nous porte à croire que l'allocation des ressources dans le réseau doit être revue afin de supporter les actions qui sont menées en amont des problèmes. En clair, les ressources ne peuvent pas être exclusivement réservées à soigner les maladies, elles doivent être davantage orientées vers la population de la santé et du bien-être des populations.

La Loi sur les services santé et services sociaux promet aux citoyens et citoyennes du Québec de viser l'atteinte d'un niveau comparable de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population. Or, l'actuelle méthode d'équité dans l'allocation inter-régionale des ressources n'est qu'une aide à la prise de décision parmi d'autres. De plus, cette méthode n'a jamais été appliquée à l'ensemble des budgets, elle n'est réservée qu'à une partie, une petite partie des compressions ou des allocations de ressources. Elle a fait souvent l'objet de contestations.

À l'instar des autres régions éloignées, nous croyons que ce mode d'allocation budgétaire se révèle de plus en plus inadéquat. Il faut relancer les travaux sur l'équité en convoquant de toute urgence les comités ministère-régie oeuvrant sur l'allocation des ressources. Les méthodes d'équité, bien qu'imparfaites, nous permettent de rechercher de meilleurs indicateurs de besoins et les coûts permettant de répartir équitablement la richesse collective.

Ce que nous proposons, c'est une allocation orientée vers la santé et le mieux-être des populations, laquelle prendrait en compte l'ensemble des besoins, les déterminants socioéconomiques, environnementaux de la santé et du bien-être reliés aux différentes populations présentes sur le territoire du Québec. Ces déterminants sont principalement la pauvreté, le manque d'emploi, l'exode des jeunes, le vieillissement, le déclin démographique, le faible niveau de scolarité, l'étendue du territoire et les habitudes de vie. La présence parmi une population donnée de certains de ces déterminants devrait suffire pour qu'elle soit considérée à risque et traitée comme telle lors d'allocations de ressources.

Maintenant, concernant une de nos préoccupations majeures aussi, concernant la pénurie de médecins. Des efforts constants sont déployés afin d'offrir des services médicaux de base dans chacune des MRC. Cependant, à l'heure actuelle, bien que notre plan d'effectifs prévoit 129 spécialistes et 164 omnis, nous sommes en déficit de 47 spécialistes et de 27 omnis. Comment pouvons-nous offrir un service comparable aux autres régions du Québec en l'absence de ces 74 médecins? Nous voulons offrir des services intégrés, continus et complémentaires aux usagers. Mais, avant toute chose, il faut offrir l'accès aux services de base.

La pénurie chronique de médecins prive des dizaines de milliers de personnes d'un médecin de famille. Les listes d'attente s'allongent. Dans certaines spécialités dites de base, telles la radiologie, la chirurgie et la psychiatrie, la pénurie frappe durement. Cette

situation est intenable tant pour les usagers que les médecins qui sont en place dans notre région. Et sachez bien qu'en Abitibi-Témiscamingue on ne peut pas compter sur les cabinets privés pour suppléer à la demande, puisque de tels cabinets n'existent à peu près pas. Pendant que les usagers ne peuvent avoir accès à un médecin de famille, à certains services de base, les médecins en place voient leur tâche s'alourdir. De plus en plus stressés, ils s'essouffent, se découragent et pensent à quitter la région. Voilà le cercle vicieux dans lequel nous sommes emprisonnés.

Tant que les plans d'effectifs médicaux ne seront pas respectés partout sur le territoire québécois, les citoyens des régions éloignées comme la nôtre seront injustement privés d'un accès équitable aux services. Étant donné l'étendue de notre territoire, nous devons maintenir en opération sept salles d'urgence, 24 heures par jour, sept jours-semaine. Dans les conditions actuelles, cela devient très exigeant pour les équipes en place.

L'accessibilité aux services médicaux de base pour tous doit devenir la priorité du ministère de la Santé et des Services sociaux. Si, pour ce faire, une partie de l'enveloppe de la Régie de l'assurance maladie du Québec doit être régionalisée, bien, bon Dieu! qu'on le fasse.

Parlant d'accessibilité aux services, il nous importe de souligner qu'il est urgent que soit augmenté le budget consenti au remboursement des dépenses encourues par les usagers qui doivent se déplacer à l'extérieur de notre territoire pour recevoir des soins. Et, là-dessus, j'ajouterais qu'on répond à entre 90 et 95 % des besoins de la population, sauf qu'il y a toujours ce qu'on peut appeler troisième et quatrième ligne, que ce soit en chimio, ou les grands brûlés, ou les enfants à maladie grave: on doit se déplacer pour recevoir les services. Actuellement, un usager de l'Abitibi-Témiscamingue qui reçoit des traitements de plusieurs semaines en radiothérapie, par exemple à Hull ou à Montréal, n'aura droit qu'à 120 \$ de remboursement. Le budget de 90 000 \$ consenti à notre région pour les cas électifs doit être décuplé pour que l'on puisse répondre aux besoins de transport, d'hébergement et d'alimentation des usagers contraints à se déplacer à l'extérieur de notre région pour des soins et des services plus spécialisés.

Permettez-moi, en terminant, de remercier publiquement tout le personnel du réseau qui, malgré la mauvaise presse, malgré la cadence de travail qui s'accroît, malgré la pénurie d'effectifs spécialisés, tout ce personnel du réseau, donc, qui s'investit totalement pour offrir des soins et des services d'une grande qualité. Merci aussi à cette armée de bénévoles qui s'engage avec une générosité exemplaire au sein des établissements et des organismes communautaires et sans lesquels le réseau de la santé et des services sociaux ne pourrait présenter une gamme de services aussi complète et variée.

Là-dessus complète la présentation qu'on voulait vous faire. Nous sommes disponibles à répondre à vos questions. Et je vous dis d'entrée de jeu: Il y a possiblement des questions qu'on ne pourra pas vous répondre de façon satisfaisante, mais il y a sûrement de la documentation qu'on pourra compléter, et c'est avec

plaisir qu'on va le faire au cours des prochaines journées, le temps de retourner à la maison.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je vous remercie, M. Barrette, pour la présentation de votre rapport. Je céderais maintenant la parole au député d'Abitibi-Ouest.

● (10 h 10) ●

**M. Gendron:** Merci, Mme la vice-présidente de la commission. Je veux saluer les collègues de la commission des affaires sociales, et leur gentillesse de me permettre d'abord de vous saluer très cordialement. On est très heureux de recevoir le président de la Régie, son directeur général, M. Marcoux, ainsi que les gens qui l'accompagnent: Mme St-Amour, Mme Chartier, Mme Lalonde ainsi que M. Mongeau. Ça me fait plaisir, moi, pour deux, trois raisons, là, mais j'y tiens, à ce que mes collègues soient conscients que, nous — et l'équipe régionale d'élus de l'Abitibi-Témiscamingue serait avec moi puis ils diraient à coup sûr la même chose — nous ne les voyons pas qu'en commission parlementaire, à Québec, suite à un mandat obligatoire, on a des relations constantes et étroites avec la Régie. Et, moi, ça ne me fait rien de porter ce que je vais affirmer ici dans le débat national eu égard: Est-ce que les régies sont requises, utiles, nécessaires?

En ce qui nous concerne, en Abitibi-Témiscamingue, je n'ai jamais eu de trouble à affirmer haut et fort que je souhaite que la Régie demeure là. Je pense que c'est une instance qui, en tout cas en Abitibi-Témiscamingue, a fait ses preuves, a fait ses efforts, travaille généralement très bien et est bien accueillie dans la population, malgré qu'elle oeuvre dans un secteur très, très difficile. Il n'y a pas de cachette, c'est un secteur difficile. Qu'est-ce que tu veux, ils passent leur temps à entendre parler de coupures, de sacrifices, de niveau de services non atteint, non satisfait. Et autant la Régie sur le plan administratif que les personnels de la Régie, on les sent très proches des réalités de nos usagers. Et c'est intéressant de savoir qu'on peut compter sur une instance qui prend à coeur cette logique-là de rendre plus accessibles les services, de s'adapter à la réalité des changements normaux, parce que, qu'on soit en Abitibi ou ailleurs, on a une société évolutive, et je crois que les membres de la Régie en sont fort conscients.

Alors, je tenais à... C'est court, parce qu'on ne peut pas prendre l'avant-midi pour ça. Vous avez un excellent rapport. Et M. Barrette, d'entrée de jeu, disait: On est fier de venir une fois par année vous dire ce qu'on fait, de couvrir nos champs d'activité, d'exercice. Et, honnêtement, M. le président, je vais vous dire: Vous avez raison d'être fier. Vous avez raison d'être fier, parce que c'est une régie qui travaille fort, c'est une régie qui s'adapte et n'a pas peur de prendre des décisions liées aux besoins de ce grand territoire qui n'est pas facile. Ce n'est pas facile du tout. On a des particularités sur l'ensemble du territoire. Mais on sent, pour conclusion, ce souci constant que, peu importent la grandeur du territoire puis les zones un peu plus éloignées, vous avez une volonté, en tout cas, de tout faire pour que les services demeurent accessibles et que nous assumions plus qu'avant la responsabilité de s'autosuffire. Même si on a des carences, même si on a

des pénuries de médecins puis on a toutes sortes de pénuries, on essaie de s'organiser chez nous. Alors qu'il n'y a pas longtemps on expédiait souvent nos cas problèmes, là on essaie d'en expédier le moins possible.

Alors, bravo, félicitations. Moi, je pense qu'il y a quand même... Vu que vous venez ici, à Québec, c'est important que les collègues puissent creuser des aspects. Les membres de la commission des affaires sociales ont plus l'habitude de faire le tour des questions liées à leur mandat.

Je voudrais juste, peut-être, rappeler, quand une Régie dit: Chez nous, les enjeux fondamentaux, on les a placés aux paramètres de certains principes... Moi, j'aimais bien votre page 4 dans votre rapport où vous dites: «Actualiser nos façons de faire; placer l'usager au cœur des préoccupations; avoir le souci constant et exigeant de la qualité; soutenir ceux et celles qui fournissent les services.» Il me semble que c'était important de camper ça, puis, après ça, on regarde forces et faiblesses.

J'aurais peut-être deux questions rapides, puis, après ça, je vais laisser la parole aux collègues. La première question, moi, c'est à la page 6, c'est juste parce que ça m'a... pas vraiment surpris, mais je ne suis pas tout à fait au fait. Il me semble qu'on suit ça assez de proche les uns et les autres, là. Vous indiquez que «la prochaine étape sera d'élargir la gamme des services avec l'ajout de cliniques en maladies pulmonaires obstructives chroniques». Je vous avoue que, moi, je découvre ça à matin, là. Qu'en est-il exactement? Et est-ce que c'est exact que vous n'avez que placé la commande, mais, à ce chapitre-là, vous n'êtes pas très avancé en région? C'est quoi, l'heure juste à ce chapitre-là?

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

M. Barrette (Gilbert): Le projet a été déposé, il y a aussi toute une infrastructure financière qui est avec, et on est en attente de financement. Il y a eu des expériences qui ont été tentées et que c'est bénéfique, donc on veut l'étendre de façon plus majeure au niveau de la région. Mais la réponse officielle n'est pas encore...

M. Gendron: Oui, mais c'est quoi? Je veux comprendre. C'est du dépistage? C'est de la prévention? C'est quoi?

M. Sanesac (Claude): C'est de la prévention.

M. Gendron: O.K.

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

M. Sanesac (Claude): Prévention au niveau de ces cliniques-là, c'est du travail qui se fait pour éviter justement qu'on ait des traitements ou des choses comme ça au niveau pulmonaire. On a une demande de déposée qui est à peu près 1,2 million. C'est sûr qu'on a reçu des argents du ministère qui totalisaient à peu près 212 000 \$ et qu'actuellement on a privilégié le

développement de cliniques cardiovasculaires. Donc, il a fallu que le conseil d'administration priorise et prenne des décisions, parce qu'on avait des demandes à peu près pour 2 millions.

M. Gendron: Merci, c'est très clair. L'autre question... J'en avais plusieurs, mais l'autre question, c'est sur les ressources humaines. Moi, je pense que, dans un réseau, c'est fondamental que les ressources humaines soient vraiment à la hauteur des attentes du milieu des usagers. Et vous portiez un jugement qui, à ma connaissance, est exact: «Inquiétudes face à l'avenir, démobilitation et réorganisation du travail étaient quotidiennement au menu», à la page 10. Puis là on n'a pas de retour, on n'a pas de retour de jugement. C'est un jugement que vous portez. Alors, je m'attendais... Parce que ça, à ma connaissance, c'est plus la situation où on est arrivé avec une commande plus massive de redressements, appelez ça comme vous voulez. Mais il me semble que, depuis les deux, trois dernières années, cette situation-là n'est pas du même ordre, elle n'est pas... je ne le sens pas comme ça.

Alors, moi, j'aimerais mieux que ça ne soit pas mon jugement, mais le vôtre, puisque c'est la Régie qui a des contacts fréquents avec tous les usagers de son réseau. Alors, j'aimerais ça, un jugement d'aujourd'hui sur les mêmes vocables, là, quand vous disiez: inquiétudes face à l'avenir, démobilitation chronique, pour ne pas dire autre chose. Puis ça, c'était quotidiennement au menu, puis je le sais, je l'ai vécu moi-même, mais il me semble que c'est moins cette réalité aujourd'hui. Est-ce que c'est exact? C'est quoi, votre jugement à vous, à la Régie, M. le président, cette fois-là?

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

M. Barrette (Gilbert): C'est sûr que ce n'est pas... je ne dirais pas aussi profond comme inquiétude, sauf que là où l'inquiétude est majeure, c'est au niveau de la relève. Et je prends juste un exemple très concret. Nous sommes en recrutement d'un directeur de services aux programmes à la Régie, qui est quand même un cadre supérieur. Nous sommes allés en deuxième poste d'affichage, et je peux vous dire que le nombre n'afflue pas aux portes, en termes d'intérêt à manifester pour avoir le poste. Donc, la relève est loin d'être là. Et ça, c'est à la grandeur du Québec, et encore plus dans notre région.

Et, au niveau des infirmières — au niveau des infirmières, ça, ça a été un coup assez dur — je le signale dans le document, le recrutement n'est pas nécessairement facile et la relève est encore manquante, là, bien sûr. Et, avant qu'on rattrape le besoin, il y a encore plusieurs années, je pense... d'espace à combler qui va être difficile.

M. Gendron: C'est important de creuser un petit peu plus. L'inquiétude grandissante par rapport aux postes que vous venez d'évoquer, c'est dû à une instabilité de l'instance, qu'est-ce qu'il va lui arriver, c'est une instabilité du réseau, inquiétudes par rapport au financement? J'aimerais que vous approfondissiez.

**M. Barrette (Gilbert):** Pour la question du financement, non, mais la question de: On va devenir quoi dans deux, trois, quatre, cinq ans en termes de stabilité... Et il y avait beaucoup de gens qui étaient en demande d'emploi, par exemple, des listes de gens disponibles, sauf qu'il y a peu ou pas d'intérêt à venir dans la région. Et il y a souvent une conjointe ou un conjoint qui est accroché aussi à cette personne. Donc, ça complexifie la situation. Mais c'est beaucoup plus en termes de devenir.

Et c'est sûr qu'il y a eu... il faut quand même le reconnaître, que le réseau a été... il a eu une forte secousse autour des années 1997 à 2000. Donc, ça, ça a instabilisé les gens et les a inquiétés. Maintenant, ça va prendre un certain nombre de mois pour — je ne dirais pas peut-être années — que ça se stabilise et qu'on ait encore confiance, si on veut.

Et le niveau de responsabilités n'est pas le même, là. On se souvient que, si on recule de cinq ou six ans, un cadre pouvait avoir une dizaine de personnes à superviser. Maintenant, on est rendu à 20 puis 25, des fois plus. Donc, la lourdeur de la tâche est là et le niveau salarial n'est pas là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous avez un complément de réponse, M. Sanesac?

**M. Sanesac (Claude):** Oui. Si on parle... Il y a eu des départs massifs. À partir de ces départs massifs là, il faut remplacer ce personnel-là. Actuellement, si on regarde au niveau des établissements, on a des dépenses importantes au niveau des assurances salaire. C'est quand même un indice important qu'il faut regarder quand on fait des représentations au ministère. Vous savez qu'en 1994-1995... Je vais vous donner l'exemple d'un établissement qui avait à peu près 400 000 \$ en dépenses d'assurances salaire. Il est rendu à 1,2 million. Je vais vous dire, on a beau dire qu'on augmente le contrôle, on augmente... mais il faut se dire que la notion de démobilité, de dépression, des choses comme ça, est venue affecter notre réseau de la santé et des services sociaux.

On est en train de repartir ce que j'appellerais la notion de mobilisation, mais ce n'est pas encore fait actuellement. Et ce qui va nuire, c'est toute la pénurie. On parle de pénurie d'infirmières, on parle de pénurie même de pharmaciens en Abitibi-Témiscamingue. On est en train de regarder notre planification de main-d'oeuvre en pharmacie. Vous comprendrez qu'un hôpital pas de pharmacien, c'est peut-être un hôpital comme pas de médecin aussi. Donc, actuellement, on est en train de vivre des difficultés par rapport aux pharmaciens. Donc, si on regarde tous les corps de profession, on assiste à ce genre de pénurie là. Et, quand on parle de pénurie à Montréal, vous pouvez comprendre que, quand on arrive en région éloignée, bien on remplit Montréal avant de remplir les régions éloignées.

● (10 h 20) ●

**M. Gendron:** Merci, M. Sanesac. Je ne prendrai pas plus de temps, juste peut-être, pour le bénéfice de mes collègues... Toute l'inquiétude quant à l'avenir des Régies, ça se devrait se calmer. Parce que, moi, j'ai la chance que mon président de Régie soit le président de la Conférence des Régies. Alors, il devrait persuader qui

de droit pour calmer ces inquiétudes-là. Alors, merci, chers collègues.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, M. le député d'Abitibi-Ouest. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous saluer, M. le président de la Régie et président de la Conférence, ainsi que toute votre suite. Je n'ai pas de doute que mon collègue d'Abitibi-Ouest avait des éloges justifiés à votre égard. Je pense que tous les partenaires du réseau travaillent à s'arracher le coeur à offrir des services avec les moyens qu'ils ont, puis ça, je pense qu'il faut le remarquer, et c'est sans doute approprié qu'un député de votre région puisse le signaler ici. En tout cas, je pense que ce n'est qu'un juste retour des choses.

Je vais aborder d'abord, Mme la Présidente, quelques questions concernant justement la pénurie de personnel: médecins, infirmières. Mais, peut-être pour répondre en partie à la question de mon collègue de l'Abitibi qui se demandait si l'inquiétude devait se conjuguer au passé ou si elle se conjugait aussi au présent, je vais lui citer un passage de la commission Clair, un document assez récent, quoiqu'il attende toujours des commentaires de la part du gouvernement. À la page 112, on lit ceci — et je n'ai pas de doute que c'est assez aussi le portrait qui se vit chez vous: «Les dernières années ont été éprouvantes pour ceux qui oeuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux.»

Alors, évidemment on peut dire: «Les dernières années», c'est au passé, mais, comme il y a une phrase qui suit, et c'est marqué: «Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, les pénuries dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements»...

Et vous parliez d'assurance salaire: «La détresse psychologique est en effet passée en tête des causes d'absentéisme chez le personnel et les coûts de l'assurance salaire ont augmenté de 25 % de 1993 à 1999 [...] liés à l'épuisement professionnel et à la dépression.» Il y a d'autres passages qui parlent de montants, de hausse de 350 millions que ça peut représenter.

Tout ça pour dire que, non... Les décisions qui ont été prises ont des conséquences encore aujourd'hui et elles en auront demain. Alors, elles ne se conjuguent malheureusement pas au passé, au présent et malheureusement au futur.

J'aurais d'abord une première question sur les pénuries. Je regardais le tableau des effectifs. Je regardais la page 15 de votre mémoire d'aujourd'hui où vous identifiez, par rapport à ce qui était, là... par rapport au PREM, par rapport aux besoins pré-identifiés, combien vous en manquez. Ma première question, elle est assez simple: Est-ce que, quand vous avez fixé le PREM, dans le fond, ça correspondait aux besoins? Je vous pose la question. Autrement dit, êtes-vous en train de réévaluer vos besoins? Peut-être que ce n'est pas le bon chiffre, peut-être que vous avez

surévalué le nombre de médecins omnis et spécialistes que vous avez de besoin compte tenu des besoins justement. Il y a une certaine école de pensée au Québec qui veut qu'effectivement les PREM ne correspondent pas aux besoins. Je voudrais savoir si le vôtre, dans votre région, correspond aux besoins.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Ça fait un certain nombre d'années que je suis impliqué dans le réseau, bénévolement comme vous le savez, et j'ai participé à au moins deux ou sinon trois adoptions, parce qu'on fait ça au trois ans, des plans d'effectifs. Et je peux vous dire qu'à chaque fois le ministère nous retourne le document avant adoption pour s'assurer qu'on a bien cerné nos besoins puis qu'on n'exagère pas, et ci, et ça. Et je peux vous dire qu'à chaque fois on les révise et on les rerevise. Donc, ce qui est demandé, et ce qui est proposé, et ce qui est dans les tableaux, c'est effectivement... ça correspond aux besoins. Ça correspond aux besoins qui terminaient en 2000. Et je peux vous dire qu'actuellement on est en révision, et ça ne devrait pas être bien, bien en bas de ce qui est là-dessus. Et on n'y répond pas. À preuve, c'est qu'on dépense plusieurs centaines de milliers de dollars en — comme je disais dans mon texte — frais d'itinérance pour combler des besoins dans la région. Donc, ça correspond à la réalité à tout le moins.

**M. Fournier:** À quel moment sera adopté votre prochain PREM?

**Une voix:** Un mois ou deux.

**M. Barrette (Gilbert):** D'ici un mois ou deux, parce que... En fait, il se terminait en 2000. Donc, d'ici... De 2000 à 2003. Donc, d'ici un mois ou deux, il va être adopté.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** On est dans un processus actuellement, toutes les régies sont dans un processus de réviser leur PREM. Actuellement, on est en train de faire l'exercice avec les établissements, et, d'ici fin mai, je pense qu'on parle d'adopter les PREM.

**M. Fournier:** Je sais que vous êtes à cet étape-là, parce que Mme la ministre nous en a parlé au mois de décembre lorsque je soulevais, à l'égard de plusieurs régies régionales, les manques, la pénurie. Pour établir qu'il n'y en avait pas, elle m'a répondu qu'on était à réviser les besoins, les PREM, et que, déjà, les signaux qu'elle avait étaient à l'effet que les besoins étaient surévalués, et que, donc, il ne fallait pas parler de pénurie, il fallait plutôt rabaisser le niveau des besoins, qui avait été surévalué. C'est pour ça que j'aime vous entendre... Enfin, je veux savoir si... Les signaux, elle les a peut-être eus... il faut présumer qu'elle les a eus d'autres régies, si je comprends bien, mais pas de la vôtre.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** En tous les cas, moi, je suis absolument à l'aise de défendre le document de besoins en ressources médicales pour l'Abitibi-Témiscamingue. Ça, vous pouvez en être assuré.

**M. Fournier:** Je vais vous parler... Je parlais de Clair en commençant mon intervention. J'ai le goût de vous reparler un petit peu de Clair, parce que vous m'avez parlé de médecine familiale dans votre présentation, ce qui a été retenu dans les médias. Puis je pense bien qu'on peut dire que, dans le rapport de la commission Clair, c'est un élément majeur. Je pense qu'on peut l'appeler comme ça. Il y en a deux, trois, comme ça, éléments majeurs, dans le rapport, et celui des groupes de médecine familiale est certainement une des bases du rapport de la commission Clair.

Ma question va être un peu banale: Chez vous, ça s'applique comment, cette recommandation-là?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Vous dire qu'on n'avait pas pensé que vous poseriez cette question-là, on vous mentirait effrontément.

**Une voix:** ...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** ...exprès.

**M. Barrette:** D'ailleurs, on cite Ville-Marie dans le document, dans le rapport. Pour être bien franc — et d'ailleurs on l'a dit à M. Clair quand on l'a rencontré — on était un peu déçu de la timidité de la recommandation. On aurait voulu que ce soit un peu plus musclé — je parle pour la région Abitibi-Témiscamingue et d'autres régions possiblement en manque — on aurait souhaité que ce soit un peu plus musclé. Mais, avec des échanges que nous avons eus avec lui concernant ce qui a justifié tout le décor, toute l'histoire qu'il y a autour de ça et les possibilités qu'il y ait des retombées positives à court terme, on est venu à la conclusion que... on espère, en tous les cas, fortement que les inscriptions auprès de groupes de médecine familiale soient un incitatif, un effet positif pour les régions comme la nôtre. Sauf que notre inquiétude, c'est qu'on veut bien que les gens s'inscrivent, mais il va falloir qu'il y ait quelqu'un pour accueillir leur inscription en termes de disponibilité et de service. Mais il reste qu'on est loin d'être fermé à ce processus, parce que c'est de revenir à la base de la médecine, la base du service à une population.

Ce qui nous inquiète aussi, et ça, on va être quand même très francs, c'est le type de médecine qui se pratique dans certaines cliniques médicales, qu'on appelle «médecine sans rendez-vous» ou «médecine style cafétéria». Le médecin, c'est ce qu'on appelle du «fast food», les gens... C'est sans rendez-vous. Qu'est-ce que vous voulez, on peut faire 50, 60 clients dans une

journee, puis notre année est faite, puis sans trop de complexité dans la desserte. Sauf que sur le plan... Et ça, ça monopolise un certain nombre de médecins, ça, dans une région, ou que ça soit dans une ville, dans une clinique. Et, si on accepte que ce style de médecine continue à se pratiquer de façon facile et régulière, bien c'est sûr que le bassin de médecins qui travaillent à ce niveau-là, ce n'est pas un bassin de médecins qui pourront aller desservir une population dans le besoin qui peut être ailleurs au niveau du Québec.

Et on nous dit qu'il peut y avoir tout près d'une centaine de cliniques semblables au niveau de la ville de Montréal. Là, remarquez-bien que je n'ai pas vérifié, mais c'est ce qu'on nous dit. Qu'on mette juste quatre ou cinq médecins par clinique — là, je n'en mettrai pas beaucoup — ça veut dire un 500, 600 médecins qui sont impliqués dans une pratique semblable. Je ne dis pas qu'ils ne rendent pas de bons services, sauf qu'on se pose des questions: Est-ce que c'est le style de services que la population a besoin au niveau du Québec?

Et, quand on regarde le chiffre qui existe per capita au niveau du médecin au Québec et en Ontario, on se dit: Il y a sûrement une façon de pratiquer qui existe au Québec qui fait que ça monopolise, ça utilise des sous bien sûr, ça utilise du temps, et il en manque là où il devrait y en avoir.

**M. Fournier:** Juste pour reposer ma question que je posais, de façon très précise, par rapport à la présence ou non d'un médecin de famille pour jouer le jeu des groupes de médecine familiale. On sait que la philosophie, l'approche de Clair, ce n'est pas d'arriver puis de dire: Voici, ça s'applique mur à mur, partout, au 1er janvier, on commence. C'est plutôt un processus toujours évolutif, et il le dit assez souvent dans son rapport.

Chez vous, ça pourrait fonctionner, on pourrait imaginer que les groupes de médecine familiale pourraient être lancés, disons, durant cette année et qu'il y a suffisamment de médecins pour qu'on puisse dire qu'on généralise dans votre région cette solution?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

● (10 h 30) ●

**M. Barrette (Gilbert):** Suffisamment... Je vais donner la parole à mon directeur général. Les médecins sont sympathiques dans la région à cette formule, sauf que c'est le nombre de bras puis le nombre de professionnels qui sont manquants.

**M. Sanesac (Claude):** L'organisation telle que proposée par le rapport Clair au niveau de la région de l'Abitibi-Témiscamingue est une proposition intéressante, parce qu'on a cinq sous-secteurs — qu'on regarde Val-d'Or, Amos — et ce sont des secteurs comme bien regroupés géographiquement. Donc, déjà, on a des embryons. Avec le département actuellement de médecine générale, on est en train de regarder ce genre de projet là.

J'oserais vous dire: Oui, mais ça nous prend des docteurs, parce que, quand même j'aurais une organisation, si je n'ai pas de personnes pour travailler... Je vais vous dire, c'est ce qu'actuellement les médecins

nous disent: On est bien prêts à entrer dans ce genre de projet là. Puis je vous parle de médecins en région éloignée, ils sont très ouverts. Le problème, c'est qu'on est en pénurie de médecins.

Vous mentionnez: Est-ce que le PREM correspond à vos besoins? Je vais vous dire: 156 000 de population puis 155 omnis ou 164 avec les omnis spécialisés, moi, je pense que ce n'est pas exagéré, la demande que l'Abitibi-Témiscamingue peut faire. Donc, par rapport à l'organisation, oui, c'est très favorable, excepté qu'il va falloir avoir les médecins nécessaires, il va falloir attirer ces médecins-là pour qu'on puisse... Puis on a des embryons. Je vais vous dire: Ville-Marie serait déjà prête à faire ce genre de projet là. Donc, il s'agit juste d'avoir peut-être les disponibilités aussi, parce qu'on dit que le ministère et la FMOQ, c'est eux qui vont avoir à mettre sur pied ce genre de projet-pilote là. Donc, on va passer par la FMOQ. Disons que, moi, personnellement, l'organisation des services, ce n'est pas à des syndicats à organiser ça.

**M. Fournier:** On reviendra peut-être sur cet aspect-là tantôt. Je comprends donc de votre réponse que, oui, c'est intéressant comme système. Vous avez une interrogation, jusqu'ici qui est non répondue, à savoir si vous avez le personnel suffisant pour lancer cet outil-là. Et, si je comprends bien — vous ne me l'avez pas dit plus clairement qu'il faut — peut-être qu'à hauteur de, quoi, 20 % peut-être on pourrait créer ces groupes-là, mais, tant qu'il va manquer des médecins de famille, ça va être une bonne idée mais pas réalisable.

**M. Sanesac (Claude):** Ce que je peux vous dire, c'est qu'actuellement les médecins, le département régional est en train de voir à l'organisation de ça. Parce que, dans le fond, c'est vu d'une façon positive de la part des médecins en région. Comme, je vais vous dire, le chef du département disait: Bien, Claude, on n'invente rien en Abitibi, on l'a déjà, ce genre d'organisation là; il s'agit juste de plus le structurer, puis, dans le fond, il va exister. Il s'agit peut-être d'ajouter du personnel infirmier. Puis il faut voir un peu la disponibilité, parce qu'il ne faudrait pas que ça soit du personnel qui soit peut-être en plus, parce que, je vais vous dire, on est en pénurie d'infirmières aussi. Donc, il faut regarder ça, travailler ça avec l'hôpital pour peut-être travailler, faire des substitutions, des choses comme ça, ou avec le CLSC. Donc, je vous dis: C'est embryon, c'est positif, les gens vont le regarder avec les outils qu'ils ont actuellement.

**M. Fournier:** ...cette évaluation que vous allez faire par rapport à cette recommandation de base de Clair... Bien qu'on sache qu'on n'a pas encore de communication gouvernementale, on sait. Tous les intervenants sont là-dedans, tout le monde trouve que c'est une bonne idée.

**M. Sanesac (Claude):** Ah, oui, oui.

**M. Fournier:** Puis ça fait tellement longtemps que tout le monde en parle que tout ce qui reste...

**M. Sanesac (Claude):** J'oserais dire qu'on va avancer sans attendre les recommandations finales.

**M. Fournier:** C'est ça, c'est ça, c'est ça. Est-ce que vous êtes rendus au stade de pouvoir nous dire: Écoutez, en même temps que le PREM, au mois de mai, on va être capables de dire quel est notre PREM pour les trois prochaines années, on va être capables aussi d'identifier ce qui est faisable et les manques que nous avons pour qu'à l'avenir on puisse aller plus loin?

**M. Sanesac (Claude):** D'ici les mois de mai et juin, je pense que oui, mon cher monsieur.

**M. Fournier:** Alors, on va pouvoir s'adresser à vous pour connaître le résultat de vos réflexions.

**M. Sanesac (Claude):** Oui.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci.

**M. Fournier:** Nous en...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je pourrai revenir, M. le député de Châteauguay, à moins que ce soit sur le même sujet peut-être. Parce que, remarquez, on est assez souple, généralement on fait entre...

**M. Fournier:** Oui, c'est très gentil, mais juste sur le même sujet...

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

**M. Fournier:** ...puis j'aurai terminé les aspects des médecins. Vous parlez de la généralisation des budgets de la RAMQ, enfin vous en parlez, vous échappez un petit bout de phrase là-dessus. J'aimerais néanmoins vous entendre, parce que, s'il y a une région qu'on veut bien entendre à cet égard-là, c'est bien la vôtre. Il y en a eu 156 000, solutions. Ce n'est jamais la bonne, il n'y a pas de solution magique. Je suis au courant de tout ça. Mais parlez-moi de ce que vous vivez dans votre quotidien. Puis, vous, vous dites: Comment ça se fait qu'il n'y ait pas telle ou telle solution qui est appliquée pour chez nous? Et, si vous me parlez de la régionalisation — parlez-moi-z-en un peu — pourquoi ça serait bon et pourquoi ce n'est pas bon, selon vous?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Ça a l'air simple des fois, mais, quand on creuse un peu, on voit que c'est beaucoup plus compliqué qu'on pouvait l'anticiper.

C'est sûr, c'est un peu la formule qui a été essayée en Colombie-Britannique, mais ça a été rejeté assez vite devant les tribunaux, c'est ce qu'on appelle le «billing number»: être capable d'attacher à un individu, je ne sais pas, un budget y. Il me semble que ça, ça aurait été facilitant. Je ne sais pas moi, 150 médecins qui représentent une moyenne de, je ne sais pas, 160 000 \$, exemple. Il y a tant de millions qui sont accrochés à ça. On identifie cette somme-là, cette poche

monétaire à l'Abitibi-Témiscamingue. Et ça veut dire que tu répartis à peu près au niveau du Québec ce qu'il faut comme budget, et il y aurait sûrement des coins qui en auraient manqué.

Donc, on s'est dit: Là où est l'argent, il y a des chances que de l'intérêt à la pratique soit là aussi. Mais ça, c'étaient nos préoccupations et c'étaient nos observations à ce sujet-là. Mais on n'a pas besoin de faire de cachette que les syndicats, les fédérations ne veulent rien savoir de cette façon d'organiser. Même au niveau projet, nous, on aurait souhaité... Allons-y au moins en projet spécifique ou en projet-pilote, si on veut, dans des régions où c'est vraiment... que ce soit en Côte-Nord, chez nous, peu importe, mais qu'on l'essaie, au moins. Mais ça, il y a eu une fermeture assez évidente là-dessus: la porte est barrée à trois tours puis on n'y touche pas.

Donc, l'autre formule, c'est celle... Dans le rapport Clair, on mentionne certaines sommes qui seraient allouées aux régies pour aider au recrutement. Ça, ça reste à définir quelle sera la latitude aussi, quelle sera la hauteur de ce budget pour être capable d'aider au recrutement. Si c'est pour faire ce qu'on a vécu dans les deux, trois dernières années, favoriser du recrutement mais en favorisant, je ne sais pas, moi, un chalet à gauche, des cours privés à droite ou des bénéfiques comme ceux-là, bien ça va être l'escalade des bénéfiques qui vont se donner un peu partout au Québec, et là on va se retrouver à la ligne zéro encore une fois. Donc, ça va être de voir comment est-ce que cette somme-là ou ces sommes-là pourront être distribuées et à quelles fins.

Mais, pour ce qui est de la décentralisation, oui, on était des porteurs de ce dossier-là au niveau de l'Abitibi-Témiscamingue, et ça, ça faisait l'unanimité au niveau de la région. Sauf que ça a été creusé un peu plus par la commission Clair, et il ne semble pas qu'on aurait fait bien, bien du chemin avec ça en termes d'accessibilité. Il semble que les médecins, maintenant qu'ils ont senti peut-être que ça commençait à se tasser dans le coin un peu, ils ont de l'ouverture un peu plus pour la question de la médecine familiale et ainsi qu'il y ait des bonifications au niveau des régies. Et ça, ça reste à définir: quelle sera l'ouverture et quelle sera l'ampleur ou la marge de manoeuvre qu'une régie pourrait avoir sur le plan financier.

Mais il reste que, pour revenir à votre question de base qui est: Comment ça aurait pu se vivre chez vous? bien, c'est un peu ce que je vous ai dit rapidement: telles sommes attribuées aux médecins, ces sommes-là sont affectées à la région et sont données à la pratique à partir des actes posés. Parce que, à un moment donné, on s'est ramassé — et ça, je ne vous ferai pas de cachette non plus — il y avait quasiment autant d'ententes qu'il y avait de médecins de signées, tellement il y avait des particularités à gauche puis à droite qui faisaient un non-sens sur le plan des ententes. Donc, c'était une vraie tour de Babel en termes d'ententes de contrats qui pouvaient se passer entre les médecins et les régions. Et il y a même des médecins — vous le savez — qui démissionnaient d'un centre hospitalier pour être capables de s'en aller faire de la volance, et ça avait l'air que c'était plus rémunérateur et moins de responsabilités. Donc, c'est frustrant, mais on est devant ça.

Est-ce qu'on a senti qu'au niveau politique on était prêt à prendre une décision ou encore prendre un virage qui aurait été agaçant pour la pratique, pas nécessairement pour la pratique, mais pour l'endroit de pratique peut-être et qu'on a été plus ouvert? J'espère, en tous les cas, qu'on va être ouvert et aussi disponible à venir nous aider, si on veut, dans les régions, parce qu'il vient un temps où on ne sait plus à quel saint se vouer. Et ça, le député d'Abitibi-Ouest, François Gendron, il peut en témoigner: on frappe à peu près à tout ce qui existe de portes pour être capable d'avoir un médecin, puis il y a toutes sortes de possibilités d'ouverture pour se défilier, pour s'en aller ailleurs, puis on se ramasse avec... En bas de ligne, ça fait zéro ou presque. Et ça fait partie du... Quand c'est un marché ouvert comme celui-là, bien c'est sûr, quand on a la possibilité de pratiquer au coin de Peel et Sainte-Catherine sans que ça nous dérange trop, bien on s'installe là, puis même si c'est à 70 % du salaire, même si c'est ça. C'est ça actuellement. Et, chez nous, c'est à 120, 50 % d'écart, mais on n'en a pas plus.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** En complément de réponse, M. Sanesac.

• (10 h 40) •

**M. Sanesac (Claude):** Moi, mon cher monsieur, j'aimerais vous répondre là-dessus. Quand on regarde l'organisation des services médicaux actuellement et comment c'est... On était une des régions qui défendaient d'avoir une enveloppe régionale gérée par la RAMQ, centralisée mais avec nos montants. Les grands spécialistes nous disent: Non, non, non, ce ne sera pas la solution. Bon, ce qu'on peut vous dire, c'est: On ne la connaît peut-être pas, la solution, nous-autres, la région, mais on aimerait ça avoir des docteurs, avoir des omnibus et des spécialistes.

Et c'est peut-être le moment privilégié qu'on a de nous adresser à vous et de dire: Quand on regarde actuellement comment la région de l'Abitibi est desservie et comment l'avenir est incertain... Puis je ne parle pas au niveau des omnibus, je regarde par rapport aux spécialistes, je regarde juste le processus actuellement que l'on prend pour définir les PREM. Actuellement, toutes les associations de spécialistes sont en train de définir quelles vont être les ressources dans chacune des régions. Donc, elles sont en train de préparer leur propre PREM, là. Et les régions préparent leur PREM aussi. Et ce que j'entends de ces fédérations-là, de ces associations-là, c'est qu'eux vont proposer de comment desservir les régions. Je suis en train de me poser des questions. Tout à l'heure, les spécialistes, il va y en avoir à Montréal et à Québec, il y en aura très peu qui vont venir nous desservir. Ils vont venir par itinérance dans nos régions, ils ne viendront plus s'installer. Quel serait l'intérêt pour un médecin spécialiste quand on lui donne une organisation... de venir desservir une région éloignée quand on lui donne les possibilités de le faire à partir de Montréal?

Donc, moi, j'ai, comme administrateur, une grande peur qu'actuellement on est en train de changer le modèle supposément à cause de la pénurie des spécialistes, puis là on ne le sait plus s'il en manque, s'il n'en manque pas. Donc, à un moment donné, il va falloir tirer la ligne: il en manque-tu ou s'il n'en manque pas,

dans les régions? Ce qu'on entend des associations, c'est qu'il n'en manque pas, mais que c'est mal organisé. Mais, si c'est mal organisé, parce qu'il y a des spécialistes qui viennent s'installer en région, moi, je n'appelle pas ça être mal organisé; c'est une façon de vivre une organisation de services.

L'Abitibi-Témiscamingue veut avoir des spécialistes qui vont vivre en région. On veut avoir des masses critiques. On a des hôpitaux qui sont capables d'accueillir ces spécialistes-là. Et c'est le message que je pourrais laisser aux gens d'ici, et, même, j'ose le laisser aux fédérations. Parce que, actuellement, quand je regarde, moi, des fédérations qui négocient des organisations de services, je me dis que ce n'est pas à des syndicats à voir à l'organisation des services. Mais on implique ces médecins-là, et ils vont nous organiser effectivement. Et je pense qu'on doit être très vigilant par rapport à ce type d'organisation là. Et actuellement c'est peut-être la peur que le conseil d'administration, que le président... on ne sait pas comment le traduire pour être entendus, parce qu'on est quand même des petites régions éloignées.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Sanesac. Alors, je vais céder la parole à la députée de Vanier.

**Mme Barbeau:** Merci. Alors, bonjour, je veux d'abord m'excuser pour être sortie pendant votre présentation, parce que j'ai eu des inondations dans mon comté, hier.

**Des voix:** ...

**Mme Barbeau:** Alors, à matin, il y a eu des petits téléphones à faire pour des petites urgences. Je voulais m'en excuser.

C'est sur le même sujet. Bon, vous avez un petit peu répondu à la question que je vais vous poser, mais, en tout cas, je pense, des fois, je me dis que le problème et la solution sont un peu à la même place, hein! Vous l'avez un petit peu dit dans votre réponse. Même à Québec, même à Québec, je me suis fait dire... Je ne veux pas généraliser, mais quand même, là, c'est pour vous montrer comment des fois les changements sont difficiles. Je me suis fait dire que là c'était rendu compliqué de travailler après la réforme, parce que le médecin qui m'a dit ça, il fallait qu'il fasse deux hôpitaux, à 10 minutes, deux hôpitaux. Alors donc... Oui, à 10 minutes l'un de l'autre. Alors, je ne vous dis pas ce que je lui ai répondu, mais admettons que...

Vous disiez tout à l'heure que la régionalisation des enveloppes, ça a été rejeté en Colombie-Britannique. Je n'ai pas trop, trop compris pourquoi, par exemple, ça a été rejeté.

**M. Barrette (Gilbert):** Les droits de la personne. En fait, le gouvernement avait adopté ça, sauf que c'est allé en cour, les droits de la personne, et ça a été...

**Mme Barbeau:** Ah! bon. O.K. Parce qu'on a reçu, ici — il y a, je ne me souviens plus exactement, mais en tout cas ça fait un an peut-être — le Conseil

médical du Québec, puis c'était très intéressant. On a beaucoup discuté de ça, la pénurie, et tout ça. Je ne sais pas si vous avez pris connaissance de ces discussions. En tout cas, je vous invite à le faire, c'est très intéressant. Parce que justement, d'entrée de jeu, le président du Conseil nous a un peu dit que les médecins, c'étaient des entrepreneurs libres.

Alors, la question que j'ai posée, j'ai dit: Comment peut-on concilier les intérêts d'un groupe avec ceux de la société? La réponse a été, comme je pense: Il n'y en a pas, c'est pas mal difficile. Alors, on a fait — vous l'avez dit vous-même — beaucoup de moyens incitatifs. Moi aussi, je viens d'une belle région du Québec, la Côte-Nord, et on a vécu des choses, on en vit je pense encore; je ne vis plus là, mais je pense qu'il y en a encore des problèmes à ce niveau-là. Les incitatifs, comme vous venez de le dire, on en met, on en ajoute, et, bon... Est-ce que vous seriez, en tout cas, favorable, c'est un grand mot, là, mais est-ce qu'on doit en venir à des moyens coercitifs? Je pose la question directe.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Alors, nous, on était rendus là. Parce que ça arrive que les régies, nous rencontrons Mme la ministre. On est rendus là puis on le lui a dit à quelques reprises. Mais c'est sûr que... Et je la comprends aussi, c'est qu'il faut que ça soit désiré un peu par la population.

Mais les consultations de la commission Clair au niveau du Québec, s'il y a un élément qui a fait unanimité au niveau du Québec, c'est celui des effectifs médicaux. Que ça soit dans notre région ou que ça soit dans une autre région, c'était unanime au Québec. Et les gens — pour avoir participé à plusieurs rencontres dans ma région bien sûr, là — étaient très frustrés de voir d'abord le niveau de taxes et d'impôts qu'ils payent comme tout le monde partout ailleurs au Québec et aussi le niveau de service. C'est sûr que les médecins qui sont là donnent une bonne qualité de service, mais c'est de l'avoir, le fameux médecin, et c'est de l'avoir, l'accès au service. C'est ça, le problème, ce n'est pas la qualité du service une fois que tu l'as. Une fois qu'on l'a, c'est merveilleux, les gens sont très satisfaits, sauf que c'est de l'avoir. Et ça a été ça, la réponse.

**Mme Barbeau:** Ça fait qu'on est rendu là.

**M. Barrette (Gilbert):** Bien, moi, je parle... La conclusion, c'est oui, parce qu'on a tellement essayé d'autres choses, à moins qu'on nous présente des possibilités réalistes et aussi acceptables au niveau des régions en termes de services.

Ce que disait tantôt le directeur général concernant une possibilité de desserte... Et ça, ce n'est pas pris dans les airs, ça, c'est vécu chez nous, des rencontres qu'il y a eu entre les médecins spécialistes et une région, entre autres des chirurgiens. Et on a une région à Ville-Marie qui est à une heure et demie de Rouyn-Noranda, et, quand il n'y a pas de chirurgien, les femmes enceintes doivent faire une heure et demie de route pour accoucher. Ça, ce n'est pas pris dans les airs, ça, c'est la réalité.

Des ententes qu'ils sont en train de nous proposer — que, moi, je n'achète pas pour l'instant, à moins qu'on nous démontré blanc sur noir que ça va fonctionner de façon correcte et que les gens auront des services, c'est ça notre préoccupation — c'est d'avoir, la région d'Abitibi-Témiscamingue, huit ou neuf chirurgiens comme bassin pour la desserte en chirurgie en Abitibi-Témiscamingue. Et, actuellement, on n'en a pas neuf, chirurgiens, on en a à peu près six ou huit, maximum. Donc, il en manquerait au moins deux ou trois. Ces deux ou trois là viendraient de l'extérieur de la région. Mais la journée que ces deux ou trois sont de garde, c'est à eux de donner le service. Si ça n'adonne pas qu'ils viennent, pour x raison, que ce soit le climat ou peu importe, indisposition, les gens qui sont en attente de service et qui sont sur leur rendez-vous, et que le chirurgien ne se présente pas, qu'est-ce qui arrive pour le service? Il n'y en a pas. Et c'est ça qui est notre inquiétude, c'est la continuité du service.

Ça a été essayé en radiologie, puis, c'est bien de valeur, ça n'a pas marché. Et le président de l'Association, c'est un M. Barrette qui est à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont. On n'était pas de bonne humeur après le style d'entente théorique qui avait été prise et qui n'a pas été réalisée dans la région. Actuellement, au Témiscamingue, les gens qui veulent avoir une radiographie rapide, ils peuvent aller en Ontario, chez le voisin, et avoir ce service-là. On ne veut pas prendre cette voie-là comme services, parce que, de un, il y a une question de langue et aussi une question de coûts, et on ne trouve pas acceptable qu'on ne soit pas capable de se donner des services qui ont de l'allure au niveau du Québec, et particulièrement pour une région comme la nôtre.

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

**Mme Barbeau:** Ça répond à ma question. Merci beaucoup.

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

**M. Fournier:** Quelques questions concernant le financement. J'ai vu, bon, pour les dernières années, vous en faites état, l'effet des coupures, ce que ça a donné notamment pour les lits pour les personnes âgées. Mais j'ai tendance à regarder peut-être un petit peu en avant, les années à venir ou l'année à venir pour dire le moins. On sait que, au niveau du Québec, puis j'imagine que vous avez fait une projection pour votre région, évidemment, mais, au niveau du Québec, on sait que les conventions collectives vont entraîner une hausse de coûts pour les salaires à hauteur de 300 millions. Il y a assez de monde qui nous parle des coûts de chauffage qui ont augmenté, puis j'imagine que, dans les coûts de système, le coût de chauffage va avoir un certain effet.

• (10 h 50) •

Mon premier point serait d'essayer de savoir de vous: Est-ce que vous avez envisagé, pour 2001-2002, la proportion de votre budget pour couvrir les coûts de système, ce qui est nécessaire pour que vous mainteniez, là, le panier de services actuel, combien vous devez

avoir pour être au même point l'année prochaine que vous l'étiez cette année?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Je vais laisser mon directeur général... mais, avant de lui laisser la parole: un volet qui nous sauve, c'est qu'il y a plusieurs établissements qui chauffent au bran de scie, chez nous, ça fait que...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Barrette (Gilbert):** Sciures et planures. Ha, ha, ha!

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, vous avez la parole, M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** Mon cher monsieur, ce serait difficile pour moi de vous le donner. On est en train de faire cette évaluation-là. Par contre, je dois vous dire, je ne me préoccupe pas actuellement de l'avenir, je me préoccupe de passer le 31 mars 2001. Donc, j'oserais vous dire que, actuellement... Nous allons rencontrer le ministère demain et nous allons essayer, avec le ministère, d'être capables de passer... J'ai actuellement à rencontrer 2 millions par rapport au déficit des établissements. Donc, notre préoccupation à court terme, c'est d'être capables de passer le 2 millions. Parce que, au niveau de la marge de manoeuvre des crédits régionaux, nous, c'est impossible qu'on puisse passer cette barrière-là. Donc, actuellement nous allons négocier avec le ministère pour qu'une partie de ce déficit-là soit absorbée par le ministère et que l'autre partie, je puisse l'absorber d'une façon non récurrente.

Mais j'oserai vous dire que nos peurs sont grandes par rapport à l'année prochaine, parce qu'on nous parle d'avoir à récupérer des sommes d'argent. On parle de coupures budgétaires au niveau de la santé. Et ça, moi, je peux vous dire qu'actuellement la Régie, avec les établissements, on est rendus, là, on ne peut plus passer par rapport, comme vous dites, aux coûts du système de base. Donc, on va faire notre évaluation, on va déposer nos montants au ministère, mais il est impossible actuellement qu'on puisse absorber des coupures.

Quand je regarde le réseau de santé de l'Abitibi, en plus, on est un réseau performant. Je regarde l'ensemble des établissements, j'ai peut-être un établissement qui est non performant, l'ensemble des autres établissements, ils sont tous performants. J'ai un dossier régional qui nous dit qu'il nous manque une affaire comme à peu près 9 millions, en termes de performance. Vous me direz, la performance, c'est en comparaison avec d'autres. J'oserais dire: Coupons de 50 %, j'ai quand même un manque à gagner au point de vue de la performance d'à peu près 5 millions. On demande aux établissements d'être performants, d'offrir des services. Donc, quand on va évaluer notre coût minimum, je peux vous dire que, nous, on ne pourra pas aller en bas de ce coût minimum là.

**M. Fournier:** Je, je... Oui?

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

**M. Barrette (Gilbert):** Très, très rapidement. Je ne vous apprendrai rien, là, 80 % du budget d'un établissement, c'est du personnel, et, en partant, les conventions collectives, c'est autour de 2, 2,5. Donc, je peux vous dire qu'il y a une masse qui est attachée tout de suite lorsque ça nous arrive dans la région, là.

**M. Sanesac (Claude):** Puis le fait d'être en Abitibi-Témiscamingue, on a un coût du système qui est plus élevé, parce qu'il y a toute la notion du transport. Il y a des coûts différenciés. Et ça, il va falloir que...

**Une voix:** ...

**M. Sanesac (Claude):** Donc, il est sûr qu'il va falloir tenir compte que les régions éloignées... Si on accepte que les gens vivent en région éloignée, que ça coûte un peu plus cher, il va falloir qu'on l'accepte, sinon on va se rapatrier tous à Montréal puis on va avoir les mêmes services.

**M. Fournier:** Au risque de...

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

**M. Fournier:** ...me répéter, permettez-moi de le faire quand même, dans le respect de vos réponses. Nous sommes à une période de l'année importante. D'ailleurs, on en parle beaucoup dans les journaux. Vous-même, vous faites référence à des inquiétudes, je dirais, issues d'articles ou de topos de médias. Je ne pense pas que vous ayez des signaux qui viennent du ministère qui soient dans ce même ordre que ce que vous lisez dans les journaux. Parce que, à mon avis, ça n'arrivera pas, ce qu'on lit dans les journaux — j'y reviendrai tantôt. Mais on est à une période de défense des crédits pour chaque ministère. Et, quand je vous demande les coûts de système pour l'année prochaine, vous me dites: Je suis encore en train de regarder cette année, et je n'ai pas «closé» mon année, et je vais avoir de la misère à la «closer».

**M. Sanesac (Claude):** Je peux vous dire que, si vous me demandez un pourcentage, je peux vous le donner: ça va être au moins 8 %, en termes d'augmentation, en incluant tout, là.

**M. Fournier:** 8 %, coûts de système pour votre région?

**M. Sanesac (Claude):** Je vous dis: À peu près ça.

**M. Fournier:** C'est un exemple. Je ne vous demande pas que ça soit huit, là.

**M. Sanesac (Claude):** Mais c'est parce que je ne peux pas vous le donner exact. Ce qu'on essaie de

cerner actuellement, mon cher monsieur, c'est les coûts qu'on pourrait absorber d'une façon non récurrente. Je regarde juste les coûts d'itinérance des médecins. On en a pour un million d'itinérance de médecins. J'oserais vous dire que ces coûts-là qui sont dans les établissements ne devraient pas être imposés aux établissements. C'est les coûts d'hébergement des médecins qui viennent en région. On en a pour un million. Si on n'avait pas ces coûts-là, moi, je peux vous dire que ce serait des services. Ça nous permettrait aussi d'avoir un coût de système moins élevé parce que ce serait la RAMQ qui paierait. Actuellement, tous les coûts de cette itinérance-là, moi, je suppose que ça devrait être payé par la RAMQ, parce que, si je n'ai pas de médecin, j'en fais venir, donc les établissements absorbent ces coûts-là.

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

**M. Fournier:** Oui. Bien, merci pour me donner un ordre de grandeur de ce qui peut être les coûts de système pour votre région. Je disais tantôt que je ne m'attends pas à ce que ce qu'on lit dans les médias au niveau des budgets santé — en tout cas, parlons au moins de la santé parce que c'est ça qui nous occupe — fasse l'effet de... dans le cadre de coupures.

Je regardais dernièrement un simple tableau des effets de l'entente fédérale-provinciale sur la santé du mois de septembre dernier, ajoutés à l'exercice du budget de l'an dernier qui nous annonçait un investissement de 765 millions pour cette année, pris à partir du fonds de fiducie — l'année passée, 420, enfin si on tient compte que le 420 était, l'année passée, calculé dans les crédits. Qu'il ait été pris ou pas, peu importe s'il vient des surplus, là, il était contenu dans les crédits de la santé, le 420. Bien là il y a un 765 moins 420 qui s'ajoute, plus les sommes du fédéral. On arrive, pour l'année qui vient, pour 2001-2002, à un montant de 1 170 000 000 \$ qui arrive du fédéral, pour les crédits de la santé, de plus. 1 170 000 000 \$. Et là je n'ai pas parlé jusqu'ici de ce que le Québec va faire, j'ai juste dit, en regardant les ententes, à regarder les chiffres qui s'en viennent: Il y en a pour 1 170 000 000 \$ du fédéral dans la santé dans un mois et demi, là.

Alors, moi, ma question... J'imagine que ça, vous le savez, évidemment. Puis là je n'ai pas parlé de ce que le Québec va faire, là, la contribution qu'il va y mettre. J'imagine minimalement les coûts de système, mais, bon, je ne suis pas à leur place. Ma question que j'ai le goût de tenter avec vous: Est-ce que vous avez envisagé ces ajouts-là aux crédits de la santé pour faire vos représentations sur les besoins? Je sais que vous êtes encore avec l'année présente, je comprends ça, mais est-ce que vous avez fait des représentations auprès du ministère à l'égard de sommes que le ministère lui-même aura de plus pour vos besoins pour l'année à venir?

**M. Barrette (Gilbert):** En fait, lorsque ça a été publicisé, ces ententes-là... Il est clair qu'il y a un bon morceau de ces ententes-là qui — et c'est ce dont la ministre nous a parlé aussi — sera investi au niveau de la prévention, et au niveau du maintien à domicile, et au

niveau des personnes âgées. Ça, c'est clair. Mais quelle hauteur? Là, ne me le demandez pas.

On l'a signalé dans notre document, c'est une de nos préoccupations majeures au niveau des personnes âgées en Abitibi-Témiscamingue. C'est au niveau du Québec, mais particulièrement chez nous parce que c'est notre région, ce matin. Donc, c'est une des préoccupations majeures. On les garde plus longtemps à domicile, mais, une fois qu'ils doivent sortir du domicile parce que ce n'est plus possible, là ils arrivent en perte d'autonomie majeure. Donc, c'est des services très lourds dont on a de besoin une fois qu'on les amène soit dans un pavillon s'ils sont encore capables ou à un centre d'accueil.

Pour ce qui est de l'ampleur des sommes, remarquez bien qu'on est — je vais dire comme le directeur général — tellement préoccupé pour finir l'année sur le sens du monde que la préoccupation pour l'an prochain, on sait que ça va être là, mais on traversera le pont...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

● (11 heures) ●

**M. Sanesac (Claude):** Juste pour vous apporter un complément, je vais vous dire: Je vous remercie de l'information parce que les messages qu'on a, nous, je dirais, à l'interne de la machine administrative, ce n'est pas l'information que j'ai actuellement. On m'a bien plus demandé de me préparer à des coupures budgétaires. Ça, c'est une chose. On a un plan de consolidation aussi qui totalise à peu près 25 millions. Donc, ça aussi, je vais vous dire, ce sont des demandes, en termes de consolidation, qui sont là, qui sont déposées au ministère.

L'autre élément, quand vous me dites: Les crédits... moi, je vais vous dire, ce que j'entends, c'est que déjà tout est bouclé, tout est fermé. Donc, ce que je vais faire comme évaluation, c'est comment, l'année prochaine, je vais être capable de passer la rampe avec l'enveloppe régionale qu'on va me donner.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, une très courte question, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Un commentaire pour terminer. Malheureusement, je m'excuse de devoir quitter. Mon collègue a plusieurs questions aussi. Mais simplement pour vous indiquer qu'aux pages 156 et suivantes du rapport Clair vous allez y voir certains éléments d'information concernant l'apport fédéral. Vous retrouverez aussi au discours du budget de l'an dernier la ponction qui vient du fonds de fiducie de 765 millions et donc la confirmation que, en argent fédéral frais qui arrive, c'est tout près de 1,2 milliard.

Alors, je le dis et je vais le répéter le plus souvent possible, parce que je trouve ça odieux que vous soyez en train de vous poser la question... d'abord que vous soyez en train de vous poser la question aujourd'hui comment est-ce que vous aller boucler l'année, alors que Clair parle d'avoir des budgets triennaux. On n'est même pas capable d'avoir le budget de l'année passée. Il y a quelque chose qui ne marche pas dans le système, là. Et qu'on soit en train de

défendre des crédits et que les gens du réseau, qui sont diablement plus connectés que nous autres, là, ils soient en train de subir des informations à l'effet que c'est plutôt des compressions qu'il va y avoir, et qu'on joue cette petite partie là dans les médias, je trouve ça un petit peu odieux.

Alors, simplement pour vous dire: Gardez ça à l'oeil. Moi, je pense qu'il y a pour 1,2 milliard d'argent frais fédéral et qu'il doit y avoir une contribution du Québec, si tant est que Québec considère que la santé est une priorité. Alors, on verra comment les choses vont se terminer.

Je vous remercie beaucoup de votre participation et vous souhaite bonne chance.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** Je suis bien content de recevoir l'information, parce que, je vais vous dire, ce n'est pas l'information qu'on a. Et ce que je souhaite, c'est que vous surveilliez vous aussi que ces argents-là viennent en santé.

**M. Fournier:** Je peux juste vous dire que notre surveillance a commencé, et elle ne va que s'intensifier.

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

**Mme Leduc:** Je vous remercie, Mme la Présidente. En premier lieu, je voudrais aussi vous assurer, puisque mon collègue d'Abitibi-Témiscamingue a mentionné qu'il appuyait les régies régionales et appréciait beaucoup le travail que les régies font, je voudrais dire que, de côté-ci, moi aussi, je suis une partisane et une fervente de cette option, à la fois parce qu'on a entendu beaucoup de régies et ça nous permet de voir le travail qui se fait sur le terrain et à la fois parce que, moi-même, dans ma région, avec la Régie, je suis en contact assez constant, et on peut apprécier le travail qui se fait. Et je pense que ça va dans une philosophie de rapprocher finalement la prestation des services de la population et des gens qui sont en contact quotidien.

Je voudrais aussi vous dire que ça... Je ne vous questionnerai pas sur le plan des effectifs médicaux, mais vous dire que votre député l'apporte souvent et d'une façon récurrente, la préoccupation...

**Une voix:** ...qui ne le savent pas, là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ha, ha, ha!

**Mme Leduc:** ...à la fois au caucus des députés ou à toute autre tribune. Et je pense qu'il est bien apprécié pour son travail de député dans ce sens-là. Et on n'a pas le temps de l'oublier, il ne nous permet pas d'oublier ce problème que vous vivez depuis de nombreuses années.

Avant d'aller directement aussi à la question que je voudrais poser, je voudrais quand même mettre un

peu un bémol à la déclaration qu'a faite mon collègue de Châteauguay concernant la manne qui arrive du gouvernement fédéral. Et vous dites à ce moment-là: Ce n'est pas ce qu'on entend. C'est évident qu'il y a des argents qui viennent du fédéral. Je voudrais quand même souligner que ça ne remonte même pas au niveau qu'il y avait avant la coupure fédérale. Alors, il faut prendre ça en ligne de compte quand on regarde les argents qui sont les argents des contribuables québécois qui vont être dévolus mais qui ne remontent même pas la contribution fédérale au niveau qu'elle était avant leurs propres compressions. Alors, ça peut expliquer des fois les différences d'interprétation de chiffres sur les besoins qu'on va pouvoir combler avec ces montants-là.

Venons-en maintenant au sujet que, moi, je voudrais aborder avec vous. C'est celui des ressources intermédiaires. Parce que vous avez parlé — là, j'avais noté, je pense que c'est à la page 6 — que vous avez consolidé les ressources intermédiaires, les ressources de type familial, dans votre présentation. Mais j'aimerais ça que vous m'expliquiez un peu de quelle façon, quel type de consolidation et quelle est un peu la situation chez vous par rapport au cadre de référence. Parce que vous avez mentionné un peu plus loin, vous avez dit: Le cadre de référence pour les ressources intermédiaires — j'ai cru comprendre que vous avez dit — est implanté. Mais je pense que ça s'en vient, ce n'est pas tout à fait implanté complètement. Et vous vous attendiez à ce moment-là à un budget supplémentaire de 678 000 \$, si j'ai bien compris.

Alors, je voudrais savoir: Le cadre de référence chez vous, il est bénéfique, ça marche, il est accepté, ça va vous aider ou pas? Alors, je voudrais que vous me parliez un peu de la situation des ressources de type intermédiaire et en familial et aussi du cadre de référence qui s'en vient pour bientôt.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** Par rapport au cadre de référence, nous, le sous-ministre l'a annoncé, et effectivement je pense qu'il fallait le faire, ça fait assez d'années qu'on attendait. Donc, ça a été accueilli favorablement. On est en train de faire une évaluation beaucoup plus exhaustive, parce que, par rapport à nos secteurs d'activité, on a des difficultés, effectivement, à les mettre en place. Parce que vous comprendrez qu'on est cinq sous-régions, et la mise en place de ressources intermédiaires, on travaille beaucoup avec les organismes communautaires. On a des organismes communautaires actuellement qui sont essouffés en termes de montants d'argent, ils n'ont pas tous les argents nécessaires. Donc, on leur en demande beaucoup. C'est pour ça qu'on est en demande. Ça totalise à peu près 700 000 \$ d'investissements, et, avec ces investissements-là, on pense qu'on pourrait combler l'ensemble des besoins de ces ressources intermédiaires là.

Par contre, on a des difficultés à faire émerger des projets de ressources intermédiaires. Mais je suis optimiste par rapport à ce type de ressources là parce que j'ai l'impression que ce sont... c'est les choses vers

l'avenir qu'on va et non pas vers l'institutionnalisation. Si je regarde par rapport au vieillissement de la population, si on peut développer des ressources intermédiaires, bien ça va nous éviter ce que j'appelle, moi, la grande vague qui s'en vient, du vieillissement. Et, quand on regarde le nombre de lits, tous les lits qui ont été fermés dans le plan de transformation, d'ici à peu près 10, 15 ans, il faudrait les rouvrir. Et je pense que ça ne serait pas la bonne décision de rouvrir des lits. Je pense que l'investissement devrait se faire au niveau des ressources intermédiaires, favoriser, permettre aux ressources intermédiaires de pouvoir développer. Parce qu'il faut dire aussi qu'il y a toute la notion d'alourdissement qui vient compliquer.

Mais vaut mieux développer les ressources intermédiaires que développer en institution. Et ça n'empêche pas, je pense, qu'il va falloir développer en institution à cause de l'alourdissement, mais ça va nous éviter un coût énorme du point de vue économique si on développe ce type de ressources intermédiaires là. Et, même si la région a des difficultés à trouver des ressources intermédiaires, je peux vous dire qu'on est en bonne voie et que les établissements, je regarde les CLSC, les organismes communautaires, travaillent beaucoup à développer dans le milieu. Je vais vous dire, l'Abitibi-Témiscamingue est une région où on utilise beaucoup les organismes communautaires. Donc, ça aussi, c'est comme... À un moment donné, on vient à ce que j'appelle une saturation. Donc, on va consolider, développer. Mais je suis optimiste, moi, par rapport à ce réseau-là actuellement. Mais il va falloir qu'il ait vraiment un support, parce que l'alourdissement de la clientèle est important.

**Mme Leduc:** Vous avez encore, vous, un établissement qu'on appelle pavillon.

**Une voix:** Oui.

**Mme Leduc:** Je dis «encore» parce que, dans ma propre région, ça fait un petit bout de temps qu'on a comme pas... On a utilisé plutôt le type de ressources intermédiaires, on n'a plus de pavillons nécessairement. Tous les argents sont allés dans les ressources intermédiaires. On sait que ça coûte beaucoup plus cher en pavillon, les placements, mais vous en avez... Vous en avez un ou...

**M. Sanesac (Claude):** On a six pavillons actuellement.

**Mme Leduc:** Six pavillons.

**M. Sanesac (Claude):** Et on veut les transformer en ressources intermédiaires.

**Mme Leduc:** En ressources intermédiaires. O.K.

**M. Sanesac (Claude):** On est en train de regarder pour le développement en ressources intermédiaires.

**Mme Leduc:** O.K. D'accord. Maintenant, je reviens peut-être un peu... Vous avez parlé — ça fait

partie un peu du manque de ressources, là — d'ententes plus spécifiques avec des hôpitaux et vous avez mentionné rapidement l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, mais que ça n'avait pas fonctionné. Moi, dans le cadre, en tout cas, d'autres dossiers ou de dossiers que je regardais, j'avais entendu dire que l'Abitibi-Témiscamingue avait des ententes plus particulières, c'était en radio-oncologie, en oncologie, avec l'Hôpital du Sacré-Coeur. Est-ce que ça fonctionne, ça, ou si ce n'est pas plus satisfaisant que ce que vous avez mentionné avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** J'ai mentionné l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, mais l'hôpital n'a rien à voir là-dedans, là.

**Mme Leduc:** Ah! O.K.

**M. Barrette (Gilbert):** C'est parce que le spécialiste en question travaille là.

● (11 h 10) ●

**Mme Leduc:** Ah bon! O.K. C'est correct.

**M. Barrette (Gilbert):** Il ne faudrait pas... Oui, effectivement, on a des ententes, en cardiologie par exemple, avec Sacré-Coeur, et on en a d'autres aussi avec d'autres établissements. Je peux vous dire que... En tous les cas, à moins que ça ne vienne pas aux oreilles du conseil, mais je pense que les gens, quand ils ont à se plaindre, ils savent où frapper aussi. Là-dessus, on peut dire que les ententes fonctionnent bien.

En radio-oncologie, en fait il y a eu une surpopulation, si on veut, une surdemande, et on a été dirigé vers l'Outaouais. On a eu un excellent service en Outaouais, sauf que, sur le plan de l'accès, il n'y a pas de transport avion, l'autobus est compliqué, c'est la voiture, c'est six heures, six heures et demie, sept heures de route. Donc, ce n'est pas simple. Mais c'est sûr que le service a été excellent et l'accueil a été excellent aussi. Mais c'est sûr que le lien le plus naturel est la région de Montréal.

**Mme Leduc:** C'est vrai, et ma collègue me rappelle que, dans votre présentation, quand vous parliez de gens qui devaient aller à l'extérieur pour se faire soigner, vous avez mentionné un coût de 120 \$. C'est tout, globalement, ou si c'est par jour?

**M. Barrette (Gilbert):** C'est un package.

**Mme Leduc:** Oui? O.K.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** Je vais vous dire, madame, que ça me fait plaisir que vous me posiez cette question-là, parce que c'est une question primordiale pour la population de l'Abitibi. C'est sûr qu'actuellement l'Abitibi-Témiscamingue, le conseil d'administration favorise l'axe Montréal et non pas l'Outaouais, pour ce

que vous a mentionné M. Barrette. Et c'est sûr que l'axe normal de fonctionnement par rapport à l'Abitibi, les avions fonctionnent très bien avec Sacré-Coeur. C'est sûr qu'on favorise, nous, le développement de la radio-oncologie à l'Hôpital du Sacré-Coeur, en termes de facilité d'hébergement ou des choses comme ça. L'Outaouais nous offre d'excellents services, mais, quand vous dites... Et, effectivement, quand on regarde les coûts, j'ai eu deux, trois exemples de personnes qui sont allées dans l'Outaouais, et ça leur a coûté de 2 000 \$ à 3 000 \$, personnel, et on leur donne comme compensation 120 \$. Moi, je vais vous dire, comme administrateur d'une régie, je trouve ça inadmissible. Je trouve que la population est patiente.

Est-ce que les gens qui partent de Montréal, qui s'en vont vers les États-Unis, qui ne paient pas, qui sont accompagnés... Est-ce que les services de la population de l'Abitibi-Témiscamingue peuvent... Est-ce qu'on peut avoir les mêmes services de qualité en termes d'accessibilité? C'est la question que je pose aux gens d'ici. Je vais vous dire, moi, je trouve ça renversant de voir que notre population est obligée de payer. Nous, on a fait une demande. Actuellement, on est en demande à peu près d'un montant de 900 000 \$ pour les cas électifs. On a déposé au ministère... Je comprends que le montant est énorme, mais je pense que c'est un minimum pour cette population-là qui est appelée à se déplacer.

Deux choses l'une: on vous demande de développer de la radio-oncologie en Abitibi-Témiscamingue, qui va coûter à peu près 10 à 12 millions pour la construction, ou on demande à un établissement tertiaire de nous assurer des services de qualité où il y a de la recherche ou des choses comme ça. Par contre, on permet à cette population-là d'avoir une meilleure accessibilité. C'est sûr qu'il y a un coût. Les gens qui vont consulter à Montréal, ils prennent l'autobus, ils n'ont pas le coût que ces gens-là ont à absorber. Moi, je pense qu'il va falloir penser à tout ça. Ou vous acceptez qu'il y ait des gens qui restent en région éloignée puis qu'ils aient des services accessibles... Comme mentionnait M. Barrette, ces gens-là paient des taxes.

Mais je me permets de vous parler comme ça parce que, dans le fond, moi, je suis natif de Montréal. Je vis depuis à peu près trois ans ce que les gens de l'Abitibi-Témiscamingue vivent. Et, je vais vous dire, pour quelqu'un qui a résidé à Montréal, je trouve ça inadmissible par rapport aux gens qui sont à Repentigny, à Laval ou des choses comme ça. Qu'on ne vienne pas me parler de pénurie! Quand on se retrouve en Abitibi-Témiscamingue, ce n'est pas comparable — ce n'est pas comparable. Les gens partent, font 644 km pour aller avoir des traitements ou des choses comme ça.

Mais ça, je pense qu'il faut y penser puis qu'il faut favoriser cette accessibilité-là. Et c'est pour ça que Sacré-Coeur... Comme mentionnait M. Barrette, il y a le CHUM qui nous donne d'excellents services aussi en oncologie. Moi, comme administrateur, comme directeur général, avec la permanence, ce qu'on veut, c'est de favoriser nos ponts de services. On est conscients qu'on n'aura pas tous les services supraspécialisés, on est très conscients de ça, mais ce qu'on veut favoriser à notre population, c'est une meilleure accessibilité à ces services tertiaires là.

**Mme Leduc:** O.K. Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Merci, Mme la députée de Mille-Îles. Alors, écoutez, il nous reste environ une quinzaine de minutes. J'ai trois intervenants, alors peut-être qu'on pourrait avoir des questions un peu plus succinctes. Alors, je demanderais peut-être au député de Nelligan, maintenant, à qui je cède la parole, de...

**M. Williams:** Je vais faire mon possible, Mme la Présidente, mais... Je ne gaspille pas de temps parce que le temps achève.

Merci beaucoup de votre présentation et merci beaucoup pour votre travail dans le réseau de la santé et des services sociaux, les bénévoles et les travailleuses. Ce n'est pas facile, et je pense... Je ne veux pas manquer l'opportunité de vous féliciter pour votre travail. Ce n'est pas facile, particulièrement avec ce gouvernement, avec toutes les coupures que vous avez vues juste dans le réseau jeunesse. Et je voudrais parler un peu de ça, là. Ils ont coupé 55 millions pendant les derniers cinq ans, et c'est juste le gouvernement québécois qui est la cible des blâmes de ça, il ne peut pas blâmer d'autres. Je voudrais parler un peu des effectifs sociaux. Vous avez parlé des effectifs médicaux, je ne mets pas en doute l'importance de ça, mais je suis porte-parole pour les services sociaux, avec ça, je voudrais parler un peu de ça.

Je vais commencer sur les questions jeunesse. Vous avez eu... Et je voudrais souligner l'effort que vous avez fait pendant des années, mais, chez vous, sur la liste d'attente pour les services jeunesse, la liste d'attente hebdomadaire en protection jeunesse, l'année passée, le 4 février, vous avez eu, signalements reçus, cumulatif de l'année avant, 1 239, vous avez retenu 544; il y a une liste d'attente en évaluation, 23; il y a une liste d'attente pour les mesures, six — six, c'est beaucoup plus bas que plusieurs régions, là, mais, quand même, c'est difficile pour ces six familles.

Cette année, vous avez eu 1 077 signalements cumulatifs, retenu 614 — moins de signalements, mais vous avez retenu beaucoup plus comme pourcentage — et la liste d'attente, c'est 31 en évaluation et trois une fois que vous avez évalué les jeunes. Avec ça, sur la liste la plus importante, une fois qu'ils sont arrivés, vous avez fait du progrès, et je voulais souligner ça.

Et j'arrive avec une question, Mme la Présidente, parce que je voulais juste préparer la question comme il faut. L'entente de gestion que le centre jeunesse a signée de bonne foi avec vous, et que vous avez signée, montre qu'il va y avoir un déficit de 752 000 \$ cette année. Nous avons une loi n° 107 qui dit que vous n'avez pas un droit de faire un déficit. Je vois maintenant qu'il y a un allongement de la liste d'attente pour les jeunes. J'ai demandé la même question... Je ne cible pas juste votre régie, j'ai demandé tous les... Est-ce que, à cause de la loi n° 107, la stratégie, non, je ne veux pas dire la stratégie, l'effet de la loi n° 107, c'est un allongement de la liste d'attente, parce que vous avez besoin de décider entre donner les services aux jeunes ou respecter la loi n° 107, loi antiservices? Est-ce que quelqu'un peut répondre à ça?

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

**M. Barrette (Gilbert):** Je serais assez embêté, pour la bonne raison, c'est qu'on est en plan de redressement dans cet établissement qui traîne un déficit qui est je ne dirais pas historique, mais il y a une histoire autour de ce déficit: il y a encore tous les services aux autochtones qui, à un moment donné, sont partis, et l'infrastructure professionnelle est demeurée sur place, et la clientèle est partie pour une desserte autonome chez eux. Donc, il y a un bon morceau de déficit qui est comme historique, si on veut, qui est accroché à ça, et ça fait partie de nos justifications en termes de pourquoi il y a un déficit dans cet établissement-là. Une partie, pas toutes, mais une partie, c'est ça.

L'autre partie, il y a la question de la pratique professionnelle, comment elle est faite. Il y a eu le rapport Lebon, il y a eu aussi... Sur le plan de l'analyse financière pour ces établissements, ce qu'on nous indique comme information, c'est que c'est un des établissements bien financés au Québec, si on compare aux autres établissements jeunesse au niveau du Québec. Donc, ce n'était pas une question financière, mais c'était une question de façon de donner le service, une façon de faire les rencontres, les enquêtes et aussi qu'est-ce qu'on retient comme service à donner à la fin.

Pour compléter, je vais demander au directeur général, sur le plan financier, parce qu'on a eu beaucoup, un grand nombre de rencontres pour essayer de redresser, voir comment prendre le besoin.

● (11 h 20) ●

**M. Williams:** Je ne mets pas en doute l'effort que tout le monde chez vous a fait. Je voudrais juste savoir, en réalité, maintenant, fin de l'année fiscale, loi n° 107... Le déficit, nous n'avons pas besoin de faire de débat sur ça, mais sur l'impact réel au moment où on parle, qu'est-ce qui se passe, là?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Sanesac.

**M. Sanesac (Claude):** J'oserais dire, mon cher monsieur, que la loi n° 107 n'a pas eu d'impact sur le centre jeunesse, parce que, si on appliquait la loi n° 107 intégralement, actuellement il serait déjà en tutelle, cet établissement-là serait en tutelle.

Actuellement, je travaille beaucoup avec le ministère. Ça fait deux ans qu'on travaille avec cet établissement-là. On travaille dans le sens d'améliorer. Comme vous a mentionné M. Barrette, il faut travailler au niveau de la gestion, de la pratique, pratique clinique. Et, au niveau des finances, ce que je peux vous dire, c'est que la Régie actuellement, avec le conseil d'administration, dégage des sommes d'argent pour permettre à notre centre jeunesse de pouvoir fonctionner.

Donc, j'oserais dire que l'établissement a passé, à deux ou trois reprises, près de la tutelle. Par contre, le ministère... En tout cas, je dois avouer que le ministère a été très tolérant par rapport à ce centre jeunesse là. Parce que, dans le fond, ce qu'on a réussi à prouver au ministère, c'est qu'on était en voie de redressement. Si vous regardez, oui, il y a un déficit; par contre, le déficit va être réparti, en termes de plan d'équilibre, sur 15

mois. On pense qu'on va être capable de passer au travers sans couper de services.

Par contre, je suis obligé de vous dire que c'est agréable, il y a une nouvelle équipe de... un nouveau D.G., on est en train de travailler sur les cadres supérieurs. Donc, ce n'était pas juste, comme M. Barrette mentionnait, un aspect financier; il y avait un aspect de gestion. On est en train de redresser ça. C'est un établissement qui est en bonne voie. Ce n'est pas facile, je dois vous dire, mais on essaie justement qu'il ne s'en aille pas sur la loi n° 107.

**M. Williams:** Merci beaucoup.

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

**M. Williams:** Merci beaucoup. Je ne regarde pas la présidente parce qu'elle va me couper bientôt.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Elle est pourtant très douce, très tolérante.

**M. Williams:** Merci beaucoup pour votre réponse. Sans politiser le débat, je suis bien content que vous ayez dit que, oui, vous avez vraiment priorisé les jeunes. Parce que la loi n° 107, si on accepte ça tel quel, je pense que vous savez la problématique de ça.

Mais je voudrais demander une autre question, services sociaux, sur les listes d'attente. Je m'excuse de juste parler des listes d'attente, mais c'est une façon de faire l'évaluation de comment ça marche, et ça ne met pas en doute la bonne foi, le bon travail. Vous êtes parmi... une des régies qui a rapidement répondu à ma question et j'apprécie ça beaucoup, M. Sanesac, quand j'ai demandé pour les listes d'attente pour les déficiences physiques et déficiences intellectuelles dans votre région au mois de décembre. Selon votre information, il y a une liste d'attente en déficience motrice de 89 % et déficience de la parole et langage, 85 %, qui est plus ou moins la même liste d'attente que l'année passée, 1999, plus ou moins.

Je voudrais juste vous entendre un peu sur qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour répondre à ça, particulièrement avec la documentation que vous m'avez donnée. Il y a, je pense, si j'ai bien compris vos chiffres, une lacune de 3,1 millions de dollars pour rendre ces services adéquats et répondre à tous ces besoins dans votre territoire. Avec ça, ce n'est pas à cause du manque d'efforts, il y a un manque de ressources, manque d'effectifs aussi dans ce secteur. Je voudrais juste savoir, aussi de bonne foi: Est-ce qu'on peut oser espérer que les listes d'attente vont être éradiquées bientôt?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, une réponse très brève, M. Sanesac.

**M. Williams:** Merci, Mme la Présidente.

**M. Sanesac (Claude):** Ce que je pense, mon cher monsieur, c'est que les deux établissements sont en

train de travailler sur leurs listes d'attente. C'est sûr qu'on est en train de travailler avec le ministère pour démontrer au ministère que notre richesse relative n'est pas si élevée que ça, parce que le problème que j'ai, par rapport à la déficience physique et intellectuelle, c'est qu'en termes de richesse relative nous sommes supérieurs à la moyenne provinciale. Donc, quand on reçoit des argent, bien je vais vous dire, nous... Quand la province reçoit des argent, la région des fois passe à côté, à cause de l'indice. Par contre, on est en train de faire des représentations au ministère parce qu'il y a des contours financiers qui sont inadéquats. Donc, je peux vous dire que ce n'est pas alarmant, mais que les deux établissements travaillent fort pour essayer de réduire leurs listes d'attente, mais avec le peu de ressources qu'ils ont effectivement.

**M. Williams:** Je demande juste le dépôt d'un autre document, sans question. J'ai demandé à chaque région pour faire ça. Est-ce que vous pouvez déposer, dans un délai raisonnable, les temps de réponse pour les services des ambulances?

**M. Sanesac (Claude):** Oui.

**M. Williams:** O.K. Je ne fais pas de débat, mais j'ai demandé à chaque région, et ce n'était pas dans les documents préparatoires. Si vous pouvez. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je comprends que vous ferai parvenir au secrétariat de la commission le document demandé. Merci.

**M. Sanesac (Claude):** Parfait.

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

**M. Labbé:** Merci, chère madame. Alors, M. Barrette, et à toute votre équipe, félicitations pour la présentation des documents. Je ne parlerai pas de la pénurie de médecins, je pense que c'est clair, je sais ce que vous avez fait comme efforts et puis je vous souhaite la meilleure des chances. Peut-être une des portes que vous n'avez pas frappée, puis je vous la suggère, moi, je l'aime beaucoup, en tout cas... Je suis un amateur de pêche, et la qualité de vos lacs, j'ai de très bons souvenirs de pêche au doré, entre autres à Angliers. Alors, je peux vous dire que ça serait peut-être une solution.

Mon collègue a parlé des jeunes, je vais vous parler des personnes âgées. Ce qui m'inquiétait, à la page 5 de votre document, dans les coupures budgétaires, vous avez coupé en fait de près de 30 %, plus que 30 %, vos lits de soins de longue durée comme tel au niveau des CH chez vous. Et là je me disais: Bon, il doit y avoir, à ce moment-là, une décroissance au niveau des personnes âgées. Pantoute, je regarde les statistiques, c'est bien stable, ça se maintient. On parle de 40 % et plus de personnes, au total, sur l'ensemble de votre population, qui ont 40 ans et plus, dont plusieurs ont 65-74 ans. Mais là je me disais: Y a-tu quelque chose de particulier en Abitibi? Peut-être que les gens restent plus dans leur milieu de vie, peut-être qu'ils

restent plus dans leur milieu familial, peut-être que vous êtes plus allés au niveau des ressources. Mais, quand on coupe plus de 30 % de nos lits de soins de longue durée, il doit y avoir un impact quelque part. Alors, je me dis: Y a-t-il quelque chose de particulier? Et c'est ce bout-là que je voulais comprendre avec vous autres.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** En fait, le réseau est bâti d'histoires, hein? À un moment donné, on a ce qu'on appelle des bâtisses politiques: un ministre X a passé puis, dans les années cinquante et quelques...

**M. Labbé:** Impossible, ça ne se peut pas.

**M. Barrette (Gilbert):** ...il y a un hôpital qui s'est bâti, ou un centre d'accueil. Et, chez nous, ça existe aussi. Et il y a eu ce qu'on appelle un sanatorium, dans le temps, qui a été bâti. Il y a au-delà de 300 lits là-dedans. Et, quand la tuberculose c'est comme disparu comme maladie, on a remis ça comme en une espèce de centre d'accueil. Donc, on avait un parc de lits très élevé en Abitibi-Témiscamingue et particulièrement dans une MRC, la MRC de votre collègue François Gendron.

Et, quand il arrivait le temps de financer des projets par le ministère dans les années 1985, 1990, 1992, ce qu'on avait comme financement, c'était le financement de base, parce que, sur le plan de la richesse, on était considéré comme riche en termes d'investissement de lits. Et c'est ce qui est arrivé. Quand on regardait la norme du quatre lits par 100 personnes âgées, bien là on était complètement en haut des normes, et c'est pour ça qu'il y a eu une coupure assez massive.

Mais aussi ça a eu comme désavantage le fait que les gens — et ça, ce n'est pas un blâme, c'est un constat — au lieu de développer des mesures intermédiaires pour desservir le maintien à domicile ou des choses comme ça, en pavillon, bien la première chose qu'on faisait, on dirigeait la personne âgée vers un lit de centre d'accueil. Et, en plus, on réussissait à se bâtir des listes d'attente, malgré le nombre élevé de lits qu'on avait. Et ça, on recule en 1995, là, ce n'est pas l'autre bout du monde.

Donc, c'est ce qui a fait qu'on en a coupé et que dans une région, dans une MRC en particulier, c'est difficile, parce que des gens ont été habitués d'avoir un parc immobilier, un parc de lits élevé. La mesure intermédiaire n'était pas ou peu développée. Donc, maintenant on a du rattrapage à faire sur ce plan-là. Et on risque de ne pas couper au complet ce qu'on aurait dû couper à cause du vieillissement qui nous rattrape maintenant.

**M. Labbé:** Une transition, c'est ça. Merci beaucoup. C'est une question courte, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. le député de Masson. M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** Oui, très bref, Mme la Présidente, également, puisque le temps file. Ma question porte sur

le programme de déficience physique — le député de Nelligan y a fait référence tantôt. Je m'intéresse particulièrement aux jeunes enfants âgés de 0 à 5 ans qui ont une déficience de la parole, du langage, une déficience visuelle ou auditive. J'aimerais savoir s'il y a une liste d'attente pour ces jeunes-là dans votre région, à combien s'élève-t-elle et à comment s'élève le délai d'attente avant d'obtenir des services pour ces jeunes enfants là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Barrette.

**M. Barrette (Gilbert):** Avant de passer la parole à mon directeur général, M. Sanesac, je peux vous dire, juste en orthophonie, parce que j'ai gagné ma vie dans une école, et en particulier où il y avait des élèves en difficulté, donc j'ai pu vivre le problème des orthophonistes, et ce qu'on a dû... pour répondre aux besoins, c'est importer les services de la Belgique. Donc, il y a beaucoup de Belges qui sont venus donner des services en orthophonie. Et c'est un problème criant au niveau du Québec aussi, et particulièrement dans notre région. Et pour ce qui est des services plus particuliers...

● (11 h 30) ●

**M. Sanesac (Claude):** Je suis en train de regarder ça. Pour vous répondre spécifiquement, je ne suis pas capable de vous répondre, mon cher monsieur. Puis c'est une question que je pourrais prendre en délibéré et vous envoyer la réponse comme telle. Ce que je peux vous dire ici... Je suis obligé de vous parler globalement, parce qu'on n'a pas cette statistique-là actuellement. Donc...

**M. St-André:** Globalement, vous voulez dire enfants et adultes, là?

**M. Sanesac (Claude):** Oui, nous, on fonctionne enfants et adultes. Actuellement, il y a un centre de réadaptation, qui est La Maison, qui donne ce service-là. Et j'oserais dire... Voyez-vous, la liste d'attente, on parlait d'une liste d'attente de 171 personnes, enfants et adultes, actuellement, et la durée... visuelle, auditive, dont 43 en déficience du langage et de la parole. La prise en charge varie de 45 jours à 126 jours. Par contre, si vous voulez avoir la catégorie d'âge, je pourrai vous la faire envoyer.

**M. St-André:** Oui, j'apprécierais.

**M. Barrette (Gilbert):** Il faut dire que c'est un service qui est jeune dans notre région, parce que, avant, on était desservi par Montréal là-dedans. Donc, quand je dis jeune, c'est peut-être 15 ans maximum que le service est donné directement dans la région. Donc, c'est encore plus difficile d'avoir les professionnels dont on a besoin dans ce domaine-là.

**M. St-André:** J'imagine que le centre de réadaptation La Maison et d'autres institutions chez vous sont en recrutement pour des professionnels chez vous.

**M. Barrette (Gilbert):** Ah! oui, oui. Continuuel.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je vous remercie.

**M. St-André:** Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je comprends que cette donnée parviendra au secrétariat de la commission.

Alors, ceci met fin au temps qui nous était alloué. Je veux vous remercier d'avoir répondu à toutes nos questions. C'était très intéressant. Je pense que vous avez réussi à nous sensibiliser aux problèmes, aux difficultés que vous vivez dans votre région. Merci beaucoup.

Je suspends les travaux et je vous souhaite bien sûr bon retour et surtout bonne négociation avec le ministère de la Santé. Alors, je suspends les travaux pour quelques minutes, le temps de permettre à l'autre groupe de prendre place, s'il vous plaît.

*(Suspension de la séance à 11 h 32)*

*(Reprise à 11 h 37)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission reprend ses travaux pour entendre le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James, qui est le Nord-du-Québec, dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999, en application de l'article 530.80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Messieurs, mesdames, je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie d'avoir accepté de rencontrer les membres de la commission. Alors, comme vous le savez, nous avons deux heures: une trentaine de minutes pour la présentation de votre mémoire, et par la suite nous procéderons à la période de questions. Nous devons suspendre nos travaux à 12 h 30, dans le but de reprendre ces mêmes travaux à 14 heures.

Alors, sans plus tarder, je cède la parole à M. Jean-Jacques Bouillon, qui est le président du conseil d'administration, et je vous demanderais bien sûr de nous présenter les personnes qui vous accompagnent.

#### **Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Nord-du-Québec)**

**M. Bouillon (Jean-Jacques):** Merci, Mme la Présidente. Je voudrais immédiatement présenter l'équipe dynamique qui m'accompagne: Jules Pelletier, notre directeur général; Mme Guylaine Sirois, directrice de la planification, de l'évaluation et des programmes; Mme Sylvianne Doré, directrice des ressources humaines; Dre Blandine Piquet-Gauthier, adjointe médicale en santé publique.

Mme la Présidente, Mesdames, MM. les membres de la commission, M. Létourneau, député d'Ungava, mesdames et messieurs, bonjour. Nous avons le plaisir, à titre de représentants du Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James de nous conformer à l'article 392 de la Loi des services de santé et services sociaux et de nous présenter devant cette commission parlementaire pour faire rapport de nos

réalisations et de nos activités des trois dernières années.

Vous avez déjà en main les grilles d'analyse pour l'étude des rapports annuels d'activité 1997-1998 et 1998-1999 ainsi que les rapports annuels de ces mêmes années. Nous vous avons également remis d'autres documents en complément d'information, dont le rapport annuel d'activité 1999-2000 et le plan de transformation phase II, la consolidation.

Dans le cadre de notre présentation, nous insisterons sur les éléments d'importance qui ont marqué notre organisation pendant les trois dernières années. Nous pourrions cependant répondre par la suite à toutes questions que vous pourrez nous poser relativement à ces documents.

● (11 h 40) ●

Nos objectifs. Dans le temps qui nous est imparti, nous vous présenterons un bref portrait de notre région et de sa population; nous traiterons du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, de sa mise en place, de ses effectifs et de son conseil d'administration; nous vous brosserons un tableau du réseau régional avant et après la transformation et la consolidation, le plan accepté, les étapes à franchir, les réorganisations enclenchées et ce qui reste à faire; nous vous ferons part de nos principales réalisations en regard des programmes et services dans notre milieu; nous vous parlerons des ressources humaines, de l'impact que tous les changements ont eu sur notre personnel et de ce qui a été fait pour l'atténuer le plus possible; finalement, nous aborderons quelques sujets qui présentent des enjeux particuliers pour notre région.

Je confie à notre directeur général et à ses directrices la suite de la présentation.

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

**M. Pelletier (Jules):** Oui, merci, M. Bouillon. Comme M. Bouillon vient de vous l'exprimer, notre présentation va être très courte. Et puis je pense que, pour avoir eu l'expérience d'il y a trois ans, ce qu'on apprécie beaucoup avec vous, parlementaires, justement au niveau de la commission, c'est d'échanger puis de pouvoir répondre à vos questions, au-delà des discours qu'on peut vous présenter. Mais je pense que c'est quand même important de vous rappeler finalement ce qu'est notre région et puis la population qui l'occupe et puis de vous entretenir aussi du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. C'est un établissement, finalement, unique en son genre, puisqu'il assume en même temps les fonctions d'une régie régionale pour la région Nord-du-Québec. Donc, je vous ferai cette courte présentation-là. Mme Sirois, qui est notre directrice de la planification, de l'évaluation et des programmes, va vous présenter un peu plus en détail les services et Mme Sylvianne Doré va vous entretenir aussi des ressources humaines dans la région, puis je reviendrai, si vous voulez bien, pour conclure notre présentation.

Donc, la région administrative Nord-du-Québec. On vous a distribué une petite carte. Et puis, quand on parle de la région administrative Nord-du-Québec, ça correspond au comté d'Ungava, le comté de M. Michel

Létourneau. Vous avez, dans le petit encadré à droite, c'est la partie rose et puis la partie blanche au fond qui... c'est tout l'ensemble de la région Nord-du-Québec, région administrative, qui est aussi le comté d'Ungava.

La région administrative englobe trois régions sociosanitaires: le Nunavik ou région 17, le territoire cri de la Baie-James ou région 18 et la région du Nord-du-Québec, soit la région 10, pour laquelle nous comparaissons devant vous aujourd'hui. Cette région 10 là, ça correspond à la partie rose ou mauve de la carte que vous avez. C'est 350 000 km<sup>2</sup> de superficie, donc ça correspond aux deux tiers de la superficie de la France.

La population que nous desservons est composée de 18 335 résidents répartis dans cinq municipalités: Chibougamau, Chapais, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et la municipalité de la Baie-James qui couvre tout l'ensemble du territoire parce que les autres municipalités que je vous ai nommées, ce sont des municipalités enclavées à l'intérieur de la municipalité de la Baie-James. Donc, la municipalité de la Baie-James, il y a quelques localités ou agglomérations qui en font partie, dont Radisson, qui est à l'extrême nord, Villebois, Val-Paradis et Beaucanton. C'est trois communautés qui sont juste au nord de La Sarre, donc dans la partie sud du territoire.

À ces 18 335 Jamésiens, nous devons ajouter à notre clientèle les 5 000 Cris de la partie sud du territoire. En effet, les Cris de Mistissini, d'Oujé-Bougoumou, de Nemaska, de Waswanipi font appel régulièrement à nos services, principalement à Chibougamau où ils peuvent représenter jusqu'à 50 % de notre clientèle dans certains services, comme l'obstétrique et les soins prolongés. Et, même, le nouveau service qu'on a débuté à Chibougamau au début de janvier, les Cris représentent 100 % de notre clientèle présentement en hémodialyse.

Dernière caractéristique que je dois vous signaler et avec laquelle nous devons composer, c'est la dispersion de la population. Ce n'est pas beaucoup, hein, on vous parle de 18 000 personnes, 18 000 Jamésiens plus 5 000 Cris, ça fait 23 000 personnes qu'on dessert, mais c'est l'immensité du territoire finalement et les distances qu'il y a entre les différentes communautés que nous desservons. Ça apparaît un peu sur le tableau. Qu'il me suffise de vous souligner qu'il faut parcourir 1 200 km pour relier les deux communautés les plus éloignées les unes des autres, soit Chibougamau et Radisson.

J'ai une autre caractéristique à vous signaler — je pense que c'est important — c'est que la population finalement qu'on dessert se concentre dans la partie sud du territoire. Si vous regardez sur la carte, là, c'est Chapais, Chibougamau, Matagami, Lebel-sur-Quévillon puis les trois communautés que je vous ai mentionnées tantôt, au nord de La Sarre. Sinon, la seule agglomération ou communauté jamésienne au nord, c'est Radisson. Tout le reste, c'est vraiment dans la partie sud du territoire.

Un peu d'histoire maintenant, très brièvement, parce que l'histoire de la région Nord-du-Québec est très courte, puisque la région a commencé à exister le 22 décembre 1987. Le gouvernement du Québec créait cette région administrative là il y a 14 ans, tout simplement. La Régie régionale de la santé et des

services sociaux Nord-du-Québec, elle, a été créée, aussi par décret, quatre ans plus tard, soit le 18 décembre 1991. La première réunion du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé a eu lieu le 16 juin 1992 et le premier directeur général de cette Régie-là est entré en fonction le 5 avril 1993.

A peine trois ans plus tard — j'insiste là-dessus, c'est trois ans finalement après la création de la Régie — en juillet 1995, débutaient les travaux du comité régional aviseur sur l'avenir des services de santé. Ce comité proposa un plan régional de transformation dont la mesure principale était la fusion des cinq établissements avec la Régie régionale. Cette fusion fut l'objet d'un consensus régional. La fusion des cinq établissements a été réalisée dès l'été 1996, et j'insiste, dans la plus grande harmonie.

Le 1er avril 1999, l'entrée en vigueur des dispositions particulières à la région Nord-du-Québec dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux permettait d'abolir la Régie régionale et de confier la responsabilité régionale à l'établissement, ne laissant sur le territoire qu'une seule organisation ayant le mandat de poursuivre diverses missions en plus d'assumer les fonctions d'une régie régionale. Donc, la Régie régionale Nord-du-Québec n'aura existé, comme entité juridique distincte, que uniquement durant sept ans et quatre mois.

Je tiens à nouveau à vous souligner — je l'ai dit tantôt — que la décision de fusionner l'ensemble des établissements et la Régie régionale, c'était issu d'un consensus vraiment régional. Puis, je me souviens, à l'époque, c'était M. Rochon qui était ministre de la Santé, et puis, quand on lui avait présenté ce projet-là au niveau de la région, ils ont dit: Bien là, si ça nécessite des modifications législatives, on les proposera, ce qui a été fait d'ailleurs. Puis c'est pour ça que maintenant on a une organisation originale qui est unique en soi et puis dont on est fier.

Je dois aussi, à ce stade-ci, vous parler que la fusion de la Régie... une préoccupation que nous avons finalement. Malgré la fusion de la Régie avec l'établissement, nous souhaitons maintenir la plus large autonomie possible dans les décisions de répartition de l'enveloppe régionale des crédits. Nous avons la ferme conviction que ce sont les organisations régionales qui sont les mieux placées pour connaître les besoins de la population et organiser les services en fonction des besoins identifiés et des priorités choisies en région. De plus, la réalité d'une organisation régionale unique comme la nôtre change toutes les perspectives. Le fait que toutes les missions soient regroupées en une seule organisation, incluant celle de la Régie régionale, facilite beaucoup l'intégration des services. Il n'y a plus de longs arbitrages pour la répartition des enveloppes de crédits.

Depuis 1995, nous avons identifié ce que devrait être le panier de services pour chacune des communautés de la région. La description de ces services et leur développement ou leur consolidation ont été consignés au plan de consolidation adopté par notre conseil d'administration en juin 1999. Puis je pense aussi qu'on l'avait envoyé en novembre à Mme Lamontagne, la secrétaire de la commission. J'espère que ça vous est parvenu, puisque c'est notre bible, ça, au

niveau de notre région, finalement. C'est ce plan-là qui guide vraiment toute décision en ce qui a trait à la consolidation et au développement des services dans notre région.

Sur ce, si vous le permettez, je céderais la place à Mme Sirois pour qu'elle vous parle justement des services et des programmes dans notre région.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois.

● (11 h 50) ●

**Mme Sirois (Guylaine):** Bonjour, mesdames et messieurs. Rappelons encore une fois ce qui distingue notre organisation, c'est son caractère unique au Québec, c'est-à-dire une organisation de santé et de services sociaux dans une région pour toute mission.

Ainsi, les soins de santé et de services sociaux sont dispensés par un seul établissement qui compte un centre local de services dans chacune des principales municipalités. On y retrouve: centre de santé René-Ricard, point de services de Chibougamau, centre de santé Label, centre de santé Isle-Dieu et centre de santé Radisson, que vous retrouvez à l'endos de la carte qu'on vous a distribuée tout à l'heure. On y retrouve des services de nature hospitalière, CLSC, hébergement de longue durée, réadaptation externe pour la clientèle alcoolique ou toxicomane et bientôt centre jeunesse dans chacune de ces municipalités.

Quant aux autres localités: Villebois, Val-Paradis et Beaucanton, les citoyens reçoivent les services au réseau de la santé et services sociaux des Aurores boréales, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Pour ceux-ci, nous sommes à analyser une nouvelle organisation des services pour mieux les desservir. Soulignons que ces localités ne font partie de notre région que depuis deux ans seulement.

Actuellement, avec un budget de 27,4 millions de dollars, nous offrons la plupart des services de base, les programmes de promotion et de prévention ainsi que le financement des organismes communautaires. Quant aux services spécialisés, ceux-ci se concentrent sur la chirurgie d'un jour, la chirurgie générale et, depuis le 8 janvier dernier, l'hémodialyse. Par conséquent, les Nord-Québécois et Nord-Québécoises doivent se rendre, suivant nos corridors de service, à l'extérieur de la région, principalement à Val-d'Or, Amos ou Montréal pour le secteur ouest, une distance minimale de plus de 300 km aller-retour à parcourir, et Roberval, Jonquière, Québec ou Montréal pour le secteur est, une distance minimale de 500 km aller-retour pour une consultation.

Dans la région du Nord-du-Québec, le ratio d'omnipraticiens par 1 000 habitants est de 1,69. La distance entre les localités exige la présence d'un minimum d'omnipraticiens. Le dynamisme de l'équipe médicale est une de nos forces d'attraction des médecins, quoique nous ne prenions rien pour acquis. Pour le moment, notre contingent de médecins omnipraticiens est complet. Seules les populations de Villebois, Val-Paradis et Beaucanton en souffrent. Ceux-ci doivent se déplacer plus de 40 km pour consulter un médecin à La Sarre qui se trouve en manque d'effectifs actuellement.

Du côté des spécialités, nous comptons sur des groupes concertés pour assurer la continuité des services

d'anesthésie et de chirurgie générale ainsi que de l'Hôpital général de Montréal pour la néphrologie. Nous sommes en recrutement en ce qui a trait à la médecine interne et la psychiatrie, quoique, pour cette dernière spécialité, un psychiatre, depuis peu, offre quelques jours de services par mois alors que les besoins sont pour une pleine tâche dans la région.

Maintenant, regardons ensemble les impacts de la transformation et de la consolidation dans la région du Nord-du-Québec. Entre 1995 et 2000, les efforts réalisés dans le cadre de la transformation totalisent 13,4 millions de dollars, c'est-à-dire 1,2 million de dollars en 1995-1996, 2,5 millions en 1996-1997 et 3,2 millions par année de 1997-1998 à 1999-2000. 51 % de ces efforts ont servi à la réallocation régionale, soit 6,8 millions de dollars, et le reste, 6,5 millions, a contribué à l'effort national d'assainissement des finances publiques.

Ces nouveaux crédits sont redistribués par le conseil d'administration du Centre régional de la santé et services sociaux de la Baie-James. Il s'appuie dans cette tâche du comité d'allocation des crédits qui a pour mandat de recommander au conseil la répartition de l'allocation des crédits en fonction des besoins et orientations régionales et ministérielles en matière de santé et services sociaux, et ce, suivant l'analyse de la Direction de la planification, de l'évaluation et des programmes de notre organisation.

Les différentes fusions administratives réalisées au sein de l'organisation sociosanitaire du Nord-du-Québec ont établi des conditions propices à une révision de l'organisation de services à la clientèle s'inscrivant dans un contexte d'approche intégrée. La très grande majorité des efforts furent de nature administrative, par exemple le personnel d'encadrement ayant passé d'un peu plus de 40 cadres à 27, soit une baisse du tiers, ou touchèrent les services de soutien technique ou administratif. Par exemple, nous avons procédé à l'analyse et aux modifications du service alimentaire. Les changements de pratique de soins, l'amélioration de la productivité et la mise en commun de services, bref les efforts furent complétés majoritairement en 1998.

Avec les économies réalisées, l'organisation a pu faire face aux contraintes financières touchant le secteur de la santé et services sociaux et des investissements ont été effectués au niveau de l'enfance-famille-jeunesse, 1,5 million; santé physique, 1,2 million; santé publique, 1 million; et santé mentale, 500 000 \$; auxquels s'ajoute le support à la transformation dans la région du Nord-du-Québec.

Concrètement, au niveau des services, on s'est affairé à une réorganisation de l'hébergement. Cela s'est traduit par une diminution de lits de courte durée, soit de 53 lits en 1995 à 32 lits en 1999. En contrepartie, nous avons augmenté les lits de longue durée. Ils passent de 14 en 1995 à 26 lits en 1998. Notons que notre région ne connaît pas d'attente en matière d'hébergement de soins de longue durée.

Toutefois, le continuum de services pour les usagers en perte d'autonomie est peu diversifié dans notre région. On y retrouve des services de maintien à domicile, d'hébergement privé et d'hébergement de longue durée. Aucune ressource intermédiaire n'est présente pour la clientèle âgée alors qu'elle tend de plus

en plus à demeurer dans la région ou à demander des besoins à cet égard. Une analyse est en cours de réalisation afin de mieux définir le continuum de services pour ceux-ci.

En matière de santé mentale et de déficience intellectuelle, la région a connu le développement de six places en ressources de type familial à Chibougamau en 1998-1999, avec un budget de 106 500 \$. Aussi, l'organisme communautaire Le Zéphir, financé au montant de 121 000 \$ via le programme de soutien aux organismes communautaires SSOC, est une maison de transition pour cette clientèle en santé mentale qui offre des services d'hébergement supervisé transitoire, de centre de jour, de réinsertion professionnelle et sociale.

Quant à la clientèle déficiente intellectuellement, nous supportons les organismes qui la desservent tels que les associations des personnes handicapées. Aussi, nous sommes à élaborer des services avec la nouvelle allocation récurrente de 50 000 \$ que Mme Marois, ministre de la Santé et des Services sociaux, nous a octroyée récemment.

Les travaux préliminaires du comité Lebon placent notre région ayant le ratio au Québec le plus élevé en matière d'investissement per capita enfance-famille-jeunesse en CLSC. Ainsi, le Nord-du-Québec injecte 204 \$ per capita au niveau des dépenses enfance-famille-jeunesse en CLSC, comparativement à 98 \$ au Québec. Notre réalité y est pour beaucoup.

Au niveau des programmes, compte tenu du problème important, notre région a mis en place des programmes liés aux troubles du langage soit par des ateliers en organisme communautaire et par le développement de services d'orthophonie au sein des établissements. Bien sûr, nous éprouvons, comme ailleurs en province, des difficultés de recrutement pour combler nos postes. Nous avons toutefois mis en place des mesures transitoires. Pour la mission centre jeunesse, nous sommes en cours de rapatriement des services qui sont actuellement offerts par les centres jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue.

En 1997-1998, la région s'est donné comme objectif de rapatrier les responsabilités des mesures d'urgence et des services préhospitaliers qui étaient jusqu'à l'an passé sous la responsabilité des régions limitrophes, soit le Saguenay—Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue. Les dernières ententes de transfert des services d'urgence et des couvertures des zones ambulancières se sont signées en juin 2000. Depuis l'automne dernier, nous tentons de rejoindre un taux de 15 % de la population formée en RCR d'ici deux ans.

Quant aux services de premiers répondants, des ententes ont été adoptées au conseil d'administration pour deux des municipalités de la région, soit Lebel-sur-Quévillon et Matagami. Nous priorisons le déploiement de ce nouveau service dans la région afin d'assurer une meilleure couverture d'ambulance sur le territoire compte tenu des distances à parcourir.

Le CRSSS de la Baie-James reconnaît le potentiel et la force active des organismes communautaires nord-québécois. En 1995, nous comptons 17 organismes communautaires. Ils sont maintenant au nombre de 28 oeuvrant dans divers secteurs tels que les

services à la communauté, aux femmes et aux hommes en difficulté, à la jeunesse, en santé mentale, maintien à domicile ou préoccupés par la concertation régionale. Les subventions à ces organismes sont passées de près de 600 000 \$ en 1993-1994 à près de 1,4 million de dollars en 1999-2000, une augmentation de 134 % en sept ans. La source de ces sommes provient du programme de soutien aux organismes communautaires SSOC, du fonds régional de réallocation et des fonds affectés.

● (12 heures) ●

En 1998, le réseau de télécommunications sociosanitaires, le RTSS, est accessible dans notre région. Ainsi, notre organisation s'est dotée d'un système informatique intégré en investissant à date un peu plus de 2 millions de dollars, ce qui lui ouvre la voie à la haute technologie, aux communications intra et inter région. L'accessibilité des services, le soutien en expertise spécialisée, la formation et la participation de la région aux différentes plateformes d'échange au niveau provincial sont le défi de demain. Le 7 février dernier, le conseil d'administration a adopté le plan directeur des ressources informationnelles 2001-2006, le PDRI. Les coûts du déploiement du PDRI pour les cinq prochaines années dépassent les 5 millions de dollars, auxquels s'ajoutent des coûts en télésanté. De ce montant, il faut compter 500 000 \$ en récurance supplémentaire, et ce, sans égard aux coûts d'exploitation du réseau RTSS.

Les principales voies d'avenir qu'offrira la réalisation de ce plan sont la facilité d'accès aux services spécialisés, à l'expertise et à la formation par la télésanté, la transmission des résultats aux ressources médicales par l'informatisation des laboratoires, radiologie et pharmacie, etc., ainsi que la gestion d'un dossier unique informatisé, entre autres. D'ailleurs, la population du Nord-du-Québec est prête à recevoir ces nouvelles technologies, ce qu'elle nous a exprimé lors de la consultation régionale dans le cadre de la commission Clair.

Au cours des quatre dernières années, plus de 6 millions de dollars ont fait l'objet de projets d'immobilisation dans la région. Plus particulièrement depuis 1998, nous avons entrepris plusieurs de ces projets relativement à la modification du mode de pratique, tant dans le secteur hospitalier que social. La création d'un guichet unique, point central de ce concept, favorise l'accessibilité des lieux et la continuité des services, ce qui élimine les structures et nous rapproche des intervenants.

Ne serait-ce qu'à Chibougamau, l'impact fut majeur et les avantages nombreux. En voici quelques-uns: amélioration de la confidentialité à l'urgence, regroupement de toutes les missions dans le même édifice, cohabitation plus facile pour les nouveaux-nés et leur mère, service d'hémodialyse qui permet aux patients souffrant d'insuffisance rénale de revenir dans leur communauté, meilleure accessibilité aux usagers en réadaptation physique. Les investissements furent, pour Chibougamau, de l'ordre de 6,3 millions de dollars, dont 3 millions provenaient de l'organisation.

Nous poursuivons la réalisation de notre plan de consolidation. Par conséquent, de nombreux défis restent à venir afin d'améliorer l'accessibilité aux

services dans la région du Nord-du-Québec. J'invite ma collègue, Mme Doré, à poursuivre notre reddition de comptes en vous entretenant des ressources humaines. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Doré.

**Mme Doré (Sylvianne):** Merci. Bonjour, mesdames et messieurs. En ce qui concerne les ressources humaines, la transformation amorcée en 1996 a entraîné des bouleversements majeurs. Aujourd'hui, on peut dire que la presque totalité de nos employés ont subi les contrecoûps des changements. Citons, par exemple, la diminution du personnel d'encadrement de 44 % et 24 % des employés de soutien. Depuis 1998, nous subissons une augmentation de 72 % de notre taux d'absentéisme.

Pour contrer l'absentéisme, nous avons mis en place trois stratégies: un, celle d'avoir suffisamment de main-d'oeuvre; la deuxième stratégie, offrir de l'aide à notre main-d'oeuvre; et, comme troisième stratégie, développer une culture client, implanter une fierté à travailler dans le réseau.

La première stratégie: afin de prévenir l'épuisement de nos ressources, s'assurer d'avoir suffisamment de main-d'oeuvre. Donc, depuis 1998, en raison du contexte économique et géographique de notre région et de la compétition provoquée par les mesures discrétionnaires de recrutement des établissements urbains, nos efforts de recrutement se sont heurtés à des difficultés de taille. En effet, en 1999-2000, l'année s'est soldée avec 94 départs, soit 20 % de notre main-d'oeuvre qui a quitté notre région.

Afin d'endiguer le problème, nous nous sommes dotés d'une stratégie guidant le recrutement du personnel dans certains titres d'emploi en pénurie. Voici les éléments essentiels: à court terme, mise en place de leviers pour recruter des ressources nécessaires; à moyen terme, le recyclage de six infirmières auxiliaires; et, à long terme, notre histoire nous a appris que le meilleur moyen de rétention dans notre région, c'était de miser sur le potentiel local, sur les gens de nos communautés. Nous avons proposé des bourses d'études de soutien aux étudiants de notre région inscrits dans les secteurs en pénurie, comme les soins infirmiers, les étudiants en pharmacie, afin de les lier à un engagement de service au sein de notre organisation à la fin de leurs études. Nous avons également collaboré à l'implantation d'une cohorte au D.E.C. en soins infirmiers à Chibougamau en partenariat avec le ministère de l'Éducation, Emploi-Québec et le cégep.

Comme deuxième stratégie, parce que nous sommes sensibles aux problèmes personnels et professionnels de nos employés, nous avons mis en place un programme d'aide aux employés. Et, de plus, on était conscient que, lorsque les gens vivent des difficultés, il est peu probable qu'ils consultent d'emblée les professionnels, ils s'adressent d'abord à leurs amis, leurs collègues de travail. Donc, par souci d'aider ceux qui hésiteraient à faire appel au programme d'aide, nous avons de plus décidé de mettre en place un filet de sécurité interne que l'on appelle un «réseau de partenaires-conseils». Les partenaires-conseils, c'est 45

aidants naturels que nous avons formés afin d'intervenir auprès de leurs collègues sur une base volontaire. Ils dépitent les collègues qui sont aux prises avec des difficultés personnelles puis les supportent et les orientent dans une démarche d'aide vers les services appropriés.

Comme troisième stratégie, pour contrer la morosité, nous avons essayé de développer une culture client. Parce qu'on était conscient que les changements organisationnels avaient porté atteinte à la motivation des employés et au climat de travail, on a instauré un plan de développement des ressources humaines qui a fait du maintien et du développement des compétences le moyen privilégié pour faciliter l'adaptation aux changements et soutenir l'engagement personnel à l'égard de notre mission.

Cette année, nous aurons investi en formation près de 2,5 % de notre masse salariale. De plus, grâce à l'aide financière complémentaire provenant du ministère de la Solidarité—Emploi—Québec — via le Fonds national de formation de la main-d'oeuvre — et ce, pour une deuxième année consécutive, nous avons pu bénéficier temporairement d'un plus important budget de formation pour mettre en oeuvre les phases cruciales de notre plan de développement des ressources humaines.

La commission Clair nous propose dans son rapport que chaque établissement du réseau se donne un projet d'organisation de type projet d'entreprise qui associera les cadres, les professionnels et les autres employés à l'amélioration des services à la clientèle. Or, nous nous sommes engagés précisément dans cette voie en planifiant, dès 1999, comme première et principale activité au plan de développement des ressources humaines l'implantation de l'approche client. L'essoufflement occasionné par la restructuration a forcé la direction à donner un coup de barre en instaurant une véritable culture client. Jusqu'à date, 80 % de nos employés ont suivi cette formation. Et, d'ici juin 2001, ce taux de participation aura atteint 98 %.

Les objectifs généraux de cette formation d'approche client sont de recentrer chacun de nos employés sur l'importance de sa contribution, que le professionnel retrouve une fierté dans l'accomplissement de son travail. Le professionnalisme, chez nous, c'est le souci de la qualité et la préoccupation du confort du client qui priment. L'objectif aussi de l'approche client, c'est de recentrer chacun de nos employés sur la raison d'être de son service, d'avoir une fierté à travailler sur chacun des départements ou chacun des services, de mettre aussi en évidence l'importance d'un continuum de services pour notre clientèle.

Voilà comment le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James veut privilégier l'implication et la participation de tous ses employés à la création d'un milieu de travail sain et valorisant. Nous entendons favoriser toute action visant à développer leur potentiel comme individu et comme employé. La qualité des services à la clientèle ne peut pas se faire sans nos ressources humaines... avec des ressources humaines qui vivent en équilibre pour qu'elles puissent aussi se réaliser dans leur travail, pour qu'ainsi tous participent à la réalisation de notre mission en donnant à notre clientèle interne et externe des services profondément humains.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Merci, madame. Oui, M. Pelletier.

**M. Pelletier (Jules):** Mme la Présidente, je pourrais conclure notre présentation.

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

**M. Pelletier (Jules):** Nous espérons, par nos différentes présentations, vous avoir fait connaître un peu plus notre région et surtout notre organisation originale et unique dont, vous l'aurez compris, on est très fiers. Nous espérons aussi avoir fait ressortir que, malgré la fusion de la Régie régionale avec l'établissement, nous tenons absolument à maintenir la plus large autonomie possible dans les décisions financières relatives à l'organisation des services dans notre région. La création de la Régie régionale Nord-du-Québec nous aura permis d'assumer nos responsabilités en matière de gestion et d'organisation des services offerts sur le territoire.

Tout en restant préoccupés par l'accessibilité et la qualité des services que nous souhaitons offrir à la population de notre région, soulignons qu'au niveau du rapatriement des services il nous reste à finaliser le transfert des services de centres jeunesse actuellement encore à la charge des régies régionales voisines, soit le Saguenay—Lac-Saint-Jean et l'Abitibi-Témiscamingue.

Nous espérons aussi vous avoir démontré notre très grande préoccupation face aux difficultés vécues par les ressources humaines dans l'ensemble du réseau de la santé dans notre région et puis vous avoir illustré, par l'exposé de Mme Doré, avoir mis en relief les mesures que nous avons prises pour tenter de remédier à ces difficultés-là, qui ne sont pas propres à notre région. On sait qu'elles sont à la grandeur de la province puis on peut dire même à la grandeur du pays.

● (12 h 10) ●

L'étendue du territoire nous oblige à être très proactifs et innovateurs dans la recherche de moyens susceptibles de permettre une gestion efficace et efficiente. Compte tenu des très grandes distances entre nos différents centres locaux de services, un réseau de communication rapide et des informations accessibles simultanément à tout notre réseau sont des outils qui nous permettront d'être encore plus efficaces tout en maintenant le cap sur une réduction des coûts.

La décision du ministère de la Santé et des Services sociaux de relier l'ensemble des établissements de la province par un réseau de télécommunications a été une bénédiction pour une région comme la nôtre. Ce réseau-là, qu'on appelle RTSS, finalement, une région comme la nôtre, ça n'aurait pas eu les moyens de se payer ça, justement parce que c'est là que ça coûte... les plus hauts coûts sont dans des régions éloignées où il n'y a pas une grande concentration de la population. Et puis je salue l'initiative du ministre justement d'avoir permis ce regroupement-là de tous les établissements, toutes les vocations, avec le ministère et avec les différents organismes qui oeuvrent au niveau de la santé et des services sociaux. Donc, pour nous, dès l'automne 1997, on avait établi un plan régional de développement des ressources informationnelles qu'on appelle PDRI.

La semaine dernière, notre conseil d'administration a adopté un nouveau plan quinquennal dans ce domaine.

Nous mettons beaucoup d'espoir dans ces nouvelles technologies et nous avons l'intention de procéder rapidement à leur implantation. Pour une région éloignée comme la nôtre, ces nouvelles technologies permettront de rendre plus accessibles certains services spécialisés qui, autrement, seraient hors de notre portée.

Nous vous remercions de nous avoir écoutés et de nous avoir permis, nous l'espérons, de vous avoir fait connaître un peu plus notre région. Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, mesdames, messieurs, pour la présentation de votre exposé. Alors, je cède maintenant la parole au député d'Ungava.

**M. Létourneau:** Merci, Mme la Présidente. Alors, je veux souhaiter... Évidemment, je n'ai pas souvent l'occasion de le faire, parce que, même si c'est une grande région — et le directeur général et le président l'ont dit à quelques reprises — il n'y a pas beaucoup de monde chez nous. Alors, quand les organismes se déplacent, c'est toujours avec grand plaisir que je les accueille. Et, particulièrement aussi — M. le président, vous avez présenté votre équipe en parlant d'une équipe fort dynamique — je voudrais témoigner de ce dynamisme-là, compte tenu de ce dont vous avez parlé tantôt. La spécificité même de la région, les énormes distances, la cohabitation avec les communautés autochtones font en sorte qu'on a besoin d'imagination dans cette région-là pour arriver à se doter d'instruments, de structures qui répondent vraiment à nos besoins.

Alors, moi, j'aurais deux questions, si vous me permettez. Une première, parce que vous avez parlé assez brièvement des effectifs médicaux. Mais j'étais là il y a trois ans lorsqu'on en avait parlé, et il y avait de sérieux problèmes d'effectifs médicaux. Maintenant, on constate que dans les régions limitrophes, donc dans certaines régions qui sont plus au sud que la nôtre, il y a toujours des problèmes d'effectifs médicaux qui perdurent. Et, moi, je voudrais voir comment vous avez fait en sorte maintenant de faire le bilan que vous faites. Vous parlez d'un contingent de médecins omnipraticiens qui est complet. Est-ce qu'il n'y aurait pas là des méthodes, ou des moyens, ou des façons de faire qui pourraient être utilisés dans d'autres régions?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Jules):** Oui. O.K. C'est parce que c'est un ensemble de moyens. Mme Sirois y a fait allusion tantôt. Je pense que les principaux agents recruteurs, ce sont des médecins eux-mêmes qui travaillent en région. Je le vois, puis, si, à un moment donné, dans d'autres régions... C'est sûr qu'à un moment donné on peut crier, appeler au secours, parce que je ne veux pas non plus dénigrer les autres régions qui soulèvent ou mentionnent les problèmes de recrutement qu'ils vivent, mais il y a une chose qui est certaine, c'est que, quand une équipe va bien et puis qu'on dit que ça

va bien, c'est sûr que les gens sont plus intéressés à aller travailler dans cet endroit-là que de dire que tout va mal, qu'on est surchargé, qu'on est débordé, que c'est l'enfer total. Moi, en tout cas, ça ne me tente pas d'aller travailler dans une région comme ça. Mais la principale raison, c'est justement l'équipe, le fait qu'un groupe de médecins soient accueillants. Et puis on fait le recrutement aussi.

L'autre élément le plus important, bien c'est les stages en médecine. Dans notre région, à Chibougamau et à Matagami, il y a des étudiants en médecine qui viennent effectuer des stages de résidence en médecine familiale. Et puis c'est sûr que c'est un apport finalement important de recrutement, mais ça se fait dans d'autres régions aussi. C'est que, au moment où ces gens-là font les stages — le groupe de médecins qui est là, quand on vous dit que c'est les meilleurs ambassadeurs — ces gens-là, de la façon qu'ils sont accueillis, de la façon aussi que la formation leur est donnée, qu'ils sont accompagnés justement durant leur stage, c'est que les gens ont le goût de revenir dans notre région. C'est ça. Si bien que nos effectifs en omnipratique sont complets et qu'il y a même quasiment une liste d'attente parce qu'il y a des gens qui veulent venir dans notre région et puis nos effectifs sont complets en omnipratique.

**M. Létourneau:** Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député d'Ungava.

**M. Létourneau:** Oui. L'autre question effectivement va toucher ce que votre directrice, Mme Sirois, a amené concernant, entre autres, la distance entre le pôle d'Amos, disons Amos-Montréal, et, de l'autre côté, le pôle du Saguenay—Lac-Saint-Jean par Roberval. C'est-à-dire qu'effectivement il y a des soins que les gens sont obligés d'aller chercher ailleurs que la région parce qu'on ne les donne pas en région.

Alors, ce que je voudrais savoir, c'est... Puis je me sens un peu pas en opposition, mais en parallèle avec... Vous parliez tantôt des nouvelles technologies qui représentent un peu l'avenir de la desserte dans notre région. Parce qu'effectivement ces nouvelles technologies là sont censées diminuer les distances, vont faire en sorte que, grâce à la télémédecine qui devrait se développer de plus en plus chez nous, entre autres, comme le télé-enseignement et ces choses-là, on devrait arriver à contrer nos distances.

Mais, dans la vraie vie, évidemment les distances existent pour les citoyens et les citoyennes du Nord-du-Québec. Les distances sont là. Les coûts augmentent. Je pense à l'essence, je pense aux différents déplacements. Les gens, pour aller chercher des services d'ORL, en état de crise — ces spécialistes-là ne sont pas chez nous — doivent quitter, aller faire 300, 400, 500 km aller-retour souvent, s'il n'y a pas la disponibilité du service immédiatement lorsqu'on arrive dans les régions limitrophes, obligés souvent de coucher sur place et revenir le lendemain matin. Donc, il y a des coûts familiaux, sociaux importants à vivre dans le Nord-du-Québec évidemment à cause de ces distances-là, même si la qualité de vie, je pense, est supérieure. Mais ça, c'est un long débat qu'on ne fera pas ici.

Mais je voudrais savoir comment, en fonction de vos politiques, vous aidez ou vous donnez un coup de main aux citoyens et aux citoyennes qui doivent faire ces nombreux voyages là pour des cas d'urgence, par exemple. Est-ce que vous trouvez que ces sommes d'argent là — parce que j'imagine qu'il y a des remboursements — sont suffisantes? Et est-ce qu'il y a d'autres moyens ou d'autres normes ou avez-vous des dossiers en cours qui feraient en sorte qu'on puisse rembourser ou contribuer à ce que les citoyens du Nord-du-Québec soient moins pénalisés peut-être là qu'ils pourraient l'être éventuellement?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Jules):** Premièrement, comme vous le savez sans doute, le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ont une politique de transport électif, qu'on appelle. Je pense que c'est à ça que vous faites allusion, M. Létourneau. Quand c'est des transports d'urgence ou des transports qui visent les personnes âgées, il n'y a pas de problème justement en termes de remboursement: c'est par avion ou par ambulance. Mais le transport électif, les services spécialisés qui ne sont pas disponibles dans notre région, c'est une problématique finalement qui est soulevée par notre population, à l'instar... J'ai lu à un moment donné que, quand les autres régions éloignées, comme l'Abitibi et la Gaspésie, la Côte-Nord, ont comparu devant la présente commission, elles ont soulevé le problème, elles aussi.

C'est que de plus en plus, finalement, avec cette politique de transport électif là, ça nécessiterait une révision assez importante de différents éléments dont je vais laisser Mme Sirois vous parler tantôt, puisque nous avons fait une démarche auprès du ministère. Au mois de décembre justement, là, on a présenté certains éléments de cette politique-là qui devraient être améliorés. Dans une région comme la nôtre, c'est rendu maintenant que la moitié des plaintes de la population, ça vise cette politique-là justement, l'insatisfaction en termes soit d'admissibilité, des gens qui ne sont pas admissibles parce que, la première norme, il faut qu'ils aillent chercher des services spécialisés à plus de 250 km. Donc, si on regarde Matagami et Lebel-sur-Quévillon, par exemple, qui sont à 180 ou à 220 km, ils ne respectent pas la norme. Donc, ils n'ont pas droit à des remboursements de leurs frais de déplacement pour aller chercher des services spécialisés à Val-d'Or, Amos ou d'autres régions. Si c'est à Montréal ou Québec, ça va, ils ont une compensation qui leur est allouée.

● (12 h 20) ●

Donc, comme je le mentionne, la population est de plus en plus insatisfaite de cette chose-là puis de plus en plus informée aussi, dans le sens où on dit: Si on est malade d'une maladie personnelle, on est mal pourvu finalement, parce que, si on a eu un accident d'auto, la Société d'assurance automobile est très généreuse par rapport à ce qui est donné dans la politique du ministère; la même chose au niveau de la CSST. Et puis même les bénéficiaires de la sécurité du revenu, finalement, ils ont droit à des allocations supérieures à M. et Mme Tout-le-monde, par exemple, en vertu de la politique de transport électif des malades.

Je laisserais Mme Sirois vous parler finalement des différentes mesures qu'on a proposées, nos demandes finalement qu'on a faites au ministère pour améliorer cette politique-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois, en complément de réponse.

**Mme Sirois (Guylaine):** Oui. Effectivement, la politique des cas électifs n'aide pas beaucoup notre population, dans un premier temps; dans un deuxième temps, n'aide pas beaucoup aussi notre organisation compte tenu que, lorsqu'il y a eu le transfert des budgets en 1994, le montant qu'on a reçu en fin de compte du ministère était de 71 421 \$, et, dès l'année suivante, on accumulait un déficit au niveau de l'organisation de 22 000 \$. Ne serait-ce que de couvrir la politique. Aujourd'hui, le déficit comme tel est de 169 767 \$ qu'on est obligé d'assumer à même notre budget de base d'organisation. Ça, c'est le volet organisation.

Le volet population, c'est beaucoup d'aspect humain et financier pour les familles. D'une part, on regarde les populations de Lebel-sur-Quévillon et Matagami qui, elles, ont à parcourir 150 km ou 185 km aller. Pour eux, il n'y a aucun sou qui est alloué, alors que les autres populations qui parcourent au moins 250 km ont un montant de 50 \$. Donc, pour un aller-retour, ça leur donne un 50 \$.

Ce qui a été adressé comme demande au ministère, bien, effectivement, c'est d'arriver au moins en équilibre budgétaire par rapport à la politique de cas électifs pour notre organisation; et aussi ça a été de demander au ministère de réviser, en fin de compte, l'allocation financière par kilomètre parcouru par les citoyens, c'est-à-dire de 0,10 \$ à 0,135 \$, ce qui représente un montant de 84 415 \$; aussi de donner la chance aux populations de Lebel et de Matagami d'être admissibles à cette politique-là, bien qu'elles n'aient pas à parcourir 250 km, du fait que, pour toutes les spécialités ou à peu près, elles ont à parcourir quand même un 300 km.

Aussi, ce qu'on demande, c'est, à partir du moment où les gens ont à se déplacer pour faire 500 km pour une consultation, de les aider au niveau des frais de repas, d'hébergement, donc un 100 \$ par jour, ce qui représenterait un 250 000 \$; et aussi d'aider les accompagnateurs pour des gens qui sont soit en détresse particulière, soit pour les gens qui accompagnent des enfants, personnes âgées, ou pour des suivis de maintien à domicile, ou accompagner quelqu'un qui prend des médicaments importants — ça, on l'estime environ à 7 000 \$.

Enfin, l'ensemble de la démarche représenterait un montant de 725 000 \$ pour en fin de compte aider minimalement les populations à avoir accès aux spécialités hors de la région.

Lors de la commission Clair, la tournée de la commission Clair, les gens nous ont vraiment présenté des cas vécus qui étaient touchants. Moi, je suis une nouvelle dans la région, depuis le 1er mai, puis ça m'a touchée énormément. Quelqu'un me disait: Bien, par exemple, on va pour un avortement, on a un 50 \$ pour aller à l'extérieur de la région, par exemple, pour une complication, eh bien, il faut que je fasse l'aller-retour

dans la même journée si je n'ai pas les sous pour être hébergée. C'est la même chose pour une chirurgie ou pour un accouchement hors région. Alors, c'est des cas difficiles, c'est aussi des cas... On parle de court terme, mais encore là j'ai eu un téléphone la semaine dernière, quelqu'un me disait: Bien, la personne, il faut qu'elle aille en attente à Montréal, comment elle va vivre? Alors, elle va recevoir seulement que 100 \$ pour son aller-retour, mais son temps d'attente va être d'un mois ou deux mois pour une greffe de foie. Alors, comment on va aider cette personne-là alors qu'on n'a pas le financement nécessaire et qu'ils sont des cas propres à la réalité de notre région? Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Sirois. M. le député d'Ungava.

**M. Létourneau:** Bien, simplement pour dire que, effectivement, je prends bonne note de ces spécificités-là. Et même au niveau... il y a peu de gens qui savent qu'au Québec... On parlait de nouvelles technologies, mais on parle souvent de téléphonie cellulaire, où il y a 80 % du territoire québécois actuellement qui n'est pas desservi par la téléphonie cellulaire. Il faut savoir ça, qu'en plus de ces distances-là à parcourir, il ne faut souhaiter à personne une crevaision ou quelque chose du genre, parce que, effectivement, il n'y a pas de moyen de contacter des gens pour avoir, je ne sais pas, moi, le CAA ou d'autres types d'organismes comme ça ailleurs. On ne pense pas à ça, et ça, c'est dans la réalité quotidienne.

Alors, moi, je vous remercie de votre contribution. Je salue encore le dynamisme des membres du personnel et de votre organisation et je suis convaincu que les membres de la commission sont sensibilisés à cet état de situation là, qui est particulier, et qu'ils vont sûrement contribuer à nous donner un coup de main pour résoudre nos problèmes. Merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. le député d'Ungava. Alors, étant donné qu'il ne reste que quelques minutes avant la suspension des travaux, je vais suspendre immédiatement les travaux de la commission. Nous reprendrons à 14 heures. Merci.

*(Suspension de la séance à 12 h 25)*

*(Reprise à 14 h 3)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission des affaires sociales poursuit ses travaux afin d'entendre le Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999, en application de l'article 530.80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Alors, nous avons terminé, lorsque nous avons suspendu nos travaux, avec les questions qui étaient posées par le député d'Ungava. Maintenant, je cède la parole au député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci, Mme la Présidente. Bonjour, et merci d'être venus, surtout avec un horaire

qui rallonge votre présentation. Je vous remercie grandement.

J'ai bien apprécié la discussion sur la main-d'oeuvre, sur les effectifs et la philosophie, notamment lorsqu'on a parlé des omnis, comme quoi ils étaient en nombre suffisant, ainsi que des aspects au niveau des bourses d'études, en fait des moyens qui ont été offerts, et je vais sans doute vous faire commenter là-dessus. Mais préalablement je voudrais peut-être revenir sur l'aspect des effectifs, et je vais me référer aux pages 18 et 19 du rapport 1999-2000 dans lequel... Pardon?

**Une voix:** Ce n'est pas celui-là qu'on étudie.

**M. Fournier:** Oui, c'est ça. Même si ce n'est pas celui qui est sous étude, il est néanmoins existant, et vous l'avez. On y décèle qu'effectivement, au niveau des omnis, ça va bien, la méthode à laquelle vous référiez, à savoir: Bien, les gens travaillent ensemble puis ils ont des échos positifs par rapport à leur occupation, et que ça fonctionne. Par ailleurs, il ne semblait pas que ce soit le cas pour l'ensemble des effectifs. Peut-être que vous pourriez nous dire un mot notamment des spécialistes et ensuite des infirmières.

J'ai noté, dans le rapport 1998-1999, des solutions envisagées à l'égard des infirmières auxiliaires et choses de la sorte, et ça m'intéresse particulièrement parce qu'il y a un débat actuellement justement sur les infirmières auxiliaires qui sont en formation et qui demandent l'aide gouvernementale au niveau d'une certaine aide. Alors, je serais intéressé de connaître les... C'est pour ça que... Tantôt, vous avez parlé de bourses d'études. Ça m'a fait penser à ça. Je serais donc intéressé de connaître cet aspect au niveau des infirmières, puis aussi vous entendre sur: pour ce qui est du contingent omni, ça allait, mais, chez les spécialistes, quelle est la situation, comment elle se vit, y a-t-il lieu à une amélioration de la situation.

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

**M. Pelletier (Jules):** Je peux répondre pour la partie des effectifs médicaux puis je laisserai Mme Doré vous parler des infirmières ou de la formation des infirmières auxiliaires.

Pour les médecins spécialistes, Mme Sirois tantôt vous a mentionné dans son exposé que la seule présence continue 365 jours par année que nous avons dans la région au niveau des spécialistes, c'était la chirurgie générale et l'anesthésie. C'est à Chibougamau. C'est le seul endroit, finalement, où on fait de la chirurgie générale et de l'obstétrique. Donc, ça nécessite aussi la présence d'anesthésistes.

Dans une région comme la nôtre, où il n'y a pas une forte concentration de population, c'est pratiquement impossible d'avoir, par exemple, deux anesthésistes, deux chirurgiens. Parce que travailler un seul chirurgien puis un seul anesthésiste 365 jours par année, c'est mission impossible, c'est trop lourd d'être continuellement en disponibilité en cas d'urgence. Donc, la solution qu'on a trouvée, qui a été installée chez nous, on appelle ça le «forfait réseau» finalement, où c'est une équipe de chirurgiens, une équipe d'anesthésistes qui

sont regroupés — il en vient d'un peu partout à travers la province — et puis ces chirurgiens et ces anesthésistes-là nous garantissent une présence 365 jours par année sur place. Ça fait que ça, c'est réglé, puis je ne pense pas qu'on puisse espérer un jour d'avoir un ou deux chirurgiens sur place, ça ne se pratique plus.

Il y avait le Dr Hudon, par exemple, qui pratiquait de cette façon-là à Chibougamau. C'était un chirurgien. Il a fait toute sa carrière là, mais il travaillait seul, puis de temps en temps il y avait un dépanneur qui venait le remplacer. Mais, oubliez ça, aujourd'hui, là, je ne pense pas qu'il y ait de chirurgien qui veuille s'astreindre à ce genre de pratique là. Donc, «forfait réseau», puis ça nous convient, je pense que le service est bon.

Dans les autres spécialités qu'on vous a mentionnées, on est toujours à la recherche d'un interniste, d'un médecin en médecine interne, et puis d'un psychiatre. Là encore, le psychiatre, là, la rareté des ressources, on doute qu'il y ait un psychiatre qui vienne s'installer à plein temps à Chibougamau ou pour desservir une population immédiate de... Avec les Cris des communautés autochtones, c'est une population d'environ 13 000 personnes. Ça fait qu'un psychiatre pour 13 000 personnes, qui va encore faire toutes les pratiques puis tous les cas, c'est douteux que quelqu'un vienne s'installer dans la région. Ça fait qu'on vise sur l'itinérance au niveau de ces spécialités-là, parce qu'on n'a pas assez de volume, finalement, pour amener plus qu'un spécialiste à venir s'installer dans chacune de ces disciplines-là.

Les autres spécialités... Je pense que j'ai fait le tour. Ça fait que c'est ça, un peu, notre réalité. On est à la recherche, comme on l'a mentionné tantôt, au niveau psychiatrique et puis au niveau de médecine interne. Sinon, il y a certains éléments que les médecins omnipraticiens, avec de la formation supplémentaire... Par exemple, si on regarde médecine interne ou un cardiologue qui ferait des examens, par exemple le tapis roulant, qu'on appelle, au niveau... faire une électrocardiographie à l'effort, donc, ça, c'est une couple de médecins omnipraticiens qui sont allés en formation à Montréal et puis qui ont développé ces habiletés, cette expertise-là.

On me glisse ici la néphrologie. C'est la même chose. On vient de faire une entente avec le Centre hospitalier universitaire McGill, le Montreal General Hospital plus particulièrement, justement pour qu'on fasse de l'hémodialyse à Chibougamau, ce qu'on fait depuis le début de janvier, et puis, par entente, justement le MGH nous couvre. Donc, il y a des néphrologues qui vont superviser le service qu'on donne à Chibougamau. Il y a nos médecins aussi qui sont allés à l'Université McGill justement pour avoir la formation de base pour faire le suivi de cette clientèle-là qui souffre d'insuffisance rénale. Je ne sais pas si ça répond à votre question.

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

**M. Fournier:** Oui, oui. J'aimerais ça entendre l'aspect infirmier.

● (14 h 10) ●

**Mme Doré (Sylvianne):** En ce qui concerne le personnel infirmier, vous aviez deux questions: les infirmières auxiliaires et les infirmières. Les infirmières, c'est plus dans notre stratégie à court terme et à long terme qu'on va résorber notre problème de recrutement. À court terme, on a... Vous avez eu les données du 20 juillet 2000 dans le rapport financier, mais je peux finir l'histoire en vous disant que fin août tous les points de services sur tout le territoire m'ont téléphoné puis m'ont dit: Ça suffit, les infirmières, on en a assez.

Donc, on n'a pas été en pénurie de ressources et on n'a même pas eu affaire à des agences, on était en personnel suffisant. Et nos stratégies de recrutement, elles vont redémarrer dès le début mars parce que c'est à ce moment-là que notre plan d'action entre en jeu. À partir du début mars cette année, on recommence notre stratégie de recrutement, qui a été fort efficace. Ça, ça va pour les infirmières licenciées.

Puis, bon, il y a le D.E.C. On va avoir 25 étudiantes de la région qui vont finir dans trois ans. On leur donne une bourse d'études, un incitatif pour rester dans notre région. Ce qu'on fait, c'est: on leur fait...

**M. Fournier:** ...auprès de la Régie?

**Mme Doré (Sylvianne):** Oui. C'est: à l'intérieur de l'addenda des ressources humaines, on avait des mesures actives, bon, pour la sécurité et la stabilité d'emploi qui n'ont pas pu se concrétiser, qui n'ont pas eu besoin de se concrétiser parce qu'il y a eu des départs à la retraite, tout ça, ce qui nous a permis d'avoir des économies à l'intérieur de l'addenda des ressources humaines. Et j'ai eu l'autorisation du ministère d'utiliser ces sommes-là, ces économies-là, si vous voulez, pour des mesures dites passives. Donc, les bourses d'études pour les infirmières, pour moi, c'est une mesure passive pour résoudre mon problème de pénurie de main-d'oeuvre occasionnée par la retraite puis, bon, les sécuritaires de l'emploi.

Donc, chaque étudiante reçoit une bourse de 500 \$ par session avec un engagement conditionnel à ce qu'elles viennent travailler chez nous à la fin de leurs études. Elles s'engagent pour trois ans chez nous. Puis c'est sûr que, dans le contrat, on dit que, si on n'a pas de travail à leur donner, bien là on va les libérer de leur engagement puis que ça va être offert au reste de la province. On a fait la même chose aussi en pharmacie. On a réussi à recruter un pharmacien comme ça.

Pour ce qui concerne les infirmières auxiliaires, c'est que, suite aux restructurations qu'on a faites, on avait des infirmières qui étaient sécuritaires mais pas en nombre suffisant pour partir une cohorte de recyclage d'infirmières auxiliaires. Donc, on a offert, sur une base volontaire, à toutes nos infirmières auxiliaires qui étaient intéressées de se joindre à ce groupe-là, pour réussir à avoir une masse critique pour avoir un groupe de recyclage en soins infirmiers, pour devenir infirmières. Et on a réussi à avoir six infirmières auxiliaires qui, en ce moment... Elles terminent au mois de mai cette année.

Puis les conditions, bien on a appliqué les mêmes conditions qui étaient prévues au SRMO, au Service régional de main-d'oeuvre, pour les sécuritaires. On l'a offert, ça, à l'ensemble des six infirmières qui

étaient en recyclage. Donc, ils avaient l'équivalent un peu de leur salaire, si vous voulez. C'était un montant forfaitaire, parce qu'ils ne sont pas salariés, ils sont aux études. Donc, on leur donnait un montant forfaitaire et puis... C'est nous autres... On a organisé, bon, les stages, tous les éléments, le logement, parce qu'il fallait qu'ils aillent faire des stages à l'extérieur de notre région. C'est notre service, aux ressources humaines, qui a tout, tout, tout vu à la logistique de ce groupe d'infirmières auxiliaires là. Donc, c'est comme ça qu'on a réussi à aller chercher... Dans notre région, il n'y a pas une infirmière auxiliaire qui peut dire qu'elle n'a pas eu un bon traitement pour son recyclage. C'est comme... Ça a été les conditions idéales qu'ils ont eu pour faire leur recyclage.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'est une région privilégiée, hein? Parce que, si ma mémoire est fidèle...

**Mme Doré (Sylvianne):** Une région qui se préoccupe de ses ressources.

**M. Fournier:** Je suis sûr qu'il y en a qui vont être à l'écoute.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Parce que, si ma mémoire est fidèle, récemment, on avait, il me semble qu'il y avait un article dans un journal où il y avait des infirmières qui étaient obligées d'abandonner faute de salaire.

**M. Fournier:** C'est elles et eux qui sont à l'écoute de ce que vous dites présentement, j'ai l'impression.

Je reviens sur les plans régionaux d'effectifs médicaux. Alors, prenons les omnis dont on parlait, qui sont en nombre suffisant, en fait, même un d'extra, si je comprends bien. Est-ce que ces plans-là sont en ce moment en révision? Et envisagez-vous de réviser à la hausse, à la baisse, de rester à peu près à la même hauteur?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Jules):** Actuellement, comme toutes les autres régions, je pense que c'est notre directeur des services professionnels qui agit, là, comme personne-ressource pour développer ça. Donc, lui, il a le mandat, justement de la part du ministère, de procéder à une révision. Là, je ne peux pas vous dire à ce stade-ci si on va demander des augmentations ou une... sûrement pas une diminution — ha, ha, ha! — une augmentation du nombre de ressources en omnipratique, je ne peux pas vous donner l'information à ce stade-ci.

**M. Fournier:** Mais vers quelle période vous pensez que votre nouveau plan actualisé sera prêt?

**M. Pelletier (Jules):** Je ne peux pas vous dire. Je ne le sais vraiment pas parce que je n'ai pas le calendrier en mémoire. Je sais que le Dr Deschênes, du ministère, il a consulté l'ensemble des régions justement

sur un échancier pour présenter une révision du plan régional des effectifs médicaux, mais je n'ai pas en mémoire les dates.

**M. Fournier:** Je vais nous aider. L'Abitibi, ce matin, disait qu'il pouvait être prêt au mois de mai, à peu près.

**M. Pelletier (Jules):** Nous autres, on va être prêts avant ça parce que c'est moins long que ça, parce que ce n'est pas long de faire le tour de la région.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** C'est excellent. Je nous annonce à l'avance que je vais donc vous écrire avant d'écrire en Abitibi.

**M. Pelletier (Jules):** On va avoir jusqu'au mois de mai. Ha, ha, ha! Non, non, ça va être rapide.

**M. Fournier:** D'accord. J'ai une autre question dans un autre ordre d'idées, si vous voulez.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Non, ça va. Ça peut aller, oui.

**M. Fournier:** Merci. Je posais la même question tantôt à l'Abitibi, puis ils nous parlaient aussi des coûts qui sont assez importants, en termes de transport, pour eux. Je crois comprendre que, pour vous, c'est pas mal la même réalité aussi, là: les coûts de transport sont élevés. Et je cherchais à savoir, pour l'Abitibi, maintenant pour vous, à combien vous pouvez évaluer les coûts de système. Lorsqu'on regarde... Par exemple, là, le gouvernement est en soi en train d'établir les crédits pour 2001-2002, et une considération qui va de soi pour un service comme le vôtre, c'est de dire: Bon, bien, je suis à combien cette année et ça va me coûter combien juste les augmentations salariales, les augmentations de chauffage, les coûts de transport, tout ça. Avez-vous évalué les coûts de système pour votre région, ne serait-ce que, par exemple, une habitude des dernières années, ou vous le savez déjà en termes de pourcentage sur votre budget?

**M. Pelletier (Jules):** Je n'ai aucune idée, M. Fournier, de ce que vont être les coûts de système. C'est sûr que, si on regarde finalement l'augmentation... Puis ça, je ne suis pas en mesure de faire l'analyse ici aujourd'hui. Il y a les choses au niveau salarial, mais ça, on peut les connaître justement en fonction des coûts des conventions collectives, et puis ça ne devrait pas dépasser 3 %, ça, sûrement. Je ne me souviens plus des augmentations salariales qui ont été consenties aux employés, mais ça, on peut le connaître de façon assez exacte, le coût des augmentations puis le coût des conventions collectives. Ça, c'est prévu. Et puis ça représente quand même un 80 % des coûts, ça, de fonctionnement au niveau de...

**Une voix:** ...

**M. Pelletier (Jules):** Pardon?

**Une voix: ...**

**M. Pelletier (Jules):** Non, mais c'est... pour le prochain budget. Au niveau des médicaments, je ne peux pas vous dire le taux d'augmentation qu'il va y avoir puis ce que ça représente. Je sais que c'est plus élevé, certainement, que les augmentations au niveau des salaires.

Et puis l'autre, au niveau des transports, bien c'est sûr qu'on fait face à une augmentation astronomique — il n'y a pas d'autre mot que ça — parce que... J'ai remis justement à M. Létourneau ce matin un document qui nous parvenait de notre infirmière responsable de notre point de services le plus au nord, qui est situé à Radisson, et puis, avec la concentration des transporteurs — auparavant il y avait Air Creebec, qui était une filiale ou affilié à Air Canada, et puis Inter-Canadien, puis maintenant il reste seulement Air Creebec — ça fait que les tarifs, ils ont augmenté, je pense qu'ils ont doublé. Il n'y a plus de réduction possible justement pour le transport des malades. Ça fait que, ça, c'est sûr que ça a un impact au niveau d'une région comme la nôtre, en termes de coûts, que je ne peux pas apprécier, je ne peux pas vous chiffrer aujourd'hui.

**M. Fournier:** Mais c'est un exercice, j'imagine, auquel vous procédez de façon habituelle.

**M. Pelletier (Jules):** Oui. C'est sûr que, nous autres, on est à l'étape... même, on a pris les devants, parce que tout notre processus de planification budgétaire est débuté depuis le mois de décembre. Et puis, avant même qu'on connaisse l'enveloppe des crédits — je sais que les parlementaires, vous autres, ça va sortir, là — avant qu'on nous donne quelle enveloppe qu'on a dans chacune des régions, déjà, nous autres, on va avoir fait notre évaluation justement des coûts pour l'an prochain.

Mais il y a... Mme Doré vous a l'exposé tantôt, au-delà des coûts de système, ce qui coûte le plus cher finalement dans le réseau, là — nous autres, on est rendu presque à un million sur 25 millions — c'est l'assurance salaire. C'est vraiment dramatique. Ça, c'est plus que l'augmentation des salaires, c'est plus que l'augmentation des médicaments. Ce qui coûte le plus cher, en tout cas dans notre région, c'est l'augmentation des coûts en assurance salaire.

● (14 h 20) ●

**M. Fournier:** Je vous prends au vol sur l'assurance salaire. Je reviens avec mon autre question qui est les coûts de système. Comme vous allez y arriver évidemment à la fin de votre exercice, est-ce que ce serait possible d'en transmettre l'information, sur votre évaluation des coûts de système, incluant notamment l'aspect transport? Vous allez faire probablement le même nombre de transports. Quand on regarde les coûts de système, on dit: Pour le même nombre de services, combien ça me coûte de plus? Je serais intéressé de le savoir pour votre région et les régions qui ont à subir ces trajets-là puis ces hausses-là. Est-ce qu'il serait possible d'avoir les papiers?

**M. Pelletier (Jules):** D'accord.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je comprends que, dès que l'exercice sera terminé, vous ferez parvenir au secrétariat de la commission les données disponibles.

**M. Pelletier (Jules):** C'est noté, Mme la Présidente.

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

**M. Fournier:** Merci beaucoup. Ce qui m'amène à ma dernière question pour l'instant, ce qui m'amène à l'assurance salaire dont on parlait tantôt. Est-ce que c'est une problématique que vous suivez depuis quelques années, qui vous permet de voir qu'il y a une progression? Êtes-vous capable de faire une tendance, et, si oui, avez-vous des documents qui établissent la progression sur plusieurs années?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Doré.

**Mme Doré (Sylvianne):** Dans le document que je vous ai acheminé, vous allez voir, à la page 3, le ratio d'heures travaillées et le ratio d'heures en assurance salaire puis vous allez voir qu'on a pris une tangente. Une augmentation de 72 %, ce n'est pas rien, là, c'est dramatique chez nous. La tangente, c'est... Puis c'est pour ça un petit peu, quand je vous parlais des trois stratégies qu'on a mises en place... C'est que je ne pense pas qu'il y ait aucun établissement, qu'il y ait aucune organisation, à nulle part dans le monde, qui soit capable de régler les problèmes de cancer ou les problèmes de santé physique qu'on retrouve chez nos travailleurs. À ce niveau-là, on n'y peut rien. Si on a des employés qui subissent ces maladies-là, il faut payer, on n'y peut rien, on n'a pas de pouvoir là-dessus.

Il y a une partie, par exemple, où on a un pouvoir, c'est venir en amont des problèmes. Quand on parle d'un milieu de travail sain, quand on parle de la fierté de travailler, quand on parle de retrouver un sens au travail, bien je pense que c'est des éléments essentiels pour une santé mentale adéquate au travail et dans la vie de tous les jours. Puis je pense que c'est ce bout-là, comme organisation, qu'on peut faire. Quant au reste...

**M. Fournier:** Êtes-vous capable de faire un peu d'historique, de pouvoir voir le moment d'origine où l'assurance salaire était l'indicateur qui dénote une démobilisation ou, en tout cas, une frustration? Êtes-vous capable de dire: Bon, bien, en regardant la progression de mes coûts, ça commence en 1996, ça commence en 1992, ça commence...

**Mme Doré (Sylvianne):** Vous allez voir dans mon graphique, là, c'est pas mal en dents de scie. Et puis j'ai même regardé, j'ai fait des comparatifs même au niveau mondial, et puis on ne peut pas vraiment attribuer ça... En tout cas, ça serait facile de dire: Bon, oui, il y a eu les restructurations, oui, ça a affecté certaines personnes, sauf que ça va plus loin que ça, c'est plus profond que ça. Je pense que c'est chaque individu... Dans le monde actuel, en l'an 2000, avec tous les changements, tous les bouleversements sociaux, pas

juste au travail, c'est ces bouleversements sociaux là, pour chacun des individus, qui amènent ce genre de problématique là. Puis je pense que, comme employeur, on a une responsabilité de prendre soin de nos gens aussi puis de les outiller à faire face aux problématiques qu'ils vivent en l'an 2001. C'est plus dans ce sens-là qu'on va agir.

**M. Fournier:** Je regarde les graphiques. Effectivement, ça monte et ça redescend; ça monte, ça redescend.

**Mme Doré (Sylvianne):** Ça remonte plus haut.

**M. Fournier:** Bien, oui, là ça remonte, ça remonte, mais justement je vois 1999-2000, qui est le dernier «peak», bien que vos chiffres ne soient pas... Et puis c'est normal, 2000-2001 n'est pas fait. Est-ce que vous considérez qu'on est à la même égalité que 1999-2000? On est-u...

**Mme Doré (Sylvianne):** Pour 2001, non.

**M. Fournier:** On va redescendre.

**Mme Doré (Sylvianne):** On augmente encore un petit peu.

**M. Fournier:** Ça augmente encore? Il y a une pointe qui va se prolonger, là?

**Mme Doré (Sylvianne):** Sauf que, comme je vous le disais, on a une petite masse critique, hein? Puis les problématiques de santé... On a eu à faire face à des problématiques de santé assez graves au niveau physique chez certains de nos employés. Mais il suffit d'un qui a une pathologie grave, que là ça fait monter mon graphique en flèche.

**M. Fournier:** Je vous remercie beaucoup.

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

**M. Labbé:** Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Bouillon, toute l'équipe, merci d'être venus nous faire cette présentation-là. Ça nous permet de connaître un comté, en fait un secteur, qu'on ne connaissait probablement pas. En tout cas, dans mon cas, je ne le connaissais pas, puis, avant d'y aller, ce n'est pas évident non plus, il faut y penser deux fois. Alors, là-dessus, on apprécie énormément que vous soyez venus nous voir.

Moi, ce qui m'intéresse, c'est peut-être la partie du rapport de Mme Doré. Ça va être complémentaire un petit peu à ce que mon collègue vient de mentionner. Quand on parlait de départs, en fait de 94 départs, donc 20 % du personnel, c'est quand même beaucoup. Moi, j'aimerais qu'on aille un petit peu plus loin là-dedans pour vérifier avec vous... Parce que vous avez établi un programme d'aide aux employés qui est exceptionnel, je pense, qui est très bien structuré, les gens l'utilisent. Je regardais à la page 6 de votre document, il y a eu quand même plusieurs heures, il y a, pour certains employés, 5,98 heures durant lesquelles ils l'ont utilisé, ce qui est

quand même très intéressant. Donc, il est accessible, les gens s'en servent à ce moment-là.

Mais là la raison qui me porte à aller plus loin dans le dossier, c'est: Qu'est-ce qui fait que, par rapport à votre région — puis je vais comparer... sans comparer à l'Abitibi, là, je ne veux pas qu'on parle de l'Abitibi, mais c'est une région éloignée aussi d'une certaine façon — qu'est-ce qui vous distingue, vous autres, votre région comme telle, par rapport aux raisons qui font que vos employés... Vous avez parlé que vous avez des problèmes de cancer, de santé, des choses comme ça. Mais, quand on parle de partir de votre région puis de s'en aller ailleurs, 20 %, c'est-u quelque chose qui est récurrent à chaque année? On parle-tu de 20 %, un roulement de 20 % d'employés? C'est-u quelque chose qu'on peut voir, en termes de courbe? Ça, c'est ma première question.

Deuxièmement, quand les gens partent, je comprends qu'il peut y avoir des intérêts pour les grandes villes, des choses comme ça, ou des incitatifs monétaires, mais ça ne peut pas être pour le 20 % au complet. Alors, qu'est-ce qui fait... J'aimerais, dans le fond, que vous me parliez un petit peu de votre particularité à ce niveau-là, parce que, au niveau des ressources humaines, de planifier, si on a un roulement de 20 % d'employés, c'est quelque chose à gérer, ça. Alors, je ne sais pas qui peut me répondre là-dessus.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier. Mme Doré.

**Mme Doré (Sylvianne):** En ce qui concerne le taux de roulement, c'est pour ça aussi qu'il fallait cibler nos futurs employés locaux. Le gros problème qu'on a, c'est qu'on va recruter à l'extérieur des gens qui, comme moi, sont pleins de bonnes intentions — je viens de l'extérieur moi aussi — sauf que ceux dont la famille vient de l'extérieur, c'est sûr que leurs racines, ce n'est pas à Chibougamau, ce n'est pas à Radisson et ce n'est pas à Lebel-sur-Quévillon. Donc, si tu n'as pas un conjoint qui travaille, si le contexte économique ne fait pas en sorte que ça garde nos employés chez nous, bien ils vont être portés à retourner dans leur région d'origine ou dans un centre plus urbain. Ça fait que c'est pour ça qu'on a misé sur des futurs employés qui viennent de la région et qui sont natifs de la région. Moi, je crois beaucoup au développement par les régions. C'est un des facteurs les plus importants. Puis il y a le contexte économique.

**M. Labbé:** Est-ce que ça répond bien quand même, parce que je sais que vous avez un système de bourses actuellement pour aider, favoriser ça, à ce que les jeunes de l'endroit ou les gens de l'endroit puissent se perfectionner à partir de l'endroit justement, puis ça les retient dans la région, ou si vous prévoyez que vous aurez toujours un roulement de 20 % ou de 15 %, que vous êtes tenus à ça?

**Mme Doré (Sylvianne):** Notre but, c'est de le diminuer, mais, il faut être réaliste, dans ces régions-là, il faut s'attendre à un taux de roulement.

**M. Labbé:** O.K. Peut-être M. Bouillon, monsieur...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier, en complément.

**M. Pelletier (Jules):** Comme information complémentaire, si vous le permettez, Mme la Présidente, c'est que, à Chibougamau proprement dit, aussi il y a eu plusieurs fermetures de mines durant les dernières années. Donc, il y a plusieurs personnes qui ont quitté. Les conjoints quittaient. Donc, le conjoint qui travaillait pour nous, il a quitté la région aussi. Ça fait que ça, c'est un autre... Ce n'est pas l'unique raison...

**M. Labbé:** Mais c'est un facteur qui peut expliquer que dans votre région, là...

**M. Pelletier (Jules):** C'est un facteur important, oui. Il y a diminution de l'activité économique dans la région, donc il y a plusieurs personnes qui quittent.

**M. Labbé:** O.K. Toute la notion de motivation — je sais que vous revenez souvent là-dessus — par rapport à l'attachement des employés, c'est-u relié à des problèmes spécifiques au niveau de la région ou si c'est...

**Mme Doré (Sylvianne):** Non, c'est qu'on veut avoir une...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Doré.

**Mme Doré (Sylvianne):** Merci. Ce qui attire les gens à travailler en région, c'est d'être différent des grands centres, c'est d'avoir un travail différent avec un esprit de travail différent. Quand je disais: On a comme valeur de donner des services profondément humains, bien ça donne un sens à ces professionnels-là qui viennent travailler chez nous. Puis c'est comme ça, avec un projet d'entreprise comme ça, qu'on va pouvoir attirer de la main-d'oeuvre, puis qui rend ça intéressant tant pour les médecins que pour les infirmières: d'avoir un milieu de travail sain avec des valeurs auxquelles ils adhèrent puis qui donnent un sens à leur travail. Je pense que, si tu travailles dans un milieu intéressant, tu vas être porté à rester plus longtemps.

**M. Labbé:** À vous entendre parler, en tout cas, c'est rassurant, parce que vous avez l'air convaincue.

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

**M. Labbé:** L'autre élément que...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Un instant! M. Bouillon, vous voulez ajouter quelque chose?

**M. Bouillon (Jean-Jacques):** Oui, juste un petit point. Je dirais, moi, que, aussi, il y a le fait que la région est neuve, que la population, on commence à avoir des aînés qui commencent à demander des services sur place. Donc, là les jeunes, c'est la deuxième génération qui reste là. Donc, ils sont plus intéressés à

ne pas s'en aller. Donc, ils vont demander plus de services sur place puis ils aiment mieux le coin.

**M. Labbé:** Rester là, à ce moment-là.

**M. Bouillon (Jean-Jacques):** C'est ça.

**M. Labbé:** Peut-être deux petites questions d'information — ça me répond très bien, merci: La proportion de la population qui est dans les zones urbaines chez vous, parce que vous avez un grand territoire, avez-vous une idée à peu près? C'est-u 80 % dans l'urbain, dans les cinq municipalités qui sont un peu plus grosses?

**Mme Doré (Sylvianne):** Il n'y a que ça. 100 %.

**M. Labbé:** Il n'y a que ça?

**Une voix:** Oui.

**M. Labbé:** Il n'y a pas de petits villages, tout petits, pour rester. On parle de...

**Des voix:** ...

**M. Labbé:** Oui, oui.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Non, c'est une bonne question. M. Pelletier.

**M. Labbé:** C'est une excellente question, Mme la Présidente.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

● (14 h 30) ●

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'est une bonne question, M. le député de Masson.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Pelletier (Jules):** C'est ça. C'est que je vous ai nommé tantôt dans ma présentation, finalement, si on peut appeler ça milieu urbain, là, il faut s'entendre.

**M. Labbé:** Je comprends.

**M. Pelletier (Jules):** Parce que, si on prend la ville de Chapais avec 2 000 et quelques habitants, Matagami aussi, Lebel-sur-Quévillon, 4 000 environ, Chibougamau, 8 500, les autres agglomérations ou localités, là, il y a Radisson où il y a 500 personnes, Villebois, Val-Paradis, Beaucanton, là, qui sont au nord de La Sarre où c'est 1 200 environ, il y a à peu près 300, 400 personnes dans ces villages-là. Puis les villages... Parce que ça, c'est un milieu rural, vraiment, parce qu'il y a des rangs aussi, là.

**M. Labbé:** Oui, c'est ça.

**M. Pelletier (Jules):** C'est le secteur où c'est zone agricole, si vous voulez, forestière.

**M. Labbé:** Vous avez compris que ma définition d'urbain, dans votre cas, ce n'était pas la même qu'à Montréal, par exemple.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Labbé:** Mais vous répondez très bien. L'autre élément, c'est une question, c'est dans le document, sur la page 11, au niveau des subventions aux organismes communautaires par programme. Si je remarque, c'est... Je ne sais pas si vous avez le même document que moi, là. C'est peut-être juste une question d'information.

**Une voix:** ....

**M. Labbé:** Oui, c'est parce qu'à un moment donné on me parle... Dans les années 1997-1998, il y a une augmentation, là, au niveau des hors programmes. On part de 17 000 \$ à 172 000 \$. Par coeur, vous souvenez-vous un petit peu c'est quoi, madame?

**M. Pelletier (Jules):** C'est dans le rapport financier annuel?

**M. Labbé:** Oui, on parle des subventions aux organismes communautaires, par programme.

**Une voix:** Quelle année?

**M. Labbé:** Alors, moi, je parle de 1997-1998 et 1998-1999. Prenez votre temps, madame, il n'y a pas de problème.

**M. Pelletier (Jules):** Moi, je peux commencer à vous répondre, si vous le permettez, Mme la Présidente.

**M. Labbé:** Oui, c'est ça. Probablement que...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous pouvez y aller, monsieur, si vous pouvez donner un élément de réponse.

**M. Pelletier (Jules):** Les subventions aux organismes communautaires, là, si je me souviens, là, durant la dernière année ou l'année en cours, je pense qu'on est rendu à 1,3 million de contribution.

**M. Labbé:** Vous êtes excellent, c'est en plein ça.

**M. Pelletier (Jules):** Là-dedans, un million... De comment je me suis trompé, là?

**M. Labbé:** 304 000 \$. Vous vous être trompé de 4 000 \$.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Pelletier (Jules):** Et puis, là-dessus, c'est sûr qu'il y a un programme qu'on appelle soutien aux organismes communautaires, le SSOC, là. Et puis, ensuite de ça, il y a des programmes aussi, il y a des

fonds affectés, là, à certains programmes, par exemple au niveau alcoolisme, toxicomanie, au niveau gouvernemental.

**M. Labbé:** Il y en a un qui est plus précis.

**M. Pelletier (Jules):** Oui?

**M. Labbé:** Ma question, c'est celui qu'on appelle hors programme. C'est pour ça que je voulais vous poser la question.

**M. Pelletier (Jules):** Ah! O.K.

**M. Labbé:** Qu'est-ce qui fait que le hors programme part de 17 000 \$ à un moment donné puis il monte à 172 000 \$? C'est-u que vous avez créé d'autres types de problématiques, ou c'est-u pour le transport, ou c'est...?

**Mme Sirois (Guylaine):** Non.

**M. Labbé:** Non.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois.

**Mme Sirois (Guylaine):** C'est les sources de fonds, en fait. C'est que les organismes communautaires sont financés via SSOC, qui est le fonds du ministère. Ensuite, il y a eu un fonds dégagé via la transformation, qui est la réallocation budgétaire, et le hors programme, ce sont les fonds affectés, ce sont les différentes enveloppes qu'on reçoit du ministère, qui sont taguées pour, en fin de compte, des activités ou de l'intervention spécifiques.

**M. Labbé:** Spécifiques mais qui ne sont pas dans celles qui sont déjà enregistrées.

**Mme Sirois (Guylaine):** Tout à fait. Puis à ce moment-là il y a des activités qui sont dévolues aux organismes communautaires, où on a fait du partenariat avec le communautaire pour assurer le service à la population.

**M. Labbé:** O.K. En mémoire, est-ce que vous en avez un, par exemple, qui s'est démarqué, en termes de montants ou en termes d'organisation, qui était hors programme comme tel, un organisme?

**Mme Sirois (Guylaine):** Oui, on en a. On a, par exemple, le Petit train, à Chapais, qui offre des ateliers de stimulation précoce ou de soutien aux troubles de langage. On a la même chose au Mirador des marmots à Chibougamau.

**M. Labbé:** Parfait, madame, merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. C'est complété, M. le député de Masson, ou vous avez d'autres questions?

**M. Labbé:** C'est beau, madame, merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** C'est terminé. Je vous remercie. Alors, M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci beaucoup pour vous être déplacés ici et pour votre excellente présentation et votre travail dans notre système de santé et services sociaux.

Habituellement, je commence avec une question sur les listes d'attente pour la protection jeunesse...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** ...mais je ne peux pas avec votre centre, parce que, si j'ai bien compris... Et je vais vous donner une chance de juste expliquer comment ça marche. Et, si vous pouvez nous donner, pas juste avec les chiffres, mais d'une certaine façon évaluer comment ça marche, est-ce qu'il y a les problématiques, comment ça marche chez vous, est-ce qu'il y a une liste d'attente, etc.

Et je voudrais aussi peut-être... Je voudrais aussi vous donner une chance de discuter un peu le phénomène qui inquiète tout le Québec, même cette commission parlementaire a eu un mandat d'initiative, sur les questions de suicide. Et vous avez eu une très, très, très grande tragédie chez vous. Et je voudrais soit parler peut-être en général et sur la jeunesse. Et particulièrement je pense que vous être peut-être très bien placés d'expliquer peut-être pas toutes les raisons pour cette terrible tragédie, mais qu'est-ce que la région est en train de faire pour aider la communauté et aussi de faire de la prévention plus tard. C'est un peu vaste comme question, mais je pense que vous comprenez, en général, qu'est-ce que je cherche.

**M. Pelletier (Jules):** Oui, je comprends très bien. Je peux vous...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, M. Pelletier, à vous la parole.

**M. Pelletier (Jules):** Je vais commencer, si vous me permettez, Mme la Présidente, à parler du dossier de façon générale, globale, puis je laisserai la parole à madame... Dre Blandine Piquet-Gauthier vous parler justement de l'épisode de suicide qu'on avait eu à Lebel-sur-Quévillon.

**M. Williams:** Oui, oui.

**M. Pelletier (Jules):** C'est à ça, je pense, que vous faisiez référence, M. Williams.

**M. Williams:** Oui.

**M. Pelletier (Jules):** O.K. Au niveau des services jeunesse dans notre région, premièrement, si vous pensez en termes de centre jeunesse comme tel, là, de liste d'attente, des enfants qui ont des difficultés, c'est sûr que vous ne retrouvez rien dans notre région, puisque les services sont actuellement donnés encore par l'Abitibi et par le Saguenay—Lac-Saint-Jean. C'est les dernières responsabilités finalement qu'il nous reste

à rapatrier des autres régions voisines pour qu'on se donne nous autres mêmes les services dans notre région. Ça, ça devrait être fait d'ici quelques mois, parce que les négociations se poursuivent avec les régions voisines.

Tantôt, au niveau des services comme tels, ça, c'est... Les jeunes en difficulté. Mme Sirois vous a mentionné tantôt que le groupe Lebon, qui ont enquêté justement sur les services donnés, services jeunesse donnés en CLSC, Mme Sirois vous a donné des chiffres assez frappants tantôt, que dans notre région on dépense un 200 \$ per capita alors que la moyenne provinciale tourne autour de 90 \$, 98 \$. C'est le double, finalement.

**M. Williams:** Je présume que vous ne dites pas que c'est trop, là!

**M. Pelletier (Jules):** Non, je vais vous expliquer pourquoi. Ha, ha, ha!

**Une voix:** On ne dépense pas pour rien.

**M. Pelletier (Jules):** Il y a des explications à ça. Je pense à... Bien, premièrement, on a beaucoup, beaucoup de jeunes, là. Donc, on a une forte proportion de jeunes pour la population. Je ne me souviens pas des données exactes, là, mais c'est sûr qu'on a beaucoup plus de jeunes dans notre région que par rapport à l'ensemble du Québec. Autre élément important, c'est que la commission Clair, je pense que c'est la première déclaration qu'ils disent, ils croient à la prévention, puis la prévention dans son sens large. Donc, ça commence, ça, auprès des jeunes.

Nous autres, quand on a fait la transformation dans notre région, on a fait des économies appréciables, dont on vous a fait part tantôt, au niveau des services administratifs, au niveau du personnel d'encadrement. Donc, on a dégagé des sommes qui étaient beaucoup plus importantes que les contraintes budgétaires qui nous étaient données à ce moment-là pour contribuer à l'assainissement des finances publiques, à la grandeur de la province. Donc, notre région, on a presque doublé le montant d'économies, puis on les a réinvesties, nous autres, dans des mesures de prévention au niveau scolaire, au niveau des intervenants sociaux, au niveau des services à la jeunesse plus particulièrement. Puis, comme ailleurs dans la province, c'est sûr qu'on a diminué les services ou les frais en milieu hospitalier avec le virage ambulatoire qu'on a fait, comme toutes les autres régions. Donc, ce qui explique qu'on a pratiquement le double d'investissements pour des services jeunesse en CLSC dans notre région par rapport au reste de la province.

Puis on me dit ici, c'est ça, que, dans notre région, la population de 0 à 19 ans, ça représente 33 % de la population. Donc, une personne sur trois a 19 ans et moins.

Pour l'explication sur le suicide comme tel, la situation au niveau de la santé psychologique de notre population, je laisserais Mme Piquet-Gauthier répondre, si vous le permettez.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Piquet-Gauthier.

**Mme Piquet-Gauthier (Blandine):** Je dois dire que, bien avant la crise qu'on a vécue à Lebel au mois d'octobre, on était déjà inquiet de ce problème de suicide dans la région parce que... Et on avait, à l'aide du programme de subventions en santé publique, fait une recherche pour essayer d'identifier un peu les causes et puis de tracer un peu le portrait de cette personne qui se suicide, pourquoi elle se suicide.

Donc, ce qu'on avait déjà analysé, c'est qu'évidemment 30 % de ces suicides-là étaient chez des moins de 25 ans, que plus de la moitié étaient par arme à feu, ce dont on se doutait un peu étant donné que la population est majoritairement chasseur — on sait que la disponibilité des moyens aide beaucoup. Cette recherche voulait nous aider à cibler nos interventions, pas faire tous azimuts. On avait aussi développé des stratégies de promotion de la santé qui visaient à renforcer le tissu communautaire à l'intérieur de ces différentes collectivités, par le biais également des écoles.

● (14 h 40) ●

Bon, on a eu cette crise au mois d'octobre, le sixième suicide en 10 mois dans une petite municipalité, tous de la même façon — on connaît l'effet d'entraînement que ça a — c'était tous par pendaison, le dernier étant extrêmement jeune. Et ça a eu une conséquence — je dirais à tout malheur, il y a un effet positif — c'est que la population s'est mobilisée. La population de Lebel-sur-Quévillon est une population un petit peu particulière: c'est un très, très haut niveau de vie — je crois que c'est la quatrième ou la cinquième municipalité en termes de niveau de vie au Québec — c'est des gens riches, mais les parents travaillent, en général, tous les deux. Donc, les parents avaient l'impression qu'en donnant à leurs enfants tout ce dont ils avaient besoin, à savoir les jeux vidéo, Internet, l'ordinateur, la télévision, etc., les enfants avaient tout ce dont ils avaient besoin. Finalement, le manque de réseau social, le manque de tissu social, de réseau d'entraide, etc., a fait que tout le monde était isolé. Cette crise a permis de réaliser ça, et la population s'est mobilisée.

Là, on est en train de développer des services style pair aidant. À l'intérieur de l'école, on avait des jeunes qu'on qualifie de leaders, un peu, qu'on identifie... qui auparavant étaient formés dans la prévention des MTS et du sida et qu'on va former justement à l'écoute pour dépister ces signes annonciateurs. Parce que la plupart du temps, et on l'a vu dans notre étude, les personnes qui se sont suicidées avaient donné des signes, avaient parlé. Donc, ce qu'on veut faire, c'est bien stimuler toutes les personnes qui peuvent être des personnes-ressources à l'écoute des gens qui pourraient en avoir besoin. En plus, on a une ligne téléphonique 24 heures par jour, sept jours par semaine pour les appels, et on essaie de bâtir sur la mobilisation de la population, faire des activités pères-fils pour resserrer les liens à l'intérieur des familles et à l'intérieur de la communauté elle-même.

Il faut vous dire que — on en a déjà parlé, mais... — dans la région Nord-du-Québec, c'est cinq collectivités très, très isolées les unes des autres et très différentes. Donc, on ajuste un peu nos stratégies d'intervention en fonction du genre de milieu.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, Mme Piquet-Gauthier. M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Oui. Merci et bonne chance avec vos affaires. Je pense que c'est un dossier qui préoccupe tous les députés partout au Québec, et j'ai voulu juste profiter de mieux comprendre qu'est-ce qu'on peut faire collectivement. Peut-être, plus tard, vous pourrez déposer, juste pour notre éducation, un peu, les stratégies que vous avez décidées de mettre en place, parce que, oui, chaque territoire est différent, mais aussi on peut apprendre des choses ensemble, et je pense que c'est unanime des deux côtés. Merci pour votre réponse.

J'ai eu, avec les autres régies, une autre question typique que je ne peux pas demander non plus chez vous. C'est les listes d'attente, encore, sur les déficiences intellectuelles et les déficiences physiques. Souvent, j'ai utilisé les chiffres que j'ai reçus par l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. Je sais que vous avez aussi mentionné qu'en octobre 1998 vous avez rapatrié le travail pour les déficiences intellectuelles. Je voudrais aussi donner un... Je sais que vous avez mentionné ça un peu dans vos remarques, mais la situation, une espèce de bilan: qu'est-ce qui se passe chez vous sur les déficiences intellectuelles et les déficiences physiques et ce sont quoi, les lacunes, ça prend combien pour peut-être remplir les services que vous ne pouvez pas donner à cause du manque de ressources.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Pelletier.

**M. Pelletier (Jules):** O.K. C'est ça. C'est parce que je ne me souviens pas de ma réponse textuellement que je vous avais faite. Je pense que vous nous aviez écrit, je pense, à l'ensemble des régions, M. Williams, à ce sujet-là...

**M. Williams:** Oui.

**M. Pelletier (Jules):** ...au mois de novembre ou décembre.

**M. Williams:** Et merci pour... Je m'excuse de ne pas le mentionner. Merci. Je n'ai pas reçu une réponse de chaque régie, mais j'ai reçu une de vous. Merci.

**M. Pelletier (Jules):** Moi, je me souviens de vous avoir répondu...

**M. Williams:** Oui, oui.

**M. Pelletier (Jules):** ...qu'on n'avait pas de centre de réadaptation dans notre région. Mais je profite de votre question quand même pour vous signaler une anecdote. Je pense qu'il va falloir qu'on règle ça à plus long terme, là. On n'a pas de centre de réadaptation physique dans notre région. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean, il vient d'avoir quelques lits, justement, de réadaptation physique intensive. Et puis il y a eu un cas, justement, que... Vous connaissez la filière. À un moment donné, une famille, par exemple, ils se sont adressés au bureau du député parce qu'il y avait un de

leurs membres qui avait eu un accident d'auto, qui a été hospitalisé ici, à Québec, avait été traité à Québec, et puis il était à un centre de réadaptation. C'est François-Charron à Québec?

**Une voix:** Oui.

**M. Pelletier (Jules):** Et puis là on voulait le retransférer finalement dans sa région, mais, dans la région, nous autres, on n'en a pas, au niveau du Nord-du-Québec. Donc, ils voulaient le transférer au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean, bien ils ont dit: Bien, nous autres, on n'a pas de place pour le Nord. Ça fait qu'ils étaient prêts à le transférer à Baie-Comeau. Ça fait qu'il a fallu faire des interventions pour corriger ça.

Et puis ça, c'est une chose qu'il va falloir qui soit clarifiée, là. Je n'amène pas ça aujourd'hui parce que vous posez la question, c'est le type de problème qu'on a à régler, là. Mais ça, il s'agit juste de clarifier ça avec les régions voisines et puis avec le ministère. C'est que, si le Saguenay—Lac-Saint-Jean, par exemple, ils ont des lits de réadaptation physique intensive, c'est aussi pour desservir d'autres régions qui, faute de volume... On ne peut pas avoir un centre de réadaptation dans notre milieu. Ça fait que...

**M. Williams:** Avec ça, ce n'est pas...

**M. Pelletier (Jules):** Pardon?

**M. Williams:** Ce n'est pas votre intention de rapatrier ça comme vous avez fait avec la déficience intellectuelle.

**M. Pelletier (Jules):** Non. Non, parce qu'il n'y a pas de volume.

**M. Williams:** Correct.

**M. Pelletier (Jules):** Il n'y a pas de volume suffisant pour justifier de... C'est parce que c'est toute une équipe qui doit soutenir ça. C'est des psychologues, c'est des thérapeutes, c'est des prothésistes. On ne peut pas, nous autres... On n'a pas de volume, on n'a pas suffisamment d'accidentés, par exemple, dans notre région pour se doter d'un tel service de réadaptation physique intensive.

Pour les services en déficience intellectuelle, je ne suis pas en mesure... Je ne sais pas si un de mes collègues peut répondre, là, mais je ne suis vraiment pas en mesure de répondre. Je ne connais pas assez le dossier pour vous répondre.

**Mme Sirois (Guylaine):** Bien, je peux avancer une réponse.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois.

**Mme Sirois (Guylaine):** Effectivement, au niveau de la déficience intellectuelle, on offre des services actuellement via les associations de personnes handicapées. Toutefois, avec la nouvelle somme qu'on

vient de recevoir du ministère, qui est 50 000 \$, récurrente, à partir du 1er avril, on est en train de dessiner, en fin de compte, des activités de centre de jour.

Toutefois, lorsqu'on regarde les problématiques plus aiguës au niveau de, je dirais, les services spécialisés de réadaptation, comme, par exemple, des enfants qui ont des problèmes d'autisme, là aussi on a des difficultés au niveau des corridors de service, par exemple avec l'Abitibi-Témiscamingue où on a eu, déjà, là, la semaine dernière trois téléphones concernant trois enfants qui ont été nouvellement dépistés.

Alors, dans ces cas-là aussi, il va falloir bien identifier avec notre région limitrophe comment on va travailler ensemble puis quel genre d'apport la région voisine est en mesure de nous donner. Parce que souvent les régions voisines, ce qu'elles nous disent: Bien, on a les sommes pour notre région mais on n'a pas les sommes pour votre région, alors on va vous charger. Ça fait que là aussi, si, à chaque fois qu'on va à l'extérieur de la région pour que notre population reçoive des services, il faut nous-mêmes, comme organisation, déboursier les sommes, à ce moment-là, ça veut dire que notre budget va en souffrir. Et on n'a pas le budget de fonctionnement qui a été, en fin de compte, planifié de cette façon.

**M. Williams:** Je voudrais juste bien... Je pense que vous avez dit une chose assez importante sur le financement. Vous avez une relation avec au moins une autre régie, mais peut-être deux, vous n'avez pas le financement à cause de ça. Les deux autres régies disent qu'elles n'ont pas le financement non plus. Avec ça, si j'ai bien compris, vous tombez entre les deux chaises?

**Mme Sirois (Guylaine):** C'est que, lorsqu'il y a eu la création de notre région, il y a une partie des services qui ont été rapatriés pour créer la nouvelle région. On a eu les sommes d'argent qui allaient avec ça. Mais il y a des services qui sont restés dans les régions d'origine—celles du Saguenay—Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue. Et des établissements de ces régions-là vivent des difficultés financières au moment où on se parle. Et c'est sûr que, lorsqu'ils ont à prioriser, est-ce qu'ils vont prioriser des usagers de leur région ou d'une région voisine? c'est toujours là la question.

Dans le cas que vous a nommé M. Pelletier, une personne qui avait besoin de services spécialisés au niveau de la réadaptation physique, c'est une situation quand même qui a demandé du temps. Même, il a fallu se déplacer pour faire des pourparlers avec la Régie régionale, et on l'a traité pour un cas unique. Par contre, il va falloir se pencher sur l'avenir et essayer de voir, dans les prochaines situations, comment on va traiter les prochains cas. Et c'est la même chose pour les enfants qui souffrent d'autisme, là, qu'on a diagnostiqués récemment dans notre région.

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

● (14 h 50) ●

**M. Williams:** Merci. Une petite question, et je serai discipliné, Mme la Présidente. Je voudrais vous

donner une chance d'expliquer votre programme de soins palliatifs. Je trouve ça intéressant que vous ayez ciblé ça. Et peut-être plus tard... Je pense que c'est encore un autre sujet qui intéresse les membres de la commission. Pouvez-vous expliquer le financement, qu'est-ce que vous êtes en train de faire dans ça, et, peut-être plus tard, juste envoyer à la commission un peu de votre programmation? Parce que c'est une chose que, je pense, beaucoup de communautés sont en train d'étudier un peu plus, qu'est-ce qu'ils peuvent faire, parce que ça va être de plus en plus un besoin que... Nous n'avons pas établi un programme. Je voudrais profiter de votre présence ici pour peut-être juste donner une vision globale de qu'est-ce que vous êtes en train de faire.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois.

**Mme Sirois (Guylaine):** De notre côté, on va le regarder en faisant une analyse d'ensemble sur les services de maintien à domicile et les services aux personnes âgées et personnes handicapées. Compte tenu qu'avec la fusion des établissements on s'est rendu compte qu'il y avait différentes façons de faire, et ça amenait comme des imbroglios, des imprécisions dans la région, et compte tenu aussi que la population est vieillissante et tend à s'enraciner dans la région — parce qu'on observe quand même une quatrième génération qui grandit dans la région du Nord-du-Québec — alors on s'est dit, avant d'arriver puis de faire des démarches auprès du ministère pour demander des sous: On va regarder qu'est-ce qu'on fait puis qu'est-ce qu'on peut réorganiser dans la région ou changer nos façons de faire.

Donc, on va y aller via le continuum de services. Je sais qu'au ministère on a travaillé fort pour définir un cadre de référence. On va s'en inspirer. Mais, avant même qu'il arrive — parce qu'il est supposé d'arriver en mars; il devait arriver en novembre, mais il est supposé être en mars — on va tracer déjà un portrait des besoins de notre population, d'une part, et, d'autre part, qu'est-ce qu'on offre comme services. Une fois qu'on l'aura fait, avec notre continuum, on va essayer de voir, par exemple, du côté des soins palliatifs — ce qui vous intéresse — est-ce qu'on devrait plutôt les donner à même notre organisation ou développer ou consolider les services de maintien à domicile en soins palliatifs. Parce que, au moment où on se parle, on en a commencé de ce type de soins là à Chibougamau, mais, avant d'aller plus loin, compte tenu que c'est un embryon, on voulait vraiment se positionner.

La difficulté qu'on a dans notre région, c'est la diversité des services aux personnes âgées, aux personnes handicapées, puisque, en fin de compte, on offre le maintien à domicile, on offre aussi le courte durée, le longue durée, quelques lits d'hébergement privés, mais, par contre, on n'a pas de ressources intermédiaires, ce qu'on retrouve ailleurs. Donc, ça aussi, ça fait partie de notre réflexion, puis on souhaite, dans les quelques mois, en arriver à bien camper comment on devrait s'orienter dans notre région.

C'est sûr que le financement pour faire cette étude-là, on l'a pris à même un fonds affecté qu'on a entre les mains. Puis, lorsqu'on aura bien campé nos

services, on essaiera de voir, à même nos enveloppes ou dans notre budget de base, est-ce qu'on est capable de l'assumer ou sinon, bien, on essaiera de voir s'il n'y aurait pas d'autres sources de financement ailleurs.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci...

**Mme Sirois (Guylaine):** Est-ce que ça répond à votre question?

**M. Williams:** Oui, merci.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Mme Sirois. Je cède maintenant la parole à la députée de Mille-Îles.

**Mme Leduc:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Alors, bien, je tiens à vous féliciter aussi pour le travail de présentation mais particulièrement pour votre travail sur le terrain, parce que, quand on feuillette ce que vous nous présentez, on voit que, dans le fond, vous vous attaquez au problème d'une façon concrète. Et je pense que c'est ça qui fait la clé de vos succès: d'une façon concrète et réaliste. Et je pense que, à ce moment-là, c'est ce qui fait vos succès.

Mais je me suis dit: Je vais aller quand même vérifier un autre domaine où on dit que, dans les régions éloignées, c'est peut-être une problématique plus importante, ce qui était la violence conjugale et l'agression à caractère sexuel. Mais là aussi je vois que vous avez eu des succès, puisque, à la page 27 de votre plan de transformation de la phase II, on voit que les chiffres sont en diminution, et importante, là, très importante, par rapport à la fois — comme vous dites — au nombre d'infractions et au taux de perpétration des actes, même si vous mettez une mise en garde que les données concernent la violence conjugale connue et non pas l'ensemble de la violence conjugale réelle. Mais c'est la même chose à travers toute la province. On sait bien que les cas qui sont signalés ne reflètent pas l'ensemble. Et je pense que c'est en augmentation à travers le Québec, tandis que vous, on voit que c'est en diminution, si on voit qu'en 1997 vous avez comme 30 comparé à 140 en 1995, nombre d'infractions.

Est-ce que vous pourriez me dire à ce moment-là à quelle mesure plus particulière vous attribuez ce succès-là, parce que chacun a ses champs d'intérêt particuliers? Je vous avoue que, en ce qui concerne la condition féminine et la violence conjugale, ça m'intéresse particulièrement. Et, tout en étant heureuse de voir que vous avez du succès là aussi, je voudrais bien le multiplier à la grandeur de la province et savoir si vous avez des mesures particulières ou une approche particulière qui fait que ces résultats-là sont là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme Sirois.

**Mme Sirois (Guylaine):** Bien, je suis heureuse de vous entendre dire que c'est un dossier qui vous intéresse parce que, moi aussi, il m'intéresse sur une base personnelle, pour en avoir fait de la recherche dans le domaine.

Je dois d'abord pondérer un petit peu votre réponse, parce que, à cause des petits volumes, c'est sûr que le taux varie beaucoup. Donc, compte tenu des petits volumes, on ne peut pas dire que c'est un immense succès ou que c'est une situation qui a fait que le problème a grandi. Dans un premier temps, je pense que c'est important de le retenir.

Par contre, au niveau des services, c'est sûr que, au niveau des femmes, au moment où on se parle, il y a des organismes qui tendent à créer des réseaux d'entraide de femmes, de créer des liens entre les femmes, ce qui est très important. Je pense, entre autres, au Centre communautaire féminin de Chibougamau. C'est ce qui va permettre, en fin de compte, de briser l'isolement des femmes. Puis on va essayer de répandre aussi cette façon de faire dans les autres localités de la région.

Maintenant, est-ce qu'il y a une stratégie qui est différente d'ailleurs qui a été mise en place? Je dois vous dire que non. Toutefois, on a quand même des maisons d'hébergement qui sont sur place, des maisons d'hébergement qui ne sont pas exclusivement pour les femmes victimes de violence conjugale, mais pour des femmes en difficulté. Donc, la porte est ouverte aussi pour les femmes en difficulté. Ce qui aide aussi, c'est que toutes les familles arrivent, elles n'ont pas leur réseau familial ni leur réseau social, donc c'est à construire, mais, une fois qu'il est construit, je vous dirais que, dans le milieu du Nord-du-Québec, il y a beaucoup d'entraide, c'est ce qui est facilitant. Puis, comme je vous le disais tout à l'heure, avec les nouveaux réseaux de femmes qui sont en train de se créer dans la région, ça aussi, ça va aider beaucoup de femmes à sortir de l'isolement de la violence.

**Mme Leduc:** Justement, si vous me dites qu'il se crée des réseaux de femmes, habituellement ça amène une plus grande facilité à nommer les choses qu'on vit et à faire des signalements à ce moment-là, et ce n'est pas ce que l'on voit. Là, vous m'avez expliqué que, à cause du nombre, ça a diminué, mais il reste que normalement... Puis là la question que je me posais, c'était: Vu que c'est un milieu plus fermé, est-ce qu'on le cache plus, vu que tout le monde se connaît? Vous nous avez dit que c'est des petites localités, tout le monde se connaît. Est-ce qu'on n'hésite pas, à ce moment-là, à vraiment nommer ou signaler une situation qu'on vit? Est-ce que votre expérience vous démontre ça?

**Mme Sirois (Guylaine):** Bien, moi, je suis nouvelle dans la région, et ce que je dois vous dire: Ce que vous avancez, c'est quand même des hypothèses. Toutefois, il ne faut pas se le cacher, pour avoir travaillé en Montérégie en violence conjugale, on sait très bien que seulement 40 % des femmes qui portent plainte vont jusqu'au bout de leur plainte, et ça, c'est à part celles qui ne portent pas plainte. Ça fait que, quand tu es dans un petit milieu, c'est sûr qu'une femme, avant de porter plainte contre son mari — parce qu'on sait l'impact que ça peut avoir sur le travail ou dans le milieu — va peut-être trouver d'autres avenues possibles. Ça aussi, c'est une hypothèse.

Par contre, les nouvelles avenues qui s'en viennent pour les réseaux d'entraide de femmes et le

maillage des liens entre femmes, c'est quand même nouveau. C'est en train de se créer. Je dois vous dire que c'est depuis juin seulement. Puis j'ai beaucoup d'espoir à ce que ça aide les femmes du Nord-du-Québec justement à briser de l'isolement. Peut-être que ça n'augmentera pas le nombre de plaintes concrètes, mais, par contre, si ça peut les aider à sortir de l'isolement et à trouver d'autres solutions ou d'autres façons de se sortir de ce contexte de violence...

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

**M. Pelletier (Jules):** Juste en complément d'information à ma consœur. Ce n'est pas seulement à Chibougamau, il y a d'autres communautés ici, dans le Nord-du-Québec, qui ont fait de pareilles initiatives, entre autres à Radisson, qui est un petit village de 500 personnes, où il y a un groupe...

**Une voix:** À Villebois.

**M. Pelletier (Jules):** À Villebois, c'est ça. La plupart de nos communautés, il y a des groupes comme ça, d'entraide, où les femmes se rencontrent puis échangent justement sur ce genre de problématique là. Ça fait que je ne peux pas mesurer est-ce que c'est parce que... Vous dites, peut-être — c'est une hypothèse, là — que c'est parce que c'est des petits milieux que c'est moins signalé. Je ne peux pas répondre oui ou non, mais, chose certaine, les gens se connaissent et puis le tissu social est plus serré qu'en milieu urbain. Ça, c'est évident.

**Mme Leduc:** C'est sûr que le réseau de femmes mis en place, c'est peut-être aussi une mesure de prévention avant que la situation ne dégénère. Ça, je peux comprendre ça aussi.

**M. Pelletier (Jules):** C'est ça. Ça brise l'isolement, oui.

**Mme Leduc:** Oui. Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Je vous remercie. Alors, mesdames, messieurs, je vous remercie. Merci d'avoir accepté de venir nous présenter votre rapport et de répondre à toutes nos questions. Je vous souhaite bien sûr un bon voyage de retour. Et, la prochaine fois, les membres de la commission essaieront d'aller vous rendre visite.

**Une voix:** ...

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

**M. Pelletier (Jules):** J'aurais un dernier mot à vous dire, Mme la Présidente.

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

**M. Pelletier (Jules):** C'est parce que, en dinant ce midi, j'ai fait des commentaires à notre député,

M. Létourneau, et je pense que ça vaut la peine de vous le dire. Je dois vous remercier, vous féliciter, parce que la dernière fois que je suis venu ici, en commission parlementaire, voilà trois ans, malheureusement, les parlementaires, ils ne nous écoutaient pas vraiment.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ah bon!

**M. Pelletier (Jules):** On n'a pas eu l'impression d'avoir été écoutés, on faisait toutes sortes de choses. Mais là j'ai senti aujourd'hui que vous étiez là, que vous étiez présents.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Une bonne écoute.

**M. Pelletier (Jules):** Vous nous avez bien écoutés, puis je vous en remercie beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ce sont des membres...

**M. Pelletier (Jules):** Disons que ça a fait remonter dans mon estime les parlementaires.

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

*(Suspension de la séance à 15 heures)*

*(Reprise à 15 h 3)*

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, la commission poursuit ses travaux afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches 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, on aura compris que Mme Carrier-Perreault, députée des Chutes-de-la-Chaudière, remplace le député de Champlain et bien sûr qu'on permettra au député de Bellechasse, étant donné qu'il représente la région avec la députée des Chutes-de-la-Chaudière, de, également, poser des questions.

Alors, je voudrais saluer bien sûr tous les représentants et représentantes de Chaudière-Appalaches, et en l'occurrence M. Valier Caron qui est président du conseil d'administration. M. Caron, j'apprécierais si vous pouviez nous présenter les gens qui vous accompagnent avant de faire la présentation de votre exposé d'une durée d'une trentaine de minutes. Par la suite, nous aurons 90 minutes pour poser des questions. Alors, je vous cède la parole.

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

**M. Caron (Valier):** Mme la Présidente, membres de la commission, nous vous remercions de nous recevoir, de nous donner l'occasion de vous

présenter le travail accompli et les résultats atteints au cours de l'année 1998-1999 par la Régie régionale.

Mon nom est Valier Caron, président du conseil d'administration de la Régie régionale. Il me fait plaisir de vous présenter les personnes qui m'accompagnent: alors, à ma gauche, M. Marc Tanguay, directeur général; M. Gilles Patry, directeur des ressources humaines et secrétaire général; Dr Carrier, conseiller médical à la Régie; ainsi que le Dr Lessard, directeur de la santé publique.

Nous avons eu, en avril 1998, le privilège de présenter à la commission des affaires sociales les résultats du travail accompli par la Régie régionale depuis sa création en 1992. Nous étions alors au terme de la réalisation du plan de transformation du réseau.

Dans un premier temps, nous tracerons un portrait de la région Chaudière-Appalaches, de sa population ainsi que du réseau des services de santé et des services sociaux. Par la suite, nous vous entretiendrons des objectifs que la Régie régionale s'est donnée en fonction de ses mandats légaux et des réalisations accomplies depuis 1998. Depuis ce temps, nous avons travaillé à l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être ainsi qu'à l'amélioration des services pour la consolidation et la modernisation de ceux-ci.

La région Chaudière-Appalaches, avec une population de 391 000 personnes, représente 5,3 % de la population québécoise. C'est la septième région la plus peuplée au Québec. Elle a présenté un taux de croissance de 3,4 % entre 1991 et 1996 et 1,3 % entre 1996 et 2001. Les jeunes âgés de 0 à 17 ans sont proportionnellement plus nombreux dans la région qu'au Québec: ils constituent près de 25 % de la population régionale. Quant aux aînés de 65 ans et plus, leur proportion est similaire à celle du Québec: ils représentent actuellement 12,7 % de la population de la région.

Dans certaines parties de notre région, on observe un exode important des jeunes de 15 à 19 ans. Ce phénomène est particulièrement vrai dans huit MRC sur 11. Malgré cet exode, la population régionale s'accroît, puisqu'on remarque une arrivée importante de jeunes adultes entre 20 et 34 ans, surtout dans les MRC Chutes-de-la-Chaudière, Beauce-Sartigan et Desjardins. De façon générale, la population de Chaudière-Appalaches est plus jeune que celle du Québec, même si elle est vieillissante.

La situation socioéconomique varie selon les MRC: certaines sont en décroissance et présentent une situation difficile, et des problématiques spécifiques en découlent; d'autres sont en pleine croissance, elles regroupent un pourcentage élevée de jeunes pour lesquels des services particuliers sont requis. Le taux d'emploi est plus élevé que celui du Québec, mais le revenu moyen des ménages de la région est inférieur à celui du Québec. Chaudière-Appalaches, c'est aussi un vaste territoire de plus de 15 000 km<sup>2</sup>, mi-rural, mi-urbain, qui regroupe 157 municipalités, 11 MRC, huit comtés électoraux. La dispersion de la population sur ce vaste territoire constitue un défi quotidien en matière d'organisation de services de santé et de services sociaux.

Notre réseau de services de santé et de services sociaux se compose de 21 établissements publics et six

privés. Ces derniers offrent exclusivement des services aux personnes en hébergement et en soins de longue durée. Notre réseau comprend aussi 12 compagnies ambulancières, 25 pavillons et 668 ressources de type familial; 550 médecins et 9 000 employés travaillent à donner des soins et des services à la population de la région. De plus, il faut souligner la contribution très importante de 141 organismes communautaires qui ont reçu, en 1998-1999, une subvention de l'ordre de 7,7 millions. Le budget régional pour les services de santé et services sociaux était, en 1998-1999, de 361 millions. Nous voulons aussi vous souligner l'apport important de plus de 2 000 personnes qui oeuvrent régulièrement comme administrateurs, comme bénévoles au sein des établissements et des organismes communautaires.

● (15 h 10) ●

Après vous avoir tracé ce portrait de notre région, permettez-nous de vous entretenir des objectifs et des résultats de la transformation du réseau de 1995 à 1998. Le rapport annuel 1998-1999 témoigne en grande partie de ces résultats.

Le plan de transformation prévoyait une modification substantielle des façons de faire tant au plan des pratiques cliniques que des pratiques administratives. Nous visions une meilleure adaptation des modes de dispensation des services pour tenir compte notamment des nouvelles réalités et des ressources disponibles mais aussi des enjeux reliés au vieillissement de la population, des changements de pratique en santé rendus possibles par les nouvelles technologies, des modifications des interventions sociales, de la volonté d'intégrer dans la communauté les clientèles ayant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale et, enfin, l'augmentation de problématiques, tels la violence familiale, le sida, la détresse psychologique, l'alcoolisme et la toxicomanie. Par cette transformation, la Régie régionale voulait répondre aux besoins prioritaires des citoyens et orienter le système vers des services plus efficaces et moins coûteux. On voulait également aussi assurer l'équité en matière de santé et de bien-être, assurer la répartition équitable des ressources et améliorer l'accessibilité aux services.

La santé physique dans Chaudière-Appalaches. En santé physique, le plan de transformation visait la performance d'ensemble des services offerts, le développement de solutions alternatives à l'hospitalisation, l'ajustement aux nouvelles réalités en matière de soins et de technologies. Les résultats sont les suivants: une réduction de 260 lits de courte durée grâce à la réduction des taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour, l'augmentation du taux d'occupation des lits, des activités de médecine de jour et de chirurgie de jour. À ce chapitre, 61 % des activités de chirurgie ont lieu en chirurgie d'un jour.

Nous avons procédé aussi à l'organisation des services hospitaliers en fonction de quatre territoires de regroupement de MRC et à l'implantation d'un modèle d'urgence de première ligne adapté aux caractéristiques de chaque MRC. Nous avons développé un réseau de garde médicale et de garde intégrée avec les cabinets privés de médecins. Cette mesure permet d'assurer une meilleure coordination entre les médecins en cabinet privé et les établissements. Des mesures ont été prises afin d'assurer de meilleurs fonctionnements des salles

d'urgence. La rationalisation des laboratoires a permis d'améliorer l'accessibilité aux services de prélèvement dans toute la région. Enfin, à partir de réinvestissements, nous avons consolidé Info-Santé CLSC et augmenté les budgets des CLSC en soins à domicile dans le cadre du virage ambulatoire.

Le préhospitalier d'urgence. Dans Chaudière-Appalaches, on peut s'enorgueillir de nos services préhospitaliers d'urgence. Depuis 1997-1998, la Régie régionale a déployé la chaîne d'intervention préhospitalière. Dix-sept municipalités — et bientôt 21 — souscrivent au programme de premiers répondants. Nous disposons d'une centrale de communication santé et multiservices possédant les technologies les plus avancées de communication. Elle permet des échanges bidirectionnels entre les transporteurs ambulanciers et les urgences des hôpitaux.

Avec un budget de quelque 12 millions, dont 8 millions proviennent de la Régie régionale, la population peut compter sur quelque 35 véhicules ambulanciers tous équipés de moniteur défibrillateur semi-automatique et combitube. De plus, les quelque 192 employés affectés au transport ambulancier possèdent tous les requis de formation demandés par le ministère de la Santé et des Services sociaux en mesures d'urgence, notamment pour l'application de protocoles cliniques.

Depuis 1998, nous cheminons avec des objectifs d'amélioration de la qualité des services et d'amélioration des temps de réponse en transport urgent. La Régie régionale aura, à cet effet, apporté des ajustements budgétaires de quelque 1,2 million. L'ajout de véhicules et d'effectifs auront été les éléments principaux de ces ajustements.

Par ailleurs, à l'instar du rapport Dicaire, nous demeurons convaincus qu'un service préhospitalier d'urgence ne peut être efficace qu'en renforçant l'intervention en amont, soit par le développement dans toutes les municipalités de services de premiers répondants.

En santé mentale, les objectifs de la transformation avaient pour but de compléter le déploiement du plan régional d'organisation des services, le virage vers des services dans la communauté, la diversification de la gamme de services, l'autonomie régionale tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie. Les résultats sont les suivants: la création d'une équipe de réinsertion dans chacun des territoires de CLSC, le développement de programmes de promotion en santé mentale.

Nous avons mis en place des organismes de défense des droits, d'entraide personne, de parents et amis. Nous avons supporté l'implantation de services de crise et d'urgence 24-7 sur l'ensemble du territoire. Grâce à la collaboration des CLSC et de différents partenaires, nous avons procédé à l'organisation des services de soutien aux familles par l'implantation de mesures de répit et par le développement de ressources résidentielles alternatives à l'hospitalisation. De plus, la région peut, depuis 1998, compter sur les services de pédopsychiatrie décentralisés dans chacun des quatre territoires de concertation.

Au cours des prochaines années, nous nous emploierons à consolider les services de maintien dans

le milieu, à créer un hôpital de jour, à favoriser l'intégration ou l'insertion sur le marché du travail et à accroître les ressources pour améliorer et renforcer la gamme de services.

En santé mentale, la région a fait des choix. Ces choix sont guidés par des orientations ministérielles qui militent en faveur de la diversification de la gamme de services. Ces choix et orientations nous auront permis d'allouer quelque 3,5 millions dans les services communautaires, tels les CLSC, l'entraide de personnes, les services de crise, d'hébergement transitoire, l'écoute téléphonique, et j'en passe.

En santé publique, les objectifs de la transformation consistaient à supporter le plan d'action régional de la Politique de la santé et du bien-être, à animer le virage prévention promotion auprès de toutes les clientèles. Parmi les réalisations, citons le soutien aux établissements et aux organismes communautaires dans leurs activités de prévention et de promotion de la santé par le biais d'allocations budgétaires de l'ordre de 1,2 million, le développement de programmes régionaux en périnatalité, maladies infectieuses, santé et environnement, santé cardiovasculaire et en santé dentaire préventive.

Récemment, nous avons implanté un modèle novateur de planification intersectorielle en promotion prévention pour les jeunes de 0 à 17 ans à l'échelle de chaque MRC. Les jeunes de la région sont pour nous une priorité. En 1991, près de 14 000 jeunes vivaient sous le seuil de la pauvreté. On note aussi une augmentation significative du nombre d'enfants vivant dans des familles prestataires de la sécurité du revenu. De 1990 à 1995, les prises en charge par les centres jeunesse pour troubles de comportement ont plus que doublé. Des enfants et des familles vivent dans la région des problèmes sociaux importants. En 1999-2000, les centres jeunesse recevaient 3 279 signalements dont 1 292 ont été retenus. Au cours de cette même période, les centres jeunesse ont procédé à 1 225 évaluations en protection de la jeunesse. Plus de la moitié des signalements retenus ont été pour des problèmes de négligence, un tiers avait trait à des troubles de comportement, pour le reste, les signalements concernaient les abus physiques et sexuels.

Dans ce portrait se dégage la nécessité de poursuivre nos efforts de prévention et de dépistage. À cet égard, nous avons créé dans chacune des MRC une équipe jeunesse qui permet une intervention concertée ainsi qu'une meilleure coordination des activités des intervenants de la santé et de l'éducation, des municipalités et des organismes communautaires.

● (15 h 20) ●

Un autre de nos objectifs visait à maintenir le plus possible les jeunes en difficulté dans la communauté. Ce virage communautaire s'est traduit notamment par la consolidation des services externes de réadaptation et la création de deux centres de ressources multidisciplinaires en collaboration avec le secteur scolaire.

La toxicomanie. En ce qui a trait aux toxicomanies, la région se démarque en plusieurs points. Plus particulièrement en ce qui concerne la consommation d'alcool chez les jeunes, on remarque un risque plus élevé qu'au Québec de développer des problèmes liés à la consommation d'alcool: 16 % contre

12 % pour le Québec. Ce risque se confirme aussi chez les clientèles adultes et les aînés de la région, ce qui se répercute au niveau des épisodes d'hospitalisation. Par exemple, chez les jeunes de moins de 25 ans, on dénombre annuellement quelque 174 hospitalisations avec au moins un diagnostic de toxicomanie. L'enquête Santé Québec révèle que le taux de consommation chez les prestataires de la sécurité du revenu et les aînés de la région est systématiquement supérieur à celui du Québec entre 1991 et 1997.

D'autres données nous indiquent aussi que le nombre d'automobilistes conduisant avec des facultés affaiblies est aussi supérieur à celui du Québec. Entre 1992 et 1996, la région récoltait le plus haut taux de conducteurs décédés avec de l'alcool dans le sang. Cependant, une recherche en cours tend à démontrer que ce taux diminue. La conduite en état d'ébriété se démarque comme une problématique régionale importante. De nombreuses activités de prévention ont été mises en place dans quatre MRC de la région, tels des programmes d'accompagnement et de chauffeur désigné. Dans une région comme la nôtre, la concertation intersectorielle est incontournable pour enrayer ce problème d'alcool au volant.

En toxicomanie, nos défis consistaient à diminuer les problèmes de toxicomanie et à doter la région d'une gamme de services adéquats, continus et accessibles. Par ailleurs, le plan régional d'organisation des services est en implantation. Il a été préparé par tous les partenaires qui oeuvrent dans ce domaine. Les réalisations suivantes se doivent d'être notées: une meilleure prise en charge de la clientèle, notamment grâce à l'utilisation par les CLSC d'une grille uniforme d'évaluation des besoins; nous avons voulu trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation par la création d'une dizaine de lits de dégrèvement; nous avons aussi consolidé les programmes de réadaptation interne et externe du centre de réadaptation.

Les personnes âgées. Pour les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie, deux types d'intervention ont été menés simultanément: la consolidation des services de maintien à domicile et des services d'hébergement. Un meilleur équilibre des ressources était requis. Grâce à la relocalisation de centres d'accueil privés conventionnés, des lits d'hébergement et de soins de longue durée ont été ajoutés dans la partie nord de la région, qui présentait une pénurie importante de lits pour les personnes en attente d'hébergement.

En 1997, la région a adopté comme balise de l'organisation des services une norme de 4,3 lits d'hébergement par 100 personnes de 65 ans et plus. L'adoption d'une telle norme aura permis de contribuer aux obligations de réduction budgétaire et d'augmenter les budgets de maintien à domicile en CLSC. Pour l'année 1998-1999, les places d'hébergement et de soins de longue durée ont été occupées à 95 % et les établissements répondaient en moyenne à près de 61 % des requis de services pour les usagers.

Au cours de l'exercice 1998-1999, dans un contexte post-transformation, la Régie régionale a établi le bilan des services offerts à la clientèle des adultes et personnes hébergées en CHSLD. Sommairement, le bilan nous permettait de constater que:

Le réseau d'hébergement et de soins de longue durée a connu une réduction de 13,4 millions de ses crédits durant la transformation;

L'effet sur l'offre de services aura provoqué une diminution d'environ 700 lits et la fermeture de 15 installations depuis 1992;

En 1998-1999, les dépenses par lit en hébergement de soins de longue durée étaient de 42 072 \$ par lit occupé; pour la province, elles étaient de 45 921 \$, soit un écart de 3 689 \$ par lit occupé;

En 1997, en attendant l'actualisation de la norme 4,3, la région comptait une disponibilité de 4,89 lits contre 4,24 pour la province; cela se traduisait par un surcroît de 313 lits en comparaison avec la moyenne provinciale;

La région avait bénéficié de réinvestissements intrarégionaux et ministériels de 4 millions dans le programme de maintien à domicile entre 1994 et 1998.

Suite à ce bilan, la Régie régionale a entrepris des représentations auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux afin de faire reconnaître les besoins de financement des services d'hébergement et de soins de longue durée. À la fin des exercices 1999-2000 et au cours de l'exercice 2000-2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux aura reconnu les manques à gagner qui ont conduit à des réinvestissements de quelque 4,3 millions sur une base annuelle. Ainsi, les clientèles hébergées pourront bénéficier d'un taux minimum de réponse à leurs besoins de l'ordre de 63 %.

La déficience intellectuelle. En déficience intellectuelle, nous avons atteint l'objectif de redéployer dans la communauté les ressources de deux centres de réadaptation, au bénéfice des 1 600 personnes qu'ils desservaient. Plusieurs autres réalisations se doivent d'être mentionnées, notamment l'amélioration du support aux personnes par la diversification des services de jour, le développement de mesures visant à l'insertion et à l'intégration sur le marché du travail et la consolidation des services de répit et ceux offerts par les organismes communautaires. Deux groupes communautaires, en collaboration avec le centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, offrent quelque 12 places en répit. Aujourd'hui, nous pouvons dire que la région a rempli ses engagements en matière d'organisation de services en déficience intellectuelle en actualisant son plan régional d'organisation des services.

Par ailleurs, depuis 1998-1999, le centre de réadaptation a établi des collaborations avec la région 04 dans le projet d'intégration des clientèles de l'hôpital Saint-Julien de Bernierville. Jusqu'ici, quelque 100 usagers se sont établis dans la région de l'Amiante et quelque 100 travailleurs auront intégré les rangs du centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalaches. Au cours des prochains exercices, la région Chaudière-Appalaches poursuivra ses efforts pour l'intégration de quelque 100 nouveaux usagers à l'hôpital Saint-Julien.

En déficience physique. Pour les personnes présentant une déficience physique et sensorielle, un plan régional d'organisation des services en réadaptation physique a été adopté en décembre 1997. Il est en voie d'implantation. Compte tenu des caractéristiques de la

région et des clientèles à desservir, ce plan se distingue particulièrement par la déconcentration des services et l'utilisation de plateaux techniques existants. Ce modèle nous permet de rendre les services accessibles à la clientèle dans les différentes parties de notre région.

Les priorités de santé et de bien-être. La rupture actuelle entre l'économique et le social manifestée par l'accroissement des inégalités, la difficile intégration des jeunes, la précarité des emplois inquiètent. L'économiste Thomas Courchesne affirmait récemment dans une entrevue au *Devoir*, le 22 janvier 2001, que «la poursuite de deux objectifs auparavant perçus comme antagonistes, le développement économique et le développement social, est maintenant complémentaire. En investissant dans le capital humain, c'est-à-dire en investissant dans son éducation, sa santé, sa formation et, de manière générale, en favorisant le plein épanouissement de ses capacités, on permet le développement économique.»

La relation entre le développement économique et social fonctionne dans les deux sens. Le développement économique donne plus de richesses à redistribuer, mais, en retour, une redistribution plus équitable de la richesse semble avoir un effet d'entraînement sur le développement économique. Si la réduction des inégalités contribue nettement à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être, elle favorise du même coup la cohésion sociale, qui est un ingrédient indispensable à un développement économique durable.

● (15 h 30) ●

Pour assurer ses responsabilités à l'égard des priorités de santé et de bien-être, la Régie régionale a établi un plan d'action régional et adopté des objectifs régionaux pour chacune des 18 priorités de santé et de bien-être. Trois stratégies régionales ont guidé nos actions: la lutte à la pauvreté, le soutien et la consolidation des organismes communautaires et l'accessibilité aux services de première ligne. Les principales réalisations à cet égard sont le développement d'activités et de services en prévention et en promotion dans les problématiques suivantes: les abus envers les enfants, la violence faite aux femmes, les maladies cardiovasculaires, les traumatismes, le tabagisme, les maladies transmises sexuellement et le suicide. De plus, la Régie régionale s'investit dans le soutien au développement social et la lutte à la pauvreté par la promotion de projets adaptés aux réalités locales et régionales.

Au niveau des ressources humaines, la Régie régionale a adopté des mesures relatives à la sécurité et la stabilité d'emploi, le remplacement, l'adaptation et le développement de la main-d'oeuvre. Un budget régional de 1 million a été investi dans l'application de ces mesures.

En regard du mouvement de la main-d'oeuvre occasionné par la consolidation du réseau, les résultats, au terme de l'année 1998-1999, sont les suivants: 1 060 personnes ont quitté le réseau pour la retraite, 862 personnes ont été mises à pied, 527 personnes ont été remplacées, 215 personnes sont toujours en sécurité ou stabilité d'emploi au 31 mars 1999. Aujourd'hui, en février 2001, moins de 20 personnes sont en sécurité d'emploi et 25 cadres en stabilité d'emploi.

De plus, soucieuse du développement des compétences de ses ressources humaines, la région

Chaudière-Appalaches a élaboré un plan novateur de formation continue pour l'ensemble des infirmières de la région, et ce, afin de répondre aux nouveaux besoins de la population.

Les ressources humaines dans le secteur de la santé et services sociaux constituent près de 80 % des dépenses d'opération des établissements. Chaudière-Appalaches compte sur près de 6 000 postes équivalents à temps complet, détenus par quelque 9 000 personnes. Près de 400 cadres sont en situation de gestion. C'est grâce à l'engagement de tout ce personnel que nous pouvons être certains que des services de qualité sont rendus tantôt à des personnes hospitalisées, tantôt à ceux et celles qui sont hébergés, aux jeunes et à leur famille.

Les ressources financières, maintenant. En ce qui a trait aux ressources financières, les années 1995 à 1998 ont été caractérisées par une remise en question importante de l'enveloppe budgétaire consacrée au réseau sociosanitaire. Les efforts budgétaires demandés aux établissements ont été de 55,4 millions. Ceci aura permis de procéder à des réallocations pour rehausser certains programmes et à des changements de pratique rendus nécessaires par le virage ambulatoire.

Après trois ans de compressions budgétaires importantes, nous avons entrepris, en 1998, la phase de consolidation du réseau de services avec comme références le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population, l'amélioration continue de la qualité des soins et services, l'accessibilité, la continuité et l'équité dans l'accès aux services de tout le territoire.

Les importantes contraintes budgétaires qui ont accompagné la transformation du réseau ont cependant laissé plusieurs secteurs d'activité en situation précaire. Ces contraintes n'étaient pas seulement dues aux réductions budgétaires, mais également à certains facteurs ou situations dont le non-financement des indexations de coûts salariaux et des fournitures de tout ordre encourus par les établissements, l'augmentation de coûts de contrats négociés centralement, tels les coûts des conventions collectives, l'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein, l'augmentation significative de la clientèle présentant des problèmes de santé physique, l'augmentation importante des niveaux de soins requis par la clientèle vivant en milieu d'hébergement et finalement l'augmentation majeure du nombre de personnes âgées requérant des soins et services à domicile.

Compte tenu de cette réalité, la Régie régionale a convenu, dans son plan de consolidation 1999-2002, que les nouvelles ressources accordées à la région seraient prioritairement utilisées à consolider le financement des centres hospitaliers, augmenter le taux de réponse aux besoins des usagers dans les centres d'hébergement et de soins prolongés, augmenter les services de maintien à domicile et faciliter l'organisation des services dans la communauté, développer et consolider un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux sur l'ensemble du territoire, poursuivre nos efforts en prévention et en promotion de la santé, supporter l'utilisation des nouvelles technologies pour favoriser l'accessibilité et la continuité des services.

Nous nous réjouissons du fait que, dans l'ensemble, ces objectifs rejoignent les recommandations du

récent rapport déposé par la Commission sur l'avenir des services de santé et des services sociaux au Québec. Nous accueillons très favorablement les recommandations d'accorder priorité aux enfants, aux jeunes, aux personnes âgées et aux adultes souffrant de maladies chroniques.

La commission Clair propose aussi un accès équitable aux services dans toutes les régions du Québec. Nous sommes particulièrement sensibles à cette solution d'équité interrégionale que nous réclamons depuis de nombreuses années pour améliorer les services à la population.

Bâtir une région en santé constitue toujours notre leitmotiv et continue de nous animer, nous, bénévoles au conseil d'administration, ainsi que tout le personnel, tant à la Régie régionale que dans le réseau de services. Merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, M. Caron, pour la présentation de votre exposé. Alors, j'invite maintenant la députée des Chutes-de-la-Chaudière à poser la première question.

**Mme Carrier-Perreault:** Merci, Mme la Présidente. D'abord, je voudrais vous saluer, M. Caron, M. Tanguay, M. Patry, Dr Carrier, Dr Lessard. Je voudrais vous remercier aussi de votre présentation, d'être venus nous présenter en même temps le portrait de la région Chaudière-Appalaches. Je trouve que c'est fort intéressant pour nous, on apprend toujours un petit peu à chaque fois qu'on se rencontre, mais je pense que c'est encore plus intéressant pour nos collègues qui malheureusement n'ont pas le bonheur d'habiter la belle région Chaudière-Appalaches.

Ceci étant dit, je sais qu'il y a eu beaucoup de travail effectué, il y a eu beaucoup d'efforts, parce que la région Chaudière-Appalaches est une jeune région, et il y avait aussi un retard, il y avait des problèmes au niveau des budgets. Je ne vous dis pas que tout est réglé, mais je sais qu'il y a eu des augmentations considérables pour que le rattrapage qui était nécessaire puisse s'effectuer. Alors, je sais que les gens de la Régie régionale ont beaucoup de pain sur la planche, et effectivement, chez nous, le monde ne chôme pas.

Moi, j'aurais deux questions sur deux sujets différents. J'aurais aimé que mon collègue de Nelligan... Je sais qu'il va vouloir poser peut-être cette question-là, mais, compte tenu que... Dans le mémoire, à la page 29 de votre mémoire, vous nous parlez du programme de déficience physique — effectivement on parle de 1998-1999 — et vous parlez que le plan est à venir, est en intégration. Il s'est passé beaucoup de choses, et je sais que cette intégration-là finalement a été faite. Parce que nos services, nous allions les chercher du côté de la rive nord, au Centre François-Charron. Donc, notre clientèle devait traverser et être desservie du côté de la rive nord. Ça s'est fait l'an dernier, il y a eu une première tranche de budget, donc un premier pas pour implanter le service dans notre région.

Je sais qu'il y a eu quand même certaines surprises au niveau des clientèles, à ce qu'on m'a dit, par rapport à la clientèle qu'on attendait, celle qui nous est arrivée. Présentement, il y a aussi une bonne partie des services qui est donnée, je pense, pour les clientèles

dans notre région. On me dit qu'il reste les enfants qui ne sont pas desservis, il y aurait un problème d'immobilisation. Je sais que c'est une priorité pour la Régie régionale, mais, ceci étant, par rapport à l'ensemble des clientèles, par rapport aux services qu'on a pu déployer, parce que c'est un modèle assez particulier, j'aimerais que vous puissiez nous donner un petit peu plus d'information sur ce dossier-là.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Caron.

**M. Caron (Valier):** Mme la Présidente, je vais céder la parole à M. le directeur, Marc Tanguay.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, il faut peut-être se rappeler qu'encore récemment, jusqu'à il y a deux ans, nous n'avions pas de centre de réadaptation en déficience physique en Chaudière-Appalaches, nous étions couverts par l'IRDPQ, l'Institut de réadaptation physique de Québec, qu'on appelait à l'époque le Centre François-Charron. Or, la Régie régionale a élaboré un plan d'organisation de services en déficience physique parce qu'il y avait un problème d'équité d'accès qui était majeur: des citoyens, des citoyennes, des enfants n'avaient pas accès à des services de réadaptation dans notre région et s'en privaient compte tenu, entre autres, des distances. Ça a donné lieu à des travaux avec le ministère, des représentations en vue de pourvoir justement à cette création, et, au cours de l'année, nous avons obtenu un budget de 2,5 millions pour démarrer les services.

● (15 h 40) ●

Il faut peut-être mentionner que dans quatre de nos territoires — parce que notre région est distribuée en quatre grands territoires — nous avons déjà ce qu'on appelle des URFI, des unités de réadaptation intensive, et ce qu'on a fait comme choix, c'est de développer un centre de réadaptation déconcentré dans la région pour rendre le service le plus accessible possible. Alors, avec le 2,5 millions, ça nous permet présentement de commencer à déployer des services de façon plus importante.

Il demeure que, lorsque nous avons été en discussion avec la région de Québec, particulièrement l'IRDPQ, un constat fut fait que le nombre de cas identifiés par rapport au nombre de personnes réellement sujettes à transfert a été finalement un peu plus élevé. Ça tient du fait que l'IRDPQ embauchait un personnel additionnel sur base non récurrente à partir de soldes de fonds dont ils disposaient, et ceci a fait en sorte que des clientèles supplémentaires avaient été prises en charge au temps où elles étaient assumées, si l'on veut, par Québec, par l'IRDPQ. Or, lors du transfert entre, si vous voulez, les données au niveau des clientèles à transférer formelles et celles réellement par la suite constatées, il y a eu un écart relativement significatif, je pense, de quelques centaines de situations. Maintenant, il faudra l'analyser.

Actuellement, la liste d'attente à l'IRDPQ, qui est une liste d'attente sujette à transfert bien sûr en Chaudière-Appalaches d'ici avril prochain, on y

retrouve environ 115 enfants et adolescents qui sont en attente en déficience motrice. Il y a également 87 adultes qui sont en attente pour ce même type de service, ainsi que 30 personnes âgées.

Il y a aussi, du côté de la réadaptation, une problématique spécifique en termes d'accès aux services d'orthophonie. C'est carrément l'enfant pauvre en Chaudière-Appalaches. On a une liste d'attente d'au-delà de 235 jeunes présentement qui ont besoin de services et malheureusement les ressources sont plutôt limitées. Récemment, nous avons obtenu une allocation qui nous a permis d'investir 90 000 \$ pour soutenir le centre de réadaptation pour enfin contribuer à diminuer cette liste d'attente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, M. Tanguay. Mme la députée.

**Mme Carrier-Perreault:** Oui, merci. Comment vous procédez? Excusez, je n'ai pas l'habitude de votre commission. J'avais deux sujets.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Écoutez, c'est très souple. Alors, allez-y, complétez vos sujets.

**Mme Carrier-Perreault:** D'abord, sur ce sujet-là, par rapport à l'espace, je pense qu'il y a de l'espace qui manque par rapport à la réadaptation aussi. Il y a des demandes qui sont rendues, je pense, auprès du ministère pour les jeunes qu'il reste à transférer.

**M. Tanguay (Marc):** En effet. Du côté adulte, comme on disait tout à l'heure, on a essayé d'utiliser les installations déjà existantes pour offrir les services. Par ailleurs, du côté enfant, il manque des espaces de façon assez importante. Et nous avons reçu de la part des établissements un programme fonctionnel et technique pour un montant de l'ordre de à peu près 3,2 millions, qui vise à agrandir le Complexe de santé et CLSC Paul-Gilbert qui, dans le fond, offrira ce service aux jeunes. Actuellement, le dossier est sur le point d'être mis à l'étude; on est en attente d'une analyse du côté du ministère. Il faut mentionner que des données complémentaires devaient être requises pour une mise à l'étude, ce qui sera fourni cette semaine.

**Mme Carrier-Perreault:** J'ai une question par rapport...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, Mme la députée, allez.

**Mme Carrier-Perreault:** ...à la page 11 de votre mémoire, sur — c'est un autre sujet, là — le préhospitalier d'urgence. Vous faites état d'un service qui est quand même important, mais j'avais cru comprendre que ce service-là desservait aussi ailleurs, pas seulement notre région. Alors, je ne vois pas nécessairement dans ce mémoire-ci. Combien de personnes... Est-ce que ça s'étend réellement en dehors de la région, le centre d'appels urgents?

**M. Caron (Valier):** Si vous permettez, Mme la Présidente...

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

**M. Caron (Valier):** ...ça va être M. Tanguay.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Allez, M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, effectivement, il faut mentionner que, en Chaudière-Appalaches, depuis plus de 10 ans, on a développé une centrale de communication santé. Cette centrale de communication santé déploie sur un même plateau à la fois des services 9-1-1, donc pour accès à des services d'urgence, policiers, pompiers, mais également une centrale de communication pour des services ambulanciers. Cette centrale-là couvre actuellement pratiquement toute la région Chaudière-Appalaches et déborde aussi ailleurs. Entre autres pour l'accès à 9-1-1, les services, je pense, à l'extérieur... Les services à l'extérieur, peut-être pour donner des indications, actuellement, le 9-1-1 couvre 253 municipalités alors que dans la région nous en avons 157. Alors, nous couvrons quand même un dépassement hors région. Nous couvrons également des appels pour les services incendie dans 145 territoires de municipalités et les services ambulanciers pour 161 territoires. Pour ce qui est des services incendie et ambulanciers, c'est principalement dans la région Chaudière-Appalaches que nos actions se font.

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

**Mme Carrier-Perreault:** D'accord.

**M. Tanguay (Marc):** Maintenant, ce qu'il est peut-être important de signaler, c'est que la centrale que nous avons déployée répond en grande partie aux recommandations du rapport Dicaire, qui visent à créer une chaîne d'intervention préhospitalière à l'intérieur de laquelle on retrouve à la fois les services 9-1-1, les premiers intervenants, les premiers répondants, la centrale de communication santé ainsi que bien sûr les services ambulanciers.

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

**Mme Carrier-Perreault:** Ils couvrent aussi une partie du Bas-Saint-Laurent dans le territoire couvert.

**M. Tanguay (Marc):** On couvre 37 municipalités hors territoire pour des services ambulanciers, en effet.

**Mme Carrier-Perreault:** Merci. Ça va pour l'instant.

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

**M. Lachance:** Merci, Mme la Présidente.

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Pardon. Sur le même sujet?

**M. Williams:** Sur le même sujet, vous ne pouvez pas...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Est-ce que vous permettez qu'on puisse...

**M. Lachance:** Oui, oui, oui, tout à fait.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. On va terminer le sujet. Alors, M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Juste une brève question, et je n'ai pas besoin de toute la réponse aujourd'hui: Est-ce que vous pouvez... Parce que vous avez mentionné dans votre section des services préhospitaliers d'urgence que vous êtes en train d'améliorer le temps de réponse. Je sais que ce n'est pas la seule façon d'évaluer un système, mais c'est quand même assez important. Est-ce que vous pouvez juste mentionner maintenant est-ce que effectivement ça marche, que votre temps de réponse est en train d'être plus vite? Et est-ce que vous pouvez plus tard, dans un délai raisonnable, nous fournir une évaluation des temps de réponse?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, on pourra vous faire suivre un certain nombre de données concernant la situation des services ambulanciers. Il faut mentionner qu'on parle souvent des temps de réponse de moins de huit minutes en milieu urbain. Globalement, on y arrive, mais pas dans 100 % des cas. On a une donnée qui nous montre qu'il faudra faire un effort dans ce sens-là même si...

**M. Williams:** 80 % ou moins?

**M. Tanguay (Marc):** On serait autour de 60 %.

**M. Williams:** 60 %.

**M. Tanguay (Marc):** Ça tient des ressources qui sont disponibles. Maintenant, dès qu'on sort du milieu urbain, ça tend à s'élargir, et on peut avoir des délais qui sont de 10, 15, 20 minutes, dépendamment bien sûr du lieu où se trouve l'accident ou la personne en difficulté. De là l'importance de développer une chaîne d'intervention préhospitalière, parce qu'on ne peut pas avoir dans chaque municipalité un nombre imposant d'ambulanciers.

**M. Williams:** Vous croyez que votre territoire a besoin de combien de ressources additionnelles pour remplir les besoins, pour répondre à votre objectif de huit minutes et à l'autre objectif dans les centres moins urbains?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, je demanderais à M. Patry de préciser, s'il vous plaît.

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

**M. Patry (Gilles):** On vous fournira évidemment l'information que vous sollicitez. Pour répondre à votre question, je pense qu'on s'affaire à déployer les services de premiers répondants. On ne parviendra jamais, croyons-nous, à répondre dans un temps de huit minutes, d'où la nécessité d'un service de premiers répondants, de premiers intervenants et de transporteurs ambulanciers. C'est ce qu'on s'affaire actuellement à faire et à structurer dans Chaudière-Appalaches. Il paraît illusoire... On n'a même pas osé compter comment il en coûterait de structurer un service de transport ambulancier qui répondrait dans les zones urbaines en moins de huit minutes, compte tenu de l'étendue de notre territoire.

On a fait des efforts pour améliorer les temps de réponse. Oui, généralement, on est nettement en deçà de 15 à 20 minutes dans la plupart des cas. En milieu rural, il va de soi qu'on est dans les standards et les normes reconnus d'une trentaine de minutes. Mais notre défi est les premiers répondants, les premiers intervenants.

Ça voudrait dire que, si vous vivez dans Chaudière-Appalaches — et, particulièrement, on l'a développé dans l'est — la coiffeuse pourrait peut-être vous laisser en plan parce qu'elle est appelée à faire une intervention de premiers répondants. Et c'est le cas particulièrement dans certaines municipalités de la région de L'Islet et du territoire de Montmagny.

**M. Williams:** Je trouve votre approche intéressante, mais est-ce que vous pouvez chiffrer vos besoins pour mettre tout ce plan en place pour votre territoire?

**M. Patry (Gilles):** C'est à faire. Ça fait partie des devoirs qu'on a en suivi de la commission Clair, et on s'affaire à produire ces données-là eu égard à tout ce que demande la structuration de services de premiers répondants et de premiers intervenants. On va vous fournir l'information.

● (15 h 50) ●

**M. Tanguay (Marc):** On pourra vous fournir ça, mais dans les prochains jours.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous avez un complément de réponse, M. Tanguay?

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Bien, on pourra vous faire suivre l'estimé sommaire.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Alors, je comprends que vous ferez parvenir cette information au secrétariat de la commission dès que possible. Merci. M. le député de Bellechasse.

**M. Lachance:** Merci, Mme la Présidente. Alors, je suis heureux de voir ici les représentants de Régie régionale de Chaudière-Appalaches, mais il y a une chose qui me frappe en vous voyant, c'est l'homogénéité masculine.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Une voix:** Vous n'êtes pas obligé de le dire.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Lachance:** Dans Chaudière-Appalaches, il y a huit circonscriptions puis il y en a trois qui sont représentées par des femmes. Je peux vous dire que, si les partis politiques, que ce soit le Parti québécois, le Parti libéral, avaient si peu de femmes que ce que je peux observer ici aujourd'hui de votre côté, on se ferait varloper.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Lachance:** Ceci étant dit, je ne peux pas reprocher à ceux qui sont là de bien faire leur travail. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la présentation du M. le président, M. Caron, et je pense que vous tracez un portrait assez fidèle, en tout cas de ce que j'ai pu observer au cours des derniers mois et des dernières années, de la problématique de la région Chaudière-Appalaches, et je vous en félicite. Cependant, il y a un «mais», et ce «mais», c'est d'avoir passé, à mon goût en tout cas, peut-être un trop vite sur une problématique particulière, qui est l'accessibilité aux services de première ligne. Et vous me voyez venir, là.

Parmi les 11 MRC, les 11 territoires de MRC que vous couvrez, il y en a une en particulier qui ressent actuellement une pénurie de médecins omnipraticiens accessibles. Et, s'il y avait espoir, dans un horizon raisonnable, que la situation s'améliore, je pense que les gens qui ont été patients jusqu'à date continueraient d'être patients. Mais je peux vous dire que vous allez avoir de la visite prochainement. Je sais bien que ça ne dépend pas seulement de vous, mais les gens sur le territoire concerné s'attendent à ce que leur Régie régionale soit plus active dans la recherche de solutions pour ce problème qui est vraiment sérieux dans le territoire des Etchemins.

Il y a plusieurs années, au milieu des années soixante-dix, j'ai eu l'occasion de faire partie d'un comité qui avait comme mandat de vérifier sur le territoire de la MRC des Etchemins quelle était la principale préoccupation de la population au moment de l'instauration du CLSC des Etchemins, qui a été dans la première vague. Et on se souviendra que le CLSC des Etchemins a accueilli les premiers médecins salariés au Québec, qui sortaient de l'Université de Sherbrooke, dont le plus célèbre, je pense bien, c'est Dr Jean Rodrigue. Alors...

**Une voix:** ...

**M. Lachance:** Oui, très bonne université. Présentement, équivalents temps complet, il y a huit médecins au centre de santé des Etchemins sur une possibilité de 16. Il y a toutes sortes d'efforts qui ont été faits au cours des derniers mois — je pense que vous êtes au courant, que vous en êtes conscients. On demande, par exemple, d'avoir accès à des médecins boursiers. On aimerait avoir d'autres formules qui vont permettre d'accrocher les médecins sur ce territoire qui n'est pourtant pas le tiers-monde. Vous connaissez... Je sais que M. Tanguay, particulièrement, connaît très bien le territoire. Quand je dis que ce n'est pas le tiers-monde, il y a une qualité de vie intéressante, un lac magnifique, le lac Etchemin, trois centres de ski alpin, trois terrains de golf 18 trous, dans un rayon de 25 km,

il faut le faire. Donc, il y a quelque chose d'intéressant dans ce coin-là. Ha, ha, ha!

Alors, j'aimerais vous entendre sur les efforts que vous avez faits ou que vous pourriez faire pour que les gens du territoire des Etchemins, qui se sentent, là, un peu orphelins par les temps qui courent et surtout qui ne voient pas espoir, à court terme, d'une amélioration de leur situation... J'aimerais ça être capable de les rassurer. Je peux vous dire que tout ce qui bouge sur le territoire est en train de se mobiliser. Ce sont des gens pacifiques, mais là on sent que leur patience est pas mal à bout.

**M. Caron (Valier):** Mme la Présidente...

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

**M. Caron (Valier):** ...je voudrais rassurer M. Lachance. C'est que j'ai peut-être lu un peu rapidement — il me semblait que j'avais le débit assez lent. J'ai passé rapidement sur les effectifs médicaux, mais ce n'est pas parce qu'on n'y accorde pas d'importance. Je voudrais demander à Marc Tanguay de vous donner de l'information à cet égard, pour ce qui s'en vient dans l'immédiat, et suivra le Dr Carrier qui va vous donner d'autres informations.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Mme la Présidente, je pense que ça vaut la peine de parler de la problématique de l'effectif médical dans la région Chaudière-Appalaches, tant en omnipratique qu'en spécialité, parce qu'on a également des problèmes du côté des spécialités médicales.

Alors, du côté de la problématique en omnipratique, effectivement, la tendance lourde, c'est que les médecins vont davantage s'installer sur le littoral, je dirais plus près de la région de Québec, et même vont, dans certains cas, travailler à la fois à Québec et dans la région Chaudière-Appalaches. On est devant une situation où, malgré les efforts de recrutement, les médecins n'ont pas tendance à rester dans les territoires périphériques même si ces territoires-là sont à peine à 100 km de grands centres urbains.

La Régie régionale, pour soutenir le centre de santé Les Etchemins, a supporté différentes démarches, a supporté des travaux, a fait des représentations auprès du ministère, d'abord pour obtenir que les diplômés hors Canada et États-Unis puissent venir pratiquer dans la région, particulièrement aux Etchemins, utilisation de dépanneurs, retour de retraite — on a essayé de voir comment on pouvait supporter Les Etchemins dans ce sens-là — également les médecins boursiers. En fait, on a mis à contribution tous les moyens qu'on pouvait utiliser et on a travaillé avec le ministère pour tenter de trouver des solutions.

Force est de constater que, malgré ces moyens-là, on n'arrive pas à, je dirais, provisionner, si vous voulez, le plan d'effectifs qui demeure toujours autour de 50 %, alors que, si on veut maintenir une urgence de première ligne — parce qu'on retrouve à Lac Etchemin

une urgence de première ligne — il faudrait doter le plan d'effectifs, je dirais, pour la majorité des médecins qui sont requis, soit 16.

Ceci étant dit, dans la prochaine année, et déjà on est en train de planifier les choses, on a élaboré un plan de recrutement, plan de recrutement et de rétention qui vise justement à aider Lac Etchemin. Ce plan-là va requérir des fonds additionnels. Dans le cadre de notre revue de programmes, on a demandé au ministère de nous aider. On a également l'intention, par le biais de la proposition de M. Clair à l'effet de mettre en place des groupes de médecine de famille, de voir comment on pourrait arriver à créer une synergie dans le territoire, je dirais, Beauce-Etchemin pour amener des médecins à être plus présents sur le territoire des Etchemins.

Alors, ce que je peux vous dire aujourd'hui, c'est qu'on cherche des avenues de solution. Il y a quelques leviers qui nous appartiennent, et je vous dirais qu'il y a un des leviers qui devra davantage être regardé du côté du gouvernement, probablement dans certains ajustements législatifs, du moins par une réglementation, pour faire que soient respectés les plans d'effectifs médicaux au Québec. Actuellement, chaque région a son plan d'effectif médical, et il arrive que, dans certains cas, il y ait des dépassements. Et les médecins, naturellement, vont vers les grands centres urbains, vidant du même coup les régions éloignées. Alors, on peut vous assurer là-dessus qu'on est en action.

J'inviterais, si vous me permettez, Mme la Présidente, le Dr Pierre Carrier à nous faire part du détail par rapport à ça et parler peut-être de l'effectif en spécialité également.

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

**M. Carrier (Pierre):** Alors, ça me fait plaisir que vous ayez abordé ce sujet. Je me doutais qu'on allait entendre parler aussi. Ça nous préoccupe, et je vous dis qu'une des problématiques principales, c'est qu'on se trouve classifié comme région intermédiaire alors qu'il y a une bonne partie de notre territoire qui ressemble plus à une région éloignée, là, si on parle des territoires, par exemple, qui sont limitrophes avec le Bas-Saint-Laurent. La différence entre Saint-Jean-Port-Joli puis Sainte-Anne-de-la-Pocatière, elle n'est pas grande, mais, en termes de rémunération, il y a une différence importante pour les médecins parce qu'ils peuvent bénéficier des avantages de région éloignée. Alors, évidemment il y a comme une concurrence, là, qui fait que les médecins sont difficiles à recruter d'abord et ensuite à retenir lorsqu'ils s'y installent.

La même problématique existe dans Bellechasse, la même problématique existe dans Etchemin. C'est des territoires qui sont plus limitrophes de la région. Et les outils qu'on a dans nos mains sont très, très minimes. On a les activités médicales particulières, mais, pour avoir des activités médicales particulières, il faut qu'il y ait des médecins qui s'installent dans ce coin-ci. S'il n'y a pas de jeunes médecins, bien il n'y a pas de médecins qui peuvent faire ces activités médicales particulières là.

● (16 heures) ●

Actuellement, les démarches que l'on a faites, c'est qu'on a réussi, même si on n'était pas une région éloignée, à bénéficier de médecins boursiers. Etchemin, entre autres, a eu cette autorisation-là, de pouvoir recruter à même des médecins boursiers, alors que normalement c'est réservé aux régions éloignées. Le centre des Etchemins souhaiterait en avoir plus. On a quand même réussi, pour l'année qui vient, à en obtenir deux de plus. On sait que, dans la province, il y en avait peut-être une vingtaine alors qu'il y a beaucoup de régions éloignées qui étaient en manque important en omnipratique également. Alors, évidemment, le ministère va favoriser en premier lieu l'installation dans des régions où il y a vraiment des pénuries majeures dans toute la région, alors que, dans notre cas, le fait qu'il y ait beaucoup de médecins peut-être sur le littoral, on n'est pas considéré comme en pénurie importante en omnipratique aux yeux du ministère. Mais la répartition intrarégionale est très difficile, et c'est ce qui est le problème majeur, je dirais, pour la pénurie en omnipratique.

L'autre fait aussi, c'est que, dans notre région plus rurale, il y avait beaucoup de médecins de famille, des médecins de village, et ça, c'est une race qui est complètement en disparition. Et ces médecins-là n'ont pas été remplacés. Alors, le support qui était fourni auparavant: par exemple, si on parle du secteur des Etchemins, il y avait plusieurs médecins dans les paroisses, Etchemin jouait un rôle, entre autres, au niveau de l'enseignement parce qu'ils sont une unité de médecine familiale, alors il y avait un attrait pour les médecins qui allaient pratiquer là d'être des enseignants en même temps, c'était comme stimulant de recevoir des étudiants. Ça existe encore à Etchemin, sauf que la charge de travail est devenue tellement importante que la partie qu'il était possible de faire pour l'enseignement a diminué avec les années, et les médecins qui restaient là parce qu'ils avaient ce plaisir-là, bien, ont quitté depuis. Alors, il y en a plusieurs qui ont quitté pour ces raisons-là, la surcharge de travail, parce qu'il n'y avait plus de médecins dans les villages environnants. Alors, ça, ça fait le tour un petit peu des problèmes.

Alors, ce qu'on a fait... Actuellement, on a réussi à utiliser la banque de médecins dépanneurs, qui normalement est réservée aussi à des régions éloignées. Alors, on utilise des médecins dépanneurs dans plusieurs de nos urgences de première ligne, entre autres Etchemin. On l'utilise au niveau de Saint-Georges de Beauce, on l'utilise à L'Islet, on l'utilise à Saint-Pamphile, on l'a demandée pour Bellechasse mais on ne l'a pas obtenue parce qu'ils n'avaient pas un statut de 24-7, alors il y a des services qui sont interrompus, je dirais, certains soirs, certaines nuits de fin de semaine, entre autres. À ce moment-ci, alors il y a vraiment une difficulté dans le recrutement pour les médecins qui veulent faire de l'urgence.

Il y a aussi le fait qu'il y a certains secteurs, si on parle de Saint-Georges de Beauce par exemple, où il y a un nombre quand même important de médecins, mais qui sont rendus, je dirais, pour plusieurs, des médecins qui ont peut-être 15 ans de pratique et plus, qui... Et c'est un peu normal, c'est la tendance qu'on observe au Québec: après une quinzaine d'années de pratique, il y a peu de médecins qui continuent à

oeuvrer, par exemple, au niveau des services d'urgence. Alors, il y a un problème dans la distribution intrarégionale. Et on souhaite fortement que ce qui était dans le rapport Clair puisse éventuellement s'appliquer, c'est-à-dire qu'on aimerait bien posséder un peu d'outils, un peu d'armes pour attirer nos médecins à se mieux répartir dans la région. Je pense qu'on solutionnerait déjà une bonne partie des problèmes, et ça pourrait rapidement être un moyen, un incitatif qui nous appartiendrait, comme région, alors que, quand on dépend du provincial ou de négociations centrales, on ne bénéficie pas de ces moyens-là dans une région qui est considérée comme périphérique. Alors, pour ce qui est de l'omnipratique, ça fait un peu le tour.

Les médecins diplômés hors Canada et États-Unis, on fait des demandes également, on soutient les demandes des établissements qui sont en difficulté pour ceux qui le désirent, parce que, évidemment, il faut que l'établissement désire aussi vouloir tenter de recruter parmi ces médecins-là. Mais c'est un nombre extrêmement minime qui sort par année. On sait qu'il y en a plusieurs au Québec qui auraient la disponibilité, mais les règles, entre autres du Collège des médecins, font qu'il y a un nombre très restreint de ces médecins-là qui ont une autorisation de pratique au Québec d'année en année ou de six mois en six mois, parce que deux fois par année il y a des examens pour ces médecins-là. Toutes les régions en souhaitent et il en sort à peu près six à huit qui passent les examens par demi-année ou, si vous aimez mieux, entre 12 et 16 par année pour, je dirais, au moins 12 ou 13 régions qui ont des besoins importants en omnipratique. Alors, c'est sûr qu'il en sort à peu près un par région grosso modo par année pour les régions en demande.

Alors, c'est ça, le tableau réel des effectifs et des difficultés qu'on vit dans une région comme la nôtre.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Carrier. M. le député de Bellechasse.

**M. Lachance:** Vous allez comprendre que c'est essoufflant pour ceux qui restent, et le danger qu'on a, c'est qu'on perde le peu de médecins qu'on a parce que, à un moment donné, la nature humaine a ses limites. Alors, moi, j'aurais quasiment le goût de profiter de l'occasion qu'il y a deux médecins, là: Est-ce que vous êtes membres de la FMOQ? Est-ce que vous êtes membres de la Fédération des médecins omnipraticiens?

**M. Carrier (Pierre):** Moi, je suis payé par la Régie de l'assurance maladie, donc je suis automatiquement un cotisant à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

**M. Lachance:** Est-ce que vous pouvez avoir un petit peu d'influence sur les orientations de cet organisme?

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Lachance:** Parce que je pense que ça serait une piste aussi. Parce que, à un moment donné, là, la population commence à devenir agressive envers un groupe de la société qui était autrement plus populaire

que les politiciens. Alors, je comprends que ce n'est pas facile parce qu'il y a des traditions qui existent depuis longtemps, mais une des façons d'éviter de vous faire varloper comme, par exemple, les gens qui sont au public comme nous, ce serait peut-être de prévenir les coups et d'arrondir les coins, parce que la population voit ce qui se passe, et puis j'entends souvent le mot «corporatisme».

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

**M. Tanguay (Marc):** Si vous permettez, Mme la Présidente, le DRMG, le Département régional de médecine générale a son chef qui est le Dr Louis Godin. Le Dr Louis Godin, également un médecin actif au niveau de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, est très sensible à la réalité de ce que vit Lac-Etchemin. Et, lors d'échanges récents, quand on a fait le tour des recommandations de la commission Clair, nous avons dit qu'il était important, lorsqu'on créera — et ça, c'est prochainement — des groupes de médecine familiale, que Les Etchemins fassent partie d'un projet.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Vous me permettez peut-être une remarque aussi. Je me demande si le fait de ne pas accepter plus de médecins des communautés culturelles, finalement, qui arrivent au Québec mais qui n'ont pas le droit de pratiquer normalement, mais qui pourraient le faire compte tenu des pénuries, n'est pas relié, n'est pas lié aussi à la masse salariale. À un moment donné, il y a une masse salariale annuelle, et peut-être qu'on ne veut pas la subdiviser au point où on devrait en accepter, là, je ne sais pas, 25, 50 par année. Je ne sais pas si c'est lié à la masse salariale de la Corporation.

**M. Tanguay (Marc):** Bien, étant donné le manque important, la pénurie importante de médecins actuellement... Il faut dire en passant que le rapport Clair, M. Clair a dit qu'on ne s'entend pas sur le fait qu'il en manque ou pas, et jusqu'à quel niveau il en manque, pour différentes raisons. Parce que ce qu'on constate a priori, c'est que les médecins ne sont pas bien répartis dans le territoire québécois. Il y a d'abord un problème qui est de cette nature-là. Par ailleurs, lorsqu'on constate que les territoires en région éloignée, comme à Lac-Etchemin et comme ailleurs au Québec, sont en manque, on peut présumer que, si on était en mesure d'accorder des privilèges de pratique à des médecins hors Canada, on viendrait provisionner, mais il s'avère que ceux qui se présentent n'ont probablement pas nécessairement les mêmes formations, et ça commande des ajustements importants pour les rendre habiles à pratiquer au Québec.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci. Alors, sur le même sujet, Mme la ministre de la Justice et députée de Lévis.

**Mme Goupil:** Merci. D'abord, sur le même sujet, parce qu'il y en aurait plusieurs — on en discutait justement hier à une rencontre de nos collègues députés — pour la région de Chaudière-Appalaches, il y

a justement cette particularité où on a demandé de reconnaître cette région comme zone éloignée. Puis, je vais vous dire, c'est assez non pas fâchant, mais c'est inacceptable de dire qu'une région aussi près, à moins de 40 minutes de Québec, soit désignée comme région éloignée, alors qu'il y en a d'autres au Québec qui le sont. Donc, je suis convaincue que les gens de la Régie étaient parfaitement en accord avec nous pour ne pas accepter de la déclarer zone éloignée.

Ceci étant dit, au niveau de la réorganisation médicale, est-ce que, actuellement, Dr Carrier, vous avez été à même de voir qu'est-ce qui est proposé par le plan d'action au niveau de la réorganisation du système professionnel qui est présidé par le comité du Dr Bernier? Est-ce que vous avez été à même de suivre un peu quel est le plan d'action? Parce que, au niveau de la réorganisation du travail, particulièrement dans la santé, il y a un lien direct avec le fait d'avoir des effectifs un peu sur le territoire. Est-ce que, vous, vous avez été sensibilisé aux travaux faits jusqu'à maintenant?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Oui, je dirais, j'ajouterais peut-être là-dessus que, justement hier soir, on a entrepris, le département régional du comité de direction a entrepris une tournée des différentes parties de notre région. Alors, on a prévu faire sept rencontres. La première se tenait hier soir. Et on a eu une discussion avec les médecins du territoire de Lévis sous cet aspect-là un peu, de hiérarchisation des soins, où on parlait effectivement de peut-être réserver les spécialistes pour vraiment les problèmes de deuxième ligne et de troisième ligne. Évidemment, les médecins omnipraticiens nous disaient: Bien, ça va faire une charge de travail encore plus grande pour les omnipraticiens sauf si on entrevoit la possibilité justement d'être secondés, en particulier par des infirmières qui auraient un rôle qui serait plus accentué, là, qu'il ne l'est actuellement.

● (16 h 10) ●

Alors, évidemment, je pense que c'est une avenue qui est intéressante puis je pense que c'est une avenue au Québec qui devrait faire un bout de chemin. Les médecins sont d'accord là-dessus évidemment, surtout dans les territoires où il y a des besoins énormes, où on sent plus de pression sur les médecins qui restent là, parce que, où il n'y en a pas beaucoup, ils partageraient le travail avec d'autres professionnels de la santé avec grand plaisir. C'est certain que c'est une avenue qui paraît intéressante, en tout cas pour tous les secteurs, mais particulièrement pour les secteurs en difficulté d'effectifs.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay, un complément de réponse.

**M. Tanguay (Marc):** Si vous me permettez d'ajouter, Mme la Présidente, que c'est sûr que, dans la hiérarchisation, il y a là des voies de solution, parce que des médecins spécialistes pourraient déléguer certains actes au profit des omnis et les omnis au profit des infirmières. Mais il faut voir là une limite, parce que vous savez qu'au Québec actuellement, au niveau de la

main-d'oeuvre infirmière, on est également dans une situation précaire qui risque de demeurer pendant plusieurs années. Alors, il y a comme un équilibre là qui est plus ou moins facile. Même si on va de ce côté-là, il n'en demeure pas moins que les effectifs vont être limités tant pour l'un que pour l'autre. Il va falloir essayer d'être très créatif pour arriver à faire en sorte de répondre aux besoins de la population.

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

**Mme Goupil:** Je reviendrai tout à l'heure pour un autre sujet. Je vais laisser...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** D'accord. Alors, M. le député de Châteauguay.

**M. Fournier:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Mes salutations à tout votre groupe. Il me fait plaisir d'intervenir à ce moment-ci. J'ai entendu notre collègue passer son message sur les membres de la FMOQ. Ça me rappelle qu'il y a plusieurs instances qui sont impliquées lorsqu'on regarde, non pas la question de la répartition des médecins — on en parlera tantôt — mais est-ce qu'il y a suffisamment d'omnis ou pas suffisamment d'omnis au Québec. Et il y a une table qui existe, la table des effectifs, qui regroupe un peu tout ce qui bouge, les spécialistes, les omnis, les universités, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé, qui avait recommandé, notamment pour cette année qui a commencé en septembre, 55 nouvelles admissions en médecine — là, ça ne répond pas aux besoins le lendemain matin, mais ça prépare l'avenir — et le gouvernement n'en a autorisé que 30.

Alors, si, vous, comme membres de la FMOQ, vous pouvez passer des messages à votre Fédération, on peut dire que, nous, comme députés de l'Assemblée, on peut aussi passer des messages au gouvernement. Et le gouvernement aurait peut-être davantage à respecter ce qui est le consensus de tout ce qui bouge au Québec en matière de santé, à savoir qu'il aurait fallu augmenter de 55 le nombre d'admissions en médecine cette année plutôt que de ne le limiter qu'à 30 comme l'a fait le gouvernement. Alors, je pense qu'il y a des messages un peu pour tout le monde dans le domaine des pénuries de médecins.

Mon premier sujet d'interrogation, enfin vous me l'inspirez, vous en avez même parlé un peu. D'abord, si je regarde la situation au niveau des médecins, dans un document du 27 novembre que M. Carrier nous a fait parvenir, on dénotait que le manque en omnipratique était de 42 et, en médecins spécialistes, de 34. Ça doit ressembler encore à ça aujourd'hui, j'imagine. Ma première question est assez simple — puis ça va aussi pour le cas de Lac-Etchemin qui semble assez pathétique, en tout cas, qui ont l'air à être un peu tannés, pour dire le moins, lorsqu'on regarde la documentation — moi, ma première question: Vous parlez de Clair, vous parlez des groupes en médecine familiale. Par exemple, pour chez vous, pour votre région, est-ce que les groupes de médecine familiale sont possibles, dans la mesure où vous êtes dans des situations comme le Lac-Etchemin où on crie justement pour avoir des médecins de famille ou des gens qui sont sur le terrain? On peut se

dire: Peut-être que dans certaines régions du Québec, c'est possible, mais est-ce que c'est possible partout? C'est ce que je me demande. Dans votre cas, chez vous, considérant les manques que vous avez par rapport à votre PREM, est-ce que c'est possible, cette solution-là? Est-ce qu'elle est applicable? Et, si oui, jusqu'à quelle hauteur pensez-vous que vous pouvez... former quelques groupes, mais que vous n'aurez pas suffisamment de groupes pour couvrir toute la population?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** À ce moment-ci, c'est sûr qu'on ne peut pas déterminer de façon précise le nombre de groupes de médecins qui pourraient être démarrés. Ce qu'on a comme projet et qu'on envisage avec le DRMG, c'est le démarrage bien sûr d'un certain nombre de projets qui vont s'actualiser graduellement, qui vont faire bouler de neige dans l'ensemble de la région. On sait qu'on a des territoires comme tout le littoral et même la Beauce qui sont en suffisance et à l'intérieur desquels on peut certainement démarrer des groupes de médecins de famille, et on peut également créer des contrats et des ententes avec les CLSC pour assurer une bonne liaison et une continuité de services.

Maintenant, on a des territoires qui sont plus vulnérables effectivement quand on parle de L'Islet et les Etchemins. Et là il va falloir user de créativité pour trouver des solutions. On a l'impression que, si demain matin on partait les groupes de médecine, on pourrait assez facilement identifier cinq ou six groupes intéressés à démarrer. Et, bien sûr, vous savez que les groupes de médecine qui sont prévus doivent pouvoir compter sur des infirmières pour pouvoir soutenir les médecins. Alors là, encore une fois, il va falloir, un, avoir les ressources pour embaucher lesdites infirmières et, deux, en disposer.

Alors, on a quand même quelques défis. Il est sûr qu'on pourrait, dans un délai relativement court, démarrer ce processus-là, et ce que ce projet ferait, c'est que, une fois qu'on aurait rempli, si vous voulez, un territoire donné de médecins de famille, graduellement les médecins iraient vers la périphérie. Maintenant, ça ne constitue pas une solution immédiate pour régler le problème dont on parlait tout à l'heure, des Etchemins.

**M. Fournier:** Vous parlez de la constitution assez rapide d'un certain nombre de groupes, ce qui donnerait un élan. Ma question est... Parce qu'il y a quand même un certain nombre de choses qui peuvent être faites avant. Notamment, il y a un peu d'ententes avec les CLSC, j'imagine qu'on parle ici de quelques sous attribués à ça. Est-ce que vous avez évalué le délai que ça peut prendre pour en lancer certains? Si demain matin le gouvernement disait: Voilà, je veux lancer ça, j'en veux 40 pour je ne sais pas quelle date, vous, vous êtes capables d'opérer, là, quatre, cinq groupes, vous êtes capables de les rendre effectifs dans quel délai et de combien vous pensez que vous auriez besoin pour y arriver?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Mentionnons d'abord que le DRMG est en tournée dans la région justement pour échanger avec les médecins et voir la faisabilité de certaines solutions. D'ici le 31 mars prochain, on aura complété grosso modo cette tournée-là.

On a également convenu de créer un comité mixte, CLSC et médecins de cabinet, pour tirer immédiatement les grandes lignes pour démarrer ces groupes de médecine. Et le comité aurait aussi comme mandat d'identifier les conditions gagnantes, si vous voulez, ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières requises pour les actualiser.

Dit autrement, quelque part au début d'avril, si le gouvernement du Québec allait dans ce sens-là, on pense qu'on pourrait proposer un certain nombre de groupes en démarrage.

**M. Fournier:** À quel moment vous êtes capables d'évaluer combien ça va coûter, de combien vous avez besoin pour ça? Mettons, au début d'avril, vous pourriez lancer, pour l'année 2001-2002... Alors, on est dans l'opération des crédits, le gouvernement doit se poser cette question-là. Vous, vous avez besoin de combien de crédits supplémentaires pour lancer cette nouvelle façon de faire?

**M. Tanguay (Marc):** Alors là on n'est pas en mesure, à ce moment-ci, de répondre, mais on pense que, d'ici deux mois, d'ici un mois et demi, au 31 mars, on aura les données précises. S'il s'avérait que le ministère de la Santé et des Services sociaux lance, je dirais, un appel d'offres pour que des projets soient mis en place, on pense qu'à l'intérieur de trois ou quatre semaines on pourrait fournir l'information requise.

Maintenant, à titre d'exemple, on mentionne que, pour un groupe de médecins d'une dizaine de médecins, on peut requérir la présence d'environ deux infirmières. Alors, vous savez un peu ce que peut coûter une ressource infirmière, plus ou moins 60 000 \$; ah, bien là ça veut dire à peu près 120 000 \$. Il peut y avoir également des frais de soutien administratif ou d'accueil qui s'ajoutent. Maintenant, je ne peux pas à ce moment-ci vous donner l'envergne, mais on peut présumer que, d'ici un mois, on aura suffisamment de données pour se lancer dans des projets si bien sûr on a un minimum de ressources qui suivent.

**M. Fournier:** J'ose vous le demander, dites-moi donc si ce n'est pas possible. Si jamais cette évaluation-là se fait puis qu'elle se termine, comme vous dites, dans un mois et demi, deux mois, est-ce que ce serait possible d'en faire parvenir une copie au secrétariat de la commission?

**M. Tanguay (Marc):** Absolument.

**M. Fournier:** Pour un aperçu, un peu, de ce que ça peut représenter comme logistique, comme coûts, l'implantation?

**M. Tanguay (Marc):** Absolument.

**M. Fournier:** Merci beaucoup. À la page... Ah! bien, juste avant, puisque on parlait des plans d'effectifs,

puis on en arrivait à la conclusion qu'il manquait 42 omnis et 34 spécialistes. S'il en manque, c'est parce qu'il y avait une cible, et c'est le plan d'effectifs qui établit la cible. Toutes les régies sont à revoir leur cible; si je comprends bien, c'est en ce moment que ça se fait, puis ça va se terminer quelque part au mois de mai peut-être. Il y a certains sons de cloche qui se sont fait entendre, notamment du bord de la ministre — ce n'est pas un son de cloche à dédaigner — à l'effet que les cibles étaient mal faites, elles ne tenaient pas compte des vrais besoins. Mais les PREM étaient basés plus sur une situation... c'est-à-dire que, quand on a commencé à les faire, on s'est dit: Combien on en a aujourd'hui? Notre cible, c'est celle d'aujourd'hui.

J'aimerais ça avoir votre réaction. Est-ce que, dans la révision de vos cibles, vous envisagez qu'elles vont être vues à la baisse, comme le suggèrent certains — et je comprends que vous n'êtes pas arrivés à la fin, là, c'est difficile pour vous de me dire ça va terminer à quel chiffre — est-ce que vous pouvez envisager que ça va aller à la baisse ou que ça va aller à la hausse?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

● (16 h 20) ●

**M. Tanguay (Marc):** L'hypothèse qu'on a présentement, c'est qu'on va graviter autour du statu quo. En termes d'omnipratique et en termes de médecins spécialistes, on a quelques situations où on est en manque. La façon dont on procède par rapport au plan d'effectifs, il y a présentement, pour les effectifs en spécialité, une démarche en cours et il y a également une démarche pour les effectifs en omnipratique. Alors, les établissements doivent nous fournir leur plan d'effectifs médicaux. On a pris soin d'indiquer que les cibles ou les augmentations étaient très limitées et qu'il fallait travailler à l'intérieur des contraintes qui nous seront fournies même si on n'a pas encore reçu les plans d'effectifs ou les nombres de médecins sur lesquels on pourra compter.

Alors, pour ce qui est des médecins spécialistes, d'ici au 15 février, normalement, on aura une information de chaque centre hospitalier en spécialité, et on devrait avoir également dans les semaines qui suivent des données plus précises sur les besoins en omnipratique. On a également comme échéancier le 9 mai comme date où sera adopté le plan d'effectifs.

Maintenant, ce qu'on cherche à faire en spécialité, c'est régler des situations critiques dans certains centres hospitaliers. Et, si vous me permettez, je demanderai peut-être au Dr Carrier de préciser là-dessus.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Alors, en fonction des spécialités, effectivement, on peut peut-être, avec la méthodologie du ministère, présumer qu'on a des chances d'avoir des arrivées nettes de médecins, donc plus d'arrivées que de départs. La méthodologie prévoit que, selon la clientèle à desservir puis le nombre de spécialistes en place par établissement... Évidemment, nous autres, on peut dire qu'on a... Les établissements qui sont en périphérie, Montmagny, Saint-Georges de

Beauce et Thetford Mines, où il y a actuellement des postes vacants en omnipratique, donc eux n'ont pas besoin de gonfler leur plan; ils souhaiteraient bien remplir leur plan, c'est-à-dire compléter ce qu'ils ont déjà d'autorisé comme postes. Alors, évidemment, on s'attend à ce que — la méthodologie du ministère, en tout cas, nous permet d'espérer — ces établissements-là puissent se voir imputer un certain nombre de médecins, au moins pour combler les postes vacants actuellement en spécialité.

Par rapport à l'Hôtel-Dieu de Lévis, la problématique est peut-être un petit peu différente. L'Hôtel-Dieu de Lévis vit un boom de clientèle très important, entre autres parce que les gens utilisent beaucoup plus l'hôpital de Lévis que les hôpitaux comme, par exemple, le CHUL qui était beaucoup, beaucoup utilisé dans le passé. Donc, la clientèle se fait desservir de plus en plus dans la région. Alors, l'hôpital de Lévis a vécu une augmentation importante. Il y a eu l'addition aussi de nouveaux services diagnostiques: qu'on pense à la résonance magnétique, par exemple, qui utilise du temps de radiologistes de façon importante. C'est la seule ressource qu'il y a dans la région. On dessert même d'autres régions actuellement. Alors, tout ceci fait que l'Hôtel-Dieu de Lévis va certainement être en demande d'ajout d'effectifs, mais vraiment pour suivre le taux de croissance de clientèle qui se fait là. Alors, ça, c'est une particularité pour cet établissement-là qu'on retrouve moins ailleurs par rapport aux besoins d'effectifs spécialisés.

Ce à quoi on peut s'attendre, c'est pratiquement à un statu quo dans les demandes des établissements périphériques et à une hausse des demandes en spécialité pour l'Hôtel-Dieu de Lévis en raison, je dirais, d'un achalandage et d'un rôle régional qui est de plus en plus concret sur le terrain.

**M. Fournier:** Avant de changer de sujet, je pousserais encore un petit peu plus loin en vous demandant si c'est possible de faire parvenir à la commission vos plans lorsqu'ils seront adoptés le 9 mai, autant en omni qu'en spécialité. On apprécierait.

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

**M. Fournier:** Oui, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** ...est-ce que vous permettez...

**M. Fournier:** Toujours.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** ...que je cède la parole à Mme la ministre et députée de Lévis qui doit quitter?

**M. Fournier:** Avec grand plaisir.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Puis je reviendrai par la suite avec vos interventions.

**M. Fournier:** Ça va me faire plaisir de l'écouter, Mme la Présidente.

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

**Mme Goupil:** Merci, Mme la Présidente. Puisque M. Carrier est ici, j'en profite, parce que les gens de la Régie, on a le plaisir de se rencontrer assez régulièrement. Et, à mon tour, vous me permettrez de vous saluer, tous autant que vous êtes. Parce qu'on travaille en étroite collaboration, et, quand on demande des informations, nous les avons assez rapidement.

Et, M. Carrier, je reviens un petit peu sur toute l'organisation au niveau des médecins bien sûr et toute la hiérarchisation des actes médicaux, parce que, quand on regarde les chiffres qui nous sont présentés — Dieu sait qu'il y en a, des rapports, et nous ne sommes pas, nous, des experts dans le domaine, mais on se fie aux documents qui nous sont remis — toutes proportions gardées, en nombre de médecins versus les infirmiers et infirmières, versus les infirmiers et infirmières auxiliaires également, que ce soit suite à la commission Clair ou à d'autres rapports, ainsi que ceux qui travaillent actuellement, présidé par le Dr Bernier, pour la réorganisation du système professionnel, ce ne sont pas des effectifs qui nous manquent, c'est davantage une organisation de travail pour être capables de répondre à des besoins ponctuels que l'on retrouve dans certaines régions du Québec.

Est-ce que vous, personnellement, ainsi que les gens de la Régie, quand on se demande qui pourrait poser tels gestes ou tels actes médicaux plutôt qu'un autre, est-ce qu'il y a chez vous cette ouverture, bien sûr, pour qu'on puisse répondre à cette hiérarchisation-là au niveau des actes médicaux? Et, si on le faisait en concert, bien sûr, avec les différents professionnels, est-ce que vous pensez que nous sommes outillés, au Québec, avec les gens formés dans différents secteurs, pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Si on prend, par exemple, certains dossiers, qu'on regarde les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'insuffisance cardiaque ou des pathologies chroniques comme ça qui ont une influence sur la morbidité de la population, qui est très importante, il y a un rôle de plus en plus grand que l'on fournit, par exemple dans l'organisation des services, au personnel infirmier entre autres, aux inhalothérapeutes, pour former les gens comme à mieux utiliser leurs médicaments, mieux connaître leur maladie, mieux déceler les problèmes, les risques de décompensation de leur maladie puis de savoir comment réagir là-dessus. Alors, tu as des pharmaciens qui sont associés à ça.

Alors, évidemment, ce mode d'organisation là fait qu'on libère le médecin spécialiste de beaucoup, on libère en même temps l'omnipraticien, on outille mieux le patient. Alors, c'est certain qu'il y a un avenir là-dedans qui est très intéressant. Jusqu'où on va être capable d'aller? Évidemment, je pense qu'il faut développer les programmes d'abord, parce qu'on ne peut pas partir avec ça dans la rue puis décider qu'on fait demain matin un programme pour les hypertendus à la

grandeur de la province. Il y en a énormément. Alors, il faut structurer les programmes puis, je dirais, planifier pour qu'il y ait une intervention terrain qui se fasse proche de l'individu.

Alors, ça, c'est déjà commencé dans certains programmes. Je pense que, graduellement, ça pourra s'étendre à d'autres pathologies. Mais d'abord compléter ce qu'on a débuté puis, après ça, je dirais, aller dans d'autres pathologies qui pourraient recevoir l'appui d'autres que les médecins pour aider la population à mieux gérer ce problème de santé là. Alors, ça, c'est certainement quelque chose dans lequel on est embarqué partout dans la province. Et, je dirais, dans toutes les régions, je pense qu'il y a des travaux qui se font là-dessus.

Nous, on est peut-être un peu plus avancés en maladies pulmonaires obstructives chroniques, c'est peut-être le point qu'on a plus développé actuellement, et ça donne des résultats concrets. Par exemple, certains établissements voient un taux de réadmission qui diminue dans ces pathologies dans lesquelles on a mis de l'énergie. Alors, il y a certainement des résultats à entrevoir pour les coûts de santé et l'utilisation des médecins.

**Mme Goupil:** D'accord.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Mme la ministre.

**Mme Goupil:** C'est une question d'un tout autre ordre à M. Caron, parce que, dans votre mémoire que vous avez produit, il y avait une question qui m'a... lorsque j'en ai fait la lecture. C'est à la page 29. Quand vous avez identifié les priorités de santé et de bien-être, vous avez indiqué: «La rupture actuelle, entre l'économique et le social, manifestée par l'accroissement des inégalités, la difficile intégration des jeunes, la précarisation des emplois, inquiète.» Je vais vous dire: Quand on lit ça, là, c'est... Je me demandais à quoi exactement vous faisiez référence.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Caron.

**M. Caron (Valier):** Bien, voici, les références... On est souvent sous l'impression... En tout cas, vous connaissez autant que moi la lutte, présentement, qu'il y a entre le social et l'économique. On voulait tout simplement mentionner ici que, si on investit dans le domaine social, ça n'a pas pour effet nécessairement de nuire au milieu économique. C'est tout simplement ça qu'on a voulu dire.

**Mme Goupil:** Alors, d'investir davantage en amont pour être capable de mieux répondre aux besoins.

**M. Caron (Valier):** Absolument.

**Mme Goupil:** Bon. Je vous remercie. Il y avait aussi, au niveau de... On lisait ces jours-ci, comme on est dans le cadre de la Semaine de la prévention du suicide... On sait que la région Chaudière-Appalaches, dans le cadre d'un programme à la Régie... Ce matin, on

était à même de constater qu'il y avait une réduction de 15 % au niveau du suicide, qu'on avait dénotée, considérant le programme qui avait mis de l'avant. C'est-à-dire que, je pense, ça fait trois, quatre ans que la Régie régionale a vraiment mis de l'avant ce programme, et ce matin ce qu'on lisait dans les journaux, c'était qu'il y avait eu des résultats: si on regarde les chiffres, 15 % de moins. Est-ce que, au niveau de la Régie régionale, il y a un projet ou est-ce qu'on va continuer à travailler comme on l'a fait dans le cadre de ce projet-là, considérant la problématique qui est importante au Québec?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, si vous me permettez, Mme la Présidente...

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

● (16 h 30) ●

**M. Tanguay (Marc):** ...je répondrais et, en complément, le Dr Philippe Lessard qui est directeur de la santé publique. Il faut peut-être mentionner que, effectivement, depuis 1998, on a mis en place un plan d'action, parce que nos données n'étaient pas particulièrement intéressantes, on avait un taux de suicide important, relativement élevé.

Actuellement, on a sur notre territoire quatre centres d'écoute. On a également un service d'urgence psychosociale, urgence détresse 24-7, qui a été mis en place. On a fait en sorte aussi qu'une formation soit donnée à nos intervenants pour mieux faire le dépistage des situations et intervenir rapidement. Il y a des services de prévention qui ont été développés, tant dans les milieux scolaires que du côté des adultes. On sait que le suicide touche particulièrement les hommes 20-44 ans, que je me souviens, ce qui nous a amenés aussi à développer des groupes sentinelles qui interviennent dans les milieux de travail et dans les milieux à risque, et bien sûr ces interventions-là vont être consolidées.

Il est peut-être important de mentionner qu'une des particularités des ressources qu'on a développées consiste en des groupes pour endeuillés parce qu'on dit que les familles qui vivent une situation suicidaire, où une personne s'est suicidée, risquent de se ramasser dans la situation où, un an ou deux ans plus tard, il y a une autre personne dans la même famille qui risque de vivre un suicide. Or, dans les circonstances, ça nous amène à travailler au niveau des personnes endeuillées pour justement contrer et diminuer cette situation. Alors, Dr Lessard.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Dr Lessard.

**M. Lessard (Philippe):** En complément, peut-être simplement ajouter qu'il y a un constat qui a été fait dans la région, il y a déjà quelques années, et qui s'est traduit effectivement, il y a environ trois ans, par l'adoption d'un plan d'action régional pour la prévention du suicide, en lien avec la stratégie nationale. Ce plan d'action là a commencé à s'implanter concrètement au cours de l'année 1998. Présentement, je dirais, il est bonne vitesse de croisière. On est rendu à une étape où on va, au cours des prochaines semaines, mettre à jour

le plan d'action — parce que, comme tel, à peu près 80 % peut-être des actions ont été à ce moment-ci réalisées et sont implantées — et on va mettre l'accent sur certains autres aspects ou autres volets qui n'avaient pas encore été développés dans le plan d'action.

Peut-être, pour répondre à la question que vous avez posée, simplement mentionner qu'il y a actuellement un accent qui est mis sur le développement de l'expertise, l'expertise des intervenants au niveau terrain, au niveau des CLSC pour les 11 MRC de la région, les 11 CLSC de la région, donc développement d'une expertise d'intervention en situation de crise, d'intervention en postvention, c'est-à-dire après un suicide accompli, auprès des proches, auprès de la famille ou des proches, d'intervention aussi lorsqu'il y a des situations, par exemple, de suicide collectif. Bien, on n'a pas eu vraiment de situation de suicide collectif, mais, comme on sait qu'un suicide entraîne parfois dans son sillage d'autres événements tragiques lorsque ça se produit dans un même territoire, bien ça prend une capacité d'intervention, une capacité d'expertise et des connaissances d'intervention terrain, ce à quoi on va beaucoup s'appliquer au cours des prochaines semaines.

Un autre élément aussi qu'on trouve important et qu'on est en action actuellement, c'est que, comme le rapport des coroners le mentionnait, une étude des coroners qui a été faite en 1996, particulièrement pour la clientèle des hommes, pas seulement pour la clientèle des hommes, mais particulièrement pour cette clientèle, l'importance qu'a le médecin, le clinicien dans les semaines et dans les mois précédents le geste suicidaire, importance dans le sens où il y a des contacts qui se font entre une partie de la clientèle et les médecins omnipraticiens, et il est important et prioritaire de développer, en collaboration avec les médecins omnipraticiens... Et c'est ce qu'on va faire dans la région, on va développer un projet en collaboration avec deux médecins omnipraticiens qui ont de la pratique sur le terrain en clinique privée et en CLSC. Donc, on va développer avec eux un projet qui va viser à outiller, sensibiliser, informer, favoriser le fait que l'ensemble des médecins omnipraticiens de la région vont pouvoir avoir une pratique peut-être plus efficace pour prévenir le plus possible les cas de suicide.

Un autre élément, je m'arrêteraï là-dessus peut-être, c'est qu'on étudie aussi actuellement, on tente de développer un projet en collaboration avec les CLSC et en lien avec les centres jeunesse, un projet de prévention du suicide chez les jeunes en difficulté, des jeunes qui vivent des difficultés d'adaptation sociale, des troubles de comportement ou autres, qui, pour certains, sont dans le réseau, je dirais, des centres jeunesse. Alors, on est à développer actuellement un projet, un peu comme le projet des sentinelles en milieu de travail dont il a été question en conférence de presse dernièrement et dont on est fier dans la région, très fier même dans la région, donc un projet qui viserait à aussi réduire la problématique du suicide chez les jeunes, peut-être de 18 à 25 ans ou un peu plus jeunes aussi, mais plus particulièrement les jeunes qui vivent des difficultés d'adaptation sociale.

Donc, c'est un problème... Oui, il y a eu une diminution, si on regarde les nombres, de peut-être 15 % en 1998-1999, mais ce n'est pas des... je dirais,

une... On peut juste espérer que c'est une tendance qui va se concrétiser au fil des années, en 2000-2001 et les autres années, avec les efforts qu'on va continuer à mettre sur le dossier.

**Mme Goupil:** Je vous remercie.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Merci, Dr Lessard.

**Mme Goupil:** J'avais une dernière question...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui, une dernière question.

**Mme Goupil:** ...qui est de façon beaucoup plus globale. Le Conseil du statut de la femme a déposé un avis régional, pour la région Chaudière-Appalaches, dans lequel on a identifié différentes problématiques que vivaient particulièrement des femmes. Je sais que dans le mémoire que vous avez soumis, M. Caron, vous avez été à même de soulever différents éléments qui touchent bien sûr... mais il y avait dans le cadre de l'avis différents éléments qui interpellaient de plein fouet la Régie régionale. Est-ce que, peut-être, vous pourriez juste nous dire un petit peu quelles sont vos intentions à court terme suite à cet avis?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Mare):** D'abord, l'avis du Conseil du statut vient de sortir. On a fait le tour des principales recommandations qu'on y retrouve et on est en train d'envisager un plan de travail. Ce qu'on souhaite, c'est rencontrer les représentantes des groupes de femmes en Chaudière-Appalaches, d'abord pour mieux s'approprier des problèmes qui ont été soulevés et éventuellement élaborer un plan d'action.

Déjà, il y a certains domaines dans lesquels on entend intervenir. Vous savez que, par exemple, la région ne dispose pas de service d'interruption volontaire de grossesse, alors que, ailleurs au Québec, ces services-là ont été déployés. Donc, les femmes de la région doivent se déplacer et venir dans la région de Québec pour obtenir le service. On est en demande là-dessus dans le cadre de notre revue de programmes, et il y a un certain nombre de dossiers, comme ça, qu'on a déjà commencé à regarder.

Donc, dans les prochains jours ou semaines, des rencontres sont prévues avec les groupes représentatifs des femmes pour mieux s'approprier les contenus et éventuellement développer un plan d'action. Alors, on est à travailler présentement les choses.

**Mme Goupil:** Alors, merci, Mme la Présidente. Juste en terminant, comme ministre responsable de la région, bien je tiens à vous remercier pour l'excellent travail que vous accomplissez. Parce que, comme M. Caron l'a mentionné, il y a bien sûr des gens bénévoles qui siègent sur ces instances, mais il y a une équipe de professionnels qui... Avec les défis que nous avons, on trouve des éléments de solution, et nous en sommes particulièrement fiers. Bien qu'il nous reste

encore beaucoup de travail à faire, je tiens à vous remercier publiquement parce qu'il y a du bon travail qui se fait dans notre région. Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, merci, Mme la ministre.

**Mme Goupil:** Merci beaucoup, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. le député de Châteauguay. Ah! M. le député de Nelligan.

**M. Williams:** Oui. Merci beaucoup. Merci, aussi, de vous déplacer et merci pour votre excellent travail. Je voulais vous questionner un peu sur la jeunesse, mais je voulais juste mentionner que vous êtes aussi, la Chaudière-Appalaches, une des régies qui a répondu à mes demandes sur les informations sur les déficiences physiques. Avec ça, c'est trois sur trois aujourd'hui, c'est pas pire. Merci beaucoup.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Williams:** Et je souhaite bonne chance de convaincre le gouvernement pour votre 10 millions que vous avez besoin pour juste appliquer... avoir un service comparable avec les autres régions pour les services de déficience physique, et comptez sur l'opposition pour vous aider.

Mais c'est plus une question sur les services jeunesse. J'ai vu que vous nous avez donné les ententes de gestion de la Régie et plusieurs autres établissements et pas sur les centres jeunesse, les centres jeunesse Chaudière-Appalaches. Je pense aussi que votre territoire a été ciblé par le gouvernement comme un des territoires les moins financés, et vous avez reçu un certain montant.

Mais j'arrive avec ma question habituelle, l'histoire de mes listes d'attente. L'année passée, le 4 février, vous aviez 33 jeunes sur la liste la plus importante selon M. Lebon, qui est: après évaluation, ils attendent l'application des mesures. Selon l'information que j'ai reçue, le 2 février de cette année, vous avez maintenant 25 sur la liste d'attente d'évaluation, qui est une légère amélioration, mais encore 20 sur la liste qui attendent l'application des mesures.

● (16 h 40) ●

Je voudrais savoir un peu qu'est-ce qui se passe dans toute la question de protection de la jeunesse. Est-ce que l'argent n'est pas suffisant? Est-ce que c'est arrivé, comme d'habitude, tellement tard? Est-ce que vous pouvez expliquer un peu qu'est-ce qui se passe avec cette situation? Parce que l'objectif doit être d'assurer que la liste d'attente est de zéro. Et je voudrais juste mieux comprendre, malgré les interventions, pourquoi ça n'a pas vraiment baissé depuis l'année passée.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Merci. En guise d'introduction, les dernières données qui nous étaient fournies

notaient que notre clientèle en attente au niveau du programme jeunesse était de 18 et qu'on avait une capacité qui gravitait autour de ce même nombre là. Il est sûr que, lorsqu'on est autour d'une liste d'attente de 20, c'est ce qu'on appelle le zéro théorique, à savoir qu'on est en mesure de prendre en charge cette clientèle-là à l'intérieur des délais prévus, compte tenu du degré d'urgence, soit immédiat, 24 heures ou autrement. Alors, actuellement, le centre jeunesse répond aux besoins prioritaires et urgents. Alors, on peut dire qu'ils sont en contrôle de la situation.

Il faut peut-être mentionner que cette année il y a eu des investissements additionnels de l'ordre de 1,2 million dont 500 000 \$ ont servi justement à soutenir des manques à gagner pour ramener la liste d'attente au fameux zéro théorique et un 700 000 \$ a également été injecté pour transformer l'offre de services.

Actuellement, les centres jeunesse développent avec les CLSC un projet de réseau intégré de services. Ils transforment leur propre offre de services de réadaptation internes pour développer des ressources externes, des ressources plus légères, et bien sûr avec ces moyens-là on réussit à passer à travers malgré le fait que bien sûr on soit l'un des centres jeunesse les moins bien financés du Québec.

**M. Williams:** Merci pour cette réponse, et continuez de pousser de réduire ça toujours à zéro, pas juste zéro théorique, mais zéro. Est-ce que, selon vous, les centres jeunesse vont avoir un déficit cette année? Parce qu'ils ont eu des déficits l'an passé. Est-ce que cette année... Selon vous, ça va être quoi, la lacune entre l'offre de services et la capacité à payer?

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Dû au fait qu'on a modernisé l'offre de services, on l'a rendue plus souple, on a développé des ressources dites alternatives, on pense que le centre jeunesse va finir en équilibre budgétaire et sera en mesure, avec les injections de 1,2 million, de fonctionner.

**M. Williams:** Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ça va? Alors, Mme la députée de Mille-Îles.

**Mme Leduc:** Non, je n'ai pas demandé la parole, non. Je m'excuse.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Ah! Je m'excuse. Au tout début, non?

**Mme Leduc:** Non.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, je retourne...

**M. Lachance:** Est-ce qu'il reste du temps, Mme la Présidente? Moi, je ne veux pas enlever du temps à l'opposition.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui. Est-ce que, M. le député de Châteauguay, comme je vous avais...

**M. Fournier:** C'est ça. Je veux juste en prendre un petit peu, là, mais...

**M. Lachance:** Oui, oui, oui, allez-y.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Oui? Parfait. Alors, monsieur...

**M. Fournier:** Si vous êtes assez gentil de m'en laisser un petit peu.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fournier:** On va passer des...

**M. Lachance:** Ça va de soi, M. le député.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Parce que je vous ai coupé souvent. On a essayé d'intervenir à différentes reprises.

**M. Fournier:** On va passer de la jeunesse aux personnes âgées, si vous le voulez bien. Vous en faites état dans votre mémoire, on note... Il y a un problème de répartition, si je comparez bien, qui peut-être se règle, mais j'aimerais ça vous entendre un peu parler à savoir est-ce que les services sont offerts dans toute la région de façon correcte. Vous nous parlez des coupures, des abolitions de lits et l'effet que ça a donné, avec un taux de réponse à 63 % pour les besoins minimaux, les besoins de base. J'aimerais que vous me disiez, de façon concrète, dans le quotidien, ce que ça veut dire, le 37 % qui n'est pas comblé, ce que ça signifie quand on va à 63 %, de façon très, très concrète, ce que ça peut signifier. Prenez l'angle de la Régie, si vous voulez, ou l'angle de la personne qui attend, le 37 %, qu'est-ce que ça peut être dans sa vie de tous les jours.

**M. Caron (Valier):** Question difficile. Je vais demander à M. Tanguay.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Il faut d'abord mentionner qu'il n'y a pas tellement longtemps encore on était autour de taux de réponse de 50 %, 48 %, 51 %, 52 % en Chaudière-Appalaches, qu'il y a eu des injections quand même significatives cette année à la hauteur de 4,3 millions. Ça nous permet de ramener le taux de réponse environ à 63 %.

Alors, qu'est-ce que ça veut dire concrètement? Quand on était à 51 %, 52 %, ça veut dire que, pour, par exemple, les préposés, il fallait qu'ils travaillent beaucoup plus rapidement. Et il pouvait se trouver des situations où on avait moins de temps pour déplacer les résidents, pour faire en sorte, effectivement, de communiquer avec eux. Les préposés devaient travailler

beaucoup plus rapidement, et il y avait nécessairement un certain nombre de difficultés qui pouvaient se présenter.

À 63 %, déjà, c'est beaucoup meilleur. On peut mentionner que, du côté des soins comme tels... Parce que ce fameux 63 % tient en compte deux éléments: les soins infirmiers et les services d'assistance qui sont souvent offerts par des préposés. Alors, du côté des soins infirmiers, on peut dire que la réponse est quand même intéressante. Globalement, on est en mesure, avec le personnel, de répondre en grande majorité aux besoins. On va se situer plus au niveau de l'assistance aux déplacements. Parfois, bien sûr il peut arriver que, vu le manque d'effectifs, il y ait des délais pour l'alimentation, par exemple, que ce soit un petit peu plus long; il peut arriver également que, pour les services d'hygiène, à l'occasion, ce soit également un petit peu long pour répondre aux bénéficiaires ou aux personnes qui sont hébergées. Mais, à l'intérieur de la région Chaudière-Appalaches, on peut mentionner que certains centres d'hébergement ont développé des programmes d'amélioration de la qualité qui leur permettent de faire en sorte, avec 63 %, de répondre en grande partie aux besoins. Il demeure nécessairement un manque à gagner. On pense que, avec un taux de réponse de l'ordre de 70 %, 72 %, déjà, on serait dans une situation relativement confortable. Ces ratios-là sont quand même des ratios particuliers parce que...

Ça doit m'amener à vous dire qu'on complète des grilles, on vient indiquer l'ensemble des besoins des résidents dans le fin détail, et bien sûr ça a un certain caractère, je dirais, inflationniste. Pour avoir déjà été intervenant social à l'époque et l'avoir complété au quotidien, on va chercher l'ensemble des besoins, et on peut voir que, même pour les personnes qui demeurent à la maison, tous ces petits besoins là ne sont pas nécessairement toujours réponsus.

Alors, quand on est dans une situation d'hébergement, un taux de réponse à 63 % permet de voir aux besoins les plus prioritaires, les plus importants: d'hygiène, d'alimentation. On augmente les temps de déplacement avec les résidents. Souvent, on avait moins de temps; bien là on va avoir plus le temps de le faire. On fait en sorte aussi d'être en mesure de communiquer davantage avec le résident. Et, comme on a de plus en plus de personnes qui présentent des problèmes cognitifs, ça nous amène à développer des nouvelles façons d'entrer en contact avec les personnes, faire que ces personnes-là puissent aussi vivre dans un climat, un environnement qui est sain.

**M. Fournier:** À 63 %, lorsque je vous entends, je comprends que la Régie de Chaudière-Appalaches considère que les services de base sont fournis à 100 %.

**M. Tanguay (Marc):** Absolument pas. À 63 %, nous ne sommes pas à 100 %. À 63 %, il y a encore un effort important à faire. Et ce qu'on dit en Chaudière-Appalaches, c'est qu'il faudrait rapidement s'amener au taux moyen québécois qui est autour de 72 % et, après ça, bien sûr qu'on tende à augmenter ce taux de réponse là. On sait qu'il y a des centres d'hébergement qui, à 80 %, disent que c'est insuffisant. Alors, il va falloir effectivement hausser les argents dans ce domaine.

**M. Fournier:** En vous écoutant, j'avais l'impression que 63 %, c'était vivable. Avant, c'était l'enfer, mais là, à 63 %, on est pas pire, on a le temps de bien les faire manger, ils vont être lavés, il n'y a pas de problème. Est-ce que je dois comprendre que, à 63 %, il y a encore des besoins de base qui ne sont pas comblés? Et, si oui, pouvez-vous me faire une description de ce que sont ces besoins-là qui ne sont pas comblés, ou sinon je comprendrai... Puis je peux comprendre très bien. Vous me dites: 100 %, c'est quelque chose qui est le luxe extraordinaire; bon, à 75 %, ce serait pour nous l'objectif qu'on vise. Tout le monde va se comprendre, l'objectif, c'est 75 %. Moi, si on dit 63 %, je me dis qu'il en manque 37 % jusqu'à 100 %, mais je suis prêt à vous croire que, à 75 %, c'est parfait, auquel cas je vais vous demander: Entre 63 % et 75 %, qu'est-ce qui n'est pas fait qui nous permettrait de le faire pour se rendre à 75 %? Juste pour être concret un peu.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, j'inviterais peut-être M. Patry à compléter, à partir d'exemples, la situation, et je pourrais vous parler par la suite de services de réadaptation qu'on n'offre pas présentement et qu'on devrait offrir.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Patry.

**M. Patry (Gilles):** Merci, Mme la Présidente. Pour répondre à votre question, la moyenne d'heures-soins requises par les personnes en hébergement est dans un ordre de grandeur de quatre heures par jour. Y répondre, ça consisterait à avoir quelqu'un disponible minimalement pendant quatre heures par jour pour répondre à tous les besoins de cette personne-là. Un objectif de 70 %; donc, assure une présence de qualité, des services de grande qualité. Les soins, règle générale, sont comblés, l'aide pour les services de base est disponible.

● (16 h 50) ●

Là où on a encore des améliorations et on espère éventuellement... Je vous dirais, le 7 %, qui est un objectif régional, 70 %, être comparable à la province, irait à la qualité et au temps de présence qu'on pourrait offrir directement aux bénéficiaire. Dans l'immédiat, du temps... Et c'est ce qu'on entend de la part du personnel la plupart du temps: On a peu ou pas de temps pour avoir un échange relativement gratifiant avec les personnes. On fait notre job, on fait une job de qualité — n'est-ce pas? — cependant les temps accordés en disponibilité au personnel, les temps accordés pour, disons, les faire se déplacer plus souvent dans le milieu... Je ne vous dis pas qu'ils ne font pas de déplacements, mais augmenter le nombre de... Prendre la petite marche dans le corridor, aider une personne à se lever du fauteuil et la mettre en marche, passez-moi l'expression, avec une rampe dans ces établissements-là, on souhaiterait et on voudrait le faire plus souvent. Et c'est par ces petits gestes là qu'on parviendrait à atteindre le 70 %.

L'hygiène, les besoins de base, les services, les soins, vous pouvez être certain chez nous qu'ils sont

tous comblés et correctement comblés. On n'est pas dans une situation où on martyrise les âgés. On serait mieux de les laisser chez eux à ce moment-là, hein? Vous comprenez?

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

**M. Tanguay (Marc):** En complément, parmi les secteurs qui seraient améliorés, c'est de l'ordre de la physiothérapie et de l'ergothérapie aux personnes âgées. Parce qu'on n'a pas les ressources, on va aller plus dans les soins de base dont on parlait tout à l'heure, l'hygiène, l'alimentation, et bien sûr on va délaissé plus la partie réadaptation ou même services psychosociaux. On sait qu'il y a des gens qui vivent des difficultés des fois avec leurs proches, leurs enfants, la crainte de mourir, et ainsi de suite, et ce sont des besoins qu'on ne peut pas toujours et même rarement combler parce qu'on n'a pas les ressources.

Alors, en physiothérapie par exemple, puisqu'on n'a pas ce genre de ressources là, on va être porté plus à laisser les personnes un peu moins actives. Si elles sont moins actives, leur état va se détériorer un peu, et éventuellement on va même requérir plus de services de préposés. Alors, c'est un peu courir après une solution qui n'arrivera jamais. Alors, l'idée est de dire qu'on pourrait peut-être développer davantage nos services de physiothérapie pour faire en sorte que nos personnes âgées conservent leurs capacités résiduelles le plus longtemps possible.

Du côté de l'ergothérapie, on a de plus en plus de personnes qui présentent des troubles cognitifs. On dit que près de 80 %, et même, je pense, un peu plus, des personnes âgées qui sont maintenant hébergées ont des troubles cognitifs à différents degrés. Or, l'ergothérapie est un service qui vient permettre de faire les choses différemment, d'organiser les installations différemment, d'organiser et d'adapter en conséquence les milieux de vie pour faire que nos personnes âgées qui ont perdu leurs capacités cognitives puissent, malgré tout, vivre une qualité de vie en hébergement. Alors, il y a là des points qui seraient à améliorer substantiellement.

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

**M. Fournier:** Mme la Présidente.

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

**M. Fournier:** Je m'en voudrais qu'on termine cette présentation sur une note comme celle des besoins qu'il y a encore à combler. J'aimerais mieux qu'on parle des ressources que vous allez recevoir pour combler ces besoins. Et ce sera le dernier ordre de mes questions. Nous avons rencontré ce matin la région d'Abitibi qui nous a fait part de ses inquiétudes, qui venaient du ministère notamment, à l'effet que, pour l'année 2001-2002, il y aurait moins d'argent que prévu qui s'en venait.

Alors, ma question pour vous à ce moment-ci, surtout m'inspirant du rapport Clair qui souhaite que les

établissements comme les régies connaissent leur budget sur une base de trois ans à l'avance, alors je me permets de vous poser la question: Considérant le fait qu'à compter du 1er avril il y aura près de 1,2 milliard de dollars venant du fédéral, attribués à la santé, nouvel argent, il n'est pas prévu dans les coffres actuels — par rapport aux crédits de cette année, il y a donc 1,2 milliard — est-ce que vous avez eu vent de la part du ministère que la Régie, la vôtre, devrait faire des efforts de compression ou si vous avez plutôt eu des demandes de planification de la répartition de ces nouvelles sommes d'argent à hauteur, comme je le disais, pour le Québec de 1,2 milliard provenant d'Ottawa? Et là je ne mets pas dans la balance la contribution de Québec, parce qu'il y en aura une, on verra à quelle hauteur elle s'élève. Alors, il y a donc deux possibilités: on vous a contactés, comme l'Abitibi l'a été, pour essayer de restreindre ces dépenses ou bien on vous a contactés pour prévoir comment vous pourriez investir de bonne façon cet argent qui arrive du fédéral.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on ne nous a pas contactés pour nous demander de restreindre les dépenses, en tout cas pas pour l'heure, je n'ai pas reçu de correspondance dans ce sens-là. On est dans une région où, au 31 mars 2001, normalement on atteint l'équilibre budgétaire pour l'ensemble des établissements, et ce, après des injections qui ont été faites, de l'ordre de 10 millions, pour soutenir ce qu'on a appelé les fameuses zones de fragilité.

Maintenant, en ce qui a trait à l'année prochaine, c'est sûr qu'on a vu, comme bien d'autres citoyens, dans les médias un certain nombre d'inquiétudes se dégager quant au financement futur. Ce que je peux vous dire à ce moment-ci, c'est que la Régie régionale Chaudière-Appalaches a fait ce qu'on appelle sa revue de programmes, a analysé les besoins de chacun des programmes, que ce soit en santé mentale, en santé physique, du côté des jeunes, et ainsi de suite, et, optimalement, le besoin serait de l'ordre de 57 millions dans la région si demain matin on devait combler l'ensemble. Alors, on n'a pas la prétention qu'on nous dotera de 57 millions.

Par ailleurs, on compte et on espère qu'il y aura des budgets de développement. Ce qu'on sait à ce moment-ci, c'est qu'on essaie à tout le moins de couvrir les besoins de la région en relation avec ce qu'on appelle les coûts de système, au moins faire en sorte qu'on puisse couvrir la réalité telle qu'elle est présentement. Ensuite, en termes de développement, on n'a pas d'information sur ce qui pourrait s'en venir.

**M. Fournier:** En termes de coûts de système, à quelle hauteur s'élèvent-ils pour votre région?

**M. Tanguay (Marc):** Bien, vous savez que les coûts de système sont composés, entre autres, de coûts de conventions collectives. Il y a également les frais autres. Les coûts de conventions collectives sont à 2,5 % cette année; les coûts autres, en moyenne, sont autour de 1,6 %. Ça comporte une somme à la hauteur

d'à peu près 8,5, 9 millions, le requis pour couvrir les coûts de système.

**M. Fournier:** Je vous remercie. Merci beaucoup. S'il me restait un peu de temps, et je pense qu'il m'en reste, je...

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Il reste une petite... Dernière question.

**M. Fournier:** Mais vraiment simplement pour saluer le passage sur lequel Mme la ministre a commenté tantôt, celui sur la priorité de santé et de bien-être que vous avez lu tantôt. Je voudrais vous dire que je considère que ce passage-là est excessivement important, et que vous avez bien fait de le soulever, et qu'on devrait y mettre beaucoup plus d'emphase, d'abord pour que tous se souviennent que la santé, ce n'est pas une dépense, c'est un investissement. Je pense que c'était heureux que vous le rappeliez, puis c'est heureux qu'il y ait un membre du Conseil des ministres qui soit ici pour vous entendre insister là-dessus, considérant que celui qu'on peut appeler le premier ministre désigné a déjà dit que, lui, il considérait que c'était une dépense.

Par ailleurs, on sait que la pauvreté a des incidences sur les coûts de santé, et c'est assez largement documenté, suffisamment largement pour qu'il y ait un effort particulier qui soit fait chez un gestionnaire de la santé pour dire: Voilà mes outils d'intervention, d'agir sur cet aspect-là. Mes quelques mots sont pour saluer l'intervention que vous avez faite et vous encourager à réitérer, parce que je pense qu'il y a là une avenue qu'on doit répéter et répéter, sinon on n'en sortira jamais.

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

**M. Caron (Valier):** Mme la Présidente, je remercie M. le député, de Châteauguay, je pense, pour son intervention. Ça me flatte d'autant plus parce que j'ai personnellement fait rajouter cette petite partie du texte aux permanents. Ça m'avait frappé étant donné que j'ai été la plupart de ma vie comme directeur de ressources humaines mais travaillé auprès des humains. Je suis convaincu que l'homme dans sa totalité, il y a de l'économique, il y a du social, puis ça ne se divise pas. Une personne ne se divise pas. Je vous remercie.

**M. Fournier:** Continuez d'insister auprès de la Régie.

**M. Caron (Valier):** On va continuer. Merci, Mme la Présidente, de votre accueil.

**La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay):** Alors, au nom de tous les membres, c'est moi qui vous remercie d'avoir accepté de venir nous rencontrer à cette commission. Je pense que ça a éclairé, ça nous a permis de mieux connaître vos préoccupations. Alors, merci beaucoup. Bon voyage de retour.

Et, aux membres, j'ajoute bien sûr les travaux à demain, 9 h 30, le 14 février, à cette même salle.

*(Fin de la séance à 16 h 59)*