



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 8 septembre 2004 — Vol. 38 N° 60

**Audition des dirigeants des régions régionales
et des agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux dans le cadre
de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003 (1)**

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 8 septembre 2004 — Vol. 38 N° 60

Table des matières

Auditions	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN)	1
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ADRLSSSS—Bas-Saint-Laurent)	10
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais (ADRLSSSS-Outaouais)	25

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante

M. Pierre Marsan
M. Vincent Auclair
Mme Louise Harel
M. Michel Létourneau
M. Camil Bouchard
Mme Sylvie Roy
M. Claude Bachand
Mme Solange Charest
Mme Danielle Doyer
M. Roch Cholette

- * M. Peter Papialuk, RRSSSN
- * Mme Jeannie May, idem
- * M. Serge Déry, idem
- * Mme Claude Bouffard, idem
- * M. Jean-François Racine, idem
- * Mme Lise Verreault, ADRLSSSS—Bas-Saint-Laurent
- * M. Robert Maguire, idem
- * M. Jacques Levasseur, idem
- * M. René Dumont, idem
- * M. Laval Demers, idem
- * M. Alain Paquet, idem
- * M. Roch Martel, ADRLSSSS-Outaouais
- * Mme Lucie Lemieux, idem
- * M. Denis Chénier, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 8 septembre 2004 — Vol. 38 N° 60

**Audition des dirigeants des régies régionales et des agences de développement
de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans le cadre
de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003 (1)**

(Neuf heures trente-sept minutes)

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'ordre, chers collègues. Ayant constaté pour la deuxième fois le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Nous avons trois mandats à effectuer aujourd'hui, c'est-à-dire l'étude du rapport annuel 2002-2003 et l'audition, dans un premier temps, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik; à 11 heures, celui de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent; et, à 14 heures, celui de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Charbonneau (Borduas) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) pour la durée des trois mandats et M. Valois (Joliette) va être remplacé par M. Létourneau (Ungava) pour ce présent mandat.

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, aux gens qui sont dans la salle, ici, de bien vouloir fermer les téléphones cellulaires. Je ne sais pas si ça s'applique également à Kuujuaq et à Montréal, mais de toute façon ça va faciliter nos travaux.

Auditions

Nous avons pu, avant de débiter les travaux, parler brièvement, les parlementaires ensemble. Alors, je pense que tout le monde sait comment ça va fonctionner ce matin. And it's a great pleasure to welcome by videoconference the representatives of the Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Mr. Peter Papialuk, president, Mr. Kenuajuak, vice-president, and Mrs. May, the director general.

Nous commençons ce matin... c'est une première, un moment historique bien modeste, hein, il ne faut pas exagérer, mais c'est la première fois qu'un système de vidéoconférence est utilisé en commission parlementaire. C'est un genre de test à la fois pour faciliter les interventions et également pour voir si cette procédure peut se retrouver de façon un peu plus communément dans la procédure parlementaire. Alors...

● (9 h 40) ●

We are beginning this morning a first, I guess, in the history of parliamentary committees whereby we are using a system of videoconference to begin our work with the Regional Health Board of Nunavik by videoconference, and we are hopeful that this new system will permit better access to remote communities in Québec and perhaps may be

integrated in a more general way into our parliamentary procedure.

Without any further delay, Mr. Papialuk, I believe you understand how things are going to work this morning. We have 1 hr. 30 min. or little less than 1 hr. 30 min. now with you. I understand there is a presentation of about 30 minutes that you will make or so and then there will be an exchange with parliamentarians here in Québec of 30 minutes each parliamentary group. That is to say roughly 30 minutes for the Government Members and 30 minutes for the Opposition Members.

On fonctionne comme d'habitude, chers collègues. Il y a une présentation... Nous avons 1 h 30 min. Alors, une présentation d'à peu près 30 minutes de la part des représentants de la Régie régionale du Nunavik, qui sera suivie par un échange avec les parlementaires.

The one difference... I understand that, M. Papialuk, you and your colleagues are quite used to functioning with videoconference. This is a first time for us, so you'll have to be patient with us. You may be more familiar with the system than we are and, as such, it will require that we control things perhaps, as Chair, a little bit more closely than we're sometimes used to.

Without further ado, Mr. President, if you'd like to begin your presentation of roughly one half-hour, and then we'll start with the exchanges with our parliamentarians.

**Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Nunavik (RRSSN)**

M. Papialuk (Peter): Thank you. Excuse me for my voice, I have a problem with my speech. So I just wanted to introduce myself: I am Peter Papialuk, president of the Nunavik Health Board, and that's my vice-chairman, Aisara Kenuajuak, and our executive director, Ms. Jeannie May. And Ms. Jeannie May will do the presentation for the Regional Health Board.

Le Président (M. Copeman): Mrs. May, we're all ears.

Mme May (Jeannie): O.K. Thank you. Like Mr. Papialuk said, I will be presenting, on behalf of our president today. (S'exprime dans sa langue) Welcome to Nunavik. My name is Jeannie May. Like he said, I am executive director of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

Today, we are going to be presenting our state of situation in health and social services in Nunavik. To begin, I will give a short introduction of our region. Nunavik is the most remote territory in the Province of Québec. It is situated north of the 55th parallel, with 14 villages scattered along the coast. There are no roads connecting to the communities nor to the South. All

transportation is done by airplane or by boat during the summer.

The population in Nunavik is 11,000 residents, 90% of them being Inuit. 50% of the Inuit population is under the age of 21. Our birth rate is three to four times higher than the Québec average rate as shown on the graph. In our region, we offer first-line services in all 14 communities at our points of CLSC. We offer second-line services in Kuujuaq and in Puvirnituq. And specialists' visits are welcome in our communities although we do not have specialists based in Nunavik. We must send our patients down to Montréal for visits to specialists. This is due to the fact that we do not have access by road to the South.

In Nunavik, we have 15 general practitioners. Eight of them are based in Puvirnituq, seven are based in Kuujuaq, but at this point we do not have all positions filled. And also we offer telemedicine in Kuujuaq and Puvirnituq. Telemedicine is only available in Kuujuaq and Puvirnituq due to the availability of bandwidth. In all other 12 communities, we do not have that availability. We believe that telehealth should serve a link to the remote regions such as ours, connect us to the entire network and improve our access to services.

Among all the regional problems we face in our region, the housing shortage has a huge impact on our health system. In Nunavik, it is common to see 10 to 12 persons living in one household. At this time, we have 500 families on wait lists, that consists about 25% of the families in Nunavik. In the 14 communities, the health sector has to provide housing for all personnel recruited 50 kilometers from their point of origin. If this is due to the lack of housing rental, we must build our own housing units. The current situation is the shortage of housing for personnel, as shown in the grid. To date, we have 50 houses in need, we are short of 50 houses for the whole region. This is for the Nunavik Regional Board and the two establishments. The 50 houses only count for what is needed today. With the population escalating rapidly, we need more housing in the future if we would like to provide sufficient services to our region. These particularities are linked with the root of social and health problems which put a considerable burden on the region.

The Department of Public Health proposed the preliminary version of a regional action plan. This plan of action would help to solve some public health problems such as the high proportion of smokers. 80% of the youth in Nunavik are smokers. That's a very alarming rate, with many high smokers in different age ranges, but now it is most predominant in the youth of our region. Also, there is the issue of sexually transmitted diseases, which is very high in our region also, mainly among the youth.

Now, we'll look at our situation with diabetes. Diabetes is an escalating problem in Nunavik today. Although the data shown here does not reflect this, we will have a better photo of the actual situation once the Nunavik Health Survey has been completed. We will speak more about the survey later on in the presentation.

Also, the regional action plan is targeting on the infant mortality in Nunavik. In Nunavik, it is improving, but at a much slower pace than in the whole Province of Québec. So we could see in 1991 and 1999, for every

1,000 live births in the whole Province of Québec, we had 5.5 infant mortalities, whereas in Nunavik there were 24.9 per 100,000 births.

Here, we're going to look at the mothers giving birth with the assistance of physicians. You can see here that Nunavik has a lower rate with the deliveries assisted by physicians. This is due to the fact that we have a midwifery program implemented in the Hudson coast. This is a very successful program that we have, and we do hope to implement it in our region in the future in Nunavik... sorry, in Ungava, in the Ungava region.

● (9 h 50) ●

Another issue the regional action plan is targeting is the hospitalization rate of children. Children between the ages of one to five, there is a high rate of hospitalization for children due to respiratory problems. There are diseases of the respiratory system, diseases of the digestive system. For the diseases of the respiratory system, in Nunavik, there is a 2.5 times higher... more cases than in the rest of Québec. All these are associated with the fact that we have a major problem with housing, with overcrowding of housing. The children and the persons must live in a crowded situation whereas all these problems may be escalated for the people of Nunavik. Some of these public health problems attack children, youth and families. At the regional board, the children, youth and families program is at the center of our concerns for the organization of services and remains our priority.

The services we offer. There are family violence services, substance abuse programs. 60% of the 15 to 24-year olds in our region are alcohol consumers, with 80% of youths in group homes being substance abusers. As a whole, 60% of the 15 to 24 years of age are drug users in our region.

We also have programs for the intellectually impaired, the intellectually and physically impaired, mental health, behavioral disorder, and, of course, we have programs for suicide. In Nunavik, one in four deaths is by suicide. 25% of these suicides are between the age of 11 and 17 years of age. As we all know, Québec has one of the highest suicide rates in the world, where in Nunavik it is 47 times higher than the average rate of Québec.

We have resources for children, youth and families. In the past, all youths in difficulty were referred to the Youth Protection. In the last two years, the CLSC has created new services to ease the high volume of cases that were directed to the Youth Services, Youth Protection Services such as... There have been services... The CLSC implemented the youth-action teams, the parental skills and much more. At this time, we have the step to develop a regional department of rehabilitation. With this regional department, we will be able to have a much closer supervision and more support for youths in difficulties.

Also, we would like to mention that, in all the communities in Nunavik, we have youth centers. These youth centers are a project that was implemented three years ago and it has proven to be very successful. The target rate that the youth centers are for is for the ages of 6 to 18. These youth centers offer various activities such as meal plans, arts and crafts, music and much more. So, now, we have the youths to go to places where they can spend their time and have activities organized for them.

Now, we are going to look at the financial situation of the health and social services for our region. With two establishments and the regional board, we have an accumulated deficit as of March 21st, 2004, of \$64 million. The Ministry has authorized us to run on a deficit of \$17.5 million. So, today, we have overridden this deficit by \$8 million.

Now, let's look at the contributing factors to this deficit situation. We have the high cost of medication, the medical supplies, patient transportation, insured and non-insured benefits, the population growth and the increase in fuel prices. Another fact which affects our deficit situation is the cost of manpower in the North. Here, we have a comparison of how much it costs to have an employee employed in the North and in the South. In the North, it is much more expensive to have an employee, due to various factors. So the real cost, let's say, in an hourly rate, it costs \$47.36 whereas if we were instituted in the South, it would only cost us \$29.64 per hour.

Now, with the conversion factor... the correction in the conversion factor for northern salaries is \$1.60. And here we have the accumulated. We have a total of actual... The actual cost of salaries and other expenses in the North is 48.9 million whereas in the South it is 26.5 million. We have a very high cost for expenses. These are due to air fares, housing and so on. So, if we were to run our institutions at a balanced situation, we must receive \$1.87 for every dollar given to an institution like ours in the South. This is just as a comparison and to explain our situation to date.

Since we don't have much time to present all our files, I would like just to mention a few points of information. The Nunavik Health Survey was launched on August 31st, 2004. This survey is carried out on a research icebreaker Amundsen which will visit all 14 communities between now and October. This survey will give us a better picture of the state of the situation of health of the people of Nunavik.

Lastly, our main priority here at the regional board is our regional strategic plan. This plan will be completed by January 2005 and with this plan we will be setting our priorities for the region on a five-year action plan.

I'd like to take this time to thank you for this opportunity to presenting to you our region, our health and social services. (S'exprime dans sa langue).

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Mme May. Thank you very much, Mrs. May, and thank you for your virtual welcome to Nunavik. I know occasionally ministers and parliamentarians managed to come to you and visit the communities. It's something that should be encouraged. It's not something that we can do as often as we would like but certainly, with this technology, we are trying to be a little closer and to better understand the issues facing the people of the North.

Without further ado, I will recognize... je reconnais le député de Robert-Baldwin, adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux, le Member for Robert-Baldwin and parliamentary secretary to the Minister of Health and Social Services.

M. Marsan: Thank you very much, Mr. President. Merci beaucoup. C'est avec beaucoup de plaisir que nous

commençons cette conférence ce matin, même si nous sommes très éloignés. It is a great pleasure that we have this opportunity to discuss with you about... among those problems that you are facing.

And I would like to go ahead with my first question. I would like to understand what will be exactly your priorities while there are so many points that you've already mentioned. So I would like to know exactly what are the priorities for your region at this moment.

Le Président (M. Copeman): Mrs. May.

Mme May (Jeannie): Yes. Our priority for the region at this time is children, youth and families — why do I hear myself? — and we are working with the Ministry to come up with a balanced budget. Those are our main priorities at this time in the region. We are dealing with issues that are being worked on with our Planning and Programming Department with the collaboration of our Public Health Department. They have been working on a regional action plan with the Public Health Department to tackle these various issues that we see in the region, that mainly affect the children, youths and the families.

● (10 heures) ●

Le Président (M. Copeman): M. le député, allez-y.

M. Marsan: Yes. Thank you very much. There are specific programs, let's say, to help your young mothers and their children, and there is also... You mentioned, in the beginning, that there are some problems with the infant mortality. So I would like to know exactly what's going on in your region.

Le Président (M. Copeman): Mrs. May, go ahead.

Mme May (Jeannie): Thank you. I'd like to invite our Public Health Director, Dr. Serge Déry, to give you a good answer to your question.

Le Président (M. Copeman): O.K. Dr Déry, I understand there's a space at the table for you. We have to insure that we can hear you, of course.

M. Déry (Serge): Do you hear me?

Le Président (M. Copeman): Ah! You're the third party in Montréal, are you, doctor? C'est bien ça, vous êtes à Montréal, vous?

M. Déry (Serge): Yes, I am.

Le Président (M. Copeman): Bon, allez-y, docteur. Allez-y.

M. Déry (Serge): O.K. Concerning one part of the question about the infant mortality rate, we must understand that this is a multifactorial problem and, although we have a very high infant mortality rate, this corresponds to a limited number of deaths which is... as a mean, we have about seven 0 to 1-year-old children that are dying each year. So you cannot really isolate one specific case... one specific cause.

So the approach we are taking is to implement a general improvement of the health habits of the pregnant women. So, for example, we have some programs working on the foetal alcohol syndrome because we know that alcohol is related to infant mortality. We have programs about smoking during pregnancy. We have programs to improve the nutrition, the nutritional condition of pregnant women and young children. So all those factors... Another example is some infectious diseases that are related to birth defects. So all those programs, although there is not, as I mentioned, one specific cause, are implemented and working to generally improve the health condition. As it was mentioned by Mrs. May before, there has been some improvement in that infant mortality rate, although the improvement has been less impressive than in the southern part of Québec.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député. Oui.

M. Marsan: Also, I'd like to ask you about the shortage of nurses and the lack of doctors. Do you face any kind of specific problem regarding the problem with the manpower?

Le Président (M. Copeman): Is it Mrs. May or Dr. Déry who is going to answer?

Mme May (Jeannie): Yes, we'll answer from here. Yes, we do have a... we do face problems with the shortage of doctors and nurses in our region. At this present time, we have a doctor shortage for our Ungava region. Many people come to the North to work for a few years but, of course, they go back home. So we do have a problem with the high turnover of doctors and nurses. This is in general for any positions that are filled from the South. Yes, we do have a problem with the shortage and the high turnovers in our region for doctors and nurses.

M. Marsan: ...to solve that issue? Are you trying to convince people elsewhere in the country to go in your region and try to go there and have a life over there, and be helpful for the health and social services?

Le Président (M. Copeman): Go ahead, Mrs. May.

Mme May (Jeannie): I didn't understand the beginning of his question. Sorry, I didn't catch the beginning of your question.

M. Marsan: To correct the situation, what are you doing at this moment? What kind of program have you established? Are you going elsewhere in the country to find some people that will be ready to go in your region and ready to go in the health and social services?

Le Président (M. Copeman): Go ahead, Mrs. May.

Mme May (Jeannie): I will give you Ms. Claude Bouffard, the assistant to the Planning and Programming Department. They are responsible for the recruitment of

doctors and nurses for our region. So she will answer your question for you. Thank you.

Le Président (M. Copeman): O.K. We have a place at the table. Alors, si vous pouvez vous identifier, s'il vous plaît, madame.

Mme Bouffard (Claude): Oui. Claude Bouffard.

Le Président (M. Copeman): Allez-y.

Mme Bouffard (Claude): Merci. A lot is being done to attract people to the North. We have publicity kits, publicity that is being done in all the nursing magazines, not only for Québec, but for other provinces.

The same is being done for the doctors, to recruit doctors. At all the «salon des carrières», we're there. We always have a booth everywhere where we can hire social workers, not only nurses and doctors, but there is also a shortage of social workers. So I think we do as much as we can. But also we have to realize that we need to improve conditions of life up North, especially on the housing. If we have a shortage of houses, that means employees have to share houses, and there's no way we can retain the employees that way. So I think it's a multifactorial problem. We do as much as we can, but we need to have associated conditions to be able to retain the employees.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député. Oui.

M. Marsan: Last question. Well, regarding the midwifery, this program, is it going well? And we also would like to know if there is a shortage of midwives in your regions. So I would like to hear about you on this issue.

Le Président (M. Copeman): Go ahead, Mrs. May.

Mme May (Jeannie): Thank you. Yes, we have a midwifery program in Puvirnituq and we do have a limited number of midwives, Inuit midwives in the North. They are not... We don't have any services for the Ungava region at this time due to the fact we don't have the facility, we don't have the space, we don't have the housing to house midwives on this coast.

The midwives that we have are able to work in our region and only in our region due to the fact that the midwifery law excludes them from being recognized because of the fact they don't have the education as it was given down South, although they have the education that they have received in Nunavik, in Puvirnituq. To total at this time, we have five midwives, Inuit midwives located on the Hudson side.

M. Marsan: Thank you very much for all those informations.

Le Président (M. Copeman): O.K. I had a question, Mrs. May, I would like to try and better understand the conversion factors with regards to manpower, wages and other factors. I think the suggestion in your

presentation is that, for roughly every dollar of expenses in the South, to provide the same services you require \$1.87 in order to maintain sort of an equivalent in the services. I presume there is already a correction factor that is attributed to your region by the Ministry. Is that what the \$1.60 is? What is the actual amount of money that you would receive based on this correction factor from the Ministry in recognition of the added costs that you face in the North?

• (10 h 10) •

Mme May (Jeannie): O.K. I give you now our director of Administrative Services, Mr. Jean-François Racine.

M. Racine (Jean-François): Good morning. Jean-François Racine, director of Administrative Services.

Le Président (M. Copeman): M. Racine, soyez bien à l'aise de vous exprimer en français également, hein? Allez-y.

M. Racine (Jean-François): O.K. Actually, the cost factors that we received from MSSS in regard to the northern costs, it's... we've been discussing this subject for the past three years and, to our knowledge, there are some items that are not included to reflect that. Because of the allocation of money based on the population, we received... in most of our subsidies, we received the same amount as in the South.

On the other hand, if we look at the northern cost, when we compare it, we have premiums for... a far-away premium, we have a cargo premium and, to one effect, since 1999, we had a 66% cargo premium that was allocated through the collective agreement. That amounts just for our region to 11 million for which we never received any financing from the MSSS.

So it's hard to say that, for the money we received, there are... part of it is for the northern costs. Northern costs — our increase of heating oil and gasoline and airfare — are far more expensive than the increase that we received on our budget. The price of oil may go up this year, in September, by 7.8%, which... and we received about 2.5% indexation. So it's very difficult to identify. If you wish, I can repeat in French.

Le Président (M. Copeman): I think that's fine, Mr. Racine. Thank you. The other question I had was with regard to housing. I noticed that again, in your presentation, there is an obligation to provide housing for people who are recruited more than 50 kilometers away from the center in which they work. Who pays for that housing? Is it the regional board that has to pay for it? And, if so, is that compensated again by the Ministry of Health and Social Services?

M. Racine (Jean-François): We must say that, this year, we received from MSSS the authorization to have 12 units for employees as a catch-up of the 58 units that were lacking. And we have received four units for doctors, to complete our housing park. And also, this year, with development money that we received, we asked the authorization to MSSS to have housing units if we needed to create new positions and we were allowed to have 11 additional units. But we're still in a shortage

of units just for the employees that we have, actually. But the situation, I think, is improving and will improve over the year because it is agreed with MSSS that, with development money, we will also take into account that, if we create a position, we need a housing unit, we need to pay the northern costs and so on.

Le Président (M. Copeman): In other words, housing shortage is not only a public health issue, but it appears to be an issue with regard to recruitment of personnel and retention of personnel. Is that a fair statement?

M. Racine (Jean-François): It is a fair statement.

Le Président (M. Copeman): Right. Finally, perhaps a question I had with regard to the suicide rate. Mrs. May, as you mentioned, Québec has a high rate of suicide amongst young people, not limited to but particularly among boys, and again we noticed, in your presentation, that it is an alarming, I would say, rate in the North.

I understand that you're... At least, one response has been youth centers. I wonder if you would elaborate a little bit on your plan of action to try and reduce those rates, which must be of terrible consequence to families, to individuals, but also to the community at large.

Mme May (Jeannie): Yes, thank you. I will give you Ms. Claude Bouffard to elaborate on the answer to your question, the assistant director of Planning and Programming.

Mme Bouffard (Claude): Claude Bouffard. This is not a simple issue to address. I think, if you analyze the situation, we tried many approaches, and we went for different services. So we... There are different levels of services. There are community-based services in the communities, there are a few self-support groups. There was a project that was put on by the ex-executive director, it was called Tapiriilirmi. They went in every community to — sensibiliser — sensitize the population and the leaders about the problem and to try also to have a response from the communities to address those issues. I think this is a level of what we could call service or support.

There is also another level of services which are coming from CLSCs, it will be more psychosocial. The CLSCs in our region are pretty young. They're understaffed. So there is an issue there, there is a problem. There are not enough social workers to cover all communities. Many communities... Youth protection in CLSC will share social workers, so it gives you an example of what they're dealing with. They're always dealing with crisis. So this is like another level.

There are specialized services that are being offered also. We have psychiatrists that come from CHUM Notre-Dame. They are working in the region. We have a good understanding. So this is the set of services that we are offering.

But suicide is not... the answer to suicide is not only services. I think the housing situation has an impact. Job creation... The region needs job creation. When 51% of the population is under 21 years old, it

gives you an idea of the pressure of the need for job creation, and there are many other issues. It's not simple to address. I think it's a region to do a plan of action, not only the regional board, because there are other issues that we don't have key.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Mme Bouffard. On va poursuivre avec M. le député de Vimont.

• (10 h 20) •

M. Auclair: Thank you, Mr. Chairman. Ms. May and all the others, my question is more on the 2002-2003 report in regard to Info-Santé. You were stipulating that the electronic infrastructure was in place in all the communities in Nunavik, for the population of Nunavik. The application or implementation of the bilingual logistics or programs and the formation of personnel for the use of those programs were supposed to be in the process. Can you tell me at the present time how it is and if the process is finished and the use is well off?

Mme May (Jeannie): That's Planning and Programming.

Mme Bouffard (Claude): I didn't understand the question.

Mme May (Jeannie): Info-Santé. He's asking you about the implementation. I give you, Ms. Claude Bouffard, the assistant director of Planning and Programming.

Mme Bouffard (Claude): Claude Bouffard. Info-Santé, like it works down South, is not available up North. But what is available is, in each village, there are more than one nurse, and these nurses are always available on a 24-hour basis. So, whenever the phone rings to the CLSC, at night, after the closing of the CLSC, it will be sent to the nurse's residence and there will be an answer. And there's also always the support, from PUV on the Hudson coast and Kuujuaq on the Ungava coast, of the doctors and social workers. So, anytime of the day, at night, there will be a quick answer.

M. Auclair: In the same logic, I know, in your report, at page 35, you're talking about... you're presenting the emergency evolution in regard that you had a project in Whapmagoostui and Kuujuarapik, in regard of projects, and you were saying that those projects would be on a follow-up, on a continuity. But how is it so far? Are those projects still working or they've been reestablished somewhere else?

Mme Bouffard (Claude): Mr. Auclair, give me a minute. The sound is pretty bad, so I'll try to figure what was the question.

Le Président (M. Copeman): Allez-y. Allez-y, Mme Bouffard.

Mme Bouffard (Claude): Mr. Auclair, were you referring to the «services préhospitaliers et d'urgence» in your question?

M. Auclair: Yes, I was.

Le Président (M. Copeman): Mme Bouffard, on va permettre à M. le député de reposer sa question; on va tenter de le faire plus clair. Allez-y, M. le député.

M. Auclair: Mme Bouffard, basically, it's in regard to the «services préhospitaliers et d'urgence». You were mentioning that you had a project in «services préhospitaliers et d'urgence» that you started in September 2000. I was just wondering how it was going so far and if you were keeping on the same direction in regard of installing certain emergency services in different villages.

Mme Bouffard (Claude): These services, some of them are implemented in some villages, and we keep on implementing. But the process is very slow, of course, and it's mainly slow because of money issues. So, whenever we implement, we have to train, there's material to buy. So it's pretty slow, but it's coming.

M. Auclair: Thank you very much.

Le Président (M. Copeman): Alors, je vais aller à ma gauche, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé, the Member for Hochelaga-Maisonneuve and Official Opposition spokesman for health. Allez-y, Mme la députée.

Mme Harel: Thank you, Mr. Chairman. M. Papialuk, M. Kenuajuaq et Mrs. May, on behalf of the Official Opposition, I would like to welcome you. Perhaps you know I have many friends in Nunavik. I went there many times to work with them, especially in the Municipal and Housing Affairs sectors, and I'm very interested, personally interested by what happens in the Social Services and Health sectors.

Je voudrais d'abord vous féliciter pour cette très vaste enquête d'envergure que vous menez sur la santé des Inuits. Je comprends que les résultats devraient vous parvenir en octobre, cette année. Vous nous avez parlé d'un plan d'action pour cinq ans. J'aimerais également connaître les intentions à l'égard de la jeunesse que vous avez avec cette très vaste enquête.

Également, sur les soins à domicile, vous avez commencé, en 2002, un service de soins à domicile, c'est très récent. Il y avait déjà les services domestiques, mais les soins eux-mêmes à domicile, j'aimerais vous entendre sur ce nouveau service, sur l'engagement des six infirmières, et finalement sur ce projet, ce nouveau projet de maison à Kuujuarapik, une maison pour les personnes âgées. Voilà les questions que j'ai à vous poser.

Le Président (M. Copeman): O.K. Mrs. May or... I guess you're getting a translation. We'll just be patient.

Mme May (Jeannie): Thank you. Sorry about that. We're having a problem to understand you. The reception is not clear at all. So everyone's helping each other here. I'll answer the first question.

For the strategic plan, we are at the moment in the process of implementing our priorities. We are working

with the establishments, the two institutions, the Tulattavik Health Center and Inuulitsivik Health Center, along with the Nunavik Regional Board. We are right in the middle of the work, so we don't have any information for you at this time. It'll be available in January 2005. But what I could tell you is: We're working on our priorities, the priorities for the region, the priorities for Ungava and the Hudson Bay. We have to come up with a consensus, an agreement for the population of our region. So this is in the work as we speak.

● (10 h 30) ●

As for the youth services and the home care services for elders, I give you Ms. Claude Bouffard, the assistant to Planning and Programming.

Mme Bouffard (Claude): Claude Bouffard. Mrs. Harel, if you don't mind, I will start with the home care, home support file because this is the file that I know probably the most. I am acting as the assistant to the director in Planning and Programming, and very frankly, I must tell you that I don't know very much about the youth file. She is the one supervising it, but I will give you the information. But I will first start with the home care, our home support services.

As you probably read in the annual report, 2002-2003 was the first year we were launching the home care program financed by the federal. That program was financing the «mise en oeuvre» of the home... the nursing care, nurses in six communities in Nunavik. And it was also... there was enough money of provision for two managements. So that means like... for 14 villages, there are six nurses and two managers. There was also a little bit of money for equipment, and that is the part we are getting from the federal Government.

As far as the provincial Government, there is very little money that comes in, and that money will be used to pay the homemaker, but it's not enough. A homemaker... the average salary for a homemaker is around \$25 an-hour. So it's not covering... it's far from covering.

But we have a very good support from the different CLSCs. They try to put in some hours from the nurses, but it's not enough. In 2002-2003, we offered 18,000 hours of services. That's to the elders and also physical disability among the youth, which are enormous. Last year, we went from 18,000 hours to 45,000 hours, which is what, 192% raise. So we are just...

For the specialized resources that are, I would say, second level of the resources, we were happy enough that, as for the «appel d'offres» from the actual government «pour un nouveau partenariat au service des aînés», in collaboration with Tulattavik Health Center and Kujuak Municipality, we put in a proposal and we got some money to finance the elders' house in Kujuak. So that will support the region at having a second level of services, but all the specialized services that you usually have available down South are not available here. I am talking about occupational therapists; I am talking about day care centers, and all those types of resources. But I think we are doing a lot with very little money that we have. This is for the elders... of course.

On the other file, the youth file, we have... une table de concertation, pour la table jeunesse. Around that table, we have representatives of all of the resources,

meanly group homes, CLSC, the regional board. We have also the day care centers that are present at that table. That table has its own plan of action. We have an admission committee. I think it's working well, but it's starting. It's starting because we are just starting to get money from Québec to implement youth services.

Also, we have a «prêt de services» to the Tulattavik Health Center to work to create link between CLSC and Youth Protection. Historically, everything was going to Youth Protection, so we... to have to learn to live with other facilities and bring... put on links and build bridges. The same thing is happening on the Hudson coast.

This is one level of strategy. We also have another level of strategy. We have an Inuit agent for the youth file, and she travels, she will start traveling in the communities with the nutritionist, and she will meet the young mothers. And it will be made in Inuit because otherwise we need an interpreter, which is not simple. And this is another strategy, another way to approach the young mothers, someone that speaks Inuktitut, that can address issues and try to give them information.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Mme Bouffard. Alors, je cède la parole à M. le député d'Ungava et porte-parole de l'opposition officielle en matière des affaires autochtones et développement du Nord québécois. The Member for Ungava and Official Opposition spokesman for Native Affairs and Northern Québec Development.

M. Létourneau: Merci, M. le Président. Alors, d'abord, je veux vous offrir à tous mes salutations nordiques. I would like to offer you my northern salutations, and I will go on right now with a question. According to the huge distance between all the different communities in Nunavik, how do you... can you give us an overview of the importance of the complementary role that community organizations can do all across Nunavik?

Mme May (Jeannie): Could you please repeat the question, please?

M. Létourneau: O.K. According to the huge distance between all the different communities in Nunavik, can you give us an overview of the importance of the role that community organizations can do in Nunavik and your relation with that? Je vais le faire en français.

Mme May (Jeannie): M. Létourneau, êtes-vous en mesure de parler un peu moins fort dans le micro? Nous n'entendons pas votre question.

M. Létourneau: Parfait, madame. C'est rare qu'on nous dit ça. Je vais même le faire en français. Compte tenu des énormes distances dans la région du Nunavik et compte tenu de ce que vous nous avez dit tout à l'heure dans votre présentation, quel est le rôle complémentaire que jouent les organismes communautaires dans les différentes communautés du Nunavik?

Mme May (Jeannie): I give you Ms. Claude Bouffard.

● (10 h 40) ●

Mme Bouffard (Claude): Claude Bouffard. I think this is a very interesting question because it does highlight the role of the community organizations in small and remote communities. CLSCs services are available in every community, but having, I would say, a partner to work on different issues seems to be also the key. But I must tell you that there are not that many community organizations. But the ones we have, most of them have a regional role because we can't have an organization in every community. But I think their role is a key role. It's a partnership with the CLSC, with the interveners, and also with the leaders, local leaders. Most of the community organizations address more than one issue. Some of them are specialized, but many will address many issues. If I think about the men issue, there is a group that represents them. Men issue means looking at violence, substance abuse; there is more than one issue. There is also women shelters. There are three women shelters up North that work in terrible conditions, but they do a lot, and they... not just a place where you can go and be secure, they're offering support services of all kinds. So I think it's... Yes, you caught the fact that small and remote communities need that kind of organization, community-based organization.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député de Vachon. The Member for Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Thank you, Mr. Chairman. First, I'd like to express my appreciation for the very rigorous and informative work which you have produced in those reports we had to read before meeting with you. Despite the very acute and enormous problems that are depicted in those reports, we get a sense of the dynamic and the inspiring work that you are doing. We also get a sense of the beauty of your population, and mainly in this report on children, and I guess this comes from a very beautiful picture of smiling and good shape children. It's very important, I think, that we get a sense of also hope in the type of situations you're describing, and you have done it very well. Thank you very much for that.

My question is, I guess, a bit more depressing, I'd like to tackle the problem of child abuse and neglect. You have produced lots of statistics on suicide and on hospitalization of your population, and on many very different other issues, but as you mentioned, you have problems getting data on child abuse and neglect. So I'd like to know more about the problems you face in getting those data because without them, it is very, very hard to know if you're going to succeed in your efforts in diminishing this type of problem. That's the first part of my question.

The second part is about the blanket agreement between child protection or youth protection services and CLSCs. In your 2002-2003 report, you mentioned that you have started trying to establish this blanket agreement to try to clarify the roles among the different actors in this area. In your report produced in March 2004, I get a sense that it's very difficult to get it on a working plan. So would you comment on this issue too, please? What kind of problems do you face in trying to establish clarity of roles among the different actors?

Mme May (Jeannie): Thank you. For your first question, I will give you Dr. Serge Déry to answer your question.

M. Déry (Serge): Thank you, Jeannie. The way we proceeded to establish the health portrait of our children 0 to 5 year old, we had a regional working committee which was made from representatives of regional board for sure, but from the two establishments, and I would say the different interveners from the two establishments, including youth protection and social services.

As you know, those kind of statistics are hardly available in any data banks. So the hope we have at the beginning was to be able, with the participation of those people from those specific sectors, to have a better idea of how much prevalent was the situation. And I must say that unfortunately the participation from the youth protection sector has been almost unavailable. Although we had a few meetings, although we were inviting all those people to attend our meeting to discuss the situation, we had no participation at all. So I think what you found in that document is the reflect of the fact that such participation was not obtained. So that's for, I would say, the data situation.

For the participation between the youth protection and the CLSCs, I would ask Jeannie to take it back.

Mme May (Jeannie): Yes. Do I have to speak for...

Le Président (M. Copeman): Go ahead, Mrs. May.

Mme May (Jeannie): For your second...

Une voix: ...

Mme May (Jeannie): Yes. For your second question, I give you Ms. Claude Bouffard.

Mme Bouffard (Claude): Claude Bouffard. M. Bouchard, the collaboration between youth protection and CLSC is good. The problem is not in the terminology of collaboration, it's much more on how can you put those actions, how can you... I'll say that in French: comment peut-on réaliser et exécuter un plan d'action, whenever the resources are already overwhelmed by crisis situation, which is the case, especially for youth protection? I don't see that as a result of not wanting to work together, I see that as a result of professionals being overwhelmed, professionals where there is a high turnover, where we burden our human resources.

A lot is being done on the clarity of the roles. Protocole has been fine, but now we have to go from the documents and the paperwork to the partnership in action. And the recommendation that was made from Jean Gratton on the direction of rehabilitation resources also will support the spectrum of services that are being offered to the youth.

Mr. Bouchard, if I can say, le Nunavik aussi est fou de ses enfants. Ils sont considérés comme étant une richesse pour la région. C'est le plus grand bien que les gens possèdent. Merci.

Mme May (Jeannie): Thank you.

Le Président (M. Copeman): M. le député d'Ungava.

● (10 h 50) ●

M. Létourneau: Merci. Thank you. Just another question. I'll try to be at a good distance of the microphone. Is there any coordination between the Ministry of Health and Social Services and Education regarding the training of social workers that can work in every community? Is there a project or something like that going on actually?

Mme May (Jeannie): Thank you. I give you Mrs. Claude Bouffard to answer your question.

Le Président (M. Copeman): Mme Bouffard, vous êtes mieux peut-être de rester assise, là. Allez-y.

Mme Bouffard (Claude): I will start out in French, and then shift to English.

Il y a les ententes MSSS-MEQ où... where we were present at the table, where there's a formal understanding or collaboration with the ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé, but we also have a large variety of training... project training for the region. There is a management training that is going on for the past two years. We also receive money from «le ministère» to train the nurses that are coming up North. So it's a training... It's a «pré-emploi» training, so we can initiate them to the northern nursing reality. There is also a huge training that is starting in two weeks for the homemakers.

Training is one of the key issues for the North, we're very much aware, and we're working on it. There are many programs... Le programme national de formation for the youth... is also starting. So a lot is being done for training, enough to justify the fact that we have an agent at the regional board for training, and each health center has an agent also for training. So a lot is being done.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Létourneau: O.K.

Le Président (M. Copeman): Merci.

Mme Bouffard (Claude): Is that detailed enough?

Le Président (M. Copeman): Yes. Mme la députée de Lotbinière. The member for Lotbinière.

Mme Roy: Alors, bonjour. En mon nom personnel et au nom de l'ADQ, je vous remercie de votre présentation qui est très précise et très documentée.

J'ai, lors de cette présentation et lors de la lecture qui a précédé cette commission, réalisé à quel point vous avez de nombreux défis, d'énormes défis et souvent un manque de moyens. Par contre, j'ai aussi vu — et je voudrais qu'on soit plus positif — qu'il y avait des réalisations sur le terrain, des réalisations précises avec des personnes qui sont en place, notamment les centres jeunesse et... les centres pour les jeunes dans chacun des points de services. Et aussi j'ai réalisé qu'il y

avait des journées que vous avez faites et que les anciens ont dit que c'était la réalisation d'activités qui étaient plus traditionnelles. Ça leur a rappelé des souvenirs, ça a permis de tisser des liens dans la communauté.

Je voudrais savoir, depuis la rédaction de ce document-là, si ces démarches-là ont continué, ont porté fruit, si, par des moyens créatifs comme ça, vous avez réalisé, avec ces journées-là, à créer une identité, créer une insertion et puis par la suite commencé à prévenir les problèmes que vous... dont vous avez à faire face.

Mme May (Jeannie): ...Claude Bouffard to answer your question.

Mme Bouffard (Claude): I would say, in most of the files, those types of activity are being done. There's... Looking at the projects of the community organizations and in... community, men will bring young guys, young boys on the land for fishing and hunting, and the young men that they will take on the land are ones that once have substance abuse problems. So those types of projects, I think we can say that it's happening in every village to build bridges between the elderly and the youth, between... among men, young men and older men. Between women, there is sewing that is happening in every community because this is culturally something that is still being done and produced. So this... I would say that type of activity, creativity is very much alive in Nunavik.

Mme May (Jeannie): I could elaborate more. Jeannie May. I will elaborate a little more on the youth centers, how the youth centers are integrating cultural activities. It varies from community to community. Although all the coordinators of the youth centers are trained on a regular basis as a group, each community has their own style of delivering activities. There are sewing nights in some communities where an elder or a well-talented woman who knows how to sew will give sewing lessons to youth.

Also, in the summertime and in the spring, we have camping outings, outdoor activities with the elders, where the children and the young people can learn more of their cultural values, their backgrounds, the skills that are needed to be taught to survive on the land. We have asked the youth center coordinator to invite elders for story telling.

So for each community we have 14 youth centers. They are... It's the beginning of the process. So, every year, we learn something new and, of course, our culture is to be the center of the youth centers activities. With our elders being separated from the youth, in this sense, we have a youth center only youth visit, we implement... we would like to implement the elders to be visiting the young ones, and the young ones to visit the elders also.

Mme Bouffard (Claude): Can I add something?

Mme May (Jeannie): Yes. I give you Mrs. Claude Bouffard.

Mme Bouffard (Claude): Alors, moi, si je peux rajouter quelque chose, je pense que nous sommes très préoccupés à ce que les activités traditionnelles des

Inuits puissent être maintenues et conservées pour la jeunesse. Et on pense à toute la culture... mais on pense aussi à la culture, à toutes les activités qui sont faites dans les villages, les différents types de chant. Il est important de pouvoir léguer ça aux enfants parce qu'on a aussi une jeunesse qui est branchée sur Internet, les jeux vidéo, des Game Boy — ici, on sait ce que c'est — alors il faut leur montrer l'autre aspect du vécu. Et ça, c'est un des mandats de la régie régionale, et je pense que le conseil d'administration est très préoccupé par ces phénomènes. Merci.

• (11 heures) •

M. Déry (Serge): Jeannie, may I just add a few comments?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, docteur.

M. Déry (Serge): In link with those traditions, I think Nunavik has a very, very specific situation relating to food. Up North, we're talking about traditional food, which means the use of the country food, and most often with traditional recipes and ways of eating. And the traditional food is contributing to the social cohesion in the communities. If you have the chance to visit Nunavik, I think you should try to attend a community feast, and I think you will realize how much traditional food is important up North.

Linked to that traditional food, for sure they're are good things related to traditional food, but there are also some bad things, and one of it is the botulism which is a very, very severe — and sometimes life threatening — food poisoning. Nunavik is probably the region in the world with the highest number of botulism, and it is mostly related to a fermented traditional food called igunaq. And what we did, we... And, you know, it's related to the way igunaq is prepared, and with the passing years, people have discovered fastest ways to prepare igunaq, but those fastest ways are more dangerous. So we prepared a video with a elder, a specialist in igunaq preparation, and that elder was explaining to all the igunaq makers the right way to prepare it to make sure that we are reducing the risk of botulism. So, yes, we are trying to focus as much as possible on the Inuit tradition and on Inuit knowledge to make sure that prevention is effective.

Le Président (M. Copeman): Merci, docteur. Malheureusement, c'est tout le temps qui est imparti à cet échange. Mme May, M. Papieluk, M. Kenuajuak, Mrs May, Mr. Papieluk, Mr. Kenuajuak, I want to thank you on behalf of the parliamentarians here assembled in the Red Room of the National Assembly for your cooperation this morning. I think we would, in the future, like to take up the Dr. Déry's invitation and suggestion to sample some traditional foods, and it would probably be most appropriate if we do that in Nunavik, something I know that parliamentarians are interested in doing. But certainly, as a first experience of being able to exchange with you over these fast distances, this has given us a little better understanding of the challenges that you face: 11,000 people in 14 communities, the huge distances, the acute public health issues, housing, material and human resources. And I think we have a little better understanding of some of these difficulties that you

face, and I want to again thank you for your participation, for the documentation that was sent, and hope that this experience has been a useful one for all of us concerned. Merci beaucoup.

Mme May (Jeannie): Thank you very much, Mr. President, on behalf of the staff and the directors... the board of directors for the Nunavik Regional Board. We'd like to thank you for this opportunity to have met you with the video. We are somewhat pros of the video-conference, we've been doing it for awhile now, so I hope you enjoyed our virtual presence at your Red Room. So thank you very much to you and all your commissioners.

Le Président (M. Copeman): Merci.

Mme May (Jeannie): ...

Le Président (M. Copeman): Thank you. Merci. Avant de suspendre quelques instants, j'inviterais les représentants de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent à prendre place à la table. Et je suspend les travaux de la commission quelques instants. Merci.

(Suspension de la séance à 11 h 5)

(Reprise à 11 h 11)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues! Alors, la commission poursuit ses travaux. On a changé de mandat.

Alors, il nous fait plaisir de recevoir les représentants de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Mme Verreault, présidente-directrice générale, bonjour. Nous avons plus ou moins 90 minutes avec vous, une présentation de plus ou moins 20 minutes de votre part qui sera suivie d'un échange de 50 % du temps de chaque côté.

Nous avons annoncé les remplacements, mais je vais demander à Mme la secrétaire, compte tenu qu'on a changé de mandat, de poursuivre. Alors, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Pour ce mandat, oui. M. Valois (Joliette) va être remplacé par Mme Charest (Rimouski) et, comme je le disais précédemment, Mme Harel va remplacer pour tous les mandats.

Le Président (M. Copeman): C'est bien. Alors, sans plus tarder, Mme Verreault, on vous demanderait de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

**Agence de développement de réseaux
locaux de services de santé et de services
sociaux du Bas-Saint-Laurent
(ADRLSSSS—Bas-Saint-Laurent)**

Mme Verreault (Lise): Alors, M. le Président, Mmes, MM. les membres de la commission, mesdames,

messieurs, l'Agence de développement de réseaux locaux vous remercie de l'invitation que vous nous avez formulée de participer à vos travaux et de pouvoir partager avec vous nos réalisations.

Je suis accompagnée du Dr Robert Maguire, directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, à ma droite; le Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et de la santé physique, à ma gauche; M. Laval Demers, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles; M. René Dumont, directeur des services sociaux et communautaires par intérim; M. Michel Plante, directeur des ressources humaines et des relations avec la population, qui est en arrière; et M. Alain Paquet, conseiller à la présidence-direction générale, qui va coordonner la mise en place des réseaux locaux dans les prochains mois.

Alors, notre présentation se fera en trois temps. Premièrement, nous ferons le point sur les aspects majeurs de notre rapport d'activité 2002-2003 et des suites qui en ont résulté, suivi des événements qui sont survenus dans notre région au cours de la dernière année, événements qui s'inscrivent en continuité avec la démarche de modernisation du réseau que poursuivent l'agence ainsi que les établissements de santé et services sociaux de notre territoire. Et finalement nous vous parlerons de la direction et de l'impulsion que nous entendons donner à notre réseau dans les mois et les années à venir.

Alors, passons en revue notre rapport annuel 2002-2003. Quoique plusieurs thèmes pourraient être abordés à ce chapitre, nous insisterons davantage sur certains d'entre eux compte tenu de leur importance pour notre région et du temps qui nous est imparti. On peut peut-être avoir 20 min US si vous voulez, on aurait un petit peu plus de temps. En complément, nous vous référons aux divers documents que nous avons acheminés, puis ça va nous faire plaisir de répondre à vos questions par la suite pour compléter notre présentation.

Alors, l'exercice financier 2002-2003 s'est caractérisé par la consolidation des activités menées par la régie régionale d'alors, maintenant Agence de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent, et ceci dans le prolongement de son plan d'action 1999-2002 et en préparation de son plan stratégique triennal 2003-2006. En regard de ces plans, nous aimerions souligner l'étroite collaboration reçue de l'ensemble des acteurs sociaux et sanitaires de notre région. En effet, ces plans sont les fruits d'une large participation régionale de tous les intervenants du réseau, et, vous allez le voir tout au long de notre présentation, il y a une concertation qui est très, très forte des différents partenaires dans notre région.

Forts de cette concertation, l'année 2002-2003 recèle bon nombre de réalisations importantes, dont la mise en place, en novembre 2002, d'un premier groupe de médecine familiale — les GMF — dans la MRC des Basques. Ce GMF a fait partie de la première cohorte, des six premiers au Québec, donc on en est très fier. C'est un GMF intra-muros, c'est-à-dire à l'intérieur d'un établissement, et tous les médecins de la MRC font partie de ce GMF. Ainsi, depuis cette accréditation du 29 novembre 2002, trois autres groupes ont vu le jour, soit un dans la Matapédia, l'autre à Rimouski-Neigette et un à Rivière-du-Loup. Et tout près de 15 000 personnes présentement sont déjà inscrites, et on parle de personnes, de clientèles vulnérables. Donc, c'est au moins 30 % des

opérations qui sont déjà en cours au niveau des GMF. Par ailleurs, il faut mentionner que trois autres projets sont également sur la table à dessin. On pense à Métis, Matane. Rivière-du-Loup a également d'autres projets de GMF.

Au niveau des effectifs médicaux, en partenariat avec les établissements du territoire et les médecins de cabinets privés, nous avons poursuivi nos travaux dans le cadre de l'élaboration des plans d'effectifs médicaux tant en omnipratique qu'en spécialité. En omnipratique, cet exercice nous a permis d'estimer à 250 médecins équivalents temps plein le nombre requis pour l'ensemble du territoire. L'année 2002-2003 s'est soldée par un déficit de trois médecins. Le nombre de médecins installés au 1er avril 2003 était de 209. Par contre, le bilan à date, au 31 juillet 2004, fait état de 216 médecins omnipraticiens sur notre territoire. Si on fait une comparaison des 10 dernières années, de 1993 à 2003, on a un gain net de 15 médecins, soit une moyenne d'environ 1,5 médecin qui demeure en place depuis les 10 dernières années.

En spécialité, nos besoins sont évalués à 229 spécialistes. En 2002-2003, on a eu un gain net de neuf spécialistes, pour un total de 167 au 31 juillet 2004. Et là encore, au cours des 10 dernières années, 16 médecins se sont installés dans le Bas-Saint-Laurent pour une moyenne de 1,6 médecin. Comme vous pouvez constater, ce n'est pas énorme.

Bien que notre taux d'atteindre aux besoins est d'environ 80 % en omnipratique et 70 % en spécialité, si on regarde la répartition sur notre territoire par MRC, ça peut varier de 66 % à 94 % en omnipratique, ce qui est quand même acceptable et mieux que d'autres régions. Par contre, en spécialité, on passe de 25 % dans certaines régions à 80 %, donc de la difficulté à obtenir certains services de spécialistes dans les territoires peut-être à densité plus réduite.

Bien que non mentionné dans le rapport 2002-2003, il nous apparaît important à ce stade-ci de mentionner un projet récent qui vient de se concrétiser avec l'Université Laval, soit la mise en place d'une unité de médecine familiale pour la partie ouest du territoire. Puis ce qu'il y a d'innovateur dans ce projet, c'est qu'elle va relier quatre MRC. Alors, toute la partie du territoire ont décidé de travailler en commun avec leur équipe médicale pour former cette UMF, unité de médecine, où les différents stages vont pouvoir s'effectuer dans différents sites et non pas seulement dans un établissement. On avait déjà, au cours des dernières années... ça fait plus de 20 ans qu'on avait une unité de médecine à Rimouski qui fonctionne déjà très bien. Et je peux vous dire que c'est un excellent moyen de recruter des médecins parce qu'ils viennent faire leurs stages en région, souvent ils rencontrent des conjoints, des conjointes en région, et c'est plus facile de les retenir par la suite parce qu'ils prennent le goût. Donc, on est très fier de ce projet qui va voir le jour dans les prochaines semaines, prochains mois.

Au chapitre maintenant des listes d'attente, ce qui est très d'actualité, aux listes d'attente en chirurgie et en radiothérapie, on enregistre une augmentation du nombre de patients traités. On est passé à 636 cas en 2002-2003 à 807 en 2003-2004, soit une hausse de 260 patients additionnels. C'est extrêmement important pour notre centre de traitement du cancer. On a réussi ça par

l'allongement des heures d'activité le soir et en dehors des périodes normales même si on a dû avoir certains problèmes, des fois, de recrutement parce qu'on sait souvent que c'est un corps d'emploi, les technologues, qui supporte les radio-oncologues qui est très féminisé, donc on fait face à des congés de maternité. Mais on a quand même réussi à augmenter et à traiter plus de 250 cas au cours de la dernière année. Quand on regarde les hors délai, ça nous a permis de passer de 108 — on avait 43 hors délai au 31 mars 2004 — à 46 avec seulement neuf cas hors délai au mois d'août. Donc, on en est très fier.

En chirurgie, on enregistre une hausse également de 55 prothèses de hanches et de genoux. On sait qu'on a eu des budgets supplémentaires pour faire ce genre d'interventions chirurgicales en 2003-2004 également. Malgré une hausse quand même du nombre de chirurgies qu'on a faites dans ces problématiques, on observe quand même que notre liste d'attente est passée de 179 à 206 cas pour la même période. Par contre, ce qu'on remarque, c'est une diminution du nombre de cas hors délai. Donc, ce que ça présuppose, c'est que les choix qui ont été faits d'opérer les bons clients... on a opéré ceux qui étaient le plus en attente, donc on a fait les bons choix malgré l'augmentation du nombre de cas.

Au niveau des autres types de chirurgie, on enregistre une stabilité au nombre des cas totaux et des cas hors délai. On a une problématique par contre d'anesthésistes sur notre territoire, en particulier dans les secteurs des MRC de Rimouski, Matane et Amqui, ainsi que Notre-Dame-du-Lac. Ça explique également la difficulté de diminuer ces listes d'attente là qui se situent autour de 1 300 cas, 1 350 cas de chirurgies d'un jour, dont 350 hors délai — c'est très important — et également 850 cas pour la chirurgie avec hospitalisation, dont 50 %, près de 400 cas, hors délai.

● (11 h 20) ●

Abordons maintenant les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. À ce niveau, il nous apparaît important de vous indiquer que notre région, on a plus de 15,3 % de notre population qui était âgée de 65 ans et plus en 2001, alors que la province va atteindre ce pourcentage-là seulement en 2011. Donc, on a une population sur notre territoire qui est très âgée. Et on va voir un peu plus loin que les jeunes quittent beaucoup, ce qui fait que ça augmente également notre pourcentage, le taux de personnes âgées qui demeurent.

Nous souhaitons également vous indiquer que l'offre de services à ces personnes a fait l'objet d'une importante transformation au cours des dernières années. On est passé de 1 951 lits de longue durée en 1996 à 1 346 places en hébergement institutionnel. Cet effort a été rendu possible grâce à un rehaussement de l'offre de services en maintien à domicile, de sorte que présentement 20 % des personnes âgées de notre région sont rejointes par les services de soutien à domicile en CLSC comparativement à 12,5 % au niveau du Québec. Donc, c'est un écart qui est quand même très important pour une région, mais qui est très positif pour notre clientèle.

De même, un réseau de plus de 660 places en ressources d'hébergement non institutionnelles, les ressources qu'on appelle de type familial ou de ressources intermédiaires, a été mis en place. Donc, avec les fermetures de lits en longue durée, on a fait une migration

des ressources vers de l'hébergement plus léger et plus adapté aussi aux besoins de notre clientèle.

Après cet important effort de transformation de l'offre de services, un enjeu important qui mobilise l'agence et le réseau des établissements concerne la qualité des pratiques, particulièrement dans les CHSLD, et c'est d'actualité par les temps qui courent. À cet égard, nous avons poursuivi nos efforts visant à supporter l'implantation de l'approche milieu de vie dans l'ensemble de nos CHSLD. On peut donc affirmer que tous les établissements présentement ont mis en place un programme pour modifier l'approche et se diriger plus vers une approche milieu de vie qu'une approche de milieu de soins.

Il nous apparaît également important d'attirer votre attention sur le fait que, lors de la visite des personnes responsables de la qualité ou d'inspecter la qualité dans nos établissements de longue durée, deux établissements de notre région ont été visités. Aucune recommandation majeure n'a été soulevée, sauf des recommandations d'amélioration. Les plans d'action ont été élaborés rapidement, et je vous dirais que l'équipe ministérielle a noté également l'implantation de l'approche milieu de vie qui était faite dans différentes unités. Alors, on a eu des notes très positives à cet effet.

Un secteur qui nous préoccupe beaucoup, c'est le secteur jeunesse. Alors, quand on regarde les services qui sont offerts présentement aux enfants, aux jeunes et à leurs parents, un élément majeur qui a été réalisé en 2002-2003 et qui est très innovateur dans notre région a été le lancement du portrait jeunesse qui a réuni près de 400 personnes en octobre 2002. Le portrait jeunesse présente une vision globale et régionale des différentes problématiques rencontrées ainsi que des actions efficaces et prometteuses en promotion et prévention dont on doit tenir compte dans le secteur jeunesse. On y apprend notamment qu'en 2001 40 776 jeunes âgés de moins de 18 ans habitaient dans la région, ce qui, comparé aux 53 571 de 1991, constitue une diminution de 13,9 %. C'est très important. Pendant ce temps, l'ensemble de la population régionale diminuait de 2,4 %. Donc, on perd beaucoup, beaucoup de jeunes. Selon les projections démographiques, le nombre de jeunes devrait continuellement diminuer pour atteindre environ 32 568 en 2011.

Cependant, malgré cette réalité démographique, nous avons constaté que le nombre de signalements au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent s'est accru de 15,4 % — moins de jeunes, plus de signalements — passant de 914 en 2001-2002 à 1 055 en 2003-2004. Pour sa part, le taux de rétention de 50,09 % est légèrement supérieur à celui du Québec qui est aux environs de 47 %. À titre d'exemple, une étude provinciale publiée en 2001 indiquait que 61,2 % des signalements qui étaient faits dans la région comprenaient au moins deux problématiques, alors que, dans l'ensemble du Québec, le pourcentage était de 47,2 %. Donc, un plus grand nombre avec des problématiques multiples. Il faut également vous indiquer qu'en plus des services de centre jeunesse c'est un peu plus de 1 100 jeunes qui ont reçu des services sociaux en milieu scolaire dispensés par les CLSC de notre région, avec une intensité plus grande que la moyenne du Québec. Encore là, on dépasse le pourcentage ou le nombre d'interventions. On est à 5,27 par rapport à 4,96 pour le Québec.

De plus, un effort particulier a été fait au Bas-Saint-Laurent au niveau de l'implantation de l'entente multisectorielle — ça ne s'est pas fait également partout, dans toutes les régions — relativement aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins. On a donné énormément de formation: 70 questionnaires ont reçu cette formation afin de mieux connaître leur rôle, ainsi que 294 intervenants issus de différents milieux. On essaie d'être beaucoup avec l'intersectoriel, autant l'éducation, le monde judiciaire, la santé et services sociaux que les organismes communautaires, les loisirs et les sports.

Un autre projet qui nous tient à coeur, c'est un projet de concertation de grande envergure qui a vu le jour en 2003-2004. Il s'agit du projet COSMOSS qui signifie communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé. Vous allez nous dire: Qu'est-ce que ça mange le dimanche? Alors, ce projet est un regroupement volontaire de partenaires multisectoriels qui ont convenu d'agir ensemble afin d'offrir une solution adéquate et durable pour les enfants, les jeunes et les parents vivant dans des conditions vulnérables et de pauvreté. On a vu tout à l'heure que nos jeunes quittent. Souvent, c'est les jeunes pour les études, ils ne reviennent pas, et ceux qui demeurent le plus dans notre région ont des problématiques un peu plus élevées que ceux qui quittent. Alors, on s'est dit que cette démarche pourrait permettre, entre autres, de connaître les possibilités, les opportunités de collaboration multisectorielle afin de contribuer à améliorer la situation des enfants — on ne peut pas le faire tout seul — le tout afin de faire de la région du Bas-Saint-Laurent la région où on peut être le plus fier puis on a les meilleures conditions d'inclusion économique, sociale et culturelle pour les enfants et leurs parents issus des milieux vulnérables. On pourra, si vous voulez, tout à l'heure élaborer un peu plus sur le contenu de ce projet COSMOSS.

L'agence a par ailleurs accordé un support financier à un projet d'agent de support, de liaison en pédopsychiatrie au Centre de santé de Rivière-du-Loup. Ce soutien permet d'expérimenter un nouveau type de projet dont l'objectif est d'améliorer la coordination entre les services de base et les services spécialisés en santé mentale jeunesse. Ce projet couvre les quatre MRC du secteur ouest du Bas-Saint-Laurent où un intervenant spécialisé en santé mentale jeunesse sera disponible dans chacun des territoires afin de supporter les intervenants, d'assurer la liaison entre les services spécialisés de deuxième et de troisième niveau et les services locaux, d'assurer la formation ou les suivis également au niveau de certains dossiers ou de certaines problématiques de jeunes.

Un secteur où on aimerait ne pas être dans les premiers, c'est le secteur du suicide. Alors, c'est une problématique où les indicateurs sanitaires dans notre région qui sont disponibles nous signalent une tendance qui est à la hausse de cette problématique-là dans le Bas-Saint-Laurent. On constate une augmentation des décès. On constate des hospitalisations suite à des tentatives de suicide. On constate également beaucoup d'augmentation au niveau des appels de lignes d'écoute régionales: 14 000 appels en 2002 versus 15 000 appels en 2003. Donc, dans la région, le nombre de suicides a atteint une ampleur telle qu'il dépasse les décès par

accident de la route. Puis, soit dit en passant, on n'a pas la 20 dans le Bas-Saint-Laurent, on est encore avec une 132. Donc, le taux de mortalité par suicide sans égard au sexe pour la période 1999-2001 est de 24,7 % par 100 000 personnes et classe le Bas-Saint-Laurent comme étant une région présentant un taux de suicide significativement supérieur à l'ensemble du Québec qui était pour cette même période de 19,1 %.

En plus des services de ligne d'écoute 24-7, la région compte deux organismes communautaires qui ont reçu le mandat d'offrir des services d'hébergement de crise, soit la Bouffée d'air du KRTB pour le secteur ouest et le Centre de prévention du suicide pour le secteur est, qui comptent également chacun neuf places d'hébergement. Au niveau de la promotion, prévention, deux organismes communautaires aussi ont été mandatés pour la mise en place de projets sentinelles qui consistent à former des personnes de la communauté, notamment dans les milieux scolaires ou entreprises, aptes à décoder des signaux de détresse d'une personne suicidaire et à les référer aux organismes pour un suivi personnalisé.

Plus récemment, au printemps 2004, un autre projet a été instauré dans le réseau de santé de la Matapédia, permet une offre de services qui... selon une approche de gestion de cas adaptée à la clientèle qui présente une problématique de dépression majeure. Ce qu'on a réussi à faire dans la MRC de La Matapédia, c'est de mettre ensemble le médecin, le pharmacien communautaire et une infirmière en santé mentale qui, lorsqu'un patient se présente avec une problématique de dépression ou de problème d'adaptation et qui est volontaire à ce projet... on est capable immédiatement de faire le suivi de cette personne-là partout dans la communauté. Si la personne suspend un rendez-vous ou ne va pas à un rendez-vous médical, le médecin appelle tout de suite l'infirmière. Si le patient ne renouvelle pas une prescription, le lien est fait directement avec le pharmacien et l'infirmière, et tout de suite la personne est prise en charge: il y a un contact qui se fait à son domicile pour s'assurer qu'il n'y a pas rupture de service et que le client va continuer son traitement. Donc, je pense que c'est assez innovateur. On ne monitore pas tout le monde, seulement ceux qui acceptent de faire partie de ce projet-là.

● (11 h 30) ●

Du côté des services de santé mentale également, il est permis d'affirmer que la transformation des services dans notre région est très avancée. Ainsi, un programme de suivi intensif dans le milieu, pour les adultes présentant un problème grave et persistant est disponible dans chacun des milieux depuis 1999. En 2003-2004, 233 personnes ont bénéficié de ce programme, et on n'a aucune liste d'attente. Des équipes de santé mentale sont présentes dans tous les territoires des réseaux locaux de la région. Plus de 400 personnes ont ainsi reçu des services dont l'intensité a été adaptée à leur situation au cours de la dernière année.

Au niveau du traitement médical, on se rappelle que l'objectif qui était recherché, c'était de consacrer 40 % des ressources dans les services hospitaliers et 60 % dans la communauté. Pour notre région, c'est déjà dépassé parce qu'on atteint maintenant 74 % des ressources de ce programme qui sont vers la communauté mais qui ne seront plus au niveau de l'hospitalisation.

Au niveau de la santé mentale jeune, deux établissements de notre région ont des services spécialisés en pédopsychiatrie; ce sont Rivière-du-Loup et Rimouski. Le principal problème qu'on rencontre, et c'est probablement le même cas dans d'autres régions, c'est le recrutement et le maintien des effectifs en pédopsychiatrie. Ainsi, avec le départ du seul pédopsychiatre à Rimouski, en juin dernier, la région ne peut compter que sur deux pédopsychiatres pour répondre à l'ensemble des besoins, donc on est vraiment en manque de ressources, et évidemment les listes d'attente s'accroissent à ce moment-là.

Au niveau de la déficience intellectuelle, alors l'intégration sociale des personnes présentant cette déficience a été totalement complétée dans notre région, en avril 2004, lors du transfert des 12 dernières personnes qui étaient hébergées au Centre Métricien. Je peux vous dire que c'est une réussite. En juin dernier, on a eu la chance d'aller faire l'inauguration de leur nouvelle résidence, et ce sont les clients eux-mêmes qui nous ont fait visiter leur résidence, qui nous ont montré de quelle façon ils avaient décoré leur milieu de vie, le choix de leur mobilier. Ils nous ont organisé une activité sociale, et ce n'étaient pas les gestionnaires et les cadres, c'étaient les clients eux-mêmes, donc je peux vous dire que ça donne des résultats extraordinaires dans cette communauté. Ces personnes vivent maintenant dans un environnement plus normalisé, plus familial et peuvent utiliser leurs capacités aux fins d'apprentissage dans les activités dites quotidiennes et la vie domestique, et ainsi favoriser leur intégration aux activités de la communauté.

Au niveau de l'alcoolisme-toxicomanie, des efforts particuliers ont été consentis en prévention auprès des jeunes. Ainsi, à la suite d'une évaluation qui a été réalisée dans notre région, on est capables d'estimer que 12 062 jeunes inscrits au secondaire dans notre région, parmi ces 12 000 là, 11 % sont des jeunes qui ont une consommation à risque, et 5 % présentent une consommation problématique. Donc, afin de soutenir ces jeunes et d'éviter que leur situation s'aggrave, l'agence et le centre de réadaptation en toxicomanie ont élaboré un programme d'intervention qui peut se réaliser en milieu scolaire et dans les centres jeunesse. On appelle ça les Pifs jaunes. On va vous en parler un petit peu plus tard. Alors, préoccupés par la rigueur scientifique de ces travaux, on s'est assurés la complicité de deux chercheurs, un du RIS, c'est le groupe de recherche et intervention substances — Québec, et l'autre du Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Ce programme va faire l'objet d'une large diffusion. Il a été adopté par notre conseil d'administration en juin dernier et il va être diffusé à l'ensemble de nos huit réseaux locaux dans les prochaines semaines.

Le Président (M. Copeman): Mme Verreault, vous me rendez un peu nerveux parce qu'on a déjà dépassé le 20 minutes puis vous êtes rendue à la page 22. Alors, peut-être brièvement, en sommaire, puis je vous demanderais de tenter de conclure d'ici quelques minutes.

Mme Verreault (Lise): O.K. Je vais vous parler d'un secteur qui, pour nous, est très problématique et très important, c'est le volet de la déficience physique. On sait que, présentement, dans notre région, on avait

un secteur est et ouest: est, qui était assez bien organisé parce qu'il y avait plusieurs années de développement... qui s'était installé là; puis, avec la fusion des régions dans les dernières années, on se ramasse avec un secteur qui est un peu plus démuni, le secteur ouest. On a une liste d'attente qui est quand même assez importante, et notre plus grosse problématique, c'est le recrutement de personnes spécialisées dans des domaines d'orthophonie, d'optométristes en basse vision. On se ramasse avec des secteurs de MRC complets où on a absence totale de spécialistes dans certaines professions. Donc, pour nous, je vous dis que c'est extrêmement important. On manque de ressources aussi dans ce secteur-là et on est en train de voir avec les gestionnaires et le personnel du centre de réadaptation à revoir une offre de service qui va être modulée en fonction des ressources disponibles et des listes d'attente. Mais je pourrai revenir tout à l'heure en sous-question là-dessus.

Ce que je voudrais peut-être vous dire en complément, on a fait une démarche dans notre région. On a été la première région à déposer au ministre le projet d'unification, de fusion de l'ensemble de nos établissements en huit territoires. On a respecté les territoires de MRC, tout s'est fait sur une base volontaire. L'ensemble des conseils d'administration, des médecins, des gestionnaires, des syndicats, des différentes commissions ont été consultés. L'ensemble de ces personnes, de ces acteurs importants là du réseau ont donné un appui 100 % favorable à la démarche qu'on a effectuée.

Je vous dirais que les D.G. sont déjà tous en poste. Les conseils d'administration sont tous nommés. On est déjà à l'étape d'élaboration et d'accompagnement avec les réseaux locaux des projets cliniques. Je vous dirais qu'il y a déjà beaucoup de choses qui sont faites, on ne recommencera pas à zéro. On a une région qui se mobilise beaucoup.

Mais un élément qui est très important pour la réussite de la poursuite de l'intégration des services, ça va être d'être capables de partager en temps réel l'information médicale, l'information des cliniciens. Donc, on a un projet qui va être déposé au ministère, qui a déjà été déposé en avant-projet mais qui est, je vous dirais, en analyse, c'est la mise en place d'un dossier patient partageable informatisé dans le Bas-Saint-Laurent. On a rencontré l'ensemble de nos omnipraticiens et des spécialistes, et je vous dirais que l'ensemble est mobilisé, est en attente, est prêt à collaborer, je vous dirais, bénévolement avec nous pour la mise en place de ce dossier patient. Donc, on espère avoir des réponses favorables rapidement pour maintenir cette mobilisation-là.

Un élément qui est important aussi dans les questions qu'on voulait peut-être vous laisser puis qu'on pourrait échanger là-dessus, nous, on voudrait être capables de participer également aux négociations avec les tables médicales, le ministère et les fédérations médicales pour être capables d'influencer les conditions de travail des médecins par rapport aux besoins de notre région. Je vous dirais que, même si on a vu tout à l'heure qu'on a des MRC où il y a simplement 25 % d'effectifs en spécialité, nous, on dit: Si on était capables d'avoir la possibilité d'être présents aux tables de négociation avec les fédérations médicales et le ministère, on pourrait sûrement être capables d'amener des éléments qui répondent plus aux besoins de notre population.

Également pouvoir utiliser l'enveloppe qui est dévolue aux effectifs médicaux de la RAMQ en région. En l'absence de spécialiste — je donne l'exemple — en l'absence de psychiatre, on pourrait peut-être utiliser une partie de ces sommes-là pour des équipes de psychologues qui pourraient être coachées ou chapeautées par des psychiatres et offrir quand même un service de qualité à notre population.

Il y a des territoires où on n'a aucun service. Je pourrais vous dire que, dans toutes les spécialités, on pourrait faire différent si on était capables de faire... peut-être rouler ces sommes-là d'une façon différente, et on améliorerait l'offre de service dans des régions dites un peu plus éloignées.

Alors, je vous remercie beaucoup. On serait disponibles, mon équipe et moi, à répondre à vos questions, puis on vous remercie beaucoup du temps que vous nous avez accordé.

M. Copeman: Merci, Mme Verreault. Sans plus tarder, M. le député de Robert-Baldwin et adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Marsan: Merci, M. le Président. Merci, Mme Verreault, merci à votre équipe. Je profite de l'occasion pour vous saluer, saluer les collègues aussi qui connaissent sûrement très bien votre région, la députée de Matapédia, la députée de Rimouski.

Je voudrais profiter de la présence d'un expert, d'un spécialiste à vos côtés, à votre droite, le Dr Maguire, qui est un spécialiste connu et reconnu dans le domaine de la santé publique pour sûrement lui demander de nous parler de la santé publique dans la région de Rimouski.

Mais avant, je note avec beaucoup de satisfaction que vous avez mentionné que tout le dossier des fusions d'établissements a bien été dans votre région. Ça s'est fait, vous l'avez dit, je pense, sur une base volontaire. Donc, il y a des résultats extrêmement positifs qui devraient en sortir pour les patients d'abord et évidemment pour la région également.

Alors, je reviens à ma première question puis je m'adresserais au Dr Maguire pour lui demander de nous parler de l'état de la santé publique dans votre région.

M. Maguire (Robert): Dans le fond, toute la réforme qui a suivi la mise en place de la loi n° 25, pour moi, était un pas dans la direction de l'amélioration de la santé des communautés. Ce qu'on a fait, et ce que la loi n° 25 nous a proposé, et ce qu'on a discuté avec les différentes organisations, c'est que, de plus en plus, on va réaliser que, dans chacun des territoires, les responsabilités vont se partager différemment.

Si je veux prendre un exemple, admettons qu'on veuille travailler, par exemple, sur les maladies pulmonaires obstructives, eh bien, je pense que les gens qui sont au niveau des services primaires, secondaires et tertiaires vont y collaborer. On peut prendre l'obésité, on peut prendre les enfants, on peut prendre à peu près n'importe laquelle catégorie de problèmes, ce qu'on est en train de mettre en place avec la mise en service, si je peux appeler ça comme ça, de la loi n° 25 va nous permettre, à mon point de vue, de travailler différemment.

On a parlé des jeunes, actuellement c'est assez clair que, par exemple, dans chacune des MRC, il va y avoir une responsabilité. On est capables avec les outils épidémiologiques de bien connaître c'est quoi, les enfants qui ont des problèmes sur un territoire, et finalement de mettre en place des services.

● (11 h 40) ●

Par rapport à — et là je chevauche toujours entre l'organisation des services et la santé publique... mais ce qu'on est en train d'essayer de développer et ce que la loi n° 25 va nous permettre de faire, c'est d'assurer une continuité entre les services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation. Et je pense que, là-dedans, ça m'apparaît extrêmement important de travailler sur ce continuum de services là, et j'ai comme l'impression qu'on fait un pas de plus dans toutes les démarches qui ont été entreprises au cours des 20 dernières années au Québec. C'est un peu dans ce sens-là qu'on travaille, et cette responsabilité qui est confiée à ces nouveaux réseaux locaux là va probablement nous permettre de faire un autre petit bout.

M. Marsan: Mme Verreault, vous avez souligné les difficultés de recrutement dans certains secteurs, certaines spécialités; je pense particulièrement à l'anes-thésie que vous avez mentionnée, mais aussi à la pédopsychiatrie. Je pense que c'est un problème qui est connu, là, ce n'est pas unique à votre région, ça déborde le cadre de la région. Mais est-ce qu'il y a des possibilités de travailler avec des omnipraticiens qui ont peut-être un secteur de pointe en pédopsychiatrie et qui peuvent quand même donner un service qui généralement va être très adéquat dans un secteur où on a grandement, grandement besoin?

M. Levasseur (Jacques): Actuellement, on peut dire que les omnipraticiens déjà bien engagés là-dedans, surtout avec la psychiatrie. Dans tous nos milieux, les omnipraticiens agissent en première ligne dans ce secteur-là. Et, actuellement, il y a un dossier qui est en évolution, que René suit particulièrement, c'est les services de soins partagés en psychiatrie où le rôle de l'omnipraticien va être renforcé mais va être davantage supporté par les médecins psychiatres qui sont chez nous, quand on est dans deux établissements principalement, soit Rivière-du-Loup et Rimouski. Mais, par contre, il y a des déplacements qui sont prévus, où les psychiatres vont pouvoir se rendre dans les différentes MRC justement pour supporter les omnipraticiens qui agiraient en première ligne. Évidemment, ils seraient supportés également par une équipe d'infirmières, de psychologues, et autres.

Le Président (M. Copeman): Mme Verreault, allez-y.

Mme Verreault (Lise): Oui. Je voudrais juste apporter un complément. En l'absence de psychiatres au cours des deux dernières années dans le secteur ouest du territoire, on a mis en place une équipe de professionnels avec omnipraticiens pour suppléer. L'arrivée de psychiatres — on a eu la chance de recruter six, sept psychiatres — a permis de faire une offre de service complètement différente aux autres établissements de la région avec

cette équipe de professionnels qui sont en support avec des omnipraticiens. Je pense qu'il y a moyen de faire les choses différemment, et là on a la demande de... on veut maintenir puis on voudrait développer partout sur le territoire ce type d'équipe là qui avait été mis en place simplement en l'absence de psychiatre et de pédopsychiatre. Je pense que c'est très réalisable, là.

M. Levasseur (Jacques): Je peux peut-être juste compléter. C'est que ça a tellement bien fonctionné... C'est qu'à l'époque à laquelle Mme Verreault fait référence, il restait seulement deux psychiatres à Rivière-du-Loup; aujourd'hui, on en compte huit, deux ans plus tard. Donc, ça a été quand même un facteur intéressant pour attirer les jeunes qui disent: Bon. Moi, je ne m'en vais pas là puis je vais travailler tout seul. Il y a des gens qui vont faire la première ligne.

Vous avez abordé l'anesthésie. Bien, vous comprenez que, dans ces spécialités-là, c'est beaucoup plus difficile. Il en reste encore... Sur notre territoire, il en reste encore deux. Il y a encore deux omnipraticiens sur notre territoire qui font de l'anesthésie à temps plein, mais c'est une race en voie de disparition, il ne faut pas se le cacher.

M. Marsan: Juste en terminant sur la pédopsychiatrie, vos centres jeunesse réussissent à avoir une bonne couverture au niveau de la pédopsychiatrie?

Le Président (M. Copeman): ...

M. Dumont (René): Il y a un pédopsychiatre qui est rattaché au Centre hospitalier de Rivière-du-Loup, qui fait de l'intervention à l'intérieur même du centre jeunesse, particulièrement à deux niveaux. Il y a une unité où il y a des jeunes de 6-12 ans qui ont des problématiques de santé mentale, et le pédopsychiatre offre un support à cette équipe-là. Et il est aussi disponible pour supporter les intervenants dans les autres secteurs du centre jeunesse. Vous dire que ça répond à tous les besoins, ce ne serait probablement pas vrai, mais il y a là une dynamique intéressante qui s'est formée. Ça fait un an et demi, deux ans que ça fonctionne, ce lien-là où le pédopsychiatre vient intervenir directement au centre jeunesse.

M. Marsan: Une autre question? Oui. Merci. Je pense, dans votre rapport, à la page 10, en tout cas, que vous faites état d'une situation qui est hautement intéressante, et c'est la diminution des soins de longue durée... les lits en soins de longue durée et non pas les soins de longue durée, au contraire. Vous êtes passés, si je comprends bien, de 1 951 lits à 1 346. Mais tout ça, c'est avec un renforcement au niveau du maintien à domicile. Est-ce que vous pourriez nous parler de cette expérience-là? Parce que je pense que, si elle est concluante — et elle semble l'être — elle peut sûrement être un modèle dans d'autres régions également.

M. Dumont (René): En fait, ce qui s'est fait, dans les années 1996, 1997, 1998, avec la réduction des lits, c'est qu'il y a eu un rehaussement... Oui, il y a un soutien à domicile, vous avez raison, ça s'est fait, et on rejoint 20 %, 21 % des personnes âgées de 65 ans et

plus en soutien à domicile. Mais il y a eu aussi un rehaussement de ressources d'hébergement non institutionnelles qui sont des ressources plus petites, de 12 à 20 places environ, qui sont localisées un peu partout sur le territoire. Donc, il y a eu une stratégie à deux niveaux. Oui, le soutien à domicile, c'est important effectivement, mais pour des gens qui ont des besoins un peu plus que le domicile mais qui ne sont pas rendus en centre d'hébergement. Il y a un réseau de ressources intermédiaires aussi qui a été mis en place.

M. Maguire (Robert): Ce que je rajouterais, c'est qu'au cours des années à venir, et ce que c'est qu'on va développer assez rapidement, et Mme Verreault en a parlé tout à l'heure... On est capable actuellement, avec les outils épidémiologiques, de bien identifier les personnes âgées, et je pense qu'en fouillant la littérature un peu, si on veut avoir du succès dans ce domaine-là, il faut faire en sorte que les personnes âgées soient en bonne santé le plus longtemps possible, et ça, il y a moyen d'intervenir de façon efficace, il va falloir constituer les équipes.

Il y a différents projets qui ont été essayés: il y en a dans la région des Bois-Francs, il y en a eu un aussi à Montréal qui a été essayé. Et je pense qu'il y a une prise en charge au niveau des gens qui sont les gens... je ne sais plus comment est-ce qu'on appelle ça, les vieux vieux ou les très âgés, on devrait être capables de les suivre ces gens-là, on devrait être capables de les monitorer. Et, si on est capables de mettre en place... Et, nous, on avait essayé, si vous vous souvenez, le projet de carte à puce, il y a à peu près 10 ans, on va récidiver avec ce genre de projet là parce qu'on pense que l'information au niveau des gens âgés est fondamentale. Il faut qu'on soit capables de bien connaître les gens âgés, de connaître leur situation, de savoir comment ils évoluent et de mettre en réseau le médecin, le gériatre, les infirmiers, les travailleurs sociaux.

Je pense que là-dessus, là, il y a vraiment quelque chose qu'on peut faire et puis qui va être efficace dans les années à venir. Et on devrait être capables de ne pas augmenter, j'imagine, le nombre de lits pour personnes âgées sur un territoire.

M. Dumont (René): J'aimerais rajouter un petit commentaire. Dans le projet de dossier patient informatisé partageable, il y a un volet qui vise spécifiquement à soutenir les personnes — le soutien à domicile — à outiller les intervenants, à avoir du suivi clinique plus adapté à différentes problématiques que vivent les personnes qui sont à domicile. Donc, il y a un volet aussi là-dedans pour s'assurer que les interventions qu'on fait sont les mieux encadrées possible et supportent adéquatement les personnes.

M. Marsan: Juste une dernière question — je suis certain que mes collègues en ont d'autres aussi — sur le contrat d'affiliation avec l'Université Laval. Je pense que — je note en tout cas dans votre rapport, là — qu'il y avait une affiliation au niveau d'une unité de médecine familiale. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus. Est-ce qu'il y a d'autres secteurs aussi qui sont affiliés soit avec la Faculté de médecine ou avec d'autres facultés dans votre région?

M. Levasseur (Jacques): Nous, on fait affaire avec Laval depuis de nombreuses années, et il existe déjà l'unité de médecine familiale de Rimouski qui, elle, est implantée depuis plus de 20 ans et qui fonctionne très bien. Comme Mme Verreault le disait, c'est probablement un des facteurs de recrutement et de rétention des plus importants, puisque 70 % à 80 % des gens qui passent par l'unité de médecine familiale de Rimouski vont travailler en région, que ce soit la nôtre ou les régions voisines.

● (11 h 50) ●

Le projet qui est sur la table actuellement, qui a été accepté par l'Université Laval, c'est l'implantation d'une unité de médecine familiale qu'on appelle du KRTB, puisqu'elle regroupe quatre MRC différentes, soit Les Basques, qui est Trois-Pistoles, Rivière-du-Loup, Kamouraska et Témiscouata. Les quatre, maintenant, les quatre instances locales se sont mises d'accord pour travailler ensemble, et les milieux de stages vont être répartis entre ces quatre municipalités différentes là. C'est le bout, là, qui est un petit peu novateur, parce que partout ailleurs il y a une unité de médecine familiale qui est dans un lieu physique donné, et en général ils ne sortent pas de là, sauf peut-être pour quelques stages spécialisés.

Alors, ce qui est intéressant chez nous, c'est que ça va donner un aperçu aux étudiants de plusieurs milieux qui sont fort différents quant aux types de pratique. À Trois-Pistoles, vous avez un milieu qui, en fait, est un... qui est issu d'un CLSC-CHSLD et il n'y a aucun spécialiste à ce niveau-là. C'est un type de pratique. Vous allez vers le Témis ou vers le Kamouraska où vous avez un hôpital plutôt à vocation locale où vous avez un groupe d'omnipraticiens et des spécialités de base, et vous avez Rivière-du-Loup qui, lui, est de plus grande envergure, où vous avez une multitude d'autres spécialités. Donc, l'étudiant va être plongé dans quatre milieux différents, ce qui donne un bon aperçu et ce qui va favoriser le recrutement autant pour chacune des MRC différentes. C'est la particularité.

Maintenant, c'est tout récent, je veux dire, ça vient d'être accepté par l'Université Laval en juin dernier, de sorte qu'on a encore 10 à 12 mois de travail pour bien l'implanter.

M. Marsan: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: Merci, M. le Président. Donc, chers collègues, ça me fait plaisir de vous revoir. Donc, Mme Verreault, c'est plaisant de vous rencontrer, ne serait-ce que pour vous connaître avant même que vous pénétriez dans la région d'Arthabaska qui est une notoriété, je n'ai pas besoin de vous le répéter, en ce qui a trait à la fusion et surtout en ce qui a trait — permettez-moi d'être chauvin un peu aujourd'hui, ça fait toujours du bien... au niveau, entre autres, de l'établissement des réseaux locaux.

Je suis particulièrement intéressé... Vous avez... Il y a une problématique chez vous, que vous avez citée, en ce qui a trait au problème du taux de suicide élevé chez vous, à travers... La population qui a été ciblée, c'est

les jeunes, bien sûr. Vous avez une collaboration que vous avez mise en place, vous dites, à partir du réseau déjà existant mais aussi du milieu communautaire. Puis vous avez dit qu'il y avait, entre autres, deux organismes communautaires qui avaient été directement interpellés.

Moi, j'aimerais savoir le type de collaboration que vous avez mis en place, et surtout le type de financement aussi qui accompagne, s'il y a un type de financement qui accompagne ce type d'organisation là que vous avez mis en place.

Mme Verreault (Lise): Il y a une partie qui est santé publique puis une partie organisation de services, le projet Sentinelle.

M. Maguire (Robert): Bien, dans le fond, ce qu'on est en train de réaliser au niveau du suicide, c'est qu'il y a les jeunes, mais la plus grosse partie aussi, c'est les hommes adultes, 45, 50 ans, et ce qu'on comprend par rapport au suicide, c'est que c'est souvent des gens qui ont eu des périodes dépressives. Donc, là-dessus, on a réalisé à quelques reprises que les gens étaient allés, par exemple, consulter puis, bon, à cause de différents fonctionnements, ils n'ont pas nécessairement eu le suivi puis, bon, ça a été catastrophique de façon importante. Donc, ce qu'on est en train de faire, c'est qu'on est en train de travailler avec chacun des réseaux. Et là il y a les deux organismes communautaires qui sont le Centre de prévention du suicide et le Centre de prévention du suicide de Rivière-du-Loup. Je n'ai pas...

Une voix: La Bouffée d'air.

M. Maguire (Robert): La Bouffée d'air. Et dans le fond, avec ces gens-là, on est en train de développer différentes collaborations. On a parlé... Lise a parlé du projet qu'on a dans la Matapédia au niveau de l'organisation du suivi de ces personnes-là et de s'assurer que le suivi est bien fait. Et, dans les milieux de travail et dans les écoles, on va aussi développer des projets Sentinelle, c'est-à-dire de former du monde pour qu'ils puissent intervenir, et puis de bien former les gens, dans le fond. Je pense que, là-dessus, ce n'est pas un problème facile, le suicide. On est en train de commencer à comprendre un peu ce que c'est qui se passe, et il faut y aller avec des données et avec des informations importantes.

L'Institut national de santé publique, qui est une création d'il y a quelques années, nous a fourni un rapport récemment, et, dans ce sens-là, on nous dit: Il faut travailler au niveau des Sentinelles. Il faut travailler au niveau des médecins omnipraticiens, c'est des gens qui voient beaucoup de personnes déprimées. Et il faut travailler dans les communautés, dans les milieux de travail et dans les écoles. Donc, c'est ce que c'est qu'on est en train de mettre sur place.

Évidemment, Mme Verreault le soulignait, c'est rendu un problème plus important que les blessures de la route. Malheureusement, on n'a pas de Société de l'assurance automobile pour nous aider à travailler dans ce secteur-là, et c'est bien clair qu'on va y mettre de plus en plus de ressources. Il s'agit de voir comment on peut rééquilibrer et de voir aussi au niveau local, je veux dire, actuellement, avec les réseaux locaux qui sont mis en place.

Vous allez me dire: C'est la solution à tout. Non, je ne pense pas que c'est la solution à tout, mais, au moins, la base, les fondements sont là. Ça devrait nous permettre — parce qu'on est capables d'identifier, sans charrrier trop, ces gens-là — ça devrait nous permettre de leur assurer un meilleur suivi et probablement d'être un peu plus efficaces dans la prévention du suicide au cours des années à venir.

M. Dumont (René): En fait, si vous voulez voir, au niveau du financement, dans le fond, il y a le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise de Rimouski, qui est la ligne d'écoute téléphonique du Bas-Saint-Laurent, qui est localisée à Rimouski, qui est la ligne d'écoute téléphonique, mais qui fait de l'hébergement aussi pour notre place; il y a une ressource qui s'appelle le Centre Ressources Interventions Suicide du KRTB, qui est un organisme de promotion et prévention; il y a aussi la Bouffée d'air qui fait de l'hébergement. Dans ces trois organismes-là, c'est un peu plus de 960 000 \$ qui est investi pour supporter les activités de ces organismes-là. Et il faudrait ajouter à ça l'investissement qui a été consenti au projet Sentinelle dont on a parlé, là, mais ça, je n'ai pas les montants ici. Mais, dans le financement récurrent, si on veut, des organismes: autour de 960 000 \$.

M. Bachand: O.K. Intéressant. Maintenant, comment ils sont mis en lien avec, par exemple, les omnipraticiens? Vous parliez du projet que vous aviez voulu mettre en place ou que vous mettez en place actuellement en déficience physique. Vous avez mis en lien les pharmaciens, donc une équipe pluridisciplinaire. Moi, ce qui m'intéresse de savoir, c'est: Vous avez donné un mandat aux organismes communautaires, mais, terrain, terrain, là, eux sont en lien avec qui à part de... Quelque chose de pratique. Actuellement, est-ce qu'il y a un projet où, par exemple, le milieu communautaire, ils ont déjà des lignes précises, ils doivent intervenir à l'intérieur d'écoles, ils sont en lien avec tel médecin qui a la compétence de le faire, tel psychologue, un groupe de psychologues, des travailleurs de rue? Est-ce que ça, c'est fait ou...

M. Dumont (René): En fait, je peux... Une partie de réponse. Il y a des protocoles, hein? Par exemple, le Centre de prévention du suicide, quand il fait de l'intervention téléphonique, il a des protocoles d'intervention avec les hôpitaux pour s'assurer de leur référer la clientèle s'il y a besoin. Si, la personne, on se rend compte qu'elle a vraiment un besoin urgent, là, on va faire le lien avec les services de crise pour qu'il y ait une intervention qui puisse se faire auprès de la personne, mais pas seulement l'intervention téléphonique. Donc, il y a des protocoles comme ça qui ont été convenus entre les établissements et l'organisme communautaire avec le concours de l'agence pour s'assurer que tout ça fonctionne. C'est la façon dont ça se rend opérationnel, finalement.

M. Maguire (Robert): Bien, on a aussi un coroner dans la région qui a beaucoup d'intérêt et qui a une assez bonne compréhension de par son travail. Et lui a travaillé avec le Collège des médecins et puis il a

travaillé aussi avec l'Association du suicide au niveau du Québec pour développer les programmes de formation. Il y avait le lien, là, du médecin de famille ou de l'omnipraticien dans chacune des communautés. Quand on fouillait la littérature, les gens nous disaient: C'est par là qu'il faut commencer. Donc, il y a eu une tournée de formation qui a été faite dans les huit MRC avec les omnipraticiens, avec les psychiatres. Et là, quand on a rencontré les gens — il y avait les organismes communautaires — et, quand on a rencontré les gens, on les a rencontrés dans chacun de leurs secteurs et en leur disant: Bien... Ce que c'est qu'on essaie de plus en plus de faire, là, c'est de dire: Voilà les profils, voilà qu'est-ce que c'est qui peut s'en venir, et, au lieu d'être réactifs, on va peut-être essayer d'être un peu plus proactifs, et, dans ce sens-là, il faut que chacune des communautés commence à travailler. Donc, ça veut dire... Avec l'école aussi, il y a des choses qu'on est en train de mettre en place avec l'école.

Et je pense que l'élément le plus important, c'est de se donner un objectif. Nous, ce que c'est qu'on veut, c'est que le suicide, ça diminue. Et, là-dessus, on va informer chacune des communautés ou chacun des réseaux locaux par rapport à comment on performe au cours des années à venir, et probablement que, de la même façon qu'on l'a fait pour la diminution des blessures au Québec, on devrait être capables de le faire pour la diminution du suicide.

Une voix: Oui. Excusez.

Mme Verreault (Lise): Juste un commentaire en complémentaire, si vous permettez, M. le Président. Ce qu'on a effectué dans la tournée pour la mise en place des réseaux locaux, on a présenté à chaque groupe de médecins, de directeurs, de membres de conseils d'administration le portrait de santé de leur population. On est arrivés en leur disant: Voici combien vous avez de diabétiques, voici combien vous avez de personnes âgées, voici combien vous avez de personnes présentement avec des problèmes de santé mentale, voici vos ressources, dites-nous maintenant comment est-ce que vous avez organisé les services pour répondre à ces besoins-là. On a essayé de sensibiliser les gens, autant les organismes communautaires, les syndicats. On a fait la présentation à tous les groupes d'acteurs par territoire. Et, à partir de ce moment-là, on se met en mode: Comment on peut faire pour vous aider à répondre à leurs besoins? Et c'est là qu'arrivent des protocoles, des propositions de formation où on assoit tout le monde ensemble, et ça nous permet d'aller beaucoup plus loin que simplement travailler par institution ou par organisme séparément. C'est un peu l'approche qu'on a dans la majorité de nos dossiers.

M. Bachand: Très rapidement, M. le Président. Donc, votre protocole, c'est fort intéressant: réseaux locaux, groupes communautaires, autonomie. En quelques secondes, comment vous avez concilié ça à l'intérieur de l'outil que vous utilisez, le protocole?

M. Maguire (Robert): La façon, à mon point de vue, la plus intéressante — et, là-dessus, Mme Charest pourrait nous entretenir — c'est de fixer aussi l'objectif.

À partir du moment... Là, je parle de Mme Charest parce qu'on a eu l'occasion de travailler, il y a plusieurs années, sur la prévention des blessures de la route. On a lancé l'objectif.

Donc, quand on s'assoit dans une communauté et puis qu'on leur dit: Voilà, nous, ce que c'est qu'on veut faire au cours des prochaines années, c'est de diminuer le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides réussis, et, à partir du moment où on est capables de concentrer les gens sur l'objectif, on est capables de les rallier. Je veux dire, chacun est prêt à lâcher un petit bout de gazon, et, tranquillement, on réussit à faire l'unanimité, je veux dire, et c'est un peu... Que ce soit pour les maladies cardiovasculaires ou le suicide, je pense que l'approche est à peu près la même: On est-à capables de focuser, de se donner un objectif ensemble et de voir quelles vont être nos collaborations mutuelles? Et, à ce moment-là, ça donne des résultats intéressants.

Mme Verreault (Lise): Et, je pense, ce qui est important, c'est qu'on annonce que le financement, nous, il va aller avec cet objectif-là. Alors, les organismes communautaires autant que les établissements ont intérêt à travailler à atteindre cet objectif-là. Moi, je pense qu'il faut dire les vraies affaires. On veut aller là, on a besoin de vous autres pour y aller, puis voici les ressources qu'on a pour le faire. Je pense qu'on rallie les gens à ce moment-là.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée de Soulanges.

● (12 heures) ●

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Bonjour à vous tous. J'ai pris connaissance de votre document et je me rendais compte qu'au niveau démographique il y a beaucoup de jeunes qui quittent votre région. Et ce qui m'a frappé, c'est que, parmi la population jeune qui demeure chez vous, il y a beaucoup de cas de signalement. J'aimerais ça si vous étiez capables d'élaborer davantage, de nous identifier... si vous avez identifié les causes, et aussi de nous parler de votre projet COSMOSS davantage.

Mme Verreault (Lise): Les causes de départ? René.

M. Dumont (René): Sur les causes de l'augmentation des signalements, je vous dirais qu'on n'a pas toutes les réponses. On est même préoccupés par cette situation-là, nous aussi, parce qu'on voit qu'on a fait, au cours des dernières années, des efforts importants en promotion et prévention. Chez les 0-5 ans, je vous dirais qu'on est relativement bien équipés comme région. Le constat qu'on doit faire malheureusement, c'est qu'effectivement il y a une hausse des signalements qui se font au centre jeunesse. C'est sûr que les jeunes quittent, la situation socioéconomique n'est pas facile, mais ça n'explique pas tout non plus.

On vous disait tout à l'heure... Quand on compare les signalements qui sont retenus chez nous par rapport à la province, il y a plus de signalements qui impliquent deux problématiques que la province. Donc, ce qu'on présume, c'est qu'en partie les signalements sont plus lourds. Mais ça nous a amenés aussi à faire des

efforts importants pour s'assurer que les CLSC, le centre jeunesse, les commissions scolaires travaillent ensemble pour que les situations qui sont référées sont les bonnes. Et on a beaucoup de travail encore à faire là-dessus, je vous dirais, pour s'assurer qu'en CLSC, bien, on va le plus loin possible dans l'intervention pour éviter que le jeune se retrouve au centre jeunesse. Mais on doit constater quand même qu'il y a toujours une hausse des signalements, là, et on n'a pas toutes les réponses là-dessus.

Le Président (M. Copeman): Dr Maguire, allez-y.

M. Maguire (Robert): Oui. Pour ce qui est du projet COSMOSS, c'est un projet qui a commencé avec les gens de l'éducation. À un moment donné, le recteur s'est aperçu que sa clientèle, s'il ne la retenait pas, ça allait baisser, et il a réuni les gens des commissions scolaires, plus les gens des cégeps, plus les gens, à ce moment-là, de la régie régionale. Et, évidemment, la réussite scolaire est tout de même un indicateur à long terme de l'évolution favorable des jeunes qui deviendront des adultes un jour. Et à peu près en même temps aussi est arrivée la Fondation Lucie et André Chagnon. Et on avait été consultés en rapport à la Fondation Lucie et André Chagnon et on a développé ce projet-là. Et je dois ajouter aussi le CRCD qui est rendu le Conseil régional des élus.

On a développé, en partenariat avec ces organismes-là, le projet COSMOSS. Ce qu'on veut faire, c'est que, dans chacune des MRC, on veut identifier... Vous allez me trouver tannant avec ça, mais j'y reviens toujours. Il y a un certain nombre de personnes dans une communauté. Il y en a qui vont bien, il y en a qui vont un petit peu moins bien puis il y en a qui vont mal. Et, souvent, ces clientèles-là sont chevauchées d'une organisation à l'autre sans nécessairement de services mieux intégrés puis de continuité.

Donc, ce qu'on vise à faire avec le projet COSMOSS, c'est de s'assurer qu'au niveau de la commission scolaire nos intervenants... je veux dire, qu'on n'envoie pas une orthopédagogue de la commission scolaire puis qu'on en envoie une du réseau — si on réussit à en recruter, là. Mais, dans le fond, c'est de s'assurer que les interventions sont bien coordonnées et que les gens se parlent. Je veux dire, on s'est pilé sur la souveraineté un petit peu chacun de nous autres pour être capables de focuser un peu plus sur les enfants, et jusqu'à date ça s'en vient intéressant. On a réussi aussi à aller chercher un montant d'argent au Secrétariat à la jeunesse, et cet argent-là était supporté par la majorité des gens du CRCD dans le temps et du conseil régional des élus actuellement.

Donc, il y a vraiment... Et là je reviens à l'objectif. Nous, ce qu'on veut, c'est que, dans le Bas-Saint-Laurent, ce soit le meilleur endroit pour faire son école primaire, secondaire puis son cégep. Et, là-dessus, on va y travailler, et on va prendre les enfants en bas âge et on va essayer de les supporter en travaillant ensemble pour que finalement ça devienne peut-être une façon d'attirer du monde. Mais je dois vous dire que, quand on a travaillé ça, il y avait une déclaration qui était faite — ça, j'avais trouvé ça intéressant — autant de la part de l'université, que des cégeps, que de chacune des directions de commissions scolaires.

Et, pour terminer, je vais vous dire concrètement ce que ça peut vouloir dire aussi. Actuellement, le ministre de l'Éducation a mis de l'argent pour améliorer ou faire l'aide aux devoirs et il a mis aussi de l'argent pour École en santé. Je ne me souviens plus trop comment ça s'appelle. Et ce qu'on a convenu, c'est que, nous, on avait de l'argent aussi là-dedans. On s'est rencontrés avec les D.G. de commissions scolaires et on a dit: Il y a un pot d'argent, puis on va pousser tous dans la même direction. Et on pense que ça va donner des résultats.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Au nom de l'opposition officielle, bienvenue, Mme Verreault, Dr Maguire, Dr Levasseur, M. Dumont, M. Paquet. Là, j'hésite si c'est M. Plante ou Demers. C'est M. Demers. Alors, vous êtes dans les ressources financières, matérielles et informationnelles. Alors, justement, je voulais vous en parler, d'argent et du dossier client informatisé.

Alors, on sent, dans la présentation que vous nous avez faite ce matin de même que dans les documents, qu'il y a un esprit d'équipe au sein de l'Agence du Bas-Saint-Laurent, qu'il y a une concertation avec les intervenants et qu'il y a aussi une implication à l'égard de la population.

Alors, j'apprécie aussi la perspective historique dans laquelle vous avez fait cette présentation ce matin, notamment, là, en regard des regroupements d'établissements de santé et de services sociaux. Vous nous rappelez qu'il y avait 36 établissements publics en 1993-1994, 15 en 2003, et qu'il y en aura donc 10... qu'il y en a eu 10 en 2004, alors donc une perspective où, déjà, on voit qu'il y avait des regroupements dans plusieurs des MRC. Moi, ce que j'ai apprécié, je vous le dis bien simplement, c'est que vous avez respecté l'appartenance territoriale en maintenant des établissements dans les huit MRC, les fameux établissements locaux. Donc, deux conditions qui se retrouvaient déjà dans les 40 regroupements déjà effectués depuis l'époque de Jean Rochon: appartenance territoriale et respect de l'homogénéité de la population. Alors, ces deux conditions sont essentielles à cette combinaison gagnante, si je peux résumer, conditions qu'on ne retrouve pas partout et particulièrement dans les grands milieux urbains tel celui que je représente ici, à l'Assemblée nationale, dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve.

Alors donc, ces conditions étant réunies, il demeurerait une problématique cependant, celle d'un statut d'hôpital affilié universitaire au CHRR. Alors, cette problématique a été un peu sous-jacente à l'ensemble de l'opération menée dans le cadre de la loi n° 25. Est-ce que maintenant vous pouvez être assurés, nous rassurer sur ce statut d'hôpital affilié universitaire? J'espère que oui. Je ne sais pas quelle sera votre réponse, Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise): Alors, pour l'instant, au moment où on se parle, c'est un centre hospitalier régional, il n'est pas encore reconnu comme centre hospitalier affilié universitaire. Je pense qu'il y a des conditions à remplir avant d'être reconnu comme centre hospitalier

affilié. Et je pense que la CHRR connaît bien ces conditions. Ça prend une équipe médicale avec une offre de service qui est desservie à l'ensemble de notre territoire.

Présentement, ce qu'on a fait... Quand on regardait tout à l'heure le respect des territoires des huit MRC, il y avait une condition à ça, Mme Harel, c'était de maintenir dans chacun des territoires l'accès à une vaste gamme de services de base, des services de première ligne qui incluent la chirurgie, la radiologie, l'anesthésie, entre autres. C'est la médecine interne. Pour nous, ce qui était important — je pense à l'exemple des Basques qui n'avait pas de CH et de Mont-Joli, le Centre Métissien, qui n'avait pas d'hôpitaux — c'était de s'assurer que les établissements mieux nantis, dont le CHRR et Rivière-du-Loup, puissent avoir une offre de service qui réponde aux besoins de cette clientèle-là.

Ce qu'on a fait, on a rencontré chaque réseau local, on est allés rencontrer les effectifs, les exécutifs, les médecins spécialistes, les CMDP, les omnis, et on a identifié avec eux quels étaient les besoins en services médicaux spécialisés dans chacun des territoires. Par la suite, on a ramassé les besoins des six petits réseaux, si on peut les appeler comme ça, et on est allés rencontrer les médecins du CHRR avec la direction pour qu'eux proposent une offre de service à ces petits réseaux là. Parce que, quand on est un établissement régional, on peut offrir des services à l'intérieur de son établissement mais on peut également par desserte aller offrir des services, si le besoin est présent, si le volume, le bassin de desserte ou le volume de clients requis est là et également si le plateau technique est sur place.

● (12 h 10) ●

Alors, ce qu'on voulait s'assurer dans un premier temps avant d'effectuer une démarche pour devenir un centre hospitalier universitaire, on voulait s'assurer que la mission régionale était bien remplie partout sur notre territoire. Et on est dans ce processus-là présentement. Ils sont, avec leur exécutif du CMDP et la direction de l'établissement, en train de convenir avec les réseaux locaux d'une offre de service lorsque leurs ressources sont disponibles. C'est évident qu'on ne demandera pas au CHRR d'aller donner des services à Amqui quand ils sont en pénurie d'effectifs spécialisés dans un domaine. Mais on est en train de consolider la mission régionale et, par la suite, avec la direction du Dr Bureau au ministère, on va faire la démarche pour l'autre étape si on est capables de rentrer dans les conditions qui nous amènent à être affiliés universitaires. Mais c'est évident que c'est un souhait qu'on veut parce qu'on voudrait également, dans notre région, avoir ce type d'établissement là.

Mme Harel: Mais je comprends, Mme Verreault — d'ailleurs, on retrouve ça dans *L'Actualité médicale* — qu'il s'agissait, ce que vous décrivez, d'usages établis, c'est-à-dire, par exemple, que les territoires des Basques et de la Mitis, comme vous le mentionniez, n'avaient pas d'hôpital mais avaient déjà un service d'urgence 24 heures sur 24, sept jours sur sept, avec les services de laboratoire et de radiologie. La MRC des Basques avait aussi trois lits de soins de courte durée. Alors, c'étaient déjà des usages établis. Je comprends que là il y aura des ententes formelles qui vont confirmer par ailleurs les usages établis.

Mme Verreault (Lise): Les usages établis et d'autres à venir aussi. Exemple, en psychiatrie, on pourrait avoir une desserte de psychiatre aux Basques, une journée par deux semaines, par un protocole puis une entente formelle à cet effet avec Rivière-du-Loup. C'est un exemple.

Mme Harel: Mais je ne voyais pas, là, dans aucun des documents que vous nous avez remis, quoi que ce soit concernant le statut universitaire affilié. Alors, j'aurais souhaité vous en entendre parler, mais ça reste encore assez imprécis.

M. Levasseur (Jacques): J'allais compléter avec ça. C'est qu'un centre hospitalier affilié universitaire a quand même des obligations, doit rencontrer certaines exigences notamment en ce qui a trait à l'enseignement, c'est probablement le point fort. Et, au moment où on se parle, s'il y a un établissement sur notre territoire qui pourrait éventuellement aspirer à un tel statut, c'est le CHRR. Rivière-du-Loup a développé avec la médecine interne, alors que Rimouski a pris la myriade de spécialités différentes. Le plateau technologique est là aussi, sauf que ce qu'il manque, c'est bien souvent les professionnels. Si on veut assurer de l'enseignement, il faut s'assurer qu'il y a une vaste gamme de pathologies, mais il faut aussi que l'enseignement soit continu. Lorsque vous avez quatre, cinq ou six disciplines différentes où on ne rencontre qu'un seul ou parfois seulement deux médecins pour représenter la discipline, c'est assez difficile de maintenir un niveau d'enseignement qui rencontre les standards universitaires. Il suffit qu'il y en ait un qui soit malade, les effectifs tombent à un. De quelle façon on est capables de dealer avec tous les résidents qu'ils vont avoir là?

On a connu une pénurie sévère en anesthésie, on en connaît une sévère en radiologie, il n'y a pas d'interniste à Rimouski, l'endocrinologue, c'est une personne, la rhumato, c'est une personne. La marche est peut-être un petit peu haute, je ne dis pas qu'on ne l'atteindra pas, on espère qu'avec le temps puis avec le respect des plans d'effectifs médicaux à venir qu'on va être capables de combler ces effectifs-là. Une fois que ce sera fait, je pense qu'on pourra aspirer à ce statut.

Mme Harel: Écoutez, ce ne serait pas malheureusement le jeu de la poule et de l'oeuf, c'est-à-dire... en étant réseau affilié universitaire, ce serait plus facile de recruter et, en recrutant, ce serait plus facile de venir. Alors, il n'y a pas de ça aussi, en fait?

M. Levasseur (Jacques): Il peut y avoir de ça également. Sauf que, lorsqu'on parle de recrutement, on ne peut pas regarder qu'un établissement et un statut, il faut regarder le reste du territoire. Et on ne peut pas se permettre de dire: On va attendre que l'établissement soit comblé à 100 % avant de commencer à aller remplir les effectifs ailleurs. Je pense qu'il faut être quand même un petit peu équitables, là.

Mme Harel: Merci, Dr Levasseur. J'avais tellement d'autres questions, puis j'ai mes compagnes, la députée de Rimouski puis de Matapédia, qui veulent... Alors, moi, il me reste peu de temps. Je vais aller au plus pressé.

Avez-vous eu un budget de transition pour procéder ou si ce n'était pas nécessaire compte tenu de l'état d'avancement des regroupements? Avez-vous demandé un budget de transition? Je vais vous poser mes questions en vrac sur ces questions-là. Quelles sont les compressions qui sont requises à ce stade-ci de l'année dans le budget qui vous a été octroyé? Vous nous parlez, bon, des efforts colossaux, là, pour diminuer le déficit, le déficit autorisé notamment, mais y a-t-il eu un budget de compression et de combien s'agit-il? Est-ce que... Le budget de transition, l'avez-vous demandé? De combien était-il? Et quel est le budget d'immobilisation? Parce que certainement, à ce moment-ci de l'année, vous connaissez le budget d'immobilisation pour la région du Bas-Saint-Laurent. Donc compression, transition puis immobilisation.

M. Demers (Laval): Quant à la situation financière des établissements de notre région, le ministère nous a fixé une cible qui est environ de 1,6 million de déficit à ne pas dépasser pour 2004-2005. Actuellement, on a des plans d'équilibre budgétaire qui ont dû être demandés à trois établissements: la Matapédia pour 257 000 \$; Rivière-du-Loup, 1,1 million de dollars; et le Centre jeunesse pour 350 000 \$. Le Centre jeunesse a déposé son plan d'équilibre budgétaire et il va se réaliser. Ça ne touche essentiellement pas les services.

Concernant le centre hospitalier... le réseau de santé de Rivière-du-Loup, on a eu des discussions avec la direction générale au cours des dernières semaines et derniers jours. Ils travaillent activement pour pouvoir nous déposer un plan d'équilibre budgétaire d'ici un mois. Ça devrait... je pense qu'il y a une orientation sur une base récurrente de pouvoir respecter les cibles. Ça pourrait être difficile pour l'année en cours de respecter sa cible.

Concernant le réseau de la Matapédia, on a une rencontre avec eux. Au cours des prochains jours, on devrait revoir la partie du déficit qu'ils sont capables de résorber. Pour les autres établissements, ça devrait rentrer à l'intérieur des cibles qui ont été octroyées. Donc, la...

Mme Harel: ...de compressions qui vous ont été transmises par le ministère?

M. Demers (Laval): C'est-à-dire que le ministère ne nous a pas transmis de compressions, c'est dans le nouveau mode d'allocation des ressources utilisé pour l'équité. Quand on parle de transition, chez nous, ça a été une transition négative. Sur une base récurrente en 2005-2006, sur la base annualisée, sur un budget de développement de 4,2 millions, ils ont retenu 2 160 000 \$ pour juger la transition. Donc, on ne peut pas parler d'une compression, on peut parler d'une réduction des budgets de développement qui constitue la transition chez nous. Donc, ce n'est pas des transitions qu'on peut allouer. Puis, dans l'année en cours, bien, le 2 millions était appliqué intégralement dans l'année en cours, ce qui fait que, pour l'année en cours, le budget de développement représente environ 700 000 \$. Mais on n'a pas de compression comme telle.

Les budgets... vous parlez des budgets concernant les immobilisations. On vient de recevoir — ce qui a été

très nouveau cette année — un rehaussement très significatif de l'enveloppe pour le maintien des actifs, des immobilisations, plus deux enveloppes de rénovations fonctionnelles. Mais il y en a une qui existait, qui avait déjà été mise en place l'an dernier, concernant les rénovations fonctionnelles en CHSLD, qui s'est reconduite. Chez nous, ça représente autour de 1,3 million de dollars. Concernant les rénovations fonctionnelles autres, ça, c'est complètement nouveau, et on reçoit 1 million, 1 022 000 \$. Concernant ce qu'on appelle le maintien d'actifs, donc, ça, c'est changement de fenêtres ou des choses comme ça, réparation de couvertures, on recevait historiquement environ 1,3 million. Chez nous, cette année, ça monte au-dessus de 3,2 ou 3,3 millions. Donc, c'est très important, et on va pouvoir, je pense, enfin pouvoir maintenir les actifs du réseau un peu plus en santé.

Mme Harel: On parle bien au directeur des ressources matérielles, là, il a l'air content. Et le budget de transition pour l'implantation de la réforme?

Mme Verreault (Lise): Ça, on ne l'a pas eu.

Mme Harel: La loi n° 25?

Mme Verreault (Lise): On n'en a pas eu, de budget de transition.

Mme Harel: Non. D'accord.

Mme Verreault (Lise): On a eu juste la partie de budget de développement de 700 quelques mille. Et, nous, ce qu'on a décidé comme agence avec les directeurs généraux, c'est de mettre à leur disposition une enveloppe par territoire de MRC pour les soutenir dans la mise en place des projets cliniques, des quatre projets cliniques qui ont été retenus. Mais le nouveau mode d'allocation de ressources nous fait paraître — je vais dire « paraître » parce qu'on est encore en représentations à cet effet — comme une région en surplus de ressources. Exemple: dans le programme personnes âgées, on a un portrait qui nous dit qu'on est en surplus de ressources, mais on voit que l'exercice qu'on a fait de convertir des lits de longue durée en ressources plus légères, on est une des régions du Québec qui a le plus grand nombre de ressources intermédiaires. Là, on est en train d'analyser pour savoir si ça nous pénalise ou si ça nous avantage. Ça avantage la clientèle, mais, quand on se compare aux autres régions, on ressort en surplus de richesses. Donc, avec le nouveau mode d'allocation, c'est évident qu'on reçoit moins à cause de ça.

● (12 h 20) ●

Par contre, on est comme en transition. Le ministère a été prudent là-dedans en ne faisant pas un virage très, très prononcé. Donc, on a des travaux qui sont en cours présentement pour être capables de bien comprendre la méthodologie et comprendre aussi notre réalité en termes de région. Notre population est une des plus vieilles du Québec. Elle vieillit plus vite que les autres. On a transformé nos lits qui coûtaient chers, un lit d'hébergement autour de 50 000 \$, en ressources plus légères puis on sort très riches. Ça fait que même le ministère est en interrogation. Donc, on a des travaux

importants à faire dans ce volet-là, et je pourrais vous dire que c'est la même chose dans les sciences physiques où on est en pénurie ou en absence de services totale dans certains secteurs, et on sort en surplus de richesses.

Donc, il faut vraiment qu'on analyse, qu'on revoie comment ça se fait. Ça fait qu'il y a des travaux en cours.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors, bienvenue à chacune et à chacun d'entre vous. Je veux vous faire ça court pour avoir plus de temps pour échanger avec vous.

À la page 25 de votre présentation, Mme Verreault, vous nous parlez de la mise en place d'un dossier client, en termes d'information, là, à transmettre à un client qui aurait un dossier informatisé, là, pour permettre entre autres l'intégration des services. Et, quand je regarde votre feuille 8 1/2 X 14 sur les objectifs suivis et les activités de gestion, bon, le Système d'information et de gestion des départements d'urgence, donc Direction des ressources informationnelles, le ministère n'est pas prêt à déployer, entre autres, le SIGDU, là, le système d'information général pour les services d'urgence, mais par ailleurs vous vous apprêtez... Et vous avez fait un colloque. J'y étais. Je ne mets pas du tout en doute la réussite du colloque en question. C'est vrai qu'il y avait au-delà de 200 personnes. Les principaux partenaires du réseau étaient là et ils ont décidé ensemble de collaborer à votre projet.

Alors, moi, j'aimerais comprendre comment vous allez maintenir leur intérêt, leur adhésion, parce que c'est à Rimouski qu'est parti le premier projet en 1983 — Bob? — en 1984 sur la carte santé et que maintenant on a remis ça aux calendes grecques et que là on repart sur... Bien, je comprends, avec le temps, les nouvelles technologies, et tout ça, là, mais quand même, je veux dire, la carte santé n'a jamais été implantée de façon formelle, et là vous arrivez avec quelque chose de similaire. En tout cas, si je ne comprends pas bien, dites-moi-le, mais ça se ressemble à plusieurs points de vue, je pense. Pouvez-vous nous donner un petit peu...

Mme Verreault (Lise): Je vous dirai que, quand on est allés sur le terrain rencontrer les médecins puis les professionnels pour la mise en place du réseau, on ne voulait pas que la loi n° 25, pour nous, ce soit juste une fusion de structures, on était déjà rendus là. On voulait vraiment aller dans l'intégration des services.

Quand on a présenté le portrait de santé aux médecins puis on leur a demandé: Qu'est-ce que vous entendez faire pour vous occuper un peu plus des clientèles vulnérables? Il y a des MRC où on a 30 % de clients qui n'ont pas de médecins de famille. Donc, nous, on leur disait: Vous avez cette responsabilité-là, mais, en contrepartie, nous, on a comme une responsabilité de vous soutenir. Et ce qui ressortait tout le temps, c'était: est-ce qu'on pourrait avoir les résultats de laboratoire, de radiologie? Est-ce qu'on pourrait avoir le profil pharmacologique, quelques notes d'observations

rapidement dans nos dossiers? Des fois, ça prend deux, trois jours, des fois ça prend deux semaines, avoir une lecture du radiologiste, parce qu'on n'en a pas partout sur le territoire, et le patient n'est pas traité pendant ce temps-là. Donc, ça a été ces demandes de base là.

On s'est réunis en colloque. On est allés voir partout qu'est-ce qui se faisait au Québec. On a invité ces gens-là à venir nous présenter leurs produits. Et l'engagement qu'on a pris avec les médecins et les professionnels — parce que c'est autant professionnels que médecins — c'est qu'on serait capables rapidement, dans notre région... Parce que tous nos labos sont informatisés. On a déjà un an et demi, deux ans d'entrepôt de données sur les résultats de laboratoire. Nos services de radiologie sont informatisés. On n'a pas encore les PACS, mais au moins les résultats pourraient être acheminés. Est-ce qu'on pourrait rapidement brancher des cliniques médicales et faire circuler cette information-là rapidement en échange peut-être d'une plus grande ouverture... d'heures d'ouverture des cliniques, une meilleure coordination ou un accès peut-être aux services amplifiés pour les clientèles vulnérables ou les personnes âgées qui n'ont pas de médecins de famille?

Ça fait que je pense que c'était donnant, donnant. Les médecins ont accepté d'embarquer avec nous autres là-dedans, et je pense que ce qu'on veut faire dans un premier temps, c'est de ne pas arriver avec un gros kit. Il n'existe pas, ce dossier patient informatisé là. On a beau faire la recherche de la littérature, il va falloir le faire. Mais, si on était capables de commencer par étapes, les résultats de labo, les résultats de radiologie, le profil pharmacologique, brancher nos pharmacies aussi communautaires, je pense qu'on satisfierait l'équipe médicale, les médecins de notre territoire, et notre population va en être, je pense, deux fois mieux desservie.

Je ne sais pas si Alain voudrait ajouter un peu plus, c'est le porteur du dossier.

M. Paquet (Alain): Je veux juste mentionner que, si on veut garder la mobilisation des médecins, il faudra livrer, je pense, à court terme. Court terme, pour nous, première phase, c'est avant le 30 juin 2005, donc y aller par étapes, comme Mme Verreault vient de le mentionner, et de susciter finalement l'engagement encore et la mobilisation des médecins. Comme vous l'avez dit, ils sont prêts à se mobiliser et à embarquer, et on a finalement les préalables importants qui sont disponibles pour effectivement aller dans la première phase.

Donc, effectivement, si on résume ça, d'ici le 30 juin, notre première phase de déploiement se ferait avec un nombre environ de 60 médecins donc qui seraient effectivement interreliés. Et ils auraient de disponibles les résultats de laboratoire minimalement, les informations au niveau des examens de radiologie, et on espère aussi être capables de livrer les informations au niveau des médicaments. Donc, concrètement, ce qu'il faut penser, c'est que, si les médecins maintiennent encore leur engagement, nous, il faudra également livrer et rendre disponible l'environnement technologique nécessaire pour qu'ils puissent avoir accès à l'information.

Et, dans une deuxième et troisième phase, il y aura subséquemment d'autres volets, ce qui permettra finalement, ultimement, d'avoir un dossier client partageable qui permettra d'échanger à tout le moins

l'information clinique d'un client qui est reliée à un épisode de soins et de services. Donc, c'est vraiment l'objectif derrière ça. Et ce qu'il faut aussi comprendre, c'est vraiment pour améliorer l'accessibilité à l'information et améliorer incessamment le continuum de soins aussi. Donc, en rendant ça disponible, accessible en temps réel, on répond à un grand besoin, et, en bout de ligne, la plus-value sera autant pour le professionnel que pour la clientèle elle-même.

Mme Charest (Rimouski): Ça, sans budget additionnel ou dans des enveloppes qui existent déjà ou... Comment... Parce que l'argent parle aussi, là. Parce que je comprends que la bonne volonté, la vision, la conviction de l'efficacité de ce système peut convaincre les gens d'y adhérer mais, en quelque part, là, vous allez faire ça comment?

Mme Verreault (Lise): On est en demande de financement pour une partie du projet. Il y a une contribution qui vient de la région. Les établissements avec l'agence ont mis en commun des ressources, je dirais, financières qui sont dévolues au système d'information. Conjointement, on a décidé de se doter d'une enveloppe pour pouvoir supporter le démarrage de ce projet, mais on est en demande au ministère, c'est évident, de ressources additionnelles. Et aussi il peut y avoir une contrepartie. On est en train d'analyser quelle pourrait être la contrepartie du secteur plus privé des cliniques ou des pharmacies à cet effet, que ce soit...

Mme Charest (Rimouski): On va le voir plus loin parce qu'on aura d'autres occasions, même dans la région, d'en rediscuter. Je vais laisser la parole à ma collègue de Matapédia. Il y aurait une multitude de questions qu'on pourrait vous poser, parce que je pense que vous êtes quand même très actifs, et je me permets de dire que, moi, en tout cas, je reconnais quand même l'efficacité aussi de votre équipe à l'agence — je dis toujours la régie parce que, ayant un passé à la régie, ça m'est resté collé à la peau — mais je pense que c'est bon de le souligner, et ceci sans flatterie aucune, parce que, quand je ne suis pas de cet avis-là, je ne l'énonce pas. Mais il faut reconnaître votre volonté de donner les services à l'ensemble de la population sur l'ensemble du territoire, et ça, je pense que, là-dessus, vous avez fait des gros pas en termes de couverture, et il faut le souligner. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de problème, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de questions un petit peu plus pointues qu'on pourrait faire. Alors, merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a consentement afin d'inscrire Mme la députée de Matapédia en remplacement de Mme la députée de Duplessis pour la durée du mandat? Il y a consentement? Consentement. Mme la députée de Matapédia, j'hésite de vous dire combien de temps il vous reste, mais il faut faire ça brièvement.

Mme Doyer: Oui. J'espère que mes collègues vont être compatissants parce que c'est tellement important, les soins de santé et les services. Merci, M. le Président. Alors, j'y vais parce que j'ai deux interventions:

une qui touche à la réadaptation physique et l'autre qui touche à cette préoccupation que je sais que vous avez.

D'abord, je veux vous saluer, M. Paquet particulièrement, que vous nous avez chipé, dans la vallée de la Matapédia, mais que je sais que vous... dont vous allez utiliser les services, et toutes les personnes que je connais bien avec qui on a travaillé. Moi, ça fait 10 ans que je suis députée mais, antérieurement, hein — Solange parle de la région régionale mais, moi, j'étais là dans le temps du Conseil de la santé et des services sociaux — j'avais travaillé avec Yvan Pineault sur le plan d'organisation de services en santé mentale, c'est moi qui l'avais écrit. Alors, cette préoccupation que vous avez, moi, depuis 10 ans que je suis députée, c'est ma préoccupation que les personnes de la Mitis mais de la vallée de la Matapédia aussi aient accès à une offre de service le plus près possible de chez eux.

Et je sais qu'avec les contraintes budgétaires qu'on a vécues, c'est difficile, mais on est capables de le faire si on est capables de bien intégrer justement le dossier patient par territoires de MRC et de rendre accessibles les services spécialisés et surspécialisés des autres MRC de notre territoire.

● (12 h 30) ●

Il y a des problématiques qui sont identifiées à Amqui parce qu'il y a un médecin de médecine interne qui est allumé à Rivière-du-Loup — je vais le dire comme ça — et qui est capable d'être en concertation avec les médecins d'Amqui et de faire en sorte que le patient a accès, soit à Matane ou à Rimouski... Et il faut toujours penser que, moi, là, mes patients... pas mes patients, excusez, je me prenais pour un médecin, mais les patients de mon territoire dont je suis la députée et que j'ai la préoccupation, il faut qu'ils aient accès. Et souvent ils sont transférés en ambulance à Matane, et tout, et il y a beaucoup... On a une population dispersée. Et c'est un piège aussi des fois parce que, comme on est considérés riches dans certains domaines et on a une population dispersée, ça nous coûte cher aussi de dispenser des services. Ça, je veux que vous conserviez cette préoccupation de décentralisation des services autant que faire se peut.

Deuxièmement, où en êtes-vous au niveau de la réadaptation physique? Parce que je sais que la cible, et je termine là-dessus, M. le Président, c'était 12 millions autour pour faire en sorte d'avoir une offre de service pour le territoire du Bas-Saint-Laurent et que, si on a la liste d'attente qui s'allonge vers l'ouest, bien entendu que les ressources qu'on a de la difficulté à recruter et à garder en orthophonie, et autres, c'est pénalisant, c'est pénalisant pour l'est. On a des meilleurs services dans l'est, on essaie d'en avoir dans l'ouest, et en même temps c'est extrêmement difficile de faire du recrutement.

Et, moi, je me préoccupe de toutes les clientèles, mais particulièrement des jeunes, quand ils commencent à l'école, qu'ils n'ont pas eu de services en orthophonie, ou autres, et des personnes âgées et que, si des fois on a des accidentés, s'ils ont eu un accident sur la route, ils ont un meilleur accès à la réadaptation physique que s'ils déboulent, comme on dit par chez nous, dans l'escalier. Vous me comprenez, hein, Mme Verreault? Alors, ce sont ces deux... Où en êtes-vous au niveau du financement en réadaptation physique?

Mme Verreault (Lise): On avait un projet qui a été déposé au ministère voilà quelques années, parce

que c'est quelque chose qui roule depuis, je dirais, les trois, quatre dernières années, une demande de financement de 4 millions additionnels pour compléter le déploiement du centre de réadaptation quand il a reçu cette mission régionale. Il y a près de 1 million qui a été investi au cours de ces années-là entre-temps. Ce n'est pas, là, 4 millions.

Ce qu'on est en train de voir suite à la nouvelle méthode d'allocation de ressources, on est comme en surplus de richesses dans ce secteur-là. On a effectué une tournée avec les professionnels du centre de réadaptation. On est allés dans chacun des territoires pour identifier, à partir des listes d'attente et des besoins, quelles étaient les ressources disponibles dans chaque MRC et quelle pouvait être la nouvelle façon d'organiser les services en attendant une arrivée de ressources additionnelles ou une réallocation. Parce que ça peut être par réallocation aussi qu'on peut rehausser les services en réadaptation physique.

Ce qu'on s'aperçoit, c'est que, l'année passée, on a financé un poste dans l'ouest en orthophonie. On a affiché le poste pendant un an, aucune personne n'a postulé. Pourquoi? Parce que c'est un poste unique. La personne qui postule sur ce poste-là s'épuise après quelques mois, pas capable de partager avec un autre professionnel les problématiques ou manque un peu de support.

Donc, on est en train de revoir la façon dont on pourrait — je vais utiliser un terme anglais — «pooler» les équipes d'un même territoire pour assurer un peu une qualité de vie au travail à ces professionnels-là. On a des fois des professionnels en CLSC, on en a en CHSLD, je vais prendre un physiothérapeute, exemple, on en a en CLSC, CHSLD, CH puis en réadaptation. On sait que le centre de réadaptation offre des services de deuxième ligne. Ce sont des services spécialisés. On essaie de voir s'il ne pourrait pas y avoir un maillage de coaching, ou de formation, ou d'encadrement d'équipes locales en l'absence de ces ressources-là pour essayer de donner un meilleur service.

Mais c'est évident qu'on est en demande de financement, et tant qu'on n'aura pas fini de faire l'analyse de notre offre de service, je ne pense pas qu'on va avoir des réponses favorables demain matin à cet effet. Sauf que je vous dirais qu'on est dans l'action, et le centre est en train de revoir les demandes des réseaux locaux pour revoir son offre de service. On a une très bonne collaboration de cet établissement, en passant.

Mme Doyer: Je vous remercie d'avoir préservé les territoires aussi. La MRC de La Mitis, pour moi, c'était extrêmement important.

Le Président (M. Copeman): Et au nom des parlementaires, Mme Verreault et votre équipe, je vous remercie de cette présentation et de cet échange. Et je suspends les travaux de la commission jusqu'à 14 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 34)

(Reprise à 14 h 8)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, chers collègues! Alors, la Commission

des affaires sociales reprend ses travaux. Je vous rappelle, on est sur le troisième mandat de la journée.

Nous sommes réunis afin d'entendre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais dans le cadre de l'étude du rapport annuel 2002-2003 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, Mme L'Écuyer (Pontiac) va être remplacée par M. Cholette (Hull) et M. Charbonneau (Borduas) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je vous rappelle qu'on aura à peu près... une présentation, j'imagine, chapeauté par M. Martel, président-directeur général de l'agence, d'à peu près une vingtaine de minutes qui sera suivie par un échange de 70 minutes, autour de 70 minutes divisées équitablement entre les deux côtés de la table.

Alors, sans plus tarder, M. Martel, je vous demanderais de présenter les gens, les personnes qui vous accompagnent et de débiter immédiatement votre présentation.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais (ADRLSSSS-Outaouais)

M. Martel (Roch): Oui, merci beaucoup. M. le Président de la commission, Mmes et MM. les membres, nous vous remercions de nous accueillir cet après-midi et de nous donner l'occasion de vous présenter en quelque sorte l'état de la situation des services de santé et des services sociaux en Outaouais.

Je vous présente l'équipe qui m'accompagne, mes collègues: M. André Lussier, qui est directeur général adjoint; Mme Lucie Lemieux, qui est directrice de la santé publique; M. Denis Chénier, qui est directeur des services de gestion; M. Ghislain Perreault, qui est directeur de la santé physique et des affaires médicales; et Mme Hélène Fortin, qui est directrice de la santé mentale et sociale.

● (14 h 10) ●

Quelques mots tout d'abord sur l'Outaouais et l'environnement dans lequel nous évoluons. L'Outaouais, avec sa population de 315 000, est une région jeune et en croissance. 70 % de ses résidents se retrouvent dans le noyau urbain constitué par la ville de Gatineau, et 30 % dans les quatre MRC rurales qui l'entourent. La population de notre région est francophone à 86 %.

Comme vous le savez sans doute, l'Outaouais est une région faite de paradoxes. Sur le plan socio-économique, la situation de l'Outaouais est plutôt favorable. Le taux de chômage est inférieur à la moyenne québécoise, alors que le revenu familial moyen y est supérieur. Nous avons une plus grande proportion de diplômés universitaires qu'ailleurs au Québec, mais au

même moment nous comptons trois des MRC les plus défavorisées au Québec.

De fortes disparités existent entre le milieu urbain et nos milieux ruraux. L'état de santé de notre population, à bien des égards, est loin d'être aussi avantageux que notre situation socioéconomique générale. L'espérance de vie à la naissance en bonne santé en Outaouais sont... Pardonnez-moi, l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé en Outaouais sont assurément élevées, mais tout de même inférieures à la moyenne québécoise. Notre espérance de vie en bonne santé est la plus faible au Québec. Les taux de mortalité pour certaines pathologies comme, par exemple, les maladies de l'appareil circulatoire sont aussi plus hauts que la moyenne, et nous avons plus de gens qui souffrent d'incapacité permanente. Cela peut s'expliquer parce que nous avons aussi comme région des habitudes de vie à améliorer: on fume plus que le reste du Québec, on fait moins d'activité physique, et le nombre de personnes avec un excès de poids est de 10 % supérieur à la moyenne québécoise. C'est dans ce contexte général qu'oeuvre le réseau de la santé et des services sociaux.

La santé et les services sociaux en Outaouais, ce sont cinq réseaux de services, un urbain et quatre ruraux, qui dirigent plus d'une cinquantaine de points de services. En ajoutant nos cinq établissements régionaux, ce sont près de 8 000 employés qui y travaillent. Nos établissements se partagent une enveloppe régionale de près de 400 millions. Ce sont aussi 174 organismes communautaires qui oeuvrent sur notre territoire, et 141 d'entre eux se partagent quelque 19,4 millions en 2004-2005.

On ne peut pas faire abstraction du fait que l'Outaouais est également une région frontalière et qu'un certain niveau d'intégration économique et sociale existe avec la ville d'Ottawa. Notre région a fait des pas de géant en termes d'autosuffisance en services de santé. Compte tenu de la proximité d'Ottawa et des ressources universitaires de ce côté-là de la rivière, quatre hospitalisations sur 10 de résidents de l'Outaouais se faisaient il y a 20 ans en Ontario. On envoyait chaque année quelque 75 millions de nos taxes et de nos impôts pour financer et développer les services de santé à Ottawa. Aujourd'hui, avec le succès de l'opération rapatriement, ce sont plus de huit hospitalisations sur 10 qui se font dans les hôpitaux de l'Outaouais, et notre argent sert à développer nos services chez nous. Évidemment, la préservation de ces acquis dépend de la présence des ressources et des effectifs appropriés.

Parlons maintenant de nos activités au cours de l'année 2002-2003 et 2003-2004. Pour commencer, la régie régionale de l'époque a dû revoir sa gouverne avec la nomination d'un président-directeur général et la création de nouvelles instances comme le forum de la population. L'ensemble de nos établissements a également vu la mise en place de nouveaux conseils d'administration. La régie régionale s'est engagée dans la nouvelle approche de reddition de comptes avec la conclusion au printemps 2003 d'ententes d'imputabilité et de gestion avec le ministère et avec les établissements en fonction des cibles prédéterminées.

Je désire à cette étape vous faire part de la situation que nous avons vécue dans les urgences du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, puisque ce dossier

a accaparé énormément de nos énergies en 2002-2003. Je vous rappellerai qu'en raison principalement de la pénurie d'infirmières nous avons dû limiter les activités de l'urgence de l'Hôpital de Hull pendant plusieurs semaines au cours de l'été 2002. Un comité ministère, régie régionale et CHVO avait été mis sur pied pour trouver et mettre en oeuvre des solutions quant à la situation des débordements des urgences. Les pistes de solution touchaient les domaines de l'organisation du travail, le recrutement et la rétention du personnel infirmier, les patients en attente d'hébergement, notamment les personnes âgées et les patients en santé mentale, la contribution des cliniques privées. Le résultat fut encourageant, et j'aurai l'occasion de vous en reparler en faisant le bilan des urgences un petit peu plus tard.

Nos activités ne se sont pas limitées à la gestion des urgences, loin de là. En termes d'organisation de services, plusieurs dossiers sectoriels ont retenu notre attention. La Direction de la santé publique a travaillé à l'élaboration de notre plan d'action régional en santé publique qui a été adopté par le conseil d'administration de l'agence cette année. Cette direction a poursuivi les activités du fonds de développement social de 500 000 \$ par année qui nous permet de soutenir des projets de développement dans nos communautés, une initiative propre à l'Outaouais. Nous avons vu à l'accréditation d'un des premiers groupes de médecine familiale au Québec avec le GMF d'Aylmer. Nous en avons maintenant trois d'accrédités, soit celui d'Aylmer, un dans le secteur de Hull, un autre sur le territoire des Collines, à Wakefield. Les travaux sont en cours pour l'accréditation d'un groupe de médecine familiale dans le territoire du Pontiac.

La régie régionale a intensifié les activités de recrutement médical par la consolidation d'un secrétariat permanent créé en 2000, une première au Québec. Nous avons développé des ressources d'hébergement en santé mentale, consolidé le maintien à domicile et mis sur pied les programmes de services intégrés aux personnes âgées en matière de services à domicile. Nos équipes de professionnels ont travaillé à l'élaboration de différents plans d'action régionaux fort innovateurs au Québec comme en matière d'itinérance et de jeu pathologique.

Enfin, des travaux d'infrastructures majeurs et d'immobilisations ont été nombreux avec, entre autres, la construction d'un nouvel édifice du Centre de réadaptation La RessourSe, d'un nouveau CLSC dans le secteur de Gatineau, du pavillon de néphrologie à l'Hôpital de Hull et la rénovation du CHSLD de Gatineau. Ça veut donc dire que 2002-2003 fut fort chargé pour notre réseau en Outaouais.

Grâce au nouveau budget octroyé en Outaouais en 2003-2004, nous avons pu améliorer sensiblement la qualité des services offerts à notre population par rapport à l'année précédente. Par exemple, les centres hospitaliers de la région ont pu réaliser 1 000 chirurgies de plus au cours de la dernière année. En effet, 18 040 chirurgies d'un jour ou avec hospitalisation ont été accomplies en 2003-2004, soit une augmentation de 5,9 % par rapport à l'année précédente. Nous avons accru les volumes d'intervention en cataracte, en radio-oncologie, en chirurgie du genou et de la hanche, ce qui a entraîné une réduction du nombre de patients qui attendent trop longtemps avant de recevoir ces services. Nous sommes

satisfaits de cette amélioration. Malgré la pénurie de personnel, notamment de personnel infirmier, nous avons été en mesure d'augmenter sensiblement le volume de nos activités en chirurgie.

D'autre part, la situation des urgences s'est légèrement améliorée en 2003-2004 comparativement à l'année précédente. La durée du séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures, est passé de 15,5 heures à 14,6. Le pourcentage de patients qui attendent sur des civières pour plus de 48 heures pour avoir accès à un lit de courte durée a diminué de 7 % à 6,7 %, ce qui demeure à notre avis un niveau trop élevé et un niveau que nous devons améliorer.

De la même façon, bien que la situation soit meilleure, nous souhaitons réduire la durée de séjour sur civière des patients aux prises avec des problèmes de santé mentale. Nous poursuivons donc nos efforts au cours de la prochaine année avec les centres hospitaliers dans ce domaine.

Bien que la situation demeure fragile dans nos urgences, de grands pas ont donc été franchis depuis l'été 2002. Malgré des périodes de fort achalandage, les établissements ont réussi à trouver des moyens créatifs pour s'organiser et répondre adéquatement aux besoins de la population durant les étés 2003 et 2004.

Dans un autre ordre d'idées, les investissements réalisés en 2003-2004 auront également permis d'améliorer les services offerts à certaines clientèles vulnérables. Le nombre d'enfants atteints de trouble envahissant du développement ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive ou des services de soutien a pu être augmenté. Le nombre d'enfants dysphasiques ayant reçu des services a également connu une hausse significative. Enfin, le financement des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence a été augmenté de manière importante.

Toujours dans le domaine social, les centres jeunesse de l'Outaouais ont pu maintenir un très haut niveau de performance malgré une augmentation significative des cas de signalement et des demandes d'évaluation. Le CJO est d'ailleurs l'un des plus performants au Québec.

● (14 h 20) ●

L'intensité des services infirmiers et d'assistance offerts aux personnes hébergées en CHSLD est à la hausse, passant d'une moyenne de 2,89 à 2,97 en 2003-2004. Le nombre de personnes ayant reçu des services de maintien à domicile est demeuré pratiquement stable, passant de 12 300 en 2002-2003 à 12 378 en 2003-2004, mais nous avons augmenté l'intensité des services. Les services aux personnes âgées, notamment la question de l'hébergement alternatif non institutionnel, demeureront au coeur de nos priorités au cours des prochaines années. Nous avons d'ailleurs ouvert 30 nouvelles places en ressources intermédiaires cette année et en ajouterons 20 nouvelles en 2004-2005.

Par ailleurs, nous avons ajouté, en 2003-2004, 14 places pour des clientèles multiproblématiques et huit places pour des clientèles nécessitant de l'hébergement en longue durée en santé mentale. Au cours de l'année 2003-2004, nous avons également instauré un programme pour la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques dont les effets bénéfiques se feront graduellement sentir. Au cours de la prochaine

année, nous allons poursuivre nos efforts pour diminuer les listes d'attente, améliorer la situation des urgences et bonifier les services offerts aux clientèles vulnérables.

D'autres défis requerront cependant de l'agence une attention soutenue. Tout d'abord, notre premier défi sera évidemment d'assurer le succès des cinq réseaux locaux de services créés dans notre région, notamment le succès des centres de santé et de services sociaux de Gatineau et de Papineau où des regroupements d'établissements ont été réalisés. Dans les trois autres centres de santé et de services sociaux, les missions CLSC, CHSLD et centre hospitalier étaient déjà regroupés au sein d'un même établissement, l'Outaouais ayant pris une longueur d'avance en termes d'intégration dans ces trois territoires.

L'enjeu, c'est le développement des projets cliniques qui nous permettent d'atteindre nos objectifs d'intégration de services, mais des projets cliniques qui reposent en même temps sur une gestion décentralisée et respectueuse des réalités de chaque ancien établissement et qui profitent de l'expertise développée par ceux-ci. C'est particulièrement le cas pour le Centre de santé et de services de Gatineau qui constitue l'un des plus gros au Québec avec une population de plus de 200 000 habitants sous sa responsabilité. Nous sommes réellement convaincus que ce nouveau mode d'organisation nous permettra d'offrir aux résidents de l'Outaouais des services mieux intégrés, mieux coordonnés, avec une meilleure fluidité de clientèle et une meilleure continuité. Mais, pour faire vivre ces réseaux locaux de services, nous devons pouvoir compter sur une main-d'oeuvre suffisante.

Le deuxième grand défi que nous aurons à relever sera celui de la pénurie de main-d'oeuvre. Par exemple, l'Outaouais est l'une des régions où la pénurie de médecins frappe le plus durement. Alors que nous aurions besoin de 325 omnipraticiens, nous en comptons 280. Alors que nous aurions besoin d'environ 246 spécialistes, nous en comptons 170. Nous estimons à près de 20 000 le nombre de personnes à la recherche d'un médecin de famille en zone urbaine et possiblement à 30 000 personnes pour l'ensemble de la région. Bien que nous ayons mené une campagne originale soutenue par un secrétariat permanent de recrutement médical, les résultats sont moins bons qu'escomptés compte tenu du manque de leviers mis à notre disposition. En 2003-2004, seulement sept omnipraticiens se sont joints à nous, et pratiquement tous en établissement, et en même temps on perdait sept médecins qui soit prenaient leur retraite ou changeaient de région.

Comme région intermédiaire, nous disposons de peu d'outils qui nous permettent de rivaliser avec les grands centres universitaires ou les régions similaires à la nôtre qui bénéficient d'incitatifs financiers significatifs pour intéresser des médecins, notamment des médecins de famille qui pourraient venir s'établir en Outaouais. Certes, des formules comme les groupes de médecine familiale nous aident à pallier en partie les effets de cette pénurie, mais en partie seulement. En plus de mettre une pression excessive sur certains de nos services, notamment l'urgence, cette pénurie pourrait avoir un impact sur le succès de notre opération rapatriement qui suppose comme prémisse que nous puissions soigner les gens chez nous, en Outaouais. Il s'agit donc d'un enjeu fondamental pour nous au cours de la prochaine année.

Si l'ampleur de la pénurie d'infirmières s'est atténuée dans notre région par rapport à l'année 2002 grâce à un recrutement remarquable dans l'ensemble de nos établissements, il reste que nous sommes toujours confrontés à une pénurie significative. Pour être en mesure de poursuivre le développement des services dans notre région, par exemple en soins à domicile, nous devons voir à une meilleure rétention de ces professionnels. La même chose peut être dite de plusieurs autres types de professions de la santé. Nous faisons face à certaines situations de pénurie qui nous contraignent à déployer beaucoup de temps et d'énergie non seulement au recrutement, mais aussi à l'organisation des services en situation de pénurie.

Autre défi incontournable, c'est l'amélioration de la situation financière de nos établissements. La situation est plus difficile depuis deux ans en Outaouais, notamment en centre hospitalier, en particulier aux hôpitaux de Hull et de Gatineau, principalement à cause d'une augmentation des volumes d'activité dans des secteurs que l'on appelle «secteurs incontournables». Un suivi budgétaire rigoureux sera évidemment maintenu.

D'autre part, plusieurs dossiers particuliers retiendront également notre attention: au premier chef, la mise en oeuvre du plan d'action régional en santé publique, du plan d'action en jeu pathologique, du plan d'action de lutte contre le cancer, l'implantation de nouveaux groupes de médecine familiale, le développement des services aux personnes âgées et en santé mentale, pour ne nommer que ceux-là. L'année qui s'en vient sera donc fort chargée.

Dans un autre ordre d'idées, l'agence et sa Direction de la santé publique comptent prendre une part très active dans le débat qui s'ouvrira en 2005 sur la loi sur l'usage du tabac. Nous avons documenté, encouragé et soutenu la ville de Gatineau dans ses démarches pour devenir une ville sans fumée et nous allons continuer à le faire. Les lieux publics à Ottawa, incluant les bars et les restaurants, sont sans fumée depuis 2001. Considérant l'ampleur du tabagisme dans notre région et l'impact considérable sur la santé, nous allons garder ce dossier très actif au cours de la prochaine année et réitérer notre appui sans réserve au projet Gatineau sans fumée.

Voilà donc, M. le Président, les grandes lignes exposées très succinctement de la situation des services de santé et de services sociaux en Outaouais. Nous pourrions répondre plus spécifiquement aux questions que les membres de la commission pourraient nous poser et nous vous remercions.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, M. Martel. Je comprends que c'est le député de Hull qui va débiter les échanges. Alors, M. le député de Hull... vous.

M. Cholette: Merci, M. le Président. Chers collègues, collègues de l'opposition officielle, députée d'Hochelaga-Maisonneuve, on se retrouve dans un autre forum cette fois-ci, mais mon Dieu qu'on a passé plusieurs heures un en face de l'autre sur un autre sujet, souvent qui touchait l'Outaouais. D'ailleurs, on parle même de la ville de Gatineau dans le mémoire de l'agence. Alors, je suis content de vous retrouver à cette

tribune qui ne m'est pas usuelle, je suis un invité aujourd'hui. Alors, je veux remercier la commission de m'accueillir, considérant les obligations professionnelles du président, n'est-ce pas?

Alors, tout d'abord, je voudrais remercier chaleureusement les membres de la délégation de l'Outaouais, de l'agence qui sont avec nous aujourd'hui. Je comprends que, pour son président-directeur général, c'est une première à ce titre devant cette commission. Alors, je vous souhaite la bienvenue. Je veux vous dire que vous avez bien fait ça, et sûrement que nos échanges seront constructifs. Je voudrais tout d'abord dire, M. le Président, combien... Et je pense que je parle au nom de l'ensemble — Mme la Présidente, plutôt — je parle au nom de l'ensemble de mes collègues de l'Outaouais pour souligner l'excellente collaboration que l'agence offre à la députation outaouaise. On a la chance de se le dire en privé, mais de façon un peu plus formelle, ici, dans le cadre de l'Assemblée nationale, je tiens à le dire, les échanges sont rapides, sont courtois, sont efficaces. Alors, au nom de mes collègues, je veux vous en remercier, et peut-être pourriez-vous faire le message à l'ensemble de vos employés, M. le directeur général.

Le rapport annuel que nous avons devant nous trace un peu évidemment le bilan de l'an passé en Outaouais en matière de santé, en services sociaux, traite aussi de certains enjeux. Vous allez me permettre, avant de vous poser une question... Et je vous l'annonce déjà, là, ce sera sur la question des urgences, qui me préoccupe particulièrement dans mon comté, dans le comté de Hull, mais avant de le faire je voudrais faire à mon tour un genre de résumé de ce que j'ai pu comprendre de votre prestation aujourd'hui.

Tout d'abord, il y a des aspects très positifs chez nous, depuis un an, notamment le rehaussement des investissements en matière de santé et de services sociaux. L'engagement que nous avons pris lors de la campagne électorale, ce que je comprends du mémoire, a été rencontré. Évidemment, ce n'est jamais suffisant, c'est un vase sans fond, ça, en matière de santé, mais tout au moins on a assuré un rehaussement des investissements. Ça nous a permis notamment de compléter certains projets, notamment qui avaient été lancés par la précédente administration, pour compléter certaines constructions qui dataient de fort longtemps, notamment le Centre La RessorSe.

● (14 h 30) ●

Mais les points très positifs également... Je vois qu'il y a 1 000 opérations de plus cette année. Ça, ce n'est pas négligeable, hein, c'est trois de plus par jour. Ça, c'est bien des gens qui sont soulagés de leurs problèmes, et je tenais à le souligner. Aussi, les efforts de recrutement de personnel, bien que c'est un défi constant, tout au moins beaucoup d'efforts structurés, et je m'en réjouis. La consolidation du réseau grâce à la vision du ministre actuel où est-ce qu'on a tenté, là, de limiter, pour utiliser un terme plus courant, là, mais les craques dans le système, où est-ce qu'on va avoir un réseau beaucoup plus consolidé. Et je vois aussi, là, pour ne nommer que celui-là, beaucoup d'efforts faits notamment pour aider les enfants soit en trouble envahissant de comportement ou enfants dysphasiques. Ça aussi, ça avait été négligé, et je pense qu'il y a eu beaucoup d'amélioration dans ce sens-là, votre rapport annuel en témoigne.

Cependant, vous énoncez également qu'il reste du pain sur la planche. Je pense que vous nous annoncez que vous ne prendrez pas six mois de vacances chacun, là. Je pense que vous allez être au travail pour la prochaine année. Évidemment, les choses préoccupantes se situent, entre autres, au niveau de l'hébergement et de soins de longue durée. On voit que le ratio heure-soin augmente en Outaouais. On garde la même population en hébergement, les heures-soins augmentent, donc plus de pression sur le réseau. Mais la conséquence de cela également, c'est que, quand je vois que le chiffre n'augmente pas, bien la conséquence de ça, c'est qu'il y a sûrement pénurie de places en soins de longue durée, que ce soit intermédiaires ou en soins de longue durée, ce qui nous cause un certain problème en milieu hospitalier.

Le défi aussi, je dois vous le dire de... Et c'est de mon propre chef, je ne le lis pas dans votre mémoire, mais, moi, je tiens à vous dire que le défi — pour voir ces situations-là dans mon bureau — le défi se situe aussi beaucoup sur la concertation du réseau, concertation entre établissements où malheureusement le patient a souvent senti qu'il était laissé à lui-même puis il était pris à se chicaner entre les établissements. Et ça, je sens vraiment une volonté d'agir dans ce sens-là puis je vous y encourage.

Deux chiffres qui me... en fait, trois chiffres qui me désolent un peu, je dois vous dire, il manque 40 médecins de famille, il manque 66 spécialités, puis il y a 20 000 personnes qui cherchent un médecin. Ça, c'est assez important, là. Et 20 000 personnes, c'est la taille de plusieurs villes du Québec. Et la conséquence de ça en Outaouais, c'est que ça... est multiple. Puis je tiens à le dire pour tous mes collègues qui prennent la peine, là, d'écouter ce débat-là, parce que, lorsqu'on a une situation où on a 20 000 personnes qui se cherchent des médecins de famille, bien le vide... quand le vide s'installe, bien évidemment on cherche des moyens de rechange. Puis la conséquence de ça, bien on se ramasse à l'urgence fatalement, on se ramasse dans des cabinets à Ottawa, on se ramasse ailleurs dans le réseau au Québec, et ça veut dire qu'on a de la difficulté à prendre en charge nous-mêmes, là, notre population. Et ça, c'est peu normal, pour ne pas dire anormal, et je pense qu'on doit travailler ardemment, là, à tenter de solutionner ce problème-là.

Et il est clair que la région frontalière que nous sommes cause à la fois d'innombrables difficultés au niveau du recrutement, mais moi aussi... mais je le vois aussi d'un autre côté, et offre aussi beaucoup d'occasions, et il suffit de mettre ça en valeur. Mais il faut absolument, là, que l'appareil ici, à Québec, reconnaisse la spécificité de notre région et des défis que ça nous amène à conquérir.

Écoutez, là, 20 000 personnes — vous le dites en page 12 de votre mémoire — 20 000 personnes qui se cherchent un médecin, ce n'est pas par mauvaise foi, là, qu'ils n'en trouvent pas, c'est parce que c'est difficile. On n'en a pas. Et je pense que votre grand défi sera d'adresser cette question-là.

Donc, j'arrive à ma question, M. le Président, il est clair que, si on cumule... Mme la Présidente, oui, pardon, si on cumule certains événements, si on cumule le fait qu'on manque possiblement et certainement de

places en soins de longue durée, on cumule le fait qu'il y a 20 000 personnes qui n'ont pas de médecin de famille, on cumule le fait aussi qu'on a une population vieillissante et aussi en croissance en Outaouais et on cumule le fait également que, dans nos centres hospitaliers... On a décidé de créer un centre de trauma dans mon comté, bien tout ça nous amène vers la conclusion un peu bête, là, à l'effet que c'est clair qu'on va se ramasser avec des urgences très encombrées.

Et, M. le président, je sais, pour en avoir discuté avec vous la semaine passée, que la situation qui prévalait dans le CHVO Hull, la semaine passée, à l'urgence, était pour le moins inquiétante avec plus de 300 % de dépassement. Et je sais que vous avez pris des mesures, mais c'est de ça que je voudrais que vous nous parliez. Vous voyez ça comment? Est-ce qu'on peut voir une lumière au bout de ce tunnel-là? Parce que les mesures qu'on devra prendre sont certainement structurantes, mais à plus long terme. Mais peut-être tenter de sécuriser notre population à l'effet que des mesures aussi à court terme pourraient être prises pour soulager notre urgence. Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. Martel.

M. Martel (Roch): Merci. Effectivement, toute la problématique des urgences, ce n'est pas simple. Puis peut-être rapidement vous dresser un tableau des mesures qu'on a prises, là, puis celles qu'on entend prendre rapidement. Je dirais qu'effectivement... Vous parliez, M. Cholette, des mesures structurantes. On a tenté — puis ça paraît aussi à travers les argents de développement qu'on a eus l'an passé puis qu'on a cette année — on tente d'intervenir en amont, c'est-à-dire, c'est sûr, à plus long terme en santé publique au niveau de la prévention, et tout ça, puis de la prise en charge de la santé des gens. Mais, plus proche de nous, on a travaillé en investissant beaucoup en maintien à domicile, en soutien à domicile au niveau des personnes qui ont des problématiques particulières, que ce soit au niveau respiratoire avec des investissements en inhalothérapie, on a intensifié les mesures de soutien qu'on peut apporter à ces personnes-là.

Au niveau de l'engorgement des lits de courte durée par des personnes âgées, effectivement, en Outaouais, actuellement, on a 80 personnes qui occupent des lits à l'Hôpital de Hull et à l'Hôpital de Gatineau qui sont en attente d'une place en hébergement de longue durée, puis on en a 40 autres, personnes qui sont en train d'être évaluées. Ça fait 120 personnes sur 450 lits de courte durée à Hull et Gatineau. C'est énorme. On a débloqué des sous via l'argent de développement, l'an passé, pour ouvrir 20 places supplémentaires en ressources intermédiaires et on a actuellement 15 autres places qui devraient ouvrir au CHSLD de Gatineau dans les semaines qui viennent. Parce que le CHSLD de Gatineau a été complètement rénové. On avait dû fermer, dans les dernières années, 15 places. Donc, ça fait 35 places à court terme qui devraient nous permettre en tout cas d'améliorer la situation — on l'espère, à tout le moins — assez rapidement dans les urgences.

On sait qu'en Outaouais, au niveau de la moyenne québécoise par rapport au nombre de lits d'hébergement de longue durée, on est un petit peu plus élevé que la

moyenne québécoise. Mais, là où on a un trou important au niveau des ressources, c'est au niveau des ressources qu'on appelle les ressources intermédiaires. Pour toutes sortes de raisons, l'Outaouais n'a pas beaucoup investi là-dedans dans les derniers 10, 15 ans, et là on se retrouve avec un retard à rattraper qui est assez important. On identifie qu'il nous manque à peu près... une fois nos investissements de cette année complétés, il va nous manquer encore à peu près 75 places. Donc, on travaille rapidement là-dessus.

L'autre élément, c'est que c'est certain qu'on va intensifier nos mesures de recrutement pour recruter des médecins de famille, parce que, si tu n'as pas de médecin de famille, tu vas attendre plus longtemps, puis ta maladie ou tes problématiques vont être plus intensives, et effectivement tu cours le risque de te retrouver à l'urgence.

L'autre chose qu'on est en train de faire actuellement, c'est que nous avons rencontré les centres d'hébergement privés de notre région, qui sont en explosion en termes de nombre depuis plusieurs années, pour essayer de faire un arrimage plus intensif entre les centres d'hébergement privés et les CLSC actuels pour s'assurer qu'on puisse identifier et suivre les personnes qui sont actuellement hébergées dans les centres privés et qui auraient des besoins de santé pour lesquels on pourrait commencer à travailler avec eux autres avant que ce soit trop grave, qu'ils se ramassent à l'urgence puis qu'ils perdent leurs places dans leurs centres d'hébergement privés, et que là on soit obligé de les héberger dans le réseau public. Donc, ça, c'est des mesures qu'on essaie de prendre rapidement à ce niveau-là.

L'autre élément, je dirais, c'est qu'on a mis en place dans la dernière année une équipe de soutien particulier aux personnes âgées pour être capable de suivre et d'accompagner les personnes âgées qui sont en besoin de services autant avant puis pendant l'épisode de soins puis s'assurer qu'après elles retournent chez elles. Et on a procédé à une évaluation de notre situation des services en gériatrie en Outaouais, et disons qu'on a constaté quelques lacunes au niveau de nos services en gériatrie et de nos services de réadaptation pour ces personnes-là qui nous permettraient sans doute de favoriser leur retour à domicile si sur le plan, entre autres, de la réadaptation intensive, on était en mesure de les sortir plus rapidement.

● (14 h 40) ●

L'autre élément aussi, c'est qu'on a une certaine partie de la clientèle qui occupe ces lits-là à Hull et à Gatineau qui sont des personnes qui ont des problématiques aiguës en santé mentale. Donc, cette année on investit dans un certain nombre de ressources supplémentaires en santé mentale pour pouvoir s'assurer que ces personnes-là, disons, puissent recevoir des services ailleurs.

Et dernier élément, je dirais, M. Cholette, on espère ardemment que nos... On a présenté au ministère des projets de rénovation pour nos deux urgences à Hull et Gatineau et celle de Buckingham parce que c'est interrelié, ça fait partie de la grande ville de Gatineau. Ces urgences-là ont été construites à l'époque pour répondre à des besoins pour une population qui était 50 % inférieure à celle qu'on dessert actuellement, donc on a besoin d'ajuster ça. C'est aussi un critère de rétention

pour plusieurs médecins de travailler dans un environnement qui est moderne et adapté. Donc, au moment où on se parle, on travaille sur ces éléments-là de façon spécifique.

Et, au niveau de l'urgence, ce qu'on peut remarquer — puis c'est le cas dans beaucoup de régions au Québec — c'est que c'est cyclique. On est vraiment dans des pics: une semaine, la situation est tout à fait sous contrôle; la semaine d'après, c'est plus difficile; la semaine suivante, ça devient particulièrement intolérable. Donc, en même temps que rapidement il faut réagir, on essaie de mettre en place des mesures structurantes qui, à moyen et long terme, vont nous donner des résultats intéressants. Je ne sais pas si ça répond à votre préoccupation, M. Cholette.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Hull, ça va aller?

M. Cholette: Ça va, je reviendrai.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vimont.

M. Auclair: Bonjour, M. Martel, M. Lussier. Entre autres, M. Chénier, Mme Lemieux, M. Perreault, Mme Fortin, bonjour. Moi, je ne viens pas de la région de l'Outaouais, mais il y a quelque chose qu'il y a dans votre document, dans votre texte de présentation ainsi que dans votre mémoire présenté ou votre bilan, votre rapport annuel qui m'interpelle, c'est-à-dire le volet de la rétention et de l'incitatif au niveau des infirmières, parce que vous avez quand même réussi quelque chose de très intéressant, et je ne vous cacherai pas qu'à Laval c'est quelque chose qui peut également nous intéresser. Donc, est-ce que vous pouvez juste m'en parler un petit peu plus, des gestes que vous avez posés concrètement pour arriver justement à intéresser plus d'infirmières et de justement retenir peut-être également plus d'infirmières ou d'infirmiers?

M. Martel (Roch): Effectivement, si on se ramène à l'été 2002 où il y avait plusieurs urgences au Québec qui étaient en rupture de service, nous, on a réduit nos activités, mais on n'était pas en rupture de service. Mais ce n'était pas pour les mêmes raisons qu'ailleurs au Québec. Nous, au niveau des urgences, on ne manquait pas de médecins, mais on manquait d'infirmières, et c'était dramatique. Souvenez-vous qu'à l'époque on a conclu des ententes, entre autres, avec une région comme le Saguenay—Lac-Saint-Jean où on a importé du Saguenay—Lac-Saint-Jean plusieurs infirmières.

Mais, par dessus tout, la stratégie que, nous, on a utilisée, c'est de travailler, particulièrement au niveau du CHVO, à deux niveaux. À court, court terme, avec quelques autres régions au Québec, on a mis en place des primes particulières qu'on a d'ailleurs abolies au mois d'avril pour revenir à une situation un petit peu plus normale. À l'époque, lorsque ces primes-là avaient été mises en place, c'était sur l'ordonnance de la loi des mesures essentielles, et donc on avait mis en place des primes particulières pour le temps supplémentaire qui encourageaient les gens à faire du temps supplémentaire. Mais, à ce moment-là, on avait autour de... entre 1 100 et

1 200 quarts de travail en temps supplémentaire par période de paie au CHVO. Actuellement, on est tout près de 500 quarts, donc on a arrêté ça.

Mais là où on a beaucoup travaillé pour retenir notre monde, d'abord on a travaillé sur le recrutement agressif et intensif. Et ça a donné des résultats: on est passé d'un solde négatif en 2002-2003 à un solde positif au niveau régional de quelque 66 infirmières... pas au niveau régional, mais pour le CHVO à quelque 66 infirmières pour l'an passé. Donc, on a tourné un petit peu la balance à l'envers.

Et l'autre élément: on a travaillé sur toute la question de l'organisation du travail, la valorisation de ces gens-là à l'intérieur du milieu de travail. Et, au niveau de la réorganisation du travail au CHVO, ça a fait l'objet de travaux conjoints avec les syndicats, avec plusieurs partenaires, dont le ministère, et ça commence à donner des résultats intéressants. C'est-à-dire, ce qu'on a voulu s'assurer, c'est que toutes les tâches qui pouvaient être effectuées par d'autres types de professions le soient et que, au niveau du personnel infirmier, on puisse utiliser leurs compétences à bon escient, mais vraiment dans leur secteur d'activité — je résume ça très rapidement — et donc ça nous a donné des résultats intéressants.

Je me permets, à ce moment-ci, d'ouvrir une petite parenthèse, parce qu'on en a beaucoup parlé avec M. Cholette à un moment donné sur toute la question de l'exode des infirmières vers l'Ontario. C'était vrai début des années 2000, mais maintenant, avec les mesures qu'on a mises en place, puis c'est... on parle de une ou deux infirmières par année qui quittent maintenant pour aller en Ontario, en tout cas qui proviennent de la région du grand Gatineau, là. Donc, pour l'instant, on a endigué cette hémorragie-là, et ça semble vouloir se stabiliser.

M. Auclair: Et au niveau de votre personnel, au niveau... On sait que, partout au Québec, on parle de, bon, vieillissement de la population, etc., donc vieillissement du personnel. Si on parle, disons, dans les deux, trois prochaines années, est-ce que vous prévoyez une retraite naturelle importante? Est-ce que vous prévoyez être capables de faire face à cette réalité-là?

M. Martel (Roch): Pour l'instant en tout cas, nos projections nous amènent à penser que la situation va continuer de s'améliorer pour les quatre, cinq prochaines années. Il faut dire que, nous, dans l'Outaouais — M. Cholette va s'en souvenir — avec l'ouverture du Centre hospitalier de Gatineau au milieu des années quatre-vingt, on a recruté beaucoup d'infirmières à ce moment-là qui sont encore dans la force de l'expérience, et donc notre courbe démographique, là, pour l'instant nous met à l'abri, disons, d'un départ massif de mises à la retraite de personnel infirmier. Et c'est sûr que de ce temps-ci on recrute beaucoup de jeunes infirmières, je vous parlais de 66 pour le CHVO l'année dernière. Bon, la contrepartie de ça, c'est qu'elles veulent fonder des familles, puis là il faut gérer tous les congés parentaux puis tout ce qui vient avec. Mais à tout le moins c'est positif, ça va rétablir notre courbe des âges en Outaouais. Donc, tu sais, c'est intéressant à ce niveau-là.

M. Auclair: Merci.

M. Martel (Roch): Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Je vais y aller de mon comté qui... Moi, je suis du comté de Soulanges, pas du comté de M. le député de Hull, mais je vois beaucoup de ressemblances entre ce que je vis dans mon comté et ce qu'on peut vivre dans les comtés parce que, nous aussi, dans Soulanges, on côtoie la limite ontarienne. On a un pourcentage plus élevé effectivement de population en noyau urbain qu'en ruralité. On a les mêmes disparités au niveau des revenus. Bon, on a les mêmes problématiques, c'est-à-dire qu'on n'est pas ni en région ni en grand centre, on est intermédiaire, donc on a moins de mesures incitatives si on peut... Et j'ai lu que vous aviez eu votre opération rapatriement, parce qu'on vit ça, nous aussi, que... Je ne sais pas si le pourcentage, je vais vous avouer, est le même que ce que vous aviez, vous, à l'époque, mais on a la même problématique, c'est que les citoyens, à la limite du Québec et de l'Ontario, beaucoup vont vers Hawkesbury, pour ne pas le nommer, et je me demande comment vous avez effectué cette opération rapatriement pour ramener les gens chez vous. Puis, comme vous le dites, vous avez développé les services au Québec avec notre argent, alors dites-moi comment vous avez effectué cette opération-là, parce que ça va peut-être susciter des moyens chez nous.

M. Martel (Roch): En fait, à la base — et peut-être que M. Lussier pourra compléter mon intervention parce qu'il était là à l'époque — à la base, il y a deux éléments pour la recette. Le premier élément, ça a été de négocier avec le ministère le rapatriement d'une partie des sommes d'argent qui étaient dépensées à Ottawa pour qu'on puisse les investir dans notre région, là — puis ça, c'est le deuxième élément de la recette — autour des ressources, ressources humaines, donc recrutement de spécialistes puis de médecins pour être capables de garder notre clientèle chez nous, ressources technologiques et infrastructures matérielles. C'est de ça qu'a émergé la construction, entre autres, du Centre hospitalier de Gatineau, et ça nous a permis de développer un certain nombre de spécialités parce que, en prenant l'argent qu'on dépensait ailleurs à Ottawa, on l'a rapatrié chez nous, on a pu s'équiper, s'organiser, se structurer, attirer des médecins dans un environnement qui était stimulant, qui était intéressant et rapatrier la clientèle.

● (14 h 50) ●

Actuellement, la dynamique est un petit peu différente parce qu'on plafonne depuis quelques années au niveau du recrutement médical. Donc, c'est plus difficile. On a de la misère à recruter et on a plus un plan sur la base de la disponibilité des services. Donc, avec nos médecin — on travaille beaucoup avec la commission médicale régionale là-dessus et le DRMG — on fait en tout cas des projections en fonction de ce qu'on est capable d'offrir pour continuer le rapatriement. Mais, si on n'arrive pas en tout cas à court terme à recruter des médecins pour nous aider, notamment des médecins généralistes, là on sent que le terrain commence à être un petit peu glissant et que, tranquillement pas vite, les gens disent: Bon, bien peut-être qu'on pourrait retourner du côté d'Ottawa. Mais la recette a été assez simple à ce niveau-là.

La Présidente (Mme Charlebois): Juste une petite dernière intervention à ce niveau-là. Est-ce que la population s'est facilement ramenée vers le Québec, vers les soins de santé ou s'il a fallu travailler aussi du marketing, finalement?

M. Martel (Roch): En fait, là encore, il y a deux recettes. La première, ça a été l'information, donc des stratégies de communication puis d'information en étant honnête, en disant: Voici les conséquences de. Puis la deuxième, on a dû travailler sur la confiance des gens envers notre système de santé en Outaouais. C'est-à-dire que, moi, je me souviens, là, il y a de ça peut-être 25, 30 ans, les gens évaluaient un petit peu sur un piédestal les services à Ottawa. Donc, en allant chercher des spécialistes de qualité, en ayant des modèles d'organisation de services qui étaient performants et aussi de qualité, on a augmenté la confiance dans nos services, et les gens graduellement se sont attachés autour de nous autres.

C'est sûr qu'on avait des familles qui historiquement allaient chercher des services en Ontario. Là, on a dû attendre que les générations passent, mais on a eu des stratégies agressives d'information puis de communication, notamment eu égard aux nouvelles personnes qui venaient s'établir en Outaouais. Parce que l'Outaouais est une des régions qui, sur le plan démographique, a la plus forte augmentation démographique, donc on a dû travailler à ce niveau-là de façon importante puis on l'a fait aussi avec les médecins, c'est-à-dire dans un effort de collaboration puis de concertation avec les médecins. Je pense qu'il faut que ça se fasse comme ça.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Oui, merci. À mon tour de vous saluer et vous dire l'appréciation que nous avons de vous avoir avec nous, d'avoir plus d'information sur cette belle région qu'est l'Outaouais. On sait que le député de Hull nous en parle beaucoup, mais c'est bon aussi d'entendre le même son de cloche venant d'autres personnes.

J'aurais deux questions à vous poser. D'abord à vous, M. Martel, sur les suites de la loi n° 25, les fusions d'établissements. Comment ça s'est passé dans votre coin? Et l'autre question s'adresserait davantage à Mme Lemieux, et c'est la directrice de la santé publique, je crois. Alors, vous faites allusion, dans le plan que vous nous avez présenté, à un plan d'action régional en santé publique, et j'aimerais que vous nous donniez plus d'information sur ce plan d'action régional. Alors, ce sont mes deux questions.

La Présidente (Mme Charlebois): M. Martel.

M. Martel (Roch): Commençons par la loi n° 25 et les fusions. Je le disais dans ma présentation, nous avons déjà trois réseaux qui étaient structurés, là, c'est-à-dire que les trois missions étaient fusionnées ensemble. Donc, on va consolider ça. Ça fonctionne relativement bien.

Nous avons deux défis importants, celui de Gatineau, où il y avait cinq établissements qu'on a fusionnés... Dans le cas de Gatineau, je dois dire que, de

façon générale, nous avons eu un consensus autour de la nécessité d'une fusion puis d'une mise en commun de l'ensemble des ressources des trois établissements. Nous avions, du côté de Gatineau, deux groupes de médecins, celui de Hull et celui de Gatineau, qui ne partageaient pas nécessairement, au point de départ, la même vision quant au modèle d'organisation de services. Mais, au fur et à mesure où on cheminé avec ces gens-là, on a pu obtenir leur collaboration puis leur adhésion à la mise en place du réseau local. Et actuellement je dois vous dire qu'on est à mettre la dernière main à la fusion des CMDP en un seul CMDP, et tout ça, et le corps médical embarque de façon positive dans cette dynamique-là. Et je trouve ça très, très intéressant, parce que, dans Gatineau, là, collectivement, les frontières, là, quand il est question de santé, là, c'est plus arbitraire que d'autre chose. Donc, à ce niveau-là, ça a bien été.

On a eu, disons, dans le cas du Centre de santé Papineau... on a fusionné trois établissements qui étaient historiquement de deux territoires, celui de la Vallée de la Lièvre et de la Petite Nation. Là, on a eu plus d'incompréhension mutuelle de la part des deux communautés, donc une communauté qui voulait un seul réseau, une seule instance puis une communauté qui n'en voulait pas. Et, avec nos députés, avec le ministre, on a dû trancher à l'effet que, sur le plan de l'organisation des services, de l'offre de services à la population, c'était mieux de fusionner. Mais, dans ce cas-là, je dois vous dire que ça s'est fait plus difficilement, notamment avec la communauté de la Petite Nation. Il y avait un certain nombre de conditions pour avoir un équilibre ou un partage des membres de conseil d'administration, entre autres un partage égal ou à peu près des deux communautés, celle de la Petite Nation, celle de la Lièvre. On a mis en place aussi ce qu'on appelle un comité de suivi ou d'encadrement de la démarche qui est composé à la fois de politiciens, d'experts et de gens qui sont bien en vue dans les deux communautés. Donc, tranquillement pas vite, je pense que la situation va s'améliorer dans la mesure où on aura des petits gains en cours de route, notamment sur l'organisation des services médicaux.

La Présidente (Mme Charlebois): Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, Mme la Présidente.

M. Marsan: Mme la Présidente, j'attendais juste la réponse de la directrice de la santé publique, excusez-moi, puis...

La Présidente (Mme Charlebois): Ah, excusez-moi, je n'ai pas vu... Brièvement.

Mme Lemieux (Lucie): Oui, bonjour. Le plan d'action régional de santé publique de l'Outaouais, c'est un plan d'action qui a été développé de façon à assurer l'application du Programme national de santé publique, donc c'est un plan d'action régional qu'on retrouve dans toutes les régions du Québec. La Loi sur la santé publique de 2001 prévoit qu'il y ait un programme national de santé publique et que chacune des régions prépare un plan d'action régional de santé publique, et que chacun des CLSC prépare un plan d'action local de santé publique.

Donc, ces plans d'action là, qui sont à différents niveaux, assurent une cohérence et une harmonie dans les actions qui sont mises en place au Québec en santé publique, et on retrouve donc, dans chacun de ces plans d'action régionaux, des domaines qui correspondent aux domaines du Programme national de santé publique, donc le développement, l'adaptation, l'intégration sociale des personnes, les habitudes de vie, maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé environnementale, santé au travail. Donc, tout ça en fonction des groupes d'âge et en fonction de catégories particulières de maladies, et ça sert, si on veut, de... L'image qui me vient, c'est une partition comme pour un orchestre pour que l'ensemble de la région travaille de façon harmonieuse et cohérente pour atteindre de façon plus efficace nos objectifs. Je vous réponds ça très rapidement, mais ça se retrouve dans toutes les régions du Québec.

La Présidente (Mme Charlebois): Merci et excusez-moi. Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, merci, Mme la Présidente. Je voudrais souhaiter la bienvenue à M. Martel et de même que M. Lussier, Mme Chénier, Mme Lemieux, M. Perreault et Mme Fortin. Attendez, est-ce que je me suis trompée?

Une voix: ...

Mme Harel: Non, exactement. Alors, bienvenue au nom de l'opposition officielle. La question qui a été posée par le député de Robert-Baldwin, qui est l'adjoint du ministre, et la réponse que vous avez donnée, M. Martel, m'ouvrent en fait la porte à une question sur cette fusion forcée d'établissements entre Petite Nation et la Vallée de la Lièvre et à la déclaration faite par le député de Papineau que je retrouvais dans le journal *LeDroit* d'Ottawa, en date du 26 juin, à l'effet qu'un possible retour en arrière pour le CLSC de la Petite Nation était possible. C'est une déclaration du député de Papineau, et je le cite: «Si aucune amélioration n'est notée d'ici deux ans, qu'aucun médecin de plus n'est venu s'établir dans la Petite Nation, il faudra voir comment on peut revenir en arrière.»

Alors, est-ce que vous avez eu l'occasion depuis d'en discuter avec le député de Papineau?

M. Martel (Roch): Pas spécifiquement de sa déclaration, mais ce que je peux vous dire, c'est qu'au moment où on se parle on a mis en place toute une série de mesures qui devraient nous permettre d'améliorer la situation dans les deux prochaines années — à tout le moins, on l'espère — et donc d'éviter de discuter d'un retour en arrière.

Mme Harel: Alors, il y a comme une obligation de résultat, là, qui vous attend.

● (15 heures) ●

M. Martel (Roch): Il y a une obligation de résultat, tout à fait Mme Harel, tout à fait. On l'a fait pour améliorer l'accessibilité aux services, la qualité des services. On pense qu'on peut y arriver avec ce modèle-là et on va s'employer à le faire, notamment au niveau

du recrutement médical et de la présence des médecins dans ces deux communautés-là qui est une problématique, comme le reste de l'Outaouais, mais qui est plus aiguë dans le territoire de la Petite Nation, là, qui est à l'extrême est de notre région. Donc, c'est là-dessus qu'on va travailler plus spécifiquement.

On espère que la mise en commun des ressources des deux territoires, notamment celles du centre hospitalier qui est situé à Buckingham, va nous permettre de créer une synergie, là, qui va être intéressante, à ce niveau-là.

Il faut dire aussi qu'au niveau de l'agence, avec la ministre, on s'était engagé à maintenir une couverture médicale la plus étendue possible, notamment dans le territoire de la Petite Nation. On ne veut pas que ça se fasse au détriment de... on veut mieux répondre aux besoins de la population. Actuellement, ce territoire-là est desservi par un CLSC qui a une clinique médicale, ce qu'on appelle une urgence de stabilisation, et la difficulté, c'est qu'on n'est même pas en mesure pour l'instant de le garder ouvert sept jours par semaine faute de médecins pour être capables d'y pratiquer. Donc, on espère qu'avec la synergie qu'on va créer sur le plan médical, on va être en mesure, à tout le moins, d'ouvrir cette clinique de stabilisation là, cette urgence de stabilisation là pendant sept jours et éventuellement d'extensionner les heures d'ouverture et les périodes de couverture, ce qui de toute façon va faciliter le travail pour les autres urgences en Outaouais.

Mme Harel: Dans l'allocation que vous avez présentée, vous dites à la page 2 du document qui nous a été transmis, je vous cite: «Nous comptons [sur] trois des MRC les plus défavorisées au Québec.» Alors, on voyait bien, dès le départ, que vous avez à travailler dans une région où il y a de grands écarts, très grands écarts. Ces trois MRC, avez-vous un plan particulier pour aborder les problématiques santé dans ces trois MRC?

M. Martel (Roch): Je dirais actuellement, là, qu'on est à revoir l'offre de service de ces trois centres de santé là. En fait, on parle du Centre de santé du Pontiac, du Centre de santé de la Vallée de la Gatineau et celui de Papineau qui englobe les deux territoires dont on parlait tout à l'heure. Donc, on est à revoir, avec les conseils d'administration et les acteurs concernés, l'offre de service à la population. Et, via la Santé publique et via les plans d'action locaux, on est en train — bien, on a déjà identifié nos cibles au niveau de la Santé publique — d'essayer de travailler plus sur la question des déterminants de la santé pour s'assurer que la situation s'améliore graduellement.

Mais il est clair que, dans ces trois MRC là, la santé est directement liée à l'état de la santé de l'économie puis de tout ce qui vient avec. Donc, on a des populations vieillissantes, on a des salaires moyens qui sont plus bas que le reste du Québec, donc on a des difficultés particulières, ce qui fait en sorte que ça se répercute sur l'ensemble des activités.

On essaie aussi d'avoir un travail le mieux coordonné, le mieux concerté possible avec les acteurs municipaux, les acteurs scolaires et l'ensemble des partenaires privés et publics de ces territoires-là.

Mme Harel: ...Mme la Présidente, c'est qu'on peut tout de suite indiquer que, l'an prochain, ce serait vraiment très intéressant de discuter avec vous de ce plan de santé, de cette approche santé publique à l'égard de ces territoires où vivent des populations plus défavorisées.

M. Martel (Roch): Et, si vous me permettez un petit complément de réponse, dans la MRC du Pontiac, il a été développée, au fil des dernières années, une approche particulière en lien avec la pratique de la médecine rurale, et on est en train de consolider ça avec la mise en place d'un groupe de médecine familiale. Et c'est un modèle qui n'est pas le seul mais un modèle qui est intéressant avec lequel on va tenter de travailler, notamment dans la région de Maniwaki, dans le territoire de La-Vallée-de-la-Gatineau parce que, dans le Pontiac, ils arrivent à recruter, à former, à retenir, au niveau de la dynamique qu'il y a là-bas, les médecins en quantité suffisante. Donc, on va essayer de travailler autour de ce modèle-là qu'on pourra éventuellement exporter. C'est un modèle qui est assez unique, celui du Pontiac.

Mme Harel: De quoi s'agit-il? C'est la première fois que j'entends l'expression «médecine rurale». C'est une médecine en milieu rural, ou si c'est une médecine rurale, ou...

M. Martel (Roch): Oui. C'est en fait les deux. Bien, c'est-à-dire rural n'étant pas au sens péjoratif, là.

Mme Harel: Pas du tout, pas du tout.

M. Martel (Roch): Mais en fait, eux autres, ce qu'ils ont fait, c'est que c'est un peu une prise en charge de la population par un groupe de médecins qui acceptent de mettre la main à la pâte à plusieurs activités, celles de l'urgence, CLSC, et tout ça. Et, sans entrer dans le détail, ils ont eu des stratégies de recrutement leur permettant d'aller recruter des médecins qui avaient un intérêt particulier pour ce genre d'approche là, notamment le DSP et tous les gens là-bas. Ça les amène — quand je dis que c'est unique — ça les amène du reste, comme dans le Grand Nord ou dans des régions plus éloignées, à poser des gestes plus étendus, à avoir une approche de prise en charge de la population qui est un peu différente, compte tenu que c'est plus difficile d'avoir accès à des spécialistes, et tout ça.

Mme Harel: Et je pense en particulier aux modifications introduites avec la loi n° 90 qui permet notamment aux infirmières praticiennes — c'est bien comme ça qu'on les appelle, n'est-ce pas? — de poser des gestes qui auparavant étaient exclusivement réservés aux médecins. Est-ce que... Vous aviez des projets, je crois, à l'agence, comment ça se présente, là, présentement?

M. Martel (Roch): Nous avons actuellement un projet avec le Centre de santé Des Collines — celui-là, tout à l'heure je l'ai oublié dans mon énumération, le Centre de santé Des Collines qui est non moins important — de mise en place d'infirmières praticiennes qu'on est...

Une voix: ...

M. Martel (Roch): Pardon?

Une voix: ...en première ligne.

M. Martel (Roch): ... au niveau des services de première ligne en CLSC qu'on est en train, disons, d'essayer d'attacher avec la région de l'Abitibi. On est les deux régions qui travaillons ce projet-là ensemble et on espère que ça, ça pourra faire boucle de neige et nous aider, entre autres, à pallier à la pénurie de médecins dans certains secteurs d'activité mais pour les services de première ligne.

Mme Harel: Vous parlez dans votre allocution de ce programme qu'on qualifie de rapatriement, là, il a débuté en quelle année?

M. Martel (Roch): 1983.

Mme Harel: Il a débuté en 1983. Alors, ça fait déjà une vingtaine d'années, là, qu'il est en opération. Vous parlez de recrutement d'infirmières ou de pénurie en fait... Je lisais, dans les médias, dernièrement, une déclaration de Mme Desrosiers, la présidente de l'Ordre des infirmiers et infirmières, à l'effet qu'il allait y avoir un surplus cette année de 400 infirmières diplômées. Donc, 400 infirmières de plus que celles qui quittent la profession, là, c'est-à-dire qu'il y a donc un surplus net de 400 infirmières. Dois-je comprendre que... Elle s'inquiétait d'ailleurs, la présidente de l'Ordre des infirmières, qu'elles ne soient pas embauchées, ces infirmières de plus, alors que, dans deux ou trois ans, avec les mises à la retraite des générations d'infirmières embauchées il y a déjà 30, 35 ans, on allait peut-être perdre cette cohorte, là, des deux, trois prochaines années. Pourquoi est-ce que c'est difficile, puisqu'il y a ce surplus d'infirmières, d'en recruter?

M. Martel (Roch): C'est une bonne question. Ce que j'en comprends, c'est que c'est souvent difficile de déraciner des gens de leur région. Il y a plusieurs régions qui sont en surplus d'infirmières parce qu'ils offrent la formation sur place. Nous, en Outaouais, au net, on forme moins d'infirmières qu'on a besoin. Actuellement, il nous manque à peu près 100 équivalents temps complet d'infirmières pour être capables de répondre à la demande en Outaouais. Donc, on est obligés de les déraciner de chez elles, puis de les amener en Outaouais, et ce n'est pas toujours évident. Je présume que c'est une partie...

C'est sûr que, quand on les forme... Et actuellement on a des ententes spécifiques avec l'Université du Québec en Outaouais, avec le collège d'Outaouais qui forment, un, pour le D.E.C., l'autre, pour le bac, des infirmières, pour être capables d'augmenter le nombre d'infirmières.

D'ailleurs, l'an passé, l'agence, on a supporté l'Université du Québec en Outaouais, là, pour plus de 200 000 \$ pour augmenter le nombre d'infirmières formées au niveau des prochaines cohortes. Mais, pour nous en tout cas, c'est nettement insuffisant. On n'arrive pas à suffire à la demande.

Mme Harel: Avez-vous pu bénéficier des programmes d'Emploi-Québec pour former dans une durée de temps, là, réduite, là, en deux années plutôt que trois, des infirmières qui obtenaient leur diplôme professionnel, là, de niveau collégial?

● (15 h 10) ●

M. Martel (Roch): On me dit que oui.

Une voix: 20 à 25 infirmières...

M. Martel (Roch): 20 à 25 infirmières.

Mme Harel: Dans le... Toujours dans le document, vous nous parlez d'immobilisations. Alors, c'est à la page 7. Vous dites: «Des travaux d'infrastructures majeurs et d'immobilisations ont été nombreux[...], entre autres...» Entre autres. Alors, est-ce qu'il y en a d'autres? J'aimerais savoir lesquels. «...la construction d'un nouvel édifice du Centre de réadaptation La RessourSe, d'un nouveau CLSC dans le secteur de Gatineau, [...] pavillon de néphrologie à l'Hôpital de Hull [...] rénovation du CHSLD de Gatineau.» Est-ce qu'il y en a d'autres? Et vous nous dites: «Ça veut dire que 2002-2003 fut fort chargé pour [le] réseau.» Est-ce que c'est en 2002-2003 que les travaux de ces différents établissements ont débuté?

M. Martel (Roch): En fait, pour une partie, oui, puis l'autre partie, non. Il y a, entre autres... Je vous donnerais, entre autres, un exemple. Entre autres, un exemple qui me vient en tête, c'est celui du Pavillon du parc où on a complété la troisième phase de désinstitutionnalisation au niveau de la transformation du Centre Mgr-Proulx. Je vous dirais que, au niveau du Centre de réadaptation La RessourSe, M. Chénier, les travaux se sont terminés...

M. Chénier (Denis): En 2003.

M. Martel (Roch): ...en 2003. Au niveau du CLSC, secteur de Gatineau, l'inauguration s'est faite au printemps dernier...

Mme Harel: Mais la question étant plutôt...

M. Martel (Roch): Oui, excusez-moi.

Mme Harel: ...quand ont-ils débuté?

M. Martel (Roch): Ces travaux-là... M. Chénier, aidez-moi.

Mme Harel: Et la question suivante: Vous en reste-t-il d'autres à faire? Et, si oui, quelles sont les immobilisations qui vous ont été autorisées cette année?

M. Martel (Roch): Oui, est-ce que vous voulez juste répondre à la première partie de question?

M. Chénier (Denis): Oui. Oui. En fait, c'est évident que, dans les travaux, la date de début — là, je n'ai pas la date présentement de l'ensemble des travaux, là — mais la majorité, c'est des travaux qui peuvent s'échelonner sur environ un an, un an et demi. Ça fait que ça nous donne... C'est des travaux qui ont commencé

autour de l'année 2002. Quand on parle de travaux, là, c'est la construction comme telle. Pour ce qui est des priorités de la région...

M. Martel (Roch): Oui. En fait, ce qu'on a sur... Puis j'ajouterais, au-delà du Pavillon du parc, nous avons terminé aussi l'agrandissement, cette année, de l'aile jeunesse du centre Jellinek qui s'occupe de toxicomanie, de dépendance, et donc on a terminé ces travaux-là.

Actuellement, on a, outre ces chantiers-là qui sont en voie de se terminer... nous avons des plans fonctionnels et techniques qui sont au ministère pour nos deux urgences, à Hull et à Gatineau, et l'urgence de Buckingham qui est en attente d'une phase exécution, donc qui serait prête à passer à la phase exécution. Et on est en train de travailler le plan fonctionnel et technique du CHSLD de Hull qui est une résidence pour personnes âgées, qui compte au-delà de 235 lits ou à peu près. On est en train de revoir le plan fonctionnel et technique à ce niveau-là. Donc, c'est les trois gros dossiers pour l'instant pour lesquels on est en attente d'un cheminement au niveau du gouvernement.

Mme Harel: Et quelles sont les immobilisations qui vous ont été autorisées pour 2004-2005 cette année?

M. Martel (Roch): Pour l'instant, on n'a pas de chantier qui débute en 2004-2005.

Mme Harel: Il n'y a pas d'immobilisations?

M. Martel (Roch): Non.

Mme Harel: Je sais que mon collègue a aussi des questions, alors juste avant qu'il entame le dialogue avec vous, j'aimerais savoir, les listes d'attente en maintien à domicile, est-ce que vous avez des listes d'attente en maintien à domicile? Vous nous en parlez à la page 10, du nombre de personnes qui ont reçu des services de maintien à domicile. Vous dites que c'est demeuré pratiquement stable. Mais est-ce qu'il y a toujours une liste d'attente?

M. Martel (Roch): Au niveau des listes d'attente en maintien à domicile, au moment où on se parle, je dirais que c'est marginal, c'est-à-dire qu'on n'a pas beaucoup d'attente en maintien à domicile. On travaille beaucoup sur le niveau d'intensité du maintien à domicile. Il faut dire que, dans les dernières années, l'Outaouais a été une des régions qui a investi beaucoup en maintien à domicile. Donc, on a essayé de maintenir les personnes le plus longtemps possible à leur domicile. La moyenne provinciale est de 12 % au niveau du soutien à domicile; nous, on rejoint 17 % pour les personnes âgées uniquement. On rejoint 17 % des personnes âgées au niveau du maintien à domicile. Donc, actuellement, on travaille sur le niveau d'intensité. Comme on a moins de ressources intermédiaires — je fais le lien avec ce que je disais tout à l'heure — comme on a moins de ressources intermédiaires, on met plus d'intensité de services auprès des personnes âgées pour s'assurer qu'elles ont une meilleure qualité de vie en restant chez elles.

Mme Harel: Ça doit être une population assez jeune, parce que je vois que les services de maintien à

domicile sont stables, c'est-à-dire: 2002-2003, 12 300 personnes...

M. Martel (Roch): ...oui.

Mme Harel: ...2003-2004, 12 378. Donc, il n'y a pas — comment dire donc? — ce vieillissement qui fait que, dans d'autres régions, il y a une pression forte, là, comme au Bas-Saint-Laurent que l'on rencontrait ce matin.

M. Martel (Roch): En fait, la pression, elle est faite de paradoxes un peu comme l'Outaouais, là, c'est-à-dire qu'on parlait des trois MRC tout à l'heure où, là, la population est beaucoup plus vieillissante. Mais, dans le secteur de Gatineau, entre autres, on est capable de le séparer en îlots: Hull, je dirais le Vieux-Hull là — ça a l'air bête à dire — mais Hull a une population qui est beaucoup plus vieillissante contrairement à l'ancien Gatineau, à l'ancien Aylmer et la périphérie autour qui est beaucoup, beaucoup plus jeune. Donc, ça va par îlots.

Mme Harel: Et une dernière question sur le jeu pathologique. Vous avez préparé une intervention spécifique. D'autres régions n'ont pas ce problème, et c'est un problème du fait sans doute de la présence du casino. Est-ce la raison pour laquelle vous avez une problématique de jeu pathologique qui s'est développée dans la région?

M. Martel (Roch): Bien, en fait, on veut s'assurer d'une part de bien comprendre et on a investi... Il y a trois régions au Québec, qui sont les trois régions où il y a des casinos, dans lesquelles il y a des projets pilotes en jeu pathologique. Donc, on veut connaître la clientèle, on veut être capables d'évaluer les besoins et de développer des programmes d'intervention. Donc, les trois régions, c'est Montréal, Québec, avec la Charlevoix, et nous. Donc, on veut s'assurer à ce niveau-là de prendre les devants.

On a investi quelque 1,4 million dans les prochaines années, pour nous en tout cas en Outaouais, en jeu pathologique pour développer des services aux joueurs pathologiques. Donc, on veut s'assurer, là, d'avoir une bonne connaissance des besoins de cette clientèle-là. Donc, ça représente 400 000 \$ par année pour les trois prochaines années, un peu plus de 400 000 \$.

Mme Harel: Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Merci, Mme la Présidente. J'aimerais, si vous permettez, revenir — c'est sans doute des questions qui sont plus de nature de santé publique, là — mais revenir à cet état de situation des trois MRC où on retrouve sans doute des familles et des personnes plus vulnérables, étant donné la situation socioéconomique de ces MRC. Et j'aimerais que vous puissiez commenter la situation de cette population vis-à-vis d'un certain nombre de statistiques que vous livrez dans votre rapport. Par exemple, vous affirmez, avec graphiques à l'appui, en page 30 de votre rapport, que

l'espérance de vie de votre population, en Outaouais, est la plus faible de toutes les régions du Québec.

Par ailleurs, les statistiques concernant les mauvais traitements envers les enfants, qu'on retrouve en page 39, où on observe une augmentation de 14,7 % des plaintes retenues en matière d'abus et de négligence envers les enfants, sont aussi une statistique qui devrait quelque part nous alarmer. Ce qu'on voit dans le fond, c'est une augmentation constante depuis les années 1995-1996. Si on remontait à 1991-1996, on aurait encore une augmentation plus fulgurante.

Est-ce que, dans votre plan régional de santé développé en santé publique et étant donné la nature des déterminants, parce que ce n'est pas simple, cette histoire-là, là, il y a des déterminants très lourds là-dedans: la sous-scolarisation des populations, le manque de revenus pour couvrir des besoins essentiels très souvent dans ces populations, souvent également des configurations de structures familiales qui sont plus vulnérables, plus fragiles, est-ce que vous avez développé une approche eu égard à ces statistiques, notamment sur la question d'espérance de vie mais aussi sur la question de l'abus et de la négligence envers les enfants qui ressembleraient à des plans intégrés vis-à-vis notamment de ces trois MRC, parce que j'imagine que c'est là où ça se manifeste le plus?

● (15 h 20) ●

La Présidente (Mme Charlebois): M. Martel.

Mme Lemieux (Lucie): Oui.

M. Martel (Roch): Allez-y.

La Présidente (Mme Charlebois): Madame, allez-y.

Mme Lemieux (Lucie): Oui. Les données sur l'espérance de vie en bonne santé sont difficiles à départager par territoires de MRC, parce que c'est des petites populations et c'est des indicateurs complexes, de sorte que ce serait difficile d'attribuer principalement aux MRC rurales et peu peuplées le poids de l'espérance de vie en bonne santé qu'on voit pour l'ensemble du Québec. Je pense qu'il faut retenir que, dans le milieu urbain, il y a également ce qu'on appelle des poches de pauvreté importantes et qui contribuent sans doute à cet indicateur-là qui est de mauvaise qualité, effectivement.

Pour ce qui est des MRC rurales, dans le plan d'action régional de santé publique, on a créé un chapitre sur le développement des communautés. Et, dans ça, on a différentes approches d'informer la population de son état de santé et de s'assurer qu'ils comprennent, qu'ils sont mis à contribution à identifier les problèmes, à identifier les solutions. Et donc on a fait un exercice, par exemple, avec les CLSC de les informer de l'état de santé et des données qu'on a.

On a également, par le biais du fonds de développement social... on soutient des projets de développement des communautés, qui émergent de la communauté. Donc, les problèmes sont identifiés par eux, les solutions sont identifiées par eux, et ça doit obligatoirement être des programmes et des projets intersectoriels, donc qui vont rejoindre plus que le réseau de la santé. Et ça, c'est également pour nous une façon de s'assurer que les

déterminants autres que l'offre de service de santé... participent, si on veut. On essaie de mettre ça en marche, là, pour favoriser le développement de ces communautés-là.

Le fonds de développement social est en place depuis trois ans maintenant, et cet automne on va pouvoir faire l'évaluation. On est en train de préparer l'évaluation du fonds pour voir est-ce que... Le fonds de développement permet de soutenir des projets pendant un maximum de trois ans, et on espère qu'en ayant un appui intersectoriel, en ayant d'autres bailleurs de fonds que le fonds de développement social, ces projets-là puissent, dans les meilleurs des cas, continuer de leur propre élan, et c'est ça qu'on va essayer d'évaluer: lesquels ont continué, quels étaient les contextes qui ont permis de faire ça.

Par ailleurs, on a, dans l'Outaouais, une Table Éducation Outaouais à laquelle la régie — ou l'agence maintenant — participe. Et on sait que, dans l'Outaouais, il y a un problème d'abandon scolaire qui est majeur, et c'est conjointement donc avec... La Table Éducation Outaouais regroupe les commissions scolaires, mais également le ministère de l'Emploi, de la Famille et de la Solidarité sociale et la Conférence régionale des élus, l'université. Enfin, il y a différents secteurs qui sont autour de la table.

Une des problématiques sur lesquelles on travaille, c'est l'abandon scolaire. C'est important de voir que l'abandon scolaire a quand même des déterminants qui viennent bien avant l'entrée des enfants à l'école. Donc là, c'est plus les programmes de type Naître égaux — Grandir en santé, Programme de soutien aux jeunes parents qui... En même temps qu'avec le milieu scolaire, des activités ou des projets d'aide à la lecture, d'apprentissage à la lecture même avant l'entrée à l'école, on va essayer d'améliorer, mais à très long terme évidemment, les données sur l'adhésion scolaire.

Les déterminants économiques, c'est plus difficile pour nous de travailler sur ça, mais c'est évident qu'on essaie, et on inclut les partenaires économiques, particulièrement ceux qui sont du secteur gouvernemental, si on veut, les centres locaux de développement et ces genres d'organisations là, dans les travaux, dans la mesure du possible.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon, allez-y.

M. Martel (Roch): Si vous permettez, Mme la Présidente, un petit complément rapide...

La Présidente (Mme Charlebois): Oui, allez-y, M. Martel.

M. Martel (Roch): ...les signalements au niveau de la jeunesse. Effectivement, nous sommes l'une des régions où il y a le plus de signalements, puis c'est historique. À travers la Table Éducation Outaouais en tout cas, c'est un des sujets qu'on veut aborder, notamment avec nos partenaires de l'éducation, et tout ça, pour voir comment en tout cas on peut essayer de gérer ça. À l'inverse, au niveau des signalements retenus, on se retrouve dans la moyenne du Québec. Donc, on a plus de signalements mais les signalements retenus, pertinents, on est dans la moyenne du Québec.

Je dirais que l'avantage qu'on essaie de tirer... de retirer de ce nombre de signalements là, c'est que ça nous permet de les référer directement au CLSC à partir du moment où on a un signalement, même s'il n'est pas retenu, et donc de créer une dynamique d'intervention avec le milieu familial. Donc, si on peut essayer de retirer un avantage, c'est peut-être celui-là.

Dre Lemieux a aussi oublié de mentionner qu'au niveau préventif on a un programme en périnatalité qu'on a implanté partout à l'intérieur de la région, par territoires de CLSC, qui nous permet donc de travailler avec les familles à ce niveau-là. Et cette année un investissement de 600 000 \$ spécifiquement dédié aux actions préventives auprès des jeunes, avec les CLSC, en collaboration avec les communautés ou les commissions scolaires, en tout cas devrait nous aider dans ce secteur-là.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Merci pour ces réponses. Peut-être une petite observation. L'étude d'incidences québécoises sur les mauvais traitements envers les enfants confirmait vos dires, là, à l'effet que, dans la région de l'Outaouais, l'incidence de mauvais traitements envers les enfants était particulièrement élevée mais surtout en négligence envers les enfants. Et c'est une problématique qui est très souvent corrélée fortement à toute la question des faibles revenus, de la détresse économique des parents, très souvent. Donc, cette idée, j'imagine, de lier le développement des communautés avec des interventions de type socioéconomique mais aussi avec des programmes psychosociaux d'intervention en périnatalité est sans doute très porteuse. Mais ce que je me demandais, c'est si, dans les schémas ou dans vos préoccupations d'évaluation, les données d'incidences sur la négligence envers les enfants étaient retenues comme un indicateur principal ou un indicateur important?

Je vais vous dire pourquoi, c'est parce qu'on peut évidemment s'agiter beaucoup dans le développement des communautés, et vous le savez très bien, on peut mobiliser bien des gens, se reconforter à l'idée que tout le monde participe, mais, au bout du compte, est-ce qu'on a un effet sur le problème qu'on veut réduire? Ce n'est pas évident. Et je me posais... Je me suis posé cette question-là très longtemps quand j'étais dans un autre monde, dans un autre univers et je me demande si cette question-là à quelque part vous préoccupe?

La Présidente (Mme Charlebois): Mme Lemieux.

Mme Lemieux (Lucie): Oui. On a... C'est une excellente suggestion. Dans le fonds de développement social, on n'inclut pas cette comparaison-là. En tout cas, que je sache, là, je ne pense pas que la chercheuse l'ait incluse. Il y a aussi que le fonds de développement social, on est pris un petit peu avec le paradoxe de laisser à la communauté le choix de c'est quoi, le projet qu'elle va mettre de l'avant. Donc, on ne peut pas, nous, établir des objectifs de résultat dans le sens de: on veut que ça change le taux de signalements.

Les objectifs qu'on se donne dans le fonds de développement social ou enfin les critères de sélection,

c'est plutôt le processus. Donc, nous, on insiste pour que le processus implique tous les acteurs ou le plus d'acteurs possible et qu'il y ait concertation pour l'identification du problème et la solution qui est retenue. Mais on ne va pas dire: Il faut que vous fassiez des projets de développement des tout-petits, parce que ça va à l'encontre, si on veut, de l'esprit du fonds de développement social. Donc, c'est un peu le commentaire que je ferais.

J'aurais peut-être aussi un autre commentaire. Je me permets... La détresse aussi... la situation de l'Outaouais en termes de difficultés, de données de santé qui sont déplorables dans une certaine mesure, a aussi à voir avec le fait que la population de référence n'est pas nécessairement l'ensemble du Québec mais bien la grande ville d'Ottawa. Les deux tiers de notre population font partie d'une agglomération urbaine qui inclut Ottawa, on sait qu'il y a 50 000 personnes qui traversent la rivière du... de Québec vers Ottawa à tous les jours, 20 000 dans l'autre sens, mais... Donc, la population de référence, c'est le grand Ottawa qui, lui, est beaucoup plus riche, si on veut, que le côté québécois.

La portion québécoise de la grande agglomération urbaine, on a 30 % de la population, mais on a 60 % des pauvres et des très pauvres. Et ça, ça joue sûrement sur l'état de santé, et c'est très difficile, là, de jouer sur des déterminants économiques, là, quand on est dans cette sorte de dynamique là.

La Présidente (Mme Charlebois): M. le député de Vachon.

M. Bouchard (Vachon): Une dernière petite remarque qui, j'imagine, rejoint aussi le développement des communautés. Le gouvernement vient de publier un plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire, et je vois, en pages 50 et 51 de votre rapport, que vous avez fait d'énormes efforts dans le domaine du soutien aux organismes communautaires. De fait, le graphique en page 51 témoigne du fait qu'il y a eu, entre 1995-1996, 2002-2003, une augmentation de 300 % du financement des organismes communautaires. Et, dans ce contexte-là, je me demandais si vous aviez déjà eu l'occasion, entre vous, de faire l'évaluation du nouveau Plan d'action en matière d'action communautaire et comment cela pouvait avoir un impact sur les démarches que vous avez déjà entreprises avec les groupes communautaires.

● (15 h 30) ●

La Présidente (Mme Charlebois): Allez-y, M. Martel.

M. Martel (Roch): D'en faire l'évaluation spécifiquement, à ce moment-ci, non, mais on a un groupe de travail, incluant les organismes communautaires, qui est à regarder l'ensemble de la situation au niveau du fonctionnement des organismes communautaires, de l'impact sur les communautés globalement et sectoriellement de nos interventions au niveau des organismes communautaires. Et effectivement, vous avez raison, quand on le regarde en per capita, nous sommes l'une des régions au Québec qui investit le plus auprès des organismes communautaires depuis plusieurs années. On est en train, en fonction du nouveau cadre de référence qui vient de paraître, de revoir l'ensemble de la

dynamique, nos rapports avec les organismes communautaires, mais on le fait via un groupe de travail qui met en présence les organismes communautaires.

M. Bouchard (Vachon): Alors, ce serait intéressant de faire un suivi de ce dossier-là avec vous l'an prochain, j'imagine. Merci.

M. Martel (Roch): Les résultats, effectivement.

M. Bouchard (Vachon): Merci.

La Présidente (Mme Charlebois): Alors, permettez-moi, M. Martel ainsi que les gens qui vous accompagnent, de vous remercier pour l'excellente présentation et de vous être déplacés pour venir nous rencontrer. Et permettez-moi aussi d'ajourner les travaux de la commission au mardi 14 septembre, à 9 h 30.

(Fin de la séance à 15 h 32)