



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 14 septembre 2004 — Vol. 38 N° 61**

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 (2)

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le mardi 14 septembre 2004 — Vol. 38 N° 61**

**Table des matières**

Auditions (suite)	1
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (ADRLSSSS—Chaudière-Appalaches)	1
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (ADRLSSSS-Estrie)	21
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ADRLSSSS—Mauricie et Centre-du-Québec)	40

**Intervenants**

**Mme Lucie Charlebois, présidente suppléante**  
**M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant**

**Mme Louise Harel**  
**Mme Sylvie Roy**  
**M. Pierre Marsan**  
**M. Henri-François Gauthier**  
**M. Daniel Bernard**  
**M. Camil Bouchard**  
**Mme Francine Gaudet**  
**M. Claude Boucher**  
**M. Michel Morin**  
**Mme Noëlla Champagne**  
**M. Claude Pinard**

- \* M. Marc Tanguay, ADRLSSSS—Chaudière-Appalaches
  - \* M. Pierre Carrier, idem
  - \* Mme Dyane Benoît, idem
  - \* M. Philippe Lessard, idem
  - \* Mme Hélène Cloutier, idem
  - \* M. Stéphane Langlois, idem
  - \* M. Michel Baron, ADRLSSSS-Estrie
  - \* M. Robert Courchesne, idem
  - \* Mme Johanne Turgeon, idem
  - \* M. Normand Couture, idem
  - \* Mme Ginette Dorval, idem
  - \* Mme Nicole Michaud, idem
  - \* Mme Michèle Laroche, ADRLSSSS—Mauricie et Centre-du-Québec
  - \* M. Réjean Duplain, idem
  - \* M. Jean-Denis Allaire, idem
  - \* M. Michel Gervais, idem
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 14 septembre 2004 — Vol. 38 N° 61

**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 (2)**

*(Neuf heures trente-quatre minutes)*

**La Présidente (Mme Charlebois):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je déclare la séance ouverte. Et je rappelle que, pour la bonne marche de nos travaux, je demanderais aux gens qui ont des téléphones cellulaires ou avertisseurs... qu'il est interdit, l'usage de ces appareils dans la salle, alors soit de les mettre hors tension ou carrément les fermer.

Je vais vous rappeler le mandat de la commission. Ce matin, la Commission des affaires sociales se réunit afin d'entendre l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches dans le cadre de l'étude du rapport annuel 2002-2003 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches en application de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Alors, je constate que tous sont présents, je demanderais à M. le président...

**La Secrétaire:** ...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ah, excusez-moi, Mme la secrétaire. Est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. Alors, M. Bachand (Arthabaska) va être remplacé par M. Paquin (Saint-Jean); M. Charbonneau (Borduas) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) par M. Gautrin (Verdun); et Mme L'Écuyer (Pontiac) par Mme Gaudet (Maskinongé).

**Auditions (suite)**

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci beaucoup. Alors, je demanderais à M. Tanguay — c'est ça? — de nous présenter ses invités et de nous faire part de votre présentation. Vous avez 30 minutes pour effectuer la présentation qui va être suivie avec des échanges parlementaires de part et d'autre.

**Agence de développement de réseaux  
locaux de services de santé et de services  
sociaux de Chaudière-Appalaches  
(ADRLSSSS—Chaudière-Appalaches)**

**M. Tanguay (Marc):** Alors, merci, Mme la Présidente. Mesdames, messieurs, alors je vous présente l'équipe qui m'accompagne et me soutient: alors, il y a le Dr Philippe Lessard ici, à ma gauche, qui est directeur de la santé publique; il y a également ici, à ma droite, le Dr Pierre Carrier, qui est directeur des affaires médicales, si vous voulez; et il y a également Mme Dyane Benoît, qui est directrice adjointe à l'organisation des services;

derrière moi, immédiatement à ma gauche, il y a M. Gilles Patry, qui est secrétaire général et directeur des ressources humaines; il y a également Mme Hélène Cloutier, qui est directrice adjointe aux ressources humaines, ainsi que M. Stéphane Langlois, qui agit au titre de directeur des ressources matérielles, financières et informationnelles; et il y a également quelques membres du conseil aussi qui nous accompagnent.

Alors, Mme la Présidente, sans plus tarder, nous vous présentons le rapport pour l'exercice 2002-2003. Il est peut-être important de vous souligner que certaines données ont été actualisées, et la période de questions servira à aller un petit peu plus loin quant à la perspective.

Alors, on apprécie bien sûr l'opportunité qui nous est offerte, en tant qu'agence de santé et de services sociaux, de pouvoir vous exposer les résultats du travail accompli au cours de l'année financière 2002-2003. Notre présentation contient tout d'abord un aperçu de la région de la Chaudière-Appalaches, suivi d'une description du réseau régional, des effectifs médicaux, des organismes communautaires, des ressources humaines, bien sûr des différents programmes ainsi que de la situation financière des établissements. Pour terminer, il sera question bien sûr de la santé publique et des enjeux à venir.

Alors, l'année 2002-2003 aura été une année de vision, de perspective, une année où l'équipe de l'agence aura travaillé de façon importante à prévoir les besoins de la population ainsi qu'à consolider les services. Elle aura été l'occasion d'élaborer notre planification pour les trois années subséquentes, cette année que l'on peut qualifier bien sûr de transition, l'année 2002-2003, puisqu'elle met fin à un plan de consolidation pour les exercices 1999 à 2002 et elle lance bien sûr la perspective pour les années 2003 à 2006.

En tant qu'aperçu pour ce qui est de la région, nous aimerions vous faire part du fait que la région de la Chaudière-Appalaches est une région mi-rurale, mi-urbaine. Sa superficie est de l'ordre de 15 000 km<sup>2</sup>. Elle est constituée de 136 municipalités, neuf MRC et une grande ville qui est la ville de Lévis. Et on estime sa population en 2002-2003 à 393 791 habitants.

Au 31 mars 2003, les effectifs de l'agence se composaient de 13 cadres, 83 employés réguliers à temps complet, 15 à temps partiel, 23 occasionnels et 24 médecins et dentistes, pour l'équivalent de 20 temps complet. Le budget de fonctionnement de l'agence s'élevait à 9,8 millions au 31 mars 2003, dont 5,5 millions affectés aux activités de santé publique. Il est important aussi de souligner que quelque 13 millions s'ajoutaient pour le transport ambulancier, la formation, les fournitures spécialisées aux personnes handicapées ainsi que les allocations aux GMF.

En 2002-2003, notre réseau était constitué de 20 établissements publics et sept privés, soit quatre centres hospitaliers, trois CLSC, huit CLSC-CHSLD, un CHSLD public, cinq CHSLD privés conventionnés,

un CHSLD privé autofinancé et quatre centres de réadaptation, dont le centre jeunesse, le centre de réadaptation en déficience physique, intellectuelle et en alcoolisme, toxicomanie. On comptait 173 organismes communautaires reconnus, 1 336 places en ressources de type famille d'accueil ou de type familial, 398 places en ressources intermédiaires, 12 compagnies ambulancières et plus de 2 000 bénévoles au sein des conseils d'administration.

● (9 h 40) ●

La croissance de la demande de services ainsi que l'imminence d'une vague importante de départs à la retraite incitent fortement à être proactif en matière de planification de main-d'oeuvre. L'agence a fait consensus avec les établissements sur un cadre de référence pour répondre aux besoins futurs de main-d'oeuvre, en termes de planification, bien sûr.

Parmi les actions prévues d'ailleurs en 2004-2005, citons un portrait de la situation pour l'ensemble des titres d'emploi ainsi que la réalisation d'un plan de promotion pour recruter et retenir les ressources humaines dans Chaudière-Appalaches. Il faut aussi noter que Chaudière-Appalaches n'appréhende pas actuellement de pénurie importante de ressources, sauf qu'il y a des fragilités dans différents secteurs pour lesquels il faut s'y attaquer immédiatement si on veut s'assurer de passer à travers, là, la vague de départs à la retraite que nous vivons dans les cinq et sept prochaines années.

En collaboration avec l'Université Laval, l'agence a développé un programme de relève en vue de préparer de futurs gestionnaires. Une première cohorte a permis à 40 d'entre elles de suivre le programme. Près du quart sont déjà en assignation ou ont obtenu des postes au titre de cadre. Sur le plan des ratios d'assurance salaire — c'est extrêmement important; à l'échelle du Québec, on voit que c'est une problématique pour laquelle les gestionnaires doivent s'y attaquer de façon continue — Chaudière-Appalaches est la région la plus performante du Québec depuis quelques années. Des efforts importants devront par ailleurs être consentis pour maintenir cette position.

En 2002-2003, les effectifs médicaux étaient constitués de quelque 596 médecins, soit 369 omnipraticiens et 227 spécialistes, en considérant la pratique médicale bien sûr en cabinet. En omnipratique, le nombre d'équivalents temps complet était de 365, alors que les besoins estimés étaient évalués à quelque 405. Alors, vous voyez là qu'il y a un manque à gagner de l'ordre de quelque 35 équivalents temps complet dans la région. Certains territoires tels Les Etchemins, L'Islet et Bellechasse vivent une situation problématique due notamment au départ de médecins qui antérieurement oeuvraient souvent dans des cabinets autonomes où on retrouvait un seul médecin. Alors, dès le départ du médecin, souvent il n'y a pas de nouveaux médecins qui prennent le relais, et c'est souvent bien sûr dans des régions éloignées, dans des régions rurales telles ces trois MRC.

Des efforts de l'agence ont porté, au cours de l'année 2002-2003, sur l'adoption d'un plan régional des effectifs médicaux en omnipratique, la mise en place d'activités afin de favoriser le recrutement des médecins, le développement des GMF. Déjà, en 2002-2003, on avait une dizaine de propositions sur la table. Neuf projets

ont finalement été accrédités en fin de 2003, et une première accréditation qui a été celle du GMF des Etchemins. Il faut noter qu'au moment où on se parle il y a 10 GMF qui sont accrédités. Il y a déjà quelque 47 500 patients qui sont inscrits à ces GMF pour l'équivalent de 61 % qui sont des femmes et 39 % de personnes inscrites sont des hommes. La tendance à l'inscription va bien. On sent que les personnes trouvent intéressant le concept GMF et on devrait être en mesure d'atteindre les objectifs qui sont prévus par le ministère, éventuellement. On devrait également songer à ce que, d'ici la fin de l'exercice, on ait plus ou moins 20 à 25 groupes de médecine dans la région pour couvrir l'ensemble de la population.

L'adoption d'un modèle d'organisation des services de deuxième et troisième ligne a été également une production de l'année 2002-2003. Elle vise à accroître les services spécialisés accessibles au niveau local et à baliser la référence au centre hospitalier régional, qui est l'Hôtel-Dieu de Lévis, pour les autres services spécialisés. Il est important de mentionner que, dans la région de la Chaudière-Appalaches, les services spécialisés sont déjà fortement hiérarchisés. Par ailleurs, l'Université Laval vient de confirmer la mise en place de deux unités de médecine familiale lourdes, dont l'une pour Les Etchemins et le Centre de santé et de services sociaux de Beauce et l'autre pour le Centre de santé et de services sociaux de Thetford.

En mars 2003, 173 organismes communautaires étaient reconnus par l'agence. 158 organismes ont reçu une subvention dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires. Entre 2000-2001 et 2002-2003, il y a eu des ajouts importants d'argent, puisqu'on est passé de subventions de l'ordre de 9,2 millions à 10,4 millions, soit une augmentation de l'ordre de 1,2 million en ajouts, et ce, sur trois ans. Ce programme demeure toutefois à consolider dans le cadre de la politique gouvernementale sur l'action communautaire. Les données démontrent que ce programme est moins bien financé comparativement au reste du Québec. L'agence est à faire l'état de la situation en vue d'établir les actions à prendre.

L'agence a complété, en 2002-2003, le portrait régional relatif au Programme de lutte contre le cancer et a présenté au ministère un projet pour le développement d'un centre de radio-oncologie à l'Hôtel-Dieu de Lévis, projet retenu par le comité national sur la radio-oncologie. Le programme régional de lutte contre le cancer est en voie d'implantation, notamment pour la mise en place des équipes locales en oncologie et des intervenants pivots.

Afin de venir en aide aux victimes d'agression sexuelle, l'agence a mandaté le Centre de santé Paul-Gilbert à titre de centre désigné pour la région et a contribué à la mise en place d'un deuxième organisme d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel.

Le volet jeunesse, antérieurement couvert par la région de Québec, est en voie d'implantation, notamment pour les 6-12 ans.

Compte tenu du virage ambulatoire, le nombre et le taux d'hospitalisations en santé physique et psychiatrique sont en baisse dans la région depuis l'année 2000, et ce, malgré une légère augmentation de la population. Ça démontre donc que l'augmentation de l'activité

ambulatoire, de la chirurgie ambulatoire a permis de compenser au regard de l'augmentation des besoins de la population. La durée moyenne de séjour en courte durée pour 2002-2003 se présentait ainsi: en chirurgie, 7,3 jours; en médecine générale, 6,1; en obstétrique, 2,9; en psychiatrie, 16,9. Ces données démontrent une performance supérieure à la moyenne provinciale.

Au cours de l'exercice 2002-2003, la région présentait des délais d'attente pour une chirurgie dépassant ce qui est médicalement souhaitable. L'année 2003-2004 aura été l'occasion d'investissements de quelque 540 000 \$ en vue de réduire le nombre de cas hors délai. Ainsi, 626 chirurgies supplémentaires ont été réalisées, notamment en chirurgie d'un jour et pour les chirurgies de la cataracte et les prothèses du genou et de la hanche. En fait, il s'agit d'un réel accès à des services supplémentaires qu'on n'avait pas auparavant.

L'accroissement et le vieillissement de la population, l'ajout de nouveaux services comme l'hémodialyse, la pose de cardiosstimulateurs, l'augmentation du taux de rétention de la clientèle de la région, qui est passé dans les six dernières années de 65 % à 73 % pour ce qui est des hospitalisations, et la diminution du nombre de lits d'hospitalisation pour traiter plus de patients en mode ambulatoire se sont traduits par une hausse de la clientèle sur civière à l'urgence. Malgré cette situation, la durée moyenne des séjours à l'urgence dans la région demeure inférieure aux normes fixées par le ministère. Il est à noter que le Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis, qui est un centre affilié universitaire, s'est particulièrement illustré au niveau de sa performance à l'urgence au cours des dernières années. Entre 1995-1996 et 2002-2003, sa clientèle à l'urgence est passée de 9 000 patients sur civière à 18 500, soit une augmentation de plus de 100 %. Malgré cette hausse, la plus importante dans un centre hospitalier au Québec, l'Hôtel-Dieu de Lévis a maintenu son niveau de performance à l'intérieur des standards fixés par le ministère pour ce qui est de la durée de séjour à l'urgence, et ce, tout en soutenant le Centre hospitalier Beauce-Etchemin aux prises avec un problème sévère de pénurie d'effectifs médicaux à l'urgence.

L'Université Laval et le CHA Hôtel-Dieu de Lévis ont annoncé récemment la mise en place d'une chaire de recherche en médecine d'urgence, ce qui confirme l'excellence des pratiques en place.

L'ensemble de la population est desservie par six centres téléphoniques 9-1-1. Ceux-ci établissent un contact direct avec la centrale des appels urgents chargée de la répartition des ambulances.

Les services préhospitaliers d'urgence sont constitués d'un centre de communication santé, de 21 services de premiers répondants, 12 compagnies ambulancières comprenant une flotte de quelque 43 véhicules. Il y a eu 22 966 transports ambulanciers en 2002-2003.

Deux dossiers particuliers dans le domaine du préhospitalier ont fait l'objet d'une attention particulière, d'abord l'élaboration d'un projet d'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence introduisant de nouvelles pratiques d'urgence uniformisées à l'échelle de la région, une prise en charge plus rapide du traitement grâce à l'introduction de nouvelles technologies de communication et de transfert d'information, ainsi que l'initiation, par les ambulanciers, de traitements

spécialisés avant l'arrivée au centre hospitalier, et ce, grâce à une intervention médicale à distance.

Un deuxième dossier également qui a fait l'objet de priorisation dans le secteur préhospitalier est l'actualisation du plan régional des mesures d'urgence qui a permis de structurer les actions, définir les priorités et les responsabilités des intervenants advenant un événement majeur où la santé et la sécurité de plusieurs citoyens sont à risque.

● (9 h 50) ●

Chaudière-Appalaches a réalisé depuis plusieurs années la transformation du réseau de services en santé mentale et la mise en place d'équipes multisectorielles de suivi communautaire pour les personnes aux prises avec des problèmes graves et persistants de santé mentale. Les services de crise sont offerts par les équipes de jour et par Urgence-Détresse pour les soirs, nuits et fins de semaine. Il faut noter qu'il n'y a pas d'attente pour les admissions en courte durée psychiatrique.

En 2002-2003, la région s'est dotée d'un programme de soutien au logement autonome pour les personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants. Elle s'est dotée également d'un modèle régional d'organisation des services pour les personnes ayant un problème de santé mentale et aux prises avec le système judiciaire, et enfin d'un mécanisme d'accès aux services en pédopsychiatrie favorisant la prise en charge de la clientèle par les équipes locales de pédopsychiatrie.

En janvier 2002, l'outil d'évaluation multiclientèle a été implanté et est devenu l'unique outil utilisé pour identifier les besoins de soins, de services pour les personnes en perte d'autonomie. Les personnes âgées hébergées dans les CHSLD recevaient en 2002-2003 2,5 heures de soins, alors que la demande se situe à 4,1 en moyenne. Le taux régional de réponse aux besoins est donc de 63,1 %. L'objectif bien sûr de l'agence est de rehausser à 70 % ce taux. Il faut noter qu'avant 2000 le taux régional était bien inférieur à 60 %; nous avons des 50 %, 51 %, 52 %, 53 % de taux de réponse. Grâce à des crédits de développement, l'agence a réussi à porter et à maintenir le taux à 63 % au cours des dernières années.

En 2002-2003, il y a eu 1 079 admissions en CHSLD. 164 personnes étaient en attente au 31 mars 2003. La durée moyenne d'attente à l'admission était de 38 jours. L'équivalent en lits dressés en hébergement de longue durée était de 2 096 lits. En 2002-2003, le ratio lit par 100 personnes âgées de plus de 65 ans était de 4,1. Il faut noter que la cible visée est de l'ordre de 3,5. On est rendu en 2004-2005 autour de 3,8. Alors, avec bien sûr l'accroissement de la population âgée, il y aura un retour aux normes prévues.

Au cours de l'été 2002, faisant suite à un projet de la table régionale des responsables des ressources d'hébergement, l'ensemble des CHSLD publics et privés conventionnés du territoire ont souscrit à une évaluation indépendante de leur situation pour connaître le degré d'implantation de l'approche milieu de vie. À la suite de ces évaluations, tous les établissements de la région ont mis en place un plan d'action pour la mise en oeuvre de ce concept. Le Centre de santé de la MRC de L'Islet a développé un concept d'hébergement en lieu et place de l'hébergement institutionnel, orienté sur la nouvelle philosophie de milieu de vie, apparenté le plus possible

à un modèle familial et moins institutionnel. En fait, il s'agissait de deux CHSLD, deux installations d'environ 35 à 36 places qui étaient désuètes et qui commandaient des constructions neuves, si bien qu'il fut suggéré de développer un projet formé de quatre jumelés de 16 personnes au lieu de ces deux CHSLD et de développer une approche milieu de vie. Ce projet est en voie de se construire au moment où on se parle.

Cinq territoires de CLSC ont expérimenté la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie. Après évaluation, les réseaux de services intégrés ont été mis en place dans l'ensemble de la région.

Enfin, dans le cadre des visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD, où 47 installations ont été visitées par les équipes ministérielles, il faut noter que le Foyer d'Youville, à Montmagny, est le seul CHSLD au Québec à avoir reçu une note parfaite pour l'excellence de son approche milieu. Il faut noter ici qu'il y a eu cinq visites dans la région, et il n'y a pas de problème majeur. Il faut également mentionner que déjà des plans d'amélioration sont en voie d'implantation.

Les données 2001-2002 du ministère indiquaient que les services à domicile des CLSC rejoignaient 17,7 % des plus de 65 ans et plus. 8 821 personnes âgées ont reçu en moyenne 19,3 interventions à domicile. Le soutien à domicile, pour 2002, a rejoint, toutes clientèles confondues, 10 616 usagers, dont 9 427 personnes de 75 ans et plus. Les données actuelles montrent que la région présente un taux de pénétration nettement supérieur à la moyenne, puisqu'il atteint 17,8 %, alors que le Québec est à 12,5 %. Peu de personnes sont en attente de services. Cependant, des efforts devront être consentis pour accroître l'intensité des services, puisque la région effectue en moyenne quelque 19,3 interventions comparativement à la cible recherchée par le ministère qui est de 20,5. Les dépenses totales consenties aux services à domicile s'élevaient en 2002-2003 à 19,2 millions.

Le centre de réadaptation en déficience physique a été créé en juillet 1999. La présence d'un établissement de réadaptation dans la région et l'ouverture des points de services de l'Amiante et Montmagny, en plus de ceux de Charny et de Beauce, ont permis de desservir davantage la clientèle. L'organisation décentralisée des services permet aux clientèles de recevoir des traitements près de leur milieu de vie.

Avant la mise en place du centre de réadaptation, les statistiques d'utilisation des services de l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec montraient que la population de Chaudière-Appalaches utilisait 50 % moins de services en déficience physique que celle de la région de Québec, alors que le taux d'incapacité était similaire. Une portion importante de la population en fait se privait de services en raison notamment des distances. Alors, l'implantation d'un centre de réadaptation en Chaudière-Appalaches constitue un gain net important en termes d'accès aux services.

En 2002-2003, 2 350 personnes étaient inscrites afin de recevoir des services du centre de réadaptation. Son budget est passé de 2,38 millions en 2000-2001 à 5 millions en 2002-2003, soit une augmentation de 111 %. Malgré les efforts consentis, la liste d'attente est demeurée importante, puisque, en septembre 2002, elle était de 449 personnes et elle a été maintenue à ce

niveau-là jusqu'à récemment. Cependant, un plan d'action a été mis en place pour réduire la liste d'attente de 50 % d'ici la fin de 2005, et des investissements y sont consentis au moment où on se parle.

En 2002-2003, le centre de réadaptation en déficience intellectuelle desservait en externe 1 980 personnes. Dans le cadre du plan d'intégration à la communauté de la clientèle de l'Hôpital Saint-Julien, le centre de réadaptation a assuré la prise en charge de 182 personnes, ce qui représentait 47 % de la clientèle de ce dernier établissement qui était de l'ordre d'environ 400 personnes. Le projet d'intégration a été réalisé avec la région Mauricie—Centre-du-Québec. On peut qualifier l'opération de succès d'intégration sociale.

La région comptait, en 2002-2003, 76 familles ayant un enfant avec des troubles envahissants du développement, et 22 familles étaient en attente de mesures de soutien. La complémentarité entre les établissements a été revue, et toute la gamme de services, dont les volets dépistage et stimulation précoce, a été consolidée. De plus, compte tenu des investissements ministériels de quelque 230 000 \$ consacrés à cette clientèle, l'agence a fixé la cible à zéro pour les enfants en attente de soutien.

Depuis 1998, des équipes jeunesse-famille ont été implantées par territoire de MRC et oeuvrent à l'action intersectorielle et au développement des services. Le développement du programme régional de soutien intensif aux familles ayant des jeunes 6-17 ans qui vivent une situation temporaire de crise familiale ou de trouble de comportement pouvant entraîner le placement du jeune à court terme a été mis en place en partenariat avec les centres jeunesse.

Également, depuis 1998, des services de pédopsychiatrie ont été déployés dans chacun des quatre territoires de centres hospitaliers. À l'instar de d'autres régions du Québec, le modèle de services retenu a permis de diminuer significativement la liste d'attente en pédopsychiatrie. Ce modèle permet ou met à contribution des équipes multidisciplinaires locales en pédopsychiatrie ainsi que des omnipraticiens, permettant de limiter le recours aux services des pédopsychiatres pour les seuls cas complexes. Il s'agit encore ici d'un projet novateur unique qui pourrait bien être généralisé dans d'autres régions qui manquent de pédopsychiatres.

L'implantation d'une entente multisectorielle relative à la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique a été convenue avec les intervenants des différents milieux tels le milieu scolaire, les centres jeunesse, CLSC, services hospitaliers, et autres. Bien sûr, l'agence a contribué au développement d'une entente de complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation.

Il faut noter que les centres jeunesse auront retenu en 2002-2003 quelque 1 283 signalements sur les 3 322 reçus, soit environ 40 % de tous les signalements. Or, le taux de signalement en Chaudière-Appalaches, le taux de signalement retenu était l'un des plus faibles au Québec, et il faut mentionner que l'évolution des données nous montre une augmentation importante des volumes.

● (10 heures) ●

Les centres jeunesse, qui font maintenant face à une augmentation de volume pour l'année 2003-2004 et

même 2004-2005 de quelque 10,5 % et à une rétention des signalements de plus de 35 %, devront composer avec cette nouvelle réalité. C'est une situation qui exerce une pression très forte sur les ressources, et l'agence bien sûr, en collaboration avec le centre jeunesse et les centres de santé et de services sociaux, est à déployer un plan d'action pour tenter d'endiguer le phénomène. Donc, un centre jeunesse qui longtemps a retenu moins de signalements qu'ailleurs au Québec, mais le rattrapage s'est fait au cours des 18 derniers mois, si bien qu'on est dans une situation de pression maintenant qu'il nous faudra solutionner.

La moyenne des heures d'ouverture des CLSC était de 54 heures-semaine pour l'accueil social et 60 heures-semaine pour les soins infirmiers courants. Tous les territoires de CLSC sont couverts par une garde en soins infirmiers 24/7. L'agence a convenu avec les établissements de relever graduellement l'accessibilité horaire à ce type de services, et on compte y arriver bien sûr dans les prochains exercices.

Le modèle d'organisation d'Info-Santé offre une réponse décentralisée le jour dans les CLSC et centralisée le soir, la nuit et les fins de semaine dans une centrale régionale. La clientèle rejointe par le service est en croissance dans la région. Le nombre d'appels était, en 2002-2003, de quelque 135 467. Les délais moyens d'attente avant d'entrer en communication avec une infirmière sont en diminution. Par ailleurs, au cours des prochains exercices, l'agence compte revoir le modèle régional d'Info-Santé et considérer la faisabilité d'une réponse centralisée 24/7 pour l'ensemble de la région.

L'agence a également procédé à la révision de son plan directeur régional en ressources informationnelles. Le but de cette démarche était d'assurer l'évolution et la gestion des systèmes d'information, planifier l'allocation des ressources et identifier le niveau d'investissement à consacrer aux technologies de l'information.

Dix projets ont été retenus dans le cadre du plan directeur 2002-2003. Qu'il suffise de citer quelques projets qui sont majeurs et qui sont en relation directe avec les services clientèles: l'informatisation des GMF notamment, l'informatisation des laboratoires, le système Plan d'intervention jeunesse, PLJE, le système d'information clientèle en hébergement et soins de longue durée, le système d'information intégré sur les services d'activités transfusionnelles et d'hémovigilance, le système d'information de gestion des départements d'urgence.

Le plan sera mis à jour bien sûr en fonction des priorités ministérielles et en appui à l'implantation des réseaux locaux de services. Notre but bien sûr est de favoriser la circulation de l'information clinique, favoriser l'intégration des services et utiliser nos systèmes d'information en soutien au cheminement des personnes dans le système.

En 2000-2001 et 2002-2003, entre ces deux années financières, le budget net de fonctionnement des établissements est passé de 394 millions à 437 millions, soit une hausse de 10 %. Au 31 mars 2003, le déficit accumulé représentait 11,5 millions, soit 2,5 % du budget net de fonctionnement des établissements. Les difficultés financières se concentraient dans les centres hospitaliers, les déficits accumulés étant essentiellement dus à l'effet volume, mais aussi bien sûr à l'effet coût. Des mesures

ont été prises pour ajuster à la hausse les budgets des centres hospitaliers en tenant compte de l'évolution des besoins et pour permettre le retour à l'équilibre sur trois ans. D'ailleurs, le déficit de cette année était estimé à 9,5 millions. Il est ramené en 2004-2005 à 6,2, puis un tiers sera également diminué pour l'année 2005-2006, pour atteindre l'équilibre, je le répète, sur trois ans.

Les projets d'immobilisations sont nombreux et sont nécessaires en raison de la vétusté, de la mise aux normes qui est requise ainsi que des volumes d'activité engendrés par un accroissement de la demande de services. En 2002-2003, il y eut la construction du CHSLD privé conventionné Pavillon Bellevue de même que l'attente pour l'autorisation de débiter les travaux de construction du CLSC-CHSLD de la MRC Nouvelle-Beauce. Quatre projets étaient à l'étude au ministère en 2002-2003, dont l'agrandissement et le réaménagement du Pavillon des Augustines à l'Hôtel-Dieu de Lévis, le réaménagement du Centre de santé Les Etchemins, la construction d'un CHSLD en lieu et place du Pavillon Saint-Joseph dans la région de l'Amiante, ainsi que l'agrandissement du Centre de santé Les Etchemins... pardon, du Centre de santé Paul-Gilbert pour y loger la réadaptation physique. Neuf autres projets ont été recommandés au ministère. Cinq sont également au stade de l'évaluation préliminaire à l'agence.

En santé publique, il faut noter que la Direction de la santé publique a revu son plan d'action de la politique de la santé et du bien-être et a proposé des mesures concrètes pour le volet majeur qu'est le virage prévention. Elle s'est principalement impliquée dans des dossiers tels la prévention des problèmes psychosociaux chez les enfants, les jeunes et leurs familles — il faut noter que plus de 200 projets ont été réalisés en 1999-2002, et les mêmes projets ont été réactualisés — le soutien aux jeunes parents, la réduction du tabagisme. Il y a 11 centres d'abandon qui ont été mis en place et, dans la région de Chaudière-Appalaches, un projet fort prisé, qui s'intitule *Méchant problème*, qui a été déployé dans toutes les écoles pour les élèves de deuxième cycle au primaire, projet qui vise en sorte d'éviter que les jeunes débütent la consommation de tabac et qui est actuellement exporté ailleurs au Québec et en Europe.

Bien sûr, il y a eu des activités en santé cardiovasculaire, en prévention des traumatismes routiers, du côté des infections transmises sexuellement, dans le domaine bien sûr de la santé au travail, parce que vous savez que la région de la Chaudière-Appalaches comporte beaucoup, beaucoup d'entreprises où on a des situations de lésions, de bruit et de surdité qui doivent être endiguées. Et on a travaillé sur d'autres domaines comme l'eau potable, puisque, en lien avec la production porcine, les risques à la santé augmentent, et la Direction de la santé publique, à cet égard, a participé aux travaux du Bureau des audiences publiques sur l'environnement.

La région présente un taux de suicide de 26,3 par 100 000 habitants, l'un des plus élevés au Québec. Plus de 100 personnes, majoritairement des hommes, décèdent par suicide à chaque année dans notre région. Bien sûr, un plan d'action global a été élaboré et est présentement en plein déploiement. Et il porte sur des mesures spécifiques pour encore une fois endiguer ce phénomène, et des actions supplémentaires sont également déployées. Tout à l'heure, le directeur de la santé publique pourra

faire état des principaux projets qui sont actuellement en cours pour soutenir les personnes en difficulté.

L'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux représente un défi majeur et viendra conditionner tous les travaux de l'agence. Chaudière-Appalaches comptera désormais 10 établissements publics, dont cinq centres de santé et de services sociaux et cinq établissements à vocation régionale. L'agence supportera le réseau dans l'ensemble du processus d'implantation bien sûr et de changement, et surtout dans l'implantation des projets cliniques. L'agence compte prioriser des gains tangibles pour la population en termes d'accessibilité, d'intégration des services et de cheminement des personnes.

Au cours des prochains mois, nos actions s'articuleront principalement autour des axes suivants: développement soutenu des services de base pour améliorer l'accessibilité, l'accessibilité aux services médicaux qui demeure encore un problème dans certaines parties du territoire; l'amélioration et la continuité de l'intégration des services; la prévention accrue des maladies et des problèmes sociaux; l'action intégrée pour résorber la pénurie de main-d'oeuvre. Enfin, bien sûr des dossiers spécifiques comme les ententes de gestion à intervenir entre des établissements et l'agence seront mis en place, le but étant de s'assurer d'une juste reddition de comptes établissements-agence-ministère, mais également bien sûr Assemblée nationale.

Au chapitre des ressources humaines, tous les acteurs oeuvrant dans les établissements seront au coeur des changements du réseau. Le développement et la mise en place de stratégies axées notamment sur l'organisation du travail, l'attraction et la rétention, la gestion de la présence au travail, le développement des compétences s'avèrent essentiels et constitueront les priorités d'action de l'agence.

Dans le cadre de la mise en place des centres de santé et de services sociaux, les efforts devront se concentrer sur la circulation de l'information clinique et la mise en place de systèmes d'information adaptés. La nécessité de consolider localement l'information disponible et de la partager en temps réel, la volonté de mettre en réseau et d'intégrer les technologies, le déploiement de l'imagerie numérique nous obligent à revoir notre planification pour faire face aux nouvelles réalités et supporter les objectifs d'intégration de services, et bien sûr supporter la nouvelle dimension que l'on a mise en place qui est de faire en sorte que chaque réseau ait une responsabilité populationnelle.

La mise en oeuvre du plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique se poursuivra en tenant compte des nouvelles configurations du réseau. On débutera également l'application du plan régional de surveillance de l'état de santé de la population, la mise en oeuvre d'un processus continu d'assurance qualité pour mieux répondre aux différentes clientèles et la consolidation de la fonction vigie de l'équipe en protection de la santé.

● (10 h 10) ●

En conclusion, nous sommes heureux d'avoir pu vous présenter notre rapport 2002-2003 ainsi que quelques éléments de perspective. Il demeure que notre défi pour la région est l'accessibilité, l'intégration des services. Bien sûr, le cheminement des personnes, il faut le faciliter,

et nous sommes convaincus que les établissements, que le réseau de la région, que les partenaires, que les organismes communautaires sont bien positionnés pour faire face aux besoins futurs de la population régionale en considération bien sûr que les effets volumes se font sentir et que des ressources devront être mises à contribution. Merci.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci, M. Tanguay. Alors, nous allons débiter la période d'échange avec les parlementaires, et je vais reconnaître la députée d'Hochelega-Maisonneuve, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

**Mme Harel:** Merci, Mme la Présidente. En fait, c'est exceptionnel que ce soit l'opposition qui débute cet échange avec vous. J'en remercie le député de Robert-Baldwin ainsi que ses collègues. C'est que nous devons, Mme la députée de Lotbinière et moi, vous quitter à l'occasion de cet événement sur le Bicentenaire du Code civil. Et je dois vous dire que j'y ai passé quelques mois ou quelques années de ma vie, à cette réforme du Code civil. Alors, ça a lieu à 11 heures. Donc, je les remercie vraiment.

Mon collègue le député de Vachon et moi-même, nous nous disions il y a quelques minutes à quel point ce serait impossible de se passer du niveau régional. Nous nous demandions si le gouvernement allait aller de l'avant avec son engagement électoral, une fois complétés les centres locaux, d'abolir le niveau régional. Puis on se disait que c'était impossible, c'était impensable parce que cette vision d'ensemble, là, d'une région, d'une... c'est-à-dire non pas simplement un portrait, mais c'est aussi... d'une façon très dynamique, cette intervention concertée que permet le niveau régional, personne d'autre en fait ne pourrait y arriver.

Alors, je veux vous saluer, M. Tanguay et également Dr Lessard, Dr Carrier et Mme Benoît, ainsi que les personnes qui vous accompagnent. C'est extrêmement complet. Alors, je sais que mes collègues de tous les côtés de cette commission auront l'occasion d'échanger sur un certain nombre de sujets avec vous. Alors, moi, j'aimerais savoir, dans le changement intervenu entre la régie et l'agence, quels sont ces changements qui sont survenus au niveau des missions. Est-ce qu'il y a une différence entre ce qu'était la régie en 2002-2003 avec ses missions et ce qu'est l'agence maintenant en 2004-2005?

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

**M. Tanguay (Marc):** D'abord, il faut se rappeler que la loi a été modifiée et a fait en sorte que les agences ont hérité bien sûr des responsabilités des anciennes régies régionales. Cependant, il y a, je dirais, des responsabilités qui ont été ajoutées et qui à notre sens sont extrêmement importantes, comme tout ce qui gravite autour de la reddition de comptes.

Les agences, avec la création des centres de santé et de services sociaux, sont appelées à décentraliser davantage certaines activités au chapitre de l'organisation des services. Donc, on a créé des établissements locaux plus robustes, habilités à organiser les

services sur un territoire plus vaste. Donc, cette partie d'activité sera moins présente au niveau de l'agence. Cependant, l'agence continuera à assumer les dimensions d'organisation de services et bien sûr d'arbitrage entre les réseaux locaux, mais de moindre importance comparativement à ce qu'on avait auparavant.

Il faut noter que la responsabilité d'organisation de services des agences va se traduire davantage dans le soutien à la mise en place de ce qu'on appelle les projets cliniques. Chaque centre de santé et de services sociaux aura la responsabilité de développer son projet clinique avec ses partenaires locaux: médecins, pharmaciens et autres professionnels. Donc, nous serons plus en soutien, coordination qu'en implication directe dans l'organisation des services locaux. Alors, c'est un des changements.

On a parlé tout à l'heure de la reddition de comptes qui est renforcée, renforcée parce que, dans les dernières années, bien sûr on consignait des données de volume d'activité, mais on était dans un suivi qui était beaucoup moins soutenu. À partir de la mise en place notamment des ententes de gestion, qui sont d'ailleurs prévues dans le cadre législatif, chaque niveau a une responsabilité — le ministre, l'agence ainsi que les établissements — et ça nous interpelle tous ensemble, je dirais, à des nouveaux modes de collaboration. Le fait également que le nombre d'établissements soit moins important nous invite à un mode de gestion qui est différent au niveau régional. Dit autrement, nous serons, autour d'une table, une dizaine de directions générales à réfléchir sur les besoins de la population, comment y répondre, comment s'associer, comment définir de nouveaux services mieux adaptés aux besoins. Alors, dans ce cadre-là, on pense que l'agence, en termes d'animation, en termes de leadership, l'assumera différemment dans l'approche agence.

**Mme Harel:** ...l'intervention que vous venez de faire que vous considérez que vous avez toujours un rôle à jouer. Est-ce que c'est le cas?

**M. Tanguay (Marc):** La réponse est oui. On pense que le niveau régional est important. Il a montré, dans le cadre de la transformation importante qu'on a faite au cours des derniers mois, qu'il pouvait assumer des responsabilités, animer les milieux locaux, animer le réseau régional pour trouver des solutions d'agencement de services qui sont les plus optimales.

**Mme Harel:** Je vais vous poser des questions en vrac et en souhaitant que vous puissiez soit nous donner les réponses maintenant ou peut-être nous les transmettre via le secrétariat de la commission. Notamment, sur les cas hors délai, à la page 11 de votre présentation, vous dites que l'année 2003-2004 aura été l'occasion d'investissements en vue de réduire le nombre de cas hors délai, et vous nous parlez des chirurgies supplémentaires. Cependant, la compilation que j'ai effectuée en date du 7 septembre — donc, c'était il y a une semaine — montre que les cas hors délai médicalement acceptable ont augmenté dans tous les cas de chirurgie. Il y a peut-être eu plus de chirurgies, mais il y a encore plus de nos concitoyennes et concitoyens qui sont hors délai médicalement acceptable dans l'ensemble des chirurgies, qu'elles soient cardiaques ou cataractes, et

autres. Alors, est-ce que c'est le cas? Parce que, tel que présenté ici, ça ne semble pas... Vous semblez nous dire qu'il y a eu réduction des cas hors délai médicalement acceptable. Est-ce que c'est... Qu'est-ce que c'est exactement? Il y a une confusion, là, dans la présentation.

**M. Tanguay (Marc):** En fait, effectivement il y a eu 626 chirurgies supplémentaires. Donc, ce sont des services additionnels qui se sont ajoutés. Cependant, l'effet volume nous a rattrapés. Il y a également, dans la région, des listes d'attente qui étaient non connues qui ont été mises en évidence, si bien que le nombre de cas hors délai, malgré les investissements additionnels, sont dans un état, je dirais, de constance ou de légère hausse. Le Dr Carrier pourrait éventuellement vous répondre de façon plus pointue si vous le souhaitez.

**Mme Harel:** On pourrait peut-être avoir les chiffres également.

**M. Carrier (Pierre):** Oui, ça va. Alors, une des raisons, on sait que, je dirais, la tenue des listes d'attente... au moment où le programme de réduction a été débuté, là, on s'est aperçu qu'il y avait beaucoup de médecins qui avaient des listes d'attente de leur côté qui n'étaient pas... donc qui ne traduisaient pas la réalité. Alors, c'est une partie de l'explication pour l'augmentation, là. C'était particulièrement vrai pour ce qui est des cataractes et des prothèses genou et hanche. Alors donc, on a récupéré la totalité des cas qui étaient en attente pour les ramener réellement dans les listes d'attente qui sont connues et répertoriées maintenant. Alors, je pense, c'est la raison principale de la modification.

Une autre chose aussi, c'est qu'il y a certains... on a certains établissements qui ont, je peux dire, un délai d'attente qui est minime à travers nos quatre établissements, et la publicité qui a été faite autour des établissements qui avaient peu de listes d'attente a fait qu'il y a eu des demandes de l'extérieur qui sont parvenues également dans la région.

**Mme Harel:** Vous évaluez à combien les personnes de votre région qui sont en attente hors délai médicalement acceptable? Vous avez des chiffres?

**M. Carrier (Pierre):** Actuellement qui sont... combien, là, hors délai? Alors, si on parle des personnes qui étaient en attente hors délai, il y avait 862 personnes en mars 2004. Alors, j'ai fait le relevé, là, pour ce qui était de la fin de l'année 2003-2004, 862 qui étaient hors délai, puis une production supplémentaire qu'on s'attendait de faire d'au-delà de 200 cas.

**Mme Harel:** Alors, je vous remercie. Ça, c'étaient les chiffres de mars 2004?

**M. Carrier (Pierre):** Mars 2004.

**Mme Harel:** 2004. En matière de médecine de famille, alors vous nous dites à la page 8 de votre mémoire: Le premier groupe de médecins de famille a été implanté à Etchemin, et c'était vraiment de l'innovation. Il y en a déjà 10 qui ont été accrédités et qui, dès le départ, en fait se sont inscrits, là, dans cette façon de faire la

médecine. Combien d'autres prévoyez-vous? Ça, c'était en 2002-2003. Combien y en a-t-il eu en 2003-2004 et combien y en aura-t-il cette année?

• (10 h 20) •

**M. Tanguay (Marc):** En fait, il y en a un qui s'est ajouté, là. Neuf avaient été accrédités, là, vers la fin de 2003, début 2004. Par la suite, dans la dernière année, un seul s'est ajouté. Il faut dire que nous avions déjà 10 groupes de médecine de famille, et l'orientation était à l'effet de faire en sorte qu'à l'échelle du Québec on réussisse à en déployer un peu partout. Donc, il y a eu un certain ralenti. Cependant, on est à l'étape, là, de redémarrer un nouvel exercice qui permettrait d'ajouter une nouvelle cohorte. Alors, des travaux se débloquent au moment où on se parle.

On pense que le nombre de GMF pour couvrir l'ensemble de la population régionale, qui est de 393 000, devrait atteindre entre 20 et 24 GMF. Donc, on en a déjà 10. Il y a quelque 47 500 personnes qui sont déjà inscrites aux premiers groupes. Ils n'ont pas parfaitement atteint leur vitesse de croisière, parce que graduellement, vous savez, les personnes s'y inscrivent, mais à terme nous devrions avoir 20 à 25 GMF.

**Mme Harel:** Combien de projets débutent? Vous nous dites: Des projets débutent. Combien y en a-t-il qui débutent cette année?

**M. Tanguay (Marc):** Dr Carrier.

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

**M. Carrier (Pierre):** Alors, actuellement il y en a un qui s'est ajouté, là, qui est dans le territoire de Lotbinière, et présentement il n'y a pas de demandes en suspens qui sont donc, je dirais, en attente présentement. Notre intention... On sait qu'au départ, là, le fait qu'on était la région qui en avait le plus qui étaient accrédités faisait qu'on nous a un petit peu signifié qu'il ne fallait peut-être pas s'attendre à ce qu'on soit la région, je dirais, de prédilection, là, pour l'année 2004-2005, et c'est pour ça qu'on a travaillé à consolider les groupes qui étaient déjà démarrés. Alors, c'est là-dessus surtout qu'on a porté notre attention.

Dans l'année en cours, notre intention, c'est d'essayer de solliciter particulièrement des territoires où il n'y en a pas du tout, d'essayer d'introduire donc des groupes de médecine de famille dans chacun de nos territoires, là, qui étaient les anciens territoires de CLSC. Donc, dans les 11 territoires, il y en a cinq qui sont représentés, et on souhaite pouvoir atteindre les 11, là, territoires, qu'il y ait au moins un groupe de médecine de famille d'ici les deux prochaines années.

**Mme Harel:** Merci. Alors, en matière d'hébergement, je voyais dans votre mémoire, là... dans votre présentation plutôt, à la page 5, qu'il y a des places en ressources de type familial et en ressources intermédiaires assez nombreuses, là, quand on compare avec d'autres régions: 1 336 places en ressources de type familial, 398 en ressources intermédiaires. Ma première question porte sur l'évaluation que vous avez, je pense, faite cette année de ces places en ressources de type familial et en

ressources intermédiaires. J'aimerais que vous nous en parliez. Vous avez, je pense, à l'agence, procédé à une évaluation de ce type d'hébergement.

Et puis j'aimerais aussi, puisque vous en avez parlé, aborder avec vous le remplacement, si vous voulez, ou la fermeture des soins de longue durée de Sainte-Eugénie et de Sainte-Perpétue. Il y avait donc là deux CHSLD, un de 36 personnes à Sainte-Eugénie, 40 personnes à Sainte-Perpétue, dont des soins de longue durée dans le secteur public, et les personnes vont être déplacées vers des projets privés, n'est-ce pas? Alors, dans ce transfert, ce que j'aimerais savoir — je regardais, par exemple, ici, à Montmagny-L'Islet, il y a 322 000 \$ qui a été accordé, là, dans le cadre des partenariats public-privé pour Montmagny-L'Islet et 273 000 \$ pour le Grand Littoral — ce que j'aimerais savoir, c'est: Est-ce que ce ne sont que pour des services professionnels? En d'autres termes, les services domestiques, là, ceux qui consistent non pas aux soins à la personne, mais à tout son environnement, en fait l'entretien de son milieu, les repas, etc., qui va payer pour ça? Les médicaments, qui étaient couverts dans les CHSLD de Sainte-Eugénie et Sainte... C'est bien ça? Attendez, je...

**Une voix:** Sainte-Perpétue.

**Mme Harel:** Sainte-Perpétue. Les médicaments étaient couverts pour les personnes qui étaient hébergées. Là, maintenant, en les transférant, qu'arrive-t-il de la couverture des médicaments? Et l'ensemble des soins d'hygiène, on sait qu'il y a, dans des cas de lourde perte d'autonomie, des problèmes d'incontinence, on sait ce que coûtent les couches, etc. Est-ce que tous ces produits-là vont être couverts dans le transfert? Qui va les assumer?

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Merci, Mme la Présidente. Plusieurs questions. D'abord, sur l'évaluation, elle a porté davantage sur les milieux de vie de type CHSLD, ce n'est pas en ressources intermédiaires. Le but de cet exercice-là consistait à voir jusqu'à quel point était implantée l'approche milieu de vie dans nos CHSLD dans la région. Et essentiellement plusieurs CHSLD souhaitaient développer l'approche dite prothétique, alors une ressource externe indépendante a été embauchée, bien sûr avec l'accord de l'ensemble des CHSLD, pour évaluer l'état de la situation de chacune des installations. Ça a donné lieu à des résultats variables d'un territoire à l'autre. Dans certains cas, on voyait qu'il y avait beaucoup de chemin à faire pour implanter l'approche milieu de vie; dans d'autres cas, ils étaient relativement avancés.

Alors, chaque établissement s'est doté d'un plan de travail pour implanter l'approche milieu de vie. Alors, lorsqu'il y a eu les visites du ministre de la Santé, les 47 visites qui ont été faites à l'échelle du Québec, 45 de nos établissements ont été visités, et là on a pu constater le degré d'implantation, si vous voulez, de l'approche milieu de vie.

**Mme Harel:** Et, en ressources intermédiaires et ressources de type familial, il n'y a pas eu d'évaluation faite par l'agence?

**M. Tanguay (Marc):** Pas dans la dernière année.

**Mme Harel:** Très bien.

**M. Tanguay (Marc):** Vous avez raison de dire qu'on a beaucoup de places en ressources intermédiaires et de type familial. Le plan d'action va davantage consister à réajuster l'offre à la demande, faire en sorte d'optimiser ces milieux de vie, modifier certaines pratiques qui peuvent s'exercer dans les ressources intermédiaires et de type familial.

Au regard du projet de L'Islet, il est peut-être important de mentionner que les personnes... En fait, on prend deux CHSLD qui devaient être reconstruits compte tenu de l'état de vétusté et on les transforme en des jumelés. Mais ce sont des personnes qui sont encore admises dans les projets, ce sont des personnes admises en CHSLD. C'est simplement la formule de l'habitation qui change. C'est du personnel de l'établissement CHSLD qui va continuer à offrir les services. Les personnes sont admises, donc ont les mêmes droits, les mêmes bénéfices que celles qui sont dans des établissements plus gros, là, à déploiement collectif.

Pour ce qui est des projets novateurs, il est peut-être important de mentionner que tous les services de... Appelons ça le gîte et le couvert, hein? L'entretien ménager, ce sont des services qui sont et qui seront à faire, dans le cadre de ces projets novateurs, par les ressources privées, coopératives ou autres, alors que le centre de santé et de services sociaux va déployer, lui, des services professionnels. Donc, ça peut être des soins à domicile, des services de physio. L'organisation pourrait être soutenue dans l'installation d'équipements particuliers pour faciliter le maintien des personnes dans leur milieu de vie. Donc, les personnes sont déjà dans des milieux de vie. Ce sont des personnes qui ont des besoins importants. Si on ne fait pas quelque chose, elles vont devoir être admises en CHSLD. Donc, en lieu et place d'un type de solution comme celle-là, on déploie des services professionnels à l'intérieur de ces résidences-là et on assume un meilleur support.

**Mme Harel:** Dans le cas précis de Sainte-Perpétue et Saint-Eugène — hein, c'est bien ça, Saint-Eugène — ce sont donc des personnes qui étaient dans des CHSLD considérés vétustes, impropres à l'habitation, qui vont être déplacées dans une formule privée d'habitation. Pourquoi alors l'hébergement... C'est à Montmagny-L'Islet, ce projet?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, L'Islet.

**Mme Harel:** L'Islet, à L'Islet. Les montants alloués sont de 18 900 \$ par personne hébergée. Je vois ici le communiqué du ministère, Chaudière-Appalaches, Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet, hébergement adapté à la communauté, 17 personnes, 322 511 \$. Donc, ça correspond à 18 900 \$ par personne. Alors, ce montant-là est d'à peu près 25 000 \$ à 30 000 \$ de moins que le coût en CHSLD. Est-ce que ça va signifier la moitié moins de services? Comment est-ce que les services vont être offerts à ce coût-là de 18 900 \$ si vous nous dites que ça couvre exactement l'équivalent de ce qu'ils recevaient en CHSLD, c'est-à-dire

exactement l'équivalent pour les médicaments, exactement l'équivalent pour les soins d'entretien, les... en fait le... comment dirais-je donc? en fait tout ce qui est nécessaire à la perte d'autonomie, l'équivalent aussi en services professionnels puis en services domestiques ou... Les personnes, il y aura des gens pour les nourrir, etc., avec 18 900 \$ seulement?

● (10 h 30) ●

**M. Tanguay (Marc):** Alors, il y a deux types de projets novateurs dans L'Islet, un premier type de projet qui est de faire en sorte qu'en lieu et place de constructions neuves, de CHSLD publics on transforme ce projet-là en jumelés pour lesquels les personnels qui étaient dans le grand CHSLD se déploient dans ces petites ressources. Les personnes sont considérées comme hébergées, reçoivent les mêmes services par les mêmes personnels soignants. Alors, ça, c'est un premier projet, et les coûts sont les mêmes qu'un hébergement collectif dans une institution, par exemple, de 200, 300, 400 lits. Alors, on fait simplement transformer des grands CHSLD en petites unités.

L'autre projet novateur, c'est un projet différent où, là, il y a une association avec soit des résidences privées soit des résidences coopératives où ces ressources-là offrent le gîte, le couvert, l'entretien. Par ailleurs, le centre de santé et de services sociaux, lui, offre d'autres types de services pour permettre aux personnes d'y demeurer, et ce sont là des services professionnels. Alors, le 18 000 \$ dont on parle, là, c'est pour déployer des services professionnels à l'intérieur de ces résidences privées ou résidences de type coopératif.

Mme Benoît pourrait peut-être répondre de façon plus pointue, là, Mme la Présidente, à la question si vous souhaitez connaître mieux le projet.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Est-ce que c'est un souhait, Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve?

**Mme Harel:** Peut-être simplement à l'égard des travaux domestiques, ils ne sont pas permis dans ce type de résidences. Donc, si la question n'est pas résolue, comment est-ce que les personnes vont pouvoir recevoir l'ensemble des services alors que tout ça n'est pas encore bien connecté, je crois?

**Mme Benoît (Dyane):** C'est sûr que, en ce qui concerne les projets novateurs, le deuxième type de projets dont vous parliez, les choses ne sont pas encore complètement attachées. Sauf que, entre les centres de santé et les résidences privées, il y a un projet de convention qui est en voie d'élaboration actuellement où on va définir et répartir quels seront les tâches, et les mandats, et les rôles de l'un et de l'autre pour faire en sorte d'assurer à la clientèle une qualité de services et une quantité de services suffisantes en lien avec des plans d'intervention.

L'objectif premier du deuxième type de projet qui sont les projets novateurs, c'est de maintenir la clientèle dans des résidences privées ou dans des coopératives mais dans le milieu de vie qu'ils ont choisi, et ce, pour les garder là jusqu'à la fin de leur vie, s'ils le souhaitent. Donc, c'est là où le centre de santé vient compléter l'offre de service en offrant les services professionnels. Alors, pour ce qui est de gîte, couvert et

travaux domestiques, ce devrait être une partie de travail qui est assumée par les résidences privées et qui fera l'objet de convention.

**Mme Harel:** Financés par les personnes.

**Mme Benoît (Dyane):** Absolument.

**Mme Harel:** Alors, ce peut être des frais considérables.

**Mme Benoît (Dyane):** Comme ils l'étaient actuellement dans le type de résidence qu'ils avaient choisi; on ne les sort pas de leur milieu.

**Mme Harel:** Oui, mais il y avait un maximum de 1 400 \$ par mois dans le CHSLD — de soins de longue durée. Là, ça va être des coûts qu'ils vont devoir financer: le gîte, le couvert, l'entretien. Une personne qui est en lourde perte d'autonomie puis avec des problèmes cognitifs peut faire de l'errance nocturne; il faut qu'il y ait quelqu'un qui surveille. Elle finit par ne plus manger seule, etc. La personne va devoir assumer ces coûts-là?

**Mme Benoît (Dyane):** Il faut comprendre que tous les services de type professionnel devront être assurés par le centre de santé. On est justement à élaborer les protocoles et à déterminer et à définir de quelle façon on pourra soutenir les personnes qui n'ont pas les moyens de se payer les services. Il faudra effectivement que les centres de santé... en lien aussi avec la politique de soutien à domicile, qu'on regarde de quelle façon on peut permettre à ces clientèles-là de rester soit en résidence privée ou de les transférer de milieu lorsqu'ils deviendront trop lourdes pour ce type de milieu s'ils ne sont pas adaptés.

**Mme Harel:** Merci.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la députée de Lotbinière.

**Mme Roy:** Pour continuer sur... Je vais par ailleurs vous souhaiter la bienvenue et vous remercier de votre présentation qui est très claire. Vous avez couvert le spectre de toutes les interventions de l'agence dans la région. Je vous remercie de la qualité de votre présentation.

Par contre, pour continuer sur le même sujet, puisqu'on parle de l'intensité des services des CHSLD, on a un problème au niveau — en Chaudière-Appalaches — du taux de réponse, 63 %, qui est plus bas que la moyenne.

Quand on parle du taux de réponse, on parle des soins professionnels. Si on a déjà le problème de produire ces soins professionnels là, malgré qu'on ait un ratio de lits plus élevé qu'ailleurs, comment vous allez faire pour déployer encore plus vos services professionnels dans des milieux privés alors qu'on n'y arrive même pas actuellement au niveau de ce qu'on a, là?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, ça nous... Mme la Présidente, ça nous amène des choix importants. Puisque le taux d'hébergement en Chaudière-Appalaches est quand même plus élevé que la moyenne ou la cible qui

est reconnue, ça nous obligera, entre autres, à ajuster notre offre de service temporairement. Alors, le but n'est pas de fermer des installations, mais le but est peut-être de faire en sorte que, pour la mission CHSLD, on puisse opérer un petit peu moins de lits. Si vous avez quelques personnes de moins d'admissibles, ça permet de rehausser naturellement le taux de réponse, puisque les personnels qui sont en place ont à répondre à moins de personnes.

Il est également bon de mentionner que, pour l'agence, à compter de la prochaine année, on devrait prioriser le soutien à domicile avant de prioriser l'hébergement et le soin de longue durée, parce que, comme nos investissements sont déjà importants en longue durée et que les ressources financières qui risquent de s'amener, les ressources nouvelles dans la région ne seront pas nécessairement aussi élevées que dans d'autres régions, la richesse étant maintenant reconnue pour Chaudière-Appalaches, il faut donc transformer notre offre: donc moduler le taux d'hébergement temporairement; faire en sorte que les CHSLD puissent offrir plus de soins et de services à l'intérieur à même les ressources qu'ils ont déjà; et, d'autre part, pour les nouvelles ressources, les diriger davantage vers le soutien à domicile et des projets novateurs comme celui dont on vient de parler.

**Mme Roy:** En clair, est-ce que votre réponse veut dire que des lits ne seront pas utilisés dans ces établissements-là?

**M. Tanguay (Marc):** Il pourrait y arriver effectivement que certains centres de...

**Mme Roy:** Malgré qu'il y ait une liste d'attente, là?

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Vous avez vu que la liste d'attente n'est malgré tout pas très élevée. Il y a un délai d'attente de l'ordre de 38 jours, ce qui est très peu comparativement à l'échelle du Québec. On a également une gamme importante de ressources intermédiaires et de type familial pour compenser. Alors, on pourrait être appelés à modifier ou à moduler légèrement l'admission pour rehausser le taux des réponses.

**Mme Roy:** Si on continue dans la même ligne d'idées, le service à domicile, vous avez fait cinq plans de réseaux de services intégrés, je pense? Vous avez fait des projets pilotes, vous les avez évalués. On voit, à la page 75, la planification stratégique, puis à la page 18 de votre présentation. Vous en parlez, mais on ne sait pas l'évaluation que vous avez portée. On ne sait pas non plus quel est le genre d'implantation régionale que vous proposez plus exactement, si vous êtes en mesure d'avoir le financement adéquat pour avoir ça.

Parce que, si on décide d'alléger le financement au niveau de l'hébergement proprement dit, êtes-vous en mesure d'en mettre assez dans le soutien du service à domicile pour combler, là, le vide qu'il pourrait y avoir entre les deux? Parce que vous devez ne pas être sans sensibilité au fait que la lourdeur de la clientèle s'accroît rapidement dans Chaudière-Appalaches.

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, pour ce qui est de l'évaluation, je pourrai inviter Mme Benoît, si vous permettez, Mme la Présidente, à répondre.

Au regard de la politique de soutien, il est peut-être important de mentionner, tel qu'on le notait, que notre taux de pénétration est très important dans Chaudière-Appalaches mais l'intensité, la quantité d'interventions est nettement plus faible. Alors là il va falloir davantage investir dans l'intensité, et, comme on dit que les personnes en perte d'autonomie sont de plus en plus en situation de sévérité, il faudra donc ajouter si on veut permettre le maintien dans le milieu de vie tel que les personnes le souhaitent.

Mme Benoît peut peut-être faire le tour de l'évaluation ainsi que du sens du projet régional de réseau intégré de services aux personnes en perte d'autonomie.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Benoît.

**Mme Benoît (Dyane):** Merci. Alors, à la base, le projet de réseau intégré de services aux personnes âgées avait comme objectif de cibler des clientèles prioritaires qui sont les clientèles présentant des multi-problématiques, des clientèles qu'on appelait les clientèles ayant le syndrome de la porte tournante, qui faisaient des entrées et des sorties des centres hospitaliers et qui méritaient en fait d'avoir une attention particulière.

Ce que le projet visait, c'est d'avoir... Il y avait cinq dimensions: c'étaient l'intensité de services, l'évaluation de la clientèle, l'évaluation continue de la clientèle, le travail en interdisciplinarité et au niveau intersectoriel et également au niveau d'une attention particulière au niveau de dédier un intervenant qui est chargé — chargé de cas ou gestionnaires de cas — qui est chargé d'aider le client à travers le réseau de services.

Alors, à terme, bon, cinq projets ont eu lieu. À terme, l'évaluation qu'on en a faite a permis de démontrer que, pour les clientèles effectivement en très lourde perte d'autonomie dont souvent les proches aidants sont également... soit deviennent des clients par la force des choses ou qui sont eux-mêmes en perte d'autonomie ou épuisés, ça a permis de voir qu'on peut prévenir la détérioration, on peut prévenir des épisodes de soins.

Il y a des communications plus directes, plus rapides, plus faciles avec soit les médecins ou avec les centres hospitaliers. Il y a aussi des plans d'intervention qui ont été faits de façon beaucoup plus serrée, beaucoup plus adaptée à la clientèle, et, à terme, ce qu'on a pu voir, c'est que, pour certains, on a retardé justement l'hébergement. Alors, à terme, après l'évaluation, on a décidé d'étendre ce projet-là à travers tout Chaudière-Appalaches.

Cependant, il faut comprendre que c'est pour une clientèle très ciblée. Ce n'est pas pour l'ensemble de la population en soutien à domicile mais bien pour une clientèle qui présente un profil qui souvent s'apparente au profil CHSLD qui serait peut-être... qui coterait pour aller en hébergement mais pour lequel on peut maintenir une offre de service à domicile, et c'est souvent le choix des personnes.

● (10 h 40) ●

**La Présidente (Mme Charlebois):** Est-ce que vous avez une autre question, Mme la députée?

**Mme Roy:** Oui. Au niveau de la réadaptation, il y a beaucoup de gens en attente. Ça, c'est aussi une problématique dans notre région. Quel est le plan plus spécifiquement, là, pour faire face à cette demande-là, la réadaptation?

**M. Tanguay (Marc):** D'abord, il faut peut-être noter que le centre de réadaptation en déficience physique avait un solde de fonds non utilisés, et ce solde de fonds justement a été mis à contribution en vue de diminuer les listes d'attente particulièrement au niveau des jeunes qui présentent des problèmes de type parole-langage, des problèmes auditifs ou de déficience motrice. Alors, ce plan d'action là est en relation avec des soldes de fonds qui n'ont pas été utilisés.

Pourquoi la liste d'attente est importante en Chaudière-Appalaches? Pour une raison notamment liée au personnel disponible. Vous savez que certains types de professionnels sont beaucoup plus rares à l'échelle du Québec, ils sont très en demande: la physiothérapie, l'ergothérapie, particulièrement l'orthophonie. On est placés souvent dans des situations où, dès qu'on sort de ce qu'on appelle, nous, le Grand Littoral, le long du fleuve près de Québec, il est difficile de recruter, que ce soit dans la Beauce, Les Etchemins, Montmagny-L'Islet ou L'Amiante, des ressources en réadaptation. Or, ça a comme impact de faire en sorte que le centre de réadaptation s'est ramassé avec un solde de fonds, et on a demandé au centre de réadaptation d'élaborer un plan d'action pour diminuer de 50 % ses listes d'attente, et les cibles principales sont les enfants.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la députée.

**Mme Roy:** Une dernière question. Vous allez me permettre... Je vais avoir deux questions dans une parce que le temps file et puis je sais que vous allez... Je veux vous parler de prévention, de lutte au suicide, et je sais que vous allez me parler d'organismes communautaires.

Donc, la première question: Comme on est à un rang pas très enviable au niveau du suicide, beaucoup de travail s'est fait, il en reste beaucoup à faire. Avez-vous pensé d'un centre de prévention du suicide plus centralisé où le travail continue avec le milieu communautaire?

Deuxième question: Vous avez parlé beaucoup de reddition de comptes au niveau du milieu communautaire. Qu'en est-il? Est-ce que vous allez faire des contrats pour demander spécifiquement que des... le rôle que pouvaient jouer des CLSC soit fait par le milieu communautaire? Est-ce qu'il va y avoir en d'autres mots des commandes ou bien vous allez encore soutenir le milieu communautaire dans les vocations, dans les champs d'intérêt qui se sont déjà développés, qui sont différents, là, à la grandeur de la région?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, pour ce qui est du taux de suicide, effectivement il est très élevé. Il y a une gamme complète de services qui a été déployée dans la région, suite à notre plan d'action. Vous avez actuellement des centres d'écoute. Il y a trois centres d'écoute téléphonique qui sont déjà en place. Il y a la centrale Urgence-Détresse et les CLSC qui reçoivent également

les personnes qui sont en difficulté ou en détresse. Il y a un soutien intensif, des services de soutien intensif qui sont maintenant apportés aux personnes qui ont cette difficulté, et d'autres mesures sont actuellement en déploiement.

J'inviterais, si vous me permettez, Mme la Présidente, le Dr Lessard à nous faire part des actions concrètes, là, qui se sont ajoutées ou qui vont s'ajouter.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Dr Lessard.

**M. Lessard (Philippe):** Mme la Présidente, oui, il y a peut-être des éléments que j'aimerais ajouter concernant, entre autres, les différents services de prévention qui ont été mis en place dans la région au cours des dernières années. On a fait le choix dans la région de développer des équipes locales d'expertise clinique qui ont été développées à l'intérieur de chacun des 11 CLSC de la région. Il y a différents projets aussi qui ont été élaborés, notamment qui visaient l'intervention dans les différents groupes à risque, soit pour favoriser une intervention précoce avant la crise suicidaire. Ces interventions-là ont été faites particulièrement en milieu de travail par le programme Sentinelle ainsi que le projet pilote qui a été élaboré au niveau du littoral pour les jeunes, visant les jeunes en difficulté; des interventions aussi en prévention qui ciblaient la réduction de l'accès aux moyens. On sait que la réduction de l'accès aux moyens est une mesure efficace de santé publique reconnue pour la réduction de la question du suicide. Donc, tout ce qui est relié à l'entreposage sécuritaire des armes à feu a été ciblé également dans notre région ainsi que de nombreuses autres interventions.

J'aimerais ajouter ou préciser par rapport aux statistiques, oui, c'est vrai que Chaudière-Appalaches, depuis plusieurs années, présente un bilan que je qualifierais, disons, de très décevant par rapport à l'ensemble de la province, dans le sens qu'il n'y a aucune satisfaction à avoir que d'avoir un portrait, une problématique du suicide aussi élevée dans la région. Par ailleurs, depuis... si on regarde les données de 1998 à 2001 qui semblent montrer, là, dans notre région une diminution progressive, année après année, d'environ de 5 % à 8 %, là, de notre proportion de suicides dans la région par rapport à la province, donc je pense qu'on est sur la bonne voie. Il reste encore beaucoup de chemin à faire par rapport à cette problématique-là.

Dans les éléments à venir, ce qui est priorisé, ce sera la consolidation des services d'intervention de crise puis consolider aussi le suivi intensif pour les clientèles suicidaires, des cibles pour lesquelles il y a eu des investissements financiers récemment.

Également, on compte beaucoup sur l'amélioration de la continuité des interventions dans la communauté, c'est-à-dire entre la communauté, l'entourage, les organismes, les cliniciens, les établissements. Et ceci devrait se faire notamment par les mécanismes de concertation qu'on devrait retrouver au niveau des centres de santé et des services sociaux. Les nouveaux établissements, centres de santé et des services sociaux auront à travailler en partenariat avec les milieux, les partenaires locaux ainsi que les organismes communautaires pour élaborer ou, autrement dit, se serrer les coudes, là, sur

les meilleurs moyens à prendre pour arriver à contrer cette... ou à réduire encore davantage la problématique dans la région. D'autres éléments sont également planifiés, mais je pense que, pour le moment, ça pourrait être suffisant comme intervention à cet égard.

**M. Tanguay (Marc):** Pour ce qui est, Mme la Présidente, des organismes communautaires, l'intention bien sûr est de poursuivre notre travail de partenariat avec les organismes communautaires. Les organismes communautaires de la région ont des missions de base qui sont actuellement reconnues. Bien sûr, il y a des besoins financiers. Alors, il faudra se situer en fonction de la politique gouvernementale à l'égard de l'action communautaire pour poursuivre le support, le soutien et le partenariat.

Il est important de mentionner que le souhait bien sûr de l'agence est de faire en sorte que, dans le cadre de l'autonomie des organismes communautaires, qu'on partage d'ailleurs, les organismes s'assoient autour de la même table au niveau local pour travailler à trouver des solutions aux besoins de la population.

Quand on parle de responsabilité populationnelle, tous les partenaires sur le terrain auront à regarder quels sont les besoins de la population, qu'est-ce qu'ils offrent, chacun, comme services, comment on pourrait adapter nos services. Et on compte bien sûr sur l'implication des organismes communautaires dans le respect de l'autonomie et de leur mission de base, si bien qu'il peut y avoir des organismes communautaires qui s'associent à des projets particuliers pour mieux répondre aux besoins, et, quant à nous, c'est ce qu'on essaiera de soutenir dans chacun des territoires.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va, Mme la députée? Vous avez une autre question? Ça va? Maintenant, M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci, Mme la Présidente. Et à mon tour de vous remercier, M. Tanguay et toute votre équipe, d'avoir bien voulu prendre le temps, ce matin, de venir nous parler d'une si belle région. Et je pense que c'est tout à votre honneur, l'exposé que vous nous avez fait, un exposé de grande qualité, non seulement l'exposé verbal, mais l'exposé écrit que vous avez accepté de nous donner.

Alors, je constate cependant qu'il existe quand même certaines problématiques, et c'est un peu de ça qu'on va vous entretenir. Mais il y a des notes extrêmement positives. Vous avez parlé d'une note, là, au niveau d'un milieu de vie, je pense c'est au Foyer d'Youville, et je crois que c'est une note parfaite. Alors, je pense qu'il faut retenir les bons exemples, et c'est toujours apprécié lorsque vous vous présentez en nous signifiant ce genre d'exemple tellement positif qui est encourageant sûrement pour les autres établissements de votre territoire mais aussi sur l'ensemble du territoire du Québec.

Des difficultés qui ne sont pas toutes réglées, et, une d'entre elles, c'est la pénurie d'effectifs: pénurie d'effectifs médicaux mais aussi pénurie d'effectifs infirmiers, en soins infirmiers, dans le domaine de certaines professions, certains professionnels.

Je commencerai d'abord avec les effectifs médicaux en reprenant ce que vous nous mentionnez dans

votre texte à ce niveau-là, où vous nous parlez qu'il y a certains territoires, tels les Etchemins, L'Islet et Bellechasse, qui vivent une situation problématique.

● (10 h 50) ●

Alors, j'aimerais vous entendre sur la situation. J'ai compris aussi que, un peu auparavant, vous nous avez signifié un manque d'omnipraticiens. Vous avez parlé, si je me souviens, de 35 équivalents temps complet. Alors donc, il y a des difficultés qui ne sont pas d'aujourd'hui mais auxquelles nous sommes confrontés tous ensemble et qu'il faut évidemment régler. Ce n'est pas facile de régler ce genre de problème là si on pense combien de temps un jeune étudiant médecin va prendre avant de devenir médecin, puis on peut penser au moins au niveau universitaire à un mandat de presque cinq ans, et, un spécialiste, bien, c'est presque le double. Alors, j'aimerais vous entendre sur la difficulté de recruter des médecins dans votre région, aujourd'hui.

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on rappelle qu'effectivement les territoires les plus critiques, c'est bien sûr L'Islet-Nord, L'Islet-Sud, Bellechasse, Les Etchemins, et que c'est également dû au fait que souvent on avait des médecins qui travaillaient seuls en cabinet, et, lorsqu'ils ont quitté, soit pour la retraite ou autrement, il était impossible, là, de faire en sorte que de nouveaux médecins s'y installent.

Alors, il est bien sûr que ça nous amène à revoir la façon dont on va organiser les services dans ces territoires-là, et, dans la plupart des cas, c'est autour des établissements publics, là, qu'il faut compter restructurer les équipes locales. Et le concept GMF aussi peut amener une contribution additionnelle, puisqu'on peut en plus aller chercher des médecins d'autres territoires pour les amener faire des heures, des jours d'activités médicales à l'intérieur de ces territoires-là.

Un autre élément qu'il est bon de mentionner, c'est que, à venir jusqu'à l'année dernière ou même jusqu'à cette année, les plans d'effectifs médicaux étaient élaborés par chacune des régions, mais dans le cours de l'année on faisait face à des situations où on accordait des dérogations. Ces dérogations avaient pour conséquence de faire en sorte que les plans d'effectifs médicaux dans le fond n'étaient pas respectés, si bien que la tendance était que les médecins s'installaient davantage dans les zones urbaines que dans les milieux ruraux.

Cette année, le plan d'effectifs médicaux est élaboré de telle sorte qu'il n'est pas possible de s'installer ailleurs que là où il y a de la place. Si bien que ça a fait en sorte encore une fois cette année qu'on ait beaucoup plus de médecins qui se présentent et qui montrent un intérêt à s'installer dans nos régions périphériques, là, comme le secteur des Etchemins.

Alors, si on tient le coup et on continue à avoir des plans d'effectifs où on identifie nettement les endroits où on veut que s'ajoutent des effectifs et on ne permet pas l'entrée de nouveaux effectifs dans les milieux qui sont déjà bien couverts, on va, je pense, y arriver dans trois ou quatre ans et on aura des solutions structurantes pour ces milieux-là.

Le Dr Carrier pourrait peut-être compléter, si vous permettez.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Alors, effectivement, je peux dire que les nouvelles mesures en place, certaines pour lesquelles on avait travaillé fort depuis quelques années, là, vont nous permettre, je pense bien, d'améliorer une meilleure distribution entre les régions et également à l'intérieur des régions.

Alors, juste pour donner un exemple, les nouveaux facturants cette année, le fait d'avoir restreint l'arrivée de nouveaux facturants pour certaines régions dont la nôtre va permettre, je pense, aux régions encore moins bien nanties que la nôtre de pouvoir gagner un peu plus d'effectifs que par les dernières années.

Cette année, ça a eu une répercussion directe chez nous, le fait que la région de Québec soit vraiment fermée pour les nouveaux facturants. Bien, on en a eu au moins 11 demandes officielles, alors qu'on en avait sept autorisées, cette année, de nouveaux facturants. Donc, on a été capables facilement de combler nos sept nouveaux médecins, sept nouveaux finissants.

Pour ce qui est des médecins aussi qui arrivent d'une autre région, il y a comme une facilité de circulation un petit peu plus grande, mais elle est balisée quant au nombre. Alors, on n'a pas encore atteint notre objectif de neuf cette année, mais on est confiants d'y arriver d'ici la fin de l'année. Alors, ces mesures-là sont intéressantes.

Également, le département régional, pour ce qui est des omnipraticiens, a travaillé très fort avec nous pour qu'on sollicite l'installation des médecins vraiment dans les territoires dépourvus. Alors, vous en mentionniez, bien, les gens se sont tous installés dans ces territoires-là ou ont accepté d'en faire une partie, de leurs activités, une partie importante de leurs activités, parce qu'on sait que les médecins peuvent s'installer, mais avec les nouvelles règles, n'importe où au Québec, pour ce qui est des cabinets privés, mais qu'il y a des contraintes via les activités médicales particulières, par exemple, qui peuvent nous favoriser d'aller aider dans des territoires. Il y a des contraintes de distance, mais, malgré ces contraintes de distance là, les échanges qu'on a eus avec les médecins qui se sont installés dans Chaudière-Appalaches ont fait que les gens ont accepté d'aller au-delà des contraintes, je dirais, du kilométrage qui était imposé. Donc, ils ont accepté librement avec les discussions qu'on a eues avec eux, puis on leur a expliqué les problèmes qu'on avait, de contribuer à améliorer les services dans les territoires les plus dépourvus.

Celui qui a été moins gâté, c'est peut-être L'Islet, là, mais cette année ça augeure bien. Il y a un médecin qui est arrivé au cours de l'été actuel et on a deux autres demandes actuellement qui sont pour les prochains mois, là. Alors, on pense que la répartition intra-régionale va être facilitée.

M. Tanguay parlait de mesures également qu'on a, je dirais, négociées au niveau provincial, puis on a été les instigateurs de ça, alors de permettre d'avoir des mesures qui font que des médecins qui sont dans les territoires urbains de notre région puissent contribuer avec des ententes qui permettent de défrayer le temps de déplacement de ces médecins-là pour aller offrir des services. Alors, il y a l'équipe de Montmagny, par

exemple, qui a donné un coup de main dans le territoire de Saint-Pamphile, à l'arrière de Saint-Jean-Port-Joli, au cours de l'année puis qui va accentuer ce mouvement-là au cours de la prochaine année.

**M. Marsan:** J'ai vu également d'autres histoires à succès, si vous me permettez. Je pense que c'est en pédopsychiatrie où vous avez fait face à une pénurie. Mais, par contre, vous avez travaillé beaucoup avec une équipe multidisciplinaire qui semble vous avoir donné des résultats. Et, si j'ai compris votre exposé, vous avez concentré les quelques médecins spécialisés en pédopsychiatrie sur des actes très précis. Je pense, là-dessus, on pourrait également vous entendre.

Et je vous demanderais également, en radio-oncologie, vous avez parlé de ce qui se fait à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Alors, est-ce que vous avez une pénurie dans ce domaine-là ou si ça va bien? J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, le Dr Carrier, si vous permettez, Mme la Présidente, pourrait poursuivre.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez, Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Merci. En pédopsychiatrie, effectivement, on a décidé, dans l'organisation régionale, de concentrer les effectifs à l'Hôtel-Dieu de Lévis, ce qui permet donc d'être plus attirants au départ, et on a demandé à ces équipes-là de se déconcentrer donc dans les services rendus. Ça fait qu'il y a certains membres de l'équipe qui sont pour des territoires précis et qui ont à combler la couverture de ces territoires-là.

Or, eux ont contribué à former des omnipraticiens qui vont d'emblée, je dirais, recevoir l'ensemble des demandes et en faire l'analyse pour régler en première et deuxième lignes — parce que c'est des omnipraticiens qui font de la deuxième ligne, on pourrait dire là-dessus — régler bien des cas, de sorte que les spécialistes en pédopsychiatrie ne sont sollicités que pour les cas plus complexes qui sont plus intéressants pour eux. Donc, au niveau pratique, professionnel, c'est utile. Et leur rôle consiste également à soutenir ces équipes d'omnipraticiens là donc par un contact régulier très facile.

Or, c'est un modèle qui a permis avec moins d'effectifs que ce qu'on a réellement besoin... On parle d'un besoin entre 10 et 12 pédopsychiatres. Actuellement, avec huit, on réussit à faire les services de façon très complète avec une liste d'attente qui est à zéro. Alors, c'est un modèle effectivement qui a fait ses preuves, et on pense que ça permettrait, je dirais, avec les ressources actuelles disponibles au Québec en pédopsychiatrie, de répondre à un beaucoup plus grand nombre de demandes et de réduire les listes d'attente si les autres régions adoptaient des modèles semblables ou s'alliaient avec des régions qui ont des concentrations de pédopsychiatres — Montréal et Québec, par exemple — d'inciter ces médecins-là à collaborer dans ce type de modèle de services.

**M. Marsan:** J'ai eu l'occasion de visiter les centres jeunesse de votre région et j'ai été à même de voir

de quelle façon on avait, pas résolu le problème... mais peut-être, là, moins de disponibilité de la part des pédopsychiatres avec ces équipes-là et l'excellent travail qui a été fait au niveau des jeunes. En tout cas, c'est pour ça que ça me fait bien plaisir de l'entendre de nouveau aujourd'hui. Je vous ai demandé pour la radio-oncologie.

**M. Carrier (Pierre):** Oui. Pour ce qui est de la radio-oncologie, bien, disons que... vous savez que, dans la région, il y a un projet de développer un centre de radiothérapie à l'Hôtel-Dieu de Lévis, dans les prochaines années. L'échéancier initial était 2006; la dernière nouvelle était 2008. Possiblement que ce sera un petit peu plus tard à cause des contraintes au Québec, là, d'effectifs spécialisés, autant des radio-oncologues que des techniciens. Alors, il y a donc un projet.

On n'a pas de services de radio-oncologie autres que ceux-là actuellement. Donc, ils n'existent pas encore dans la région. Il y a des hématolo-oncologues qui occupent par contre de traiter dans la région. Alors, on a développé un modèle là-dedans qui est en alliance avec le pavillon l'Hôtel-Dieu de Québec, du CHUQ, et il y a donc l'équivalent de trois, excusez, quatre hématolo-oncologues pour la région mais qui sont desservis par ce groupe-là et qui offrent des services dans chacun des quatre centres hospitaliers.

Donc, dans les quatre grands territoires de notre région, il y a une desserte locale qui est faite pour les traitements du cancer, là, en oncologie, si on parle de chimiothérapie, évidemment plus à ce niveau-là, et de suivi de clientèles. Alors, c'est déconcentré à partir d'une équipe qui, je dirais, est centralisée à l'Hôtel-Dieu de Lévis, en lien avec l'Hôtel-Dieu de Québec. Alors, c'est un service qui va bien. Il y a peut-être le territoire de Montmagny où on a un petit peu, je dirais, de services moins suffisants, je dirais, qu'ailleurs et on est en train de le régler, là, avec l'entente qu'on a avec l'Hôtel-Dieu de Lévis.

● (11 heures) ●

**M. Tanguay** parlait tout à l'heure du plan qu'on a de fait, qui a été adopté en juillet 2003... en juin 2003, excusez, par notre conseil d'administration. On a beaucoup conçu notre modèle d'organisation de services de deuxième et de troisième lignes pour hiérarchiser nos services. Alors, ça nous permettra dans le futur d'être plus attractifs pour, je dirais, trouver des effectifs médicaux spécialisés et les amener dans la région.

On sait qu'on a deux établissements plus petits qui sont Montmagny et dans l'Amiante, des établissements hospitaliers. Or, l'Hôtel-Dieu de Montmagny va être de plus en plus en lien avec l'Hôtel-Dieu de Lévis pour être plus attractif, donc avoir, je dirais, un ratio puis un support venant de l'Hôtel-Dieu de Lévis pour les équipes en place, ce qui permettra d'avoir des conditions de vie meilleures pour les spécialistes qui sont en plus petit nombre, et, également, le même lien qui a été introduit dans notre modèle entre l'Amiante ou Thetford Mines et Saint-Georges-de-Beauce, là, pour ce qui est du Centre hospitalier Beauce-Etchemin. Alors, on a un peu comme un jumelage finalement qui permettra d'être plus attractif dans le futur, là, pour le recrutement et la rétention des médecins.

Puis je pense que ça repose là-dessus, le futur. Les gens ne veulent plus travailler à un ou à deux

spécialistes dans un hôpital. Ils ne veulent — du moins, s'ils sont ce nombre-là — pas supporter la garde tout seuls, à un ou à deux. Alors, notre modèle qui a été vraiment un modèle qui a été accepté par l'ensemble des professionnels de la région, c'est un modèle, je pense, qui dans son application nous permettra dans le futur de mieux se débrouiller pour les pénuries d'effectifs, mieux en tout cas pallier aux pénuries d'effectifs.

**M. Marsan:** Une dernière question, Mme la Présidente? M. Tanguay, toujours au sujet de la pénurie d'effectifs mais ce sera dans le domaine des soins infirmiers ou des professionnels de la santé, est-ce que c'est un fléau qui affecte votre région? Est-ce que vous avez des moyens particuliers pour contrer cette pénurie-là?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on peut dire que, dans la région de Chaudière-Appalaches, le problème existe, mais nous ne sommes pas en situation de pénurie, nous sommes toujours à la limite. Une série de mesures ont été mises en place. D'abord, à chaque année, on fait le portrait de l'état des ressources dans chacun des types d'emploi. Par la suite, on détermine bien sûr les risques de pénurie, et ça nous permet éventuellement d'élaborer notre plan de recrutement et de rétention des ressources et des personnels qui pourraient être en pénurie. Donc, à l'heure actuelle, pour ce qui est notamment des soins infirmiers et des personnels de réadaptation, on est à la limite. Mais, à partir des mesures qui sont prises, on pense être en mesure de passer à travers la situation mieux que les autres régions.

J'inviterais peut-être Mme Cloutier, si vous me permettez, Mme la Présidente, à compléter de façon très opérationnelle les différentes actions qui sont en cours.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il faudrait vous approcher, Mme Cloutier.

**Mme Cloutier (Hélène):** Oui. Alors, au niveau pénurie de main-d'oeuvre, effectivement Chaudière-Appalaches n'est pas en pénurie grave. On a des difficultés par contre de recrutement d'infirmières par exemple en longue durée dues au peu d'attrait des finissantes pour ce domaine de services là. Donc, on pense qu'avec la création des centres de santé et la réduction du nombre d'accréditation syndicale, on devrait permettre, en tout cas favoriser des moyens novateurs pour que les infirmières puissent travailler à la fois en longue durée et dans d'autres spécialités. Ça nous...

**M. Marsan:** Donc, le manque d'attrait, ce n'est pas seulement unique à votre région, c'est l'ensemble de la profession par rapport aux soins de longue durée.

**Mme Cloutier (Hélène):** C'est ça.

**M. Marsan:** C'est bien ça, hein?

**Mme Cloutier (Hélène):** C'est ça. La jeune infirmière qui sort de l'école a peu d'intérêt à aller pratiquer en longue durée parce qu'elle va perdre toutes ses autres techniques et tous ses autres acquis. Donc, en permettant soit des postes... fusionner deux missions ou des choses comme ça, on pense pouvoir attirer plus

d'infirmières puis mieux supporter nos établissements d'hébergement de longue durée.

Pour les autres professionnels, il y a différentes actions qui sont mises en place, entre autres avec la création des centres de santé. Encore une fois, on croit être à même d'avoir une offre de postes ou une offre de quantité de travail beaucoup plus intéressante pour les personnels, donc plus attractive, et on est à mettre en place un plan de promotion pour les établissements de la région et notre région auprès des finissants de l'ensemble du Québec et aussi un plan de promotion auprès des jeunes du secondaire pour les professions de la santé et des services sociaux afin d'inciter plus de jeunes à s'en aller dans ces professions-là.

D'autre part, on a un comité qui a été mis en place pour travailler, développer des milieux de stages attrayants pour les personnes qui sont actuellement en formation, donc surtout pour les étudiants universitaires qui sont, par exemple, à Laval et qui doivent venir faire des stages de un mois, deux mois, trois mois dans les régions. Pour eux, c'est difficile parce que, très souvent, ils sont installés à Québec, ils n'ont pas nécessairement de moyens de transport pour venir ailleurs que sur le littoral. Donc, on essaie de voir, avec ce comité-là qui est fait d'intervenants du monde de l'éducation et des intervenants de la santé, de voir est-ce qu'on peut mettre en place des moyens qui permettraient à ces étudiants-là de venir en stages dans notre région et de découvrir Chaudière-Appalaches. Essentiellement, c'est ça.

**M. Marsan:** Bien, merci beaucoup. Merci bien.

**Mme Cloutier (Hélène):** Bienvenue.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci. M. le député de Verdun.

**M. Gauthrin:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Je vous remercie aussi de votre témoignage. Je dois d'abord excuser quatre de mes collègues qui auraient aimé être présents ici, qui m'ont demandé de les excuser: Mme la députée de Bellechasse, Mme la députée de Beauce-Sud, M. le député de Montmagny et M. le député de Frontenac. Ils sont retenus ailleurs, ils ne peuvent pas participer dans notre commission parlementaire, mais ils auraient souhaité pouvoir y participer compte tenu de l'intérêt qu'ils portent à vos travaux.

J'ai deux types de questions, une première très courte. J'ai reçu un document aussi... que vous avez aussi, qui est le bilan de la 13<sup>e</sup> période, et je dois dire qu'en général tous les indicateurs sont positifs. Il y en a un qui m'a seulement semblé bizarre. Alors, je vous le dis tout de suite, ça touche les troubles envahissants de développement dans lequel les points de départ et les points d'arrivée sont sensiblement les mêmes, c'est-à-dire, vous n'essayez pas de vous améliorer au niveau des troubles envahissants de développement. Est-ce qu'il y a une raison particulière pourquoi... Alors que, partout ailleurs, vous essayez quand même d'avoir des programmes pour pouvoir améliorer en quelque sorte votre performance, au niveau des troubles de développement, vous voyez tous les indicateurs entre le point de départ et le point d'arrivée, ce que vous vous donnez comme objectif... Alors, je comprends que vous l'atteigniez,

puisque c'était... c'est le même au départ et à l'arrivée. Pourquoi vous n'essayez pas d'améliorer votre performance pour les troubles envahissants de développement?

**M. Tanguay (Marc):** Il faut dire que l'année de référence était telle que c'était un moment où il y avait beaucoup moins de services qui étaient déployés à l'intérieur de la région, si bien que notre point de départ effectivement ressemble au point d'arrivée par l'absence, dans certaines circonstances, de services.

Alors, au cours de l'année 2003-2004, on a déployé des services de façon significative, et, pour la prochaine année, l'année 2004-2005, on a prévu accroître l'offre de service, tant aux enfants qu'aux familles en termes notamment d'évaluation, de services de réadaptation, mais aussi de soutien à la maison pour les familles. Alors, les nouveaux objectifs sont déjà anticipés comme étant beaucoup plus élevés, et on a ajouté des ressources financières de l'ordre de, pour cette année...

**Mme Benoît (Dyane):** 300 000 et quelques, là.

**M. Tanguay (Marc):** 300 000 et quelques.

**M. Gauthrin:** Comparées à 232?

**Des voix:** Oui.

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on aura des points de départ beaucoup plus élevés et des points de départ qui sont équivalents pour l'année, mais des points d'arrivée beaucoup plus élevés...

**M. Gauthrin:** ...d'arrivée, parce que des objectifs...

**M. Tanguay (Marc):** Exact.

**M. Gauthrin:** ...des objectifs d'atteinte.

**M. Tanguay (Marc):** Exact. On est partis de loin, et là...

**M. Gauthrin:** Alors, je vous remercie. J'avais... puis ça m'avait frappé. Je voudrais vous poser des questions maintenant sur vos ressources informationnelles, d'abord sur le plan que vous aviez, 2002-2003... et une certaine inquiétude quand j'ai lu... ou que vous avez lu le paragraphe 5.6, je crois, ou 5.5, à la page 37.

Alors, première question. Vous avez 10 projets. Est-ce que je pourrais savoir un peu où vous en êtes rendus dans vos 10 projets? Le RTSS ne rejoignait pas tous vos établissements?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, le Réseau de télécommunications rejoint nos établissements, sauf que la bande passante dans certains cas est devenue insuffisante compte tenu des nouveaux systèmes d'information qui ont été déployés où principalement de la télé-médecine...

**M. Gauthrin:** Liée à l'imagerie...

**M. Tanguay (Marc):** ...à l'imagerie médicale, où on...

**M. Gauthrin:** ...qui demande à ce moment-là beaucoup d'espace sur la bande passante.

**M. Tanguay (Marc):** Exact. Donc, ça va commander un rehaussement.

**M. Gauthrin:** Ah! c'est ça que vous vouliez dire dans...

**M. Tanguay (Marc):** Exact.

**M. Gauthrin:** Le GMF, les groupes de médecine familiale informatisés, ça veut dire que c'est des liens entre chacun des groupes de médecine familiale sur votre territoire? Ils sont tous reliés actuellement par le RTSS et ils échangent des dossiers médicaux?

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Ça fait partie dans le fond du contrat intervenu entre le GMF et l'agence. Dès qu'il est accrédité, il faut le mettre en ligne et lui offrir les informations utiles et faciliter la circulation clinique.

**M. Gauthrin:** Très bien. L'informatisation des laboratoires. Vous vouliez, je pense, que...

**M. Tanguay (Marc):** Alors, maintenant...

**M. Gauthrin:** C'est la même chose, c'est des résultats qui sont transmis par le RTSS en ligne aux différents médecins. C'est ça?

**M. Tanguay (Marc):** C'est-à-dire que, d'une part, il faut informatiser, à l'intérieur du centre hospitalier, les équipements, hein, et faire en sorte qu'ils puissent par la suite faire suivre l'information dans les différents points de services ou au demandeur d'un résultat de laboratoire. Alors, tous nos laboratoires sont maintenant informatisés.

**M. Gauthrin:** C'est bien. Le système d'intervention jeunesse?

**M. Tanguay (Marc):** C'est le système PIJE. Alors, il a été implanté dans la région au même titre que dans le reste du Québec.

**M. Gauthrin:** Donc, il est...

**M. Tanguay (Marc):** Oui.

**M. Gauthrin:** ...vous n'étiez pas en retard par rapport aux autres régions?

**M. Tanguay (Marc):** Non, absolument pas.

**M. Gauthrin:** O.K. Le système d'information clientèle en hébergement, ça, c'est quoi, ça?

● (11 h 10) ●

**M. Tanguay (Marc):** Il s'agit de SICHELD, le système d'information pour les CHSLD, et on a implanté ce système-là depuis déjà quelques années en marge d'autres régions. Il s'agit d'un objectif à l'échelle du Québec pour lequel on a déjà complété, nous, depuis, je le répète, plusieurs années, l'implantation. Nous sommes

maintenant rendus à la phase de rehaussement du système.

**M. Gauthrin:** Ah bon! Et vous en avez deux, trois autres. Je vais vous poser la question, là. Le système SIATH, c'est le système des activités transfusionnelles et hémovigilance. Ça, c'est pour savoir les gens qui veulent donner, etc.?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, en effet. Bien, en fait, c'est pour gérer l'ensemble du système de sang, donc...

**M. Gauthrin:** O.K.

**M. Tanguay (Marc):** ...la circulation... ceux qui donnent du sang, la circulation du sang, ce pour quoi il est doté. Il faut tracer... dans le fond s'assurer d'un traceur par rapport à toute la circulation dans le cadre du système de sang. Alors, ce système-là est implanté dans les centres hospitaliers notamment et il a été implanté graduellement en fonction d'une séquence ministérielle, là.

**M. Gauthrin:** Mais... Je continue, parce que ce qui m'inquiète après, c'est que vous remettiez ça en cause. Le système de gestion des départements d'urgence — ça, c'est la communication entre les différentes urgences pour optimiser...

**M. Tanguay (Marc):** La durée de séjour.

**M. Gauthrin:** ...la durée de séjour, hein, c'est ça?

**M. Tanguay (Marc):** Notamment.

**M. Gauthrin:** La gestion des actifs informationnels du réseau et le volet sécurité, c'est...

**M. Tanguay (Marc):** En fait, c'est un des volets, là, de nos... Il faut s'assurer que nos systèmes sont sécuritaires, de sorte qu'on a déployé un plan d'action dans tous les établissements.

**M. Gauthrin:** Avec tout le problème de la sécurité. Je n'entrerai pas là-dedans...

**M. Tanguay (Marc):** Effectivement, et de la confidentialité.

**M. Gauthrin:** ...on y passerait la journée. Si vous voulez, je peux débattre avec vous là-dessus. Le Répertoire des équipements et des systèmes d'information du réseau, RESIR, où en êtes-vous dans...

**M. Tanguay (Marc):** C'est un système qui...

**M. Gauthrin:** Ça, c'est pour connaître la position et c'est pour savoir le vieillissement et le remplacement quant à la gestion de tous vos équipements de manière à avoir une gestion optimale de chacun de vos équipements.

**M. Tanguay (Marc):** C'est ça. Ce projet a été élaboré avec la contribution, que je me souviens, de la Corporation d'hébergement du Québec.

**M. Gauthrin:** Oui.

**M. Tanguay (Marc):** Actuellement, dans plusieurs cas, pour ce qui est des édifices, ils sont déjà recensés, on connaît déjà l'état des bâtiments. Également, je pense qu'on est rendu à l'étape de finaliser au niveau...

**M. Gauthrin:** Ça, le RESIR, touche aussi les... pas les laboratoires?

**M. Tanguay (Marc):** Excusez-moi, je... Si vous permettez, M. Langlois va compléter.

**M. Gauthrin:** Excusez-moi.

**M. Langlois (Stéphane):** Bonjour.

**M. Gauthrin:** Bonjour.

**M. Langlois (Stéphane):** Dans la phase actuelle, le système RESIR, c'est un système purement d'inventaire de nos actifs informationnels. Par contre, l'objectif, c'est de le faire évoluer. Il faut dire aussi que c'est un système qui est provincial, c'est-à-dire qui est géré par le ministère de la Santé. Par contre, nous, on essaie de le parfaire pour l'ajuster aux besoins des établissements, comme vous disiez, dans la gestion des actifs.

**M. Gauthrin:** Pour gérer les actifs...

**M. Langlois (Stéphane):** Et voilà.

**M. Gauthrin:** ...et pour savoir quand est-ce qu'ils arrivaient à terme, quand est-ce qu'ils doivent être... Alors, ce qui m'inquiète, c'est votre 5.5, parce que, là... Là, je comprends ce que vous faites. Je pensais que vous alliez remettre ça en question. Dans 5.5, vous êtes en train de repositionner votre plan. C'est ce que vous dites à la page 37 de votre document, M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** En effet.

**M. Gauthrin:** Alors, je me demandais ce que vous faites. J'avais peur que vous remettiez en question votre plan 2002-2003. Alors, je vous pose la question: qu'est-ce que vous allez faire à ce moment-là dans... Quel est le sens qu'il faut donner à votre interprétation?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, les résultats 2002-2003 sont en relation avec les dossiers dont on vient de parler.

**M. Gauthrin:** Absolument.

**M. Tanguay (Marc):** Maintenant, pour l'avenir, il faut mettre à jour et déployer probablement de nouveaux systèmes, et ces systèmes-là seront beaucoup en relation avec l'implantation des réseaux locaux de services, hein? Il faut être capable de mettre en relation d'affaires tous les points de services; il faut être capable de faire circuler des informations cliniques additionnelles pour faire que, lorsqu'une personne s'adresse à un endroit, présente sa situation, on pose un diagnostic, on

fait un traitement, bien, si elle se présente ailleurs dans la semaine qui suit ou dans le mois qui suit, on puisse éventuellement faire circuler certaines informations cliniques.

**M. Gauthrin:** Avec les problèmes qu'on a avec la CAI à cet effet-là.

**M. Tanguay (Marc):** Exactement. Mais il faut mettre à jour notre plan directeur puis il faut redéfinir quels sont les systèmes qui seront prioritaires, et ce sont certainement ceux qui favorisent la circulation d'informations cliniques qui vont être priorisés dans les prochaines années.

**M. Gauthrin:** Est-ce que vous avez des projets qui sont, disons, pilotes, comme par exemple l'infirmière virtuelle, le projet de maintien à... Vous n'en avez pas dans votre région actuellement?

**M. Langlois (Stéphane):** Si vous permettez...

**M. Tanguay (Marc):** M. Langlois.

**M. Gauthrin:** Oui.

**M. Langlois (Stéphane):** Oui. Si vous permettez, je crois, au niveau des ressources informationnelles, une des forces de la région, c'est tout l'élément des services diagnostiques. Au niveau des laboratoires, au niveau de la radiologie, la région est ce qu'on appelle «PACSée». Je ne sais pas si vous connaissez un peu le langage, c'est qu'on a tout numérisé la radiologie. Tous les hôpitaux ont accès à une image numérisée, donc qui peut être transportée par le RTSS, par les liens informatiques. Donc, on veut axer... Nous, lorsqu'on va remettre à jour notre plan, il faut axer surtout sur cet aspect où on peut se positionner de façon stratégique.

**M. Gauthrin:** Et éventuellement envisager la communication de l'information vers le citoyen, le cas échéant.

**M. Langlois (Stéphane):** Et voilà, avec...

**M. Gauthrin:** Parce que, si vous regardez... À la commission scolaire Beauce-Etchemin, elle a fait beaucoup d'efforts dans ce niveau-là. Donc, il y a déjà une certaine pratique qui existe dans votre région. Je vous remercie, Mme la Présidente. Je crois que mon collègue de...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Je pense que M. Tanguay voulait vous ajouter un petit quelque chose.

**M. Gauthrin:** Ah! Excusez.

**M. Tanguay (Marc):** Bien, ce que j'allais dire, c'est que certaines agences sont appelées à se positionner pour faire une offre au ministère quant à un projet de déploiement d'un système ou d'un autre. Alors, quant à nous, les services diagnostiques serait peut-être un lieu où on a plus d'expertises et on pourrait faire une offre

dans ce domaine-là mais pour permettre à d'autres régions de s'y associer. Alors, le but, c'est de faire en sorte qu'on transfère ces connaissances-là à d'autres régions et qu'ils soient partenaires.

**M. Gauthrin:** C'est l'objectif du gouvernement actuellement. Je pense que mon collègue de Rouyn-Noranda, Mme la Présidente — Rouyn-Noranda — Témiscamingue, excusez-moi — a d'autres questions.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Effectivement. Allez-y, M. le député de Rouyn-Noranda — Témiscamingue.

**M. Bernard:** Merci, Mme la Présidente, merci, cher collègue de Verdun. Bonjour. Bonjour. Merci d'être présents ici, aujourd'hui, M. Tanguay, avec votre équipe.

Alors, moi, j'ai quelques questions très brèves puis quelques-unes philosophiques. J'aimerais avoir votre point de vue. On parlait beaucoup précédemment des effectifs médicaux. Chez nous, en région, l'agence pousse beaucoup pour une régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ. Je ne le sais pas, j'aimerais avoir votre opinion là-dessus. Et est-ce que vous pensez qu'une régionalisation de l'enveloppe de la RAMQ pourrait effectivement aider peut-être à une réduction... à aller atteindre l'équilibre des effectifs médicaux?

**M. Tanguay (Marc):** Bien, d'abord, l'un des premiers efforts à doter, c'est celui que le ministre a retenu cette année, c'est de faire en sorte que les plans d'effectifs soient respectés. Dans les dernières années, les plans d'effectifs n'étaient pas toujours respectés, si bien que, malgré le fait qu'on ait un plan comblé, des médecins trouvaient possibilité de s'installer dans les grands centres urbains.

À partir du moment où on a des plans d'effectifs fermés qui sont limités en termes d'entrée aux régions les plus en difficulté, ça fait en sorte qu'on va pouvoir graduellement régler le problème d'effectifs dans les régions éloignées, dont la vôtre et, pour nous bien sûr, les territoires dont on a mentionnés tout à l'heure qui s'appartient jusqu'à un certain point avec des caractéristiques de chez vous.

La régionalisation de la masse de la RAMQ pourrait constituer un autre levier. Cependant, il faut voir quels sont les effets de la régionalisation de la masse RAMQ. Est-ce qu'on va créer d'autres formes d'effets, je dirais, pervers à cet exercice-là? Certains ont déjà dit qu'on pourrait davantage penser, plutôt que totalement régionaliser la masse de la RAMQ, donner un certain nombre de leviers additionnels aux régions pour qu'ils puissent, en termes de compensation par exemple aux médecins, donner une attraction supplémentaire.

Alors, probablement qu'il va falloir réguler ça à l'échelle du Québec, parce que, si on laissait aller chacune des régions en concurrence, on aurait des effets pervers de système, et peut-être que certaines régions s'en trouveraient gagnantes, peut-être pas toujours celles...

**M. Gauthrin:** Qu'on penserait.

**M. Tanguay (Marc):** ...qui devraient le devenir. Alors, il y a une certaine prudence à y avoir, et je pense

que ça va commander des études additionnelles, mais il est certain que mes collègues des régions éloignées souhaitent travailler plus dans l'esprit d'avoir plus de leviers sur la masse RAMQ.

**M. Bernard:** O.K. Bien, merci, merci de ces explications. C'est très intéressant parce que c'est un dossier que les gens, chez nous, travaillent beaucoup.

Moi, je voudrais revenir, si vous le permettez, à votre présentation précédente. À la page 32, quand vous parlez du suicide, vous dites que vous êtes une des régions quand même touchées en taux, mais vous ne mentionnez pas au niveau des tranches d'âge. Quelles sont les tranches d'âge qui sont passablement touchées par le suicide chez vous?

**M. Tanguay (Marc):** Que je me souviene, ce sont les 25-44 ans. Dr Lessard? Principalement hommes.

**M. Bernard:** O.K. Par chez nous, en Abitibi, c'est beaucoup les jeunes. On est une région, nous, où c'est les jeunes qui sont passablement touchés. Est-ce que, dans le contexte de Chaudière-Appalaches, vous avez un peu des idées sur les causes pourquoi cette tranche d'âge là?

● (10 h 20) ●

**M. Tanguay (Marc):** C'est une question fondamentale et pas simple à répondre. Souvent, on demande à notre directeur de la santé publique comment expliquer le fait qu'on ait un taux de suicide aussi élevé. Il n'y a pas, je dirais, de réponse précise sur ces éléments-là. On constate cependant que, par exemple, le fait d'avoir accès plus facilement à des armes à feu... Parce que, le suicide, chez nous, est beaucoup réalisé soit par arme à feu ou soit par pendaison. Or, le fait d'accéder à des armes à feu plus facilement, ça peut jouer, si bien qu'il y a des mesures dans notre plan d'action qui visent à soit réduire l'accès ou soit s'assurer que les armes sont placées dans des conditions de sécurité telles qu'on ne facilite pas l'utilisation pour ce type de fin là.

On sait que, dans la région de la Chaudière-Appalaches, le taux de chômage est relativement faible par rapport aux autres régions. Le problème cependant, c'est qu'on a une économie très active. Les gens travaillent en Chaudière-Appalaches; les gens ont de l'ouvrage en Chaudière-Appalaches. Par ailleurs, au niveau comme tel des revenus, les revenus ne sont pas nécessairement très élevés. Alors, on a beaucoup, beaucoup de personnes qui travaillent soit au salaire minimum ou un peu plus, si bien qu'on est devant une économie où il y a, je dirais, beaucoup... il n'y a pas beaucoup de pauvres, mais il y a beaucoup de presque pauvres; on est toujours à la limite. Alors, on voit que peut-être ces conditions économiques là peuvent venir influencer la situation.

Vous savez également que, dans la région, il y a certaines parties où la consommation d'alcool est plus élevée. D'ailleurs, on a des accidents de la route, on a des traumatismes routiers en importance plus grande dans la région Chaudière-Appalaches. Alors, c'est sûr que la consommation d'alcool, doublée peut-être avec des revenus qui sont plus ou moins élevés, des difficultés familiales, personnelles, et autres, ça peut éventuellement jouer.

Donc, il n'y a pas de cause précise sur laquelle on pourrait travailler demain matin et dire: Si on règle ça, on règle l'ensemble des suicides de la région. C'est

multifactoriel. Il faut donc jouer sur plusieurs éléments pour y arriver, si bien que notre plan justement d'action repose sur plusieurs mesures: des Sentinelles en milieu de travail, ça peut être des interventions dans les bars, ça peut être des interventions dans les différents milieux où peuvent se retrouver ces personnes-là, des actions précises au niveau des médecins en termes de formation et de sensibilisation, parce qu'on sait que les médecins sont les premiers souvent à devenir au courant d'une situation d'une personne qui est en difficulté, a besoin d'aide, et là on essaie de soutenir le lien entre le médecin et les autres professionnels pour faire des références rapides et immédiates.

**M. Bernard:** Il me restait du temps, Mme la Présidente?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui, il vous reste quelques minutes.

**M. Bernard:** O.K. Merci. Bien, moi, ça va m'amener sur une autre question que j'avais, parce que, chez nous — puis qui touche exactement le sujet — c'est une région minière, l'Abitibi-Témiscamingue, puis, comme je vous disais précédemment, je suis originaire de Disraëli, donc de la région...

**M. Tanguay (Marc):** Ah!

**M. Bernard:** ...et, actuellement, chez nous justement, on vit beaucoup d'incertitude au niveau minier. Il y a encore des annonces de mises à pied qui viennent d'être faites hier. Puis, moi, quand j'ai commencé mon mandat, on était dans une période justement beaucoup de réductions d'emplois, puis c'est à ce moment-là entre autres que, quand au niveau économique, on vit des difficultés — puis là vous en avez parlé très bien — peut-être au niveau des revenus, les pressions sociales sont très fortes, très, très fortes auprès des organismes communautaires, surtout ceux qui s'occupent de violence conjugale, toxicomanie, etc.

Puis la question que je me demandais: est-ce que vous croyez, vous, que, quand une région vit des problématiques particulières ou en termes d'emplois ou qui ont un impact social, est-ce que l'agence a assez de ressources financières et les organismes communautaires ont assez de souplesse en termes d'augmentation de ressources financières pour faire face à des besoins ponctuels en temps de crise?

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Il est vrai de dire d'une part que, quand il arrive des phénomènes comme ça — pertes d'emplois massives — on est face à une situation où, souvent, il peut y avoir une surreprésentation d'une problématique comme le suicide.

Au cours des dernières années, on a probablement manqué d'élasticité, là, par rapport à la possibilité d'avoir des marges de manoeuvre pour pouvoir intervenir quand — pour six mois, un an, deux ans — il se présente une situation critique. On est en train de revoir notre façon de faire les allocations de ressources pour s'assurer justement qu'on puisse intervenir au moment

où il pourrait arriver des pics en termes de problématiques particulières. Or...

**M. Bernard:** ...ressources, excusez, c'est vous-même, votre agence, qui fait cette... révisé cette allocation de ressources là?

**M. Tanguay (Marc):** Oui. On sait que l'agence a la responsabilité annuelle de procéder à l'allocation des ressources aux établissements, aux organismes communautaires, aux compagnies ambulancières. Donc, à chaque début d'année, il nous faut cibler bien sûr les besoins, l'état des besoins dans les différents domaines, par programme, par la suite, définir les secteurs de services qu'on va devoir consolider et doter conséquemment les budgets aux établissements, aux organismes communautaires et aux autres milieux. Maintenant, la région... Puis on l'a vu dans le secteur de Montmagny avec la fermeture d'Inglis, là, c'est un bel exemple, là, où on va avoir des situations de difficultés familiales personnelles et autres.

Or, dans ce cadre-là, on est amenés à réserver des fonds maintenant pour dire: Bien là, s'il arrive une situation, on va aider davantage le centre de santé et de services sociaux, et il faudra également voir, au niveau des organismes communautaires, si on peut amener aussi une plus-value en termes d'intervention directe.

**M. Bernard:** O.K. Donc, ça veut dire, si je comprends bien, vous, à chaque année, vous vous réservez une enveloppe pour faire face à des crises qui pourraient arriver à cet égard-là.

**M. Tanguay (Marc):** On identifie dans le fond une somme non allouée qui va être allouée en cours d'année en fonction des situations de crise qui peuvent se présenter en cours d'année. S'il arrive, en fin d'année, qu'une partie de ce montant n'a pas été allouée il est ramené en conseil d'administration pour faire une allocation finale. Alors, cette allocation finale va être souvent pour consolider des services, là, de fin d'année ou pour répondre à des besoins spécifiques.

**M. Bernard:** Bien, merci pour ces explications. Ça, je trouve ça très intéressant et très important socialement. Puis, souvent, on a tendance à l'oublier, que des situations particulières arrivent. Puis comme, chez nous, souvent, les ressources disponibles sont très faibles, on ne peut plus faire face aux besoins ponctuels à cet égard-là.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va, monsieur...

**M. Tanguay (Marc):** Il nous appartient, comme agence, de s'assurer qu'en début d'année on puisse avoir une petite réserve pour faire face aux crises en cours d'année.

**M. Bernard:** Oui.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va?

**M. Bernard:** Merci, Mme la Présidente. Merci beaucoup.

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

**M. Bouchard (Vachon):** J'ai combien de temps, Mme la Présidente?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Un petit peu moins que quatre minutes.

**M. Bouchard (Vachon):** Nous avons un petit peu moins que quatre minutes. Alors, bonjour, et je salue la polyvalence de M. Tanguay qui peut aussi bien parler de ressources informationnelles et de prévention psychosociale avec compétence et élégance, avec clarté.

**M. Tanguay (Marc):** Avec l'équipe.

**M. Bouchard (Vachon):** Je sais que vous êtes bien entouré et bien inspiré.

Mme la Présidente, j'aimerais poser une question à propos de la prévention des problèmes psychosociaux, en continuité avec les préoccupations soulevées par mon collègue d'Abitibi-Témiscamingue.

Vous faites mention, en page 31, que vous avez mis en place 200 projets de prévention en matière de problèmes psychosociaux chez les enfants, les jeunes et leurs familles. En même temps... Il y a quelque chose d'un petit peu paradoxal dans l'image qui se dégage de la lecture de vos rapports parce qu'il semble que vous avez consenti un effort important en matière de prévention, mais, en même temps, vous nous dites: Il y a une augmentation importante du taux de signalements retenus en protection de la jeunesse. On ne réussit pas à endiguer les problèmes de suicide, etc.

Alors, je me demande, est-ce qu'il y a en cours une réflexion sur la validité des interventions qui sont faites en termes des impacts que vous attendez de ces interventions en prévention? Y a-t-il une étude plus globale et plus... sur la cohérence de ces actions? Est-ce que vous pourriez m'informer davantage?

Et je pense... Entre autres, j'ai vu que, dans votre planification 2003-2006, vous voulez investir davantage dans un programme de réadaptation pour les jeunes en difficulté qui s'appelle À Tire d'elles, qui est un programme pour les jeunes parents en difficulté, notamment des parents qui seraient à risque de négligence ou qui auraient été identifiés comme étant en situation de négligence avec leurs enfants, mais, en même temps, vous avez aussi le programme — puis c'est à titre d'exemple que je le mentionne tout simplement — le programme de Soutien aux jeunes parents. Est-ce que vous pouvez essayer de m'éclairer sur cette question-là, s'il vous plaît?

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

**M. Tanguay (Marc):** O.K. Il faut rappeler qu'à venir jusqu'à la fin de l'exercice 2003 les centres jeunesse de Chaudière-Appalaches retenaient moins de signalements que la majorité des autres centres jeunesse du Québec. On était à un taux de l'ordre de 40 %. Le taux s'amène, je pense, présentement autour de 47 %. On est rendus à peu près dans la moyenne du Québec, et probablement que les mesures qu'on a mises en place

dans les années 1999, 2000, 2001, 2002 ont fait en sorte que la vitesse de croisière des signalements retenus a été moins grande.

Là, effectivement, depuis 18 mois, les centres jeunesse Chaudière-Appalaches font face à une augmentation importante des signalements et particulièrement des signalements retenus, parce qu'on retient 35 % de plus qu'avant de signalements. C'est énorme. C'est plus que le reste du Québec, et on a présentement à expliquer cette situation-là.

● (11 h 30) ●

On a eu des succès dans les dernières années. Probablement que les mesures qu'on a mises en place ont donné les résultats qu'on a vus. Avec ce qui s'en vient, il va falloir réviser les projets d'intervention en prévention. Ces projets-là souvent sont adoptés pour une période déterminée et sont évalués à échéance.

J'inviterais peut-être le Dr Lessard à nous traduire davantage le processus d'implantation et d'évaluation de ces projets-là et comment on compte réajuster, puisque là on a un effet volume important.

**M. Lessard (Philippe):** Oui. Merci. Mme la Présidente, d'abord nous situer un petit peu sur le fait que, dans la région Chaudière-Appalaches, quand on fait mention des projets... de la prévention des problèmes psychosociaux, qu'on parle de projets réalisés, il faut se mettre dans un contexte où, à l'époque, le Programme national de santé publique n'existait pas, n'était pas construit. C'était à une époque où on a voulu favoriser que, sur le terrain, à l'échelle des MRC, à l'échelle des CLSC, il y ait des lieux de concertation pour les différents partenaires impliqués, concernés, préoccupés par l'intervention en amont pour les problèmes psychosociaux chez les jeunes de 0 à 18 ans.

Alors, ce qu'on a voulu formaliser dans la région, c'est un mécanisme ou un lieu de concertation des différents partenaires qui ont eu... avec une certaine allocation qui leur a été... un budget qui leur a été rendu disponible dans chaque territoire. Ils ont pu avec ça élaborer des plans d'action triennaux, des plans d'action qui portaient sur la prévention et la promotion.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Dr Lessard, je ne veux pas vous couper, mais je voudrais juste vous dire d'activer parce qu'on a déjà dépassé le temps.

**M. Lessard (Philippe):** Donc, 30 secondes à peu près.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y.

**M. Lessard (Philippe):** O.K. Donc, ça a été quelque chose de nouveau au Québec, dans la région, ça a été un beau projet. Par contre, maintenant, avec le Programme national de santé publique, avec l'identification de programmes que l'on veut maintenant implanter de façon plus systématique compte tenu de leur efficacité plus reconnue, soit le Programme de soutien aux jeunes parents, par exemple, Naître égaux — Grandir en santé, c'est sûr que l'emphase va être mise dorénavant sur ces programmes-là que je viens de nommer.

Mais, pour ce qui est des projets locaux, on va quand même continuer fort probablement à soutenir, par

le biais dorénavant des centres de santé et de services sociaux, cette concertation-là au niveau local, mais sûrement qu'on va porter un regard plus critique sur la valeur ou sur la qualité ou la possibilité que ces projets-là soient efficaces, bien qu'ils émergent d'un consensus du milieu.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci. Alors, je désire remercier les gens de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. M. Tanguay et tous vos invités, merci beaucoup pour la présentation et les échanges qu'on a pu tenir.

Alors, avant de suspendre, j'inviterais les gens de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie à bien vouloir prendre place. Et je vais suspendre pour quelques instants avant d'effectuer un autre mandat.

(Suspension de la séance à 11 h 33)

(Reprise à 11 h 37)

**La Présidente (Mme Charlebois):** Alors, pour la bonne marche de nos travaux, je rappelle simplement que les téléphones cellulaires et téléavertisseurs sont interdits dans la salle. S'il vous plaît, les mettre hors tension.

Maintenant, je vais rappeler... je ne vais pas rappeler, je vais plutôt donner le mandat de la commission. La Commission des affaires sociales se réunit afin d'entendre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie dans le cadre de l'étude du rapport annuel 2002-2003 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie 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, Mme la Présidente. Pour ce mandat, alors M. Bachand (Arthabaska) est remplacé par M. Paquin (Saint-Jean); M. Charbonneau (Borduas) par Mme Harel (Hochelega-Maisonnette); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) par M. Gautrin (Verdun); Mme L'Écuyer (Pontiac) par Mme Gaudet (Maskinongé); et M. Valois (Joliette) par M. Boucher (Johnson).

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci. Maintenant, je vois que vous avez pris place. Vous savez le fonctionnement. Vous avez 30 minutes pour présenter le mémoire qui est suivi d'échanges avec les parlementaires. Alors, si vous voulez, Dr Baron, nous présenter vos invités et poursuivre avec la présentation ensuite.

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

**M. Baron (Michel):** Merci, Mme la Présidente. En 2002-2003, je n'étais pas en fonction à la Régie régionale d'alors. Je suis en fonction seulement depuis

le mois de janvier et je me suis permis de me faire accompagner des gens qui étaient en responsabilité et qui le sont toujours à l'agence à ce moment-là: à ma droite, M. Robert Courchesne, qui était directeur intérimaire pendant une période de cette année-là et qui exerce ses fonctions à tous les titres à l'agence depuis plusieurs années; Mme Johanne Turgeon, qui est la directrice des programmes — elle a un titre plus long que ça, mais on l'appelle surtout directrice des programmes, de toute la programmation de l'Estrie; Mme Ginette Dorval, qui est directrice de la santé publique; en arrière, vous avez Mme Nicole Michaud, qui est directrice des ressources humaines; et M. Normand Couture, qui est directeur des ressources financières. Et tous ces gens-là étaient en place en 2002-2003, donc on pourra répondre, j'espère, à toutes vos questions.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Bienvenue à vous tous.

**M. Baron (Michel):** Merci beaucoup. Mme la Présidente, MM. les députés, on a préparé un court mémoire, là, pour parler un peu de nous. C'est ça que les régions font d'habitude.

● (11 h 40) ●

L'Estrie constitue une région d'avant-garde dans le secteur de la santé et des services sociaux. Grâce à la concertation et à une vision partagée de tous les intervenants, l'Estrie a fait les choix nécessaires et a priorisé les actions pour permettre l'accès de toute la population à des soins de qualité, tout en rapprochant les services le plus près possible des gens de chacune des sept MRC. Les concepts de soins de proximité et de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des soins, qui sont les assises de la loi n° 25, ont guidé la réorganisation des services entreprise dès 1985. Même, certains de ces concepts ont été développés en Estrie.

En 1995, la Régie régionale de l'Estrie, en collaboration avec ses partenaires, se dotait d'un plan de transformation globale étalé sur une période de six ans. Ces modifications étaient devenues nécessaires compte tenu des besoins grandissants de la population, des changements démographiques, des nouvelles approches, de l'essor des technologies et des obligations financières de l'État et des ressources de plus en plus difficiles pour répondre aux besoins.

Ce plan mettant l'accent sur une priorité, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, comme tous ceux à travers le Québec, devait désormais être organisé de façon à ce que la population reçoive le maximum de services dont elle a besoin tout en demeurant dans leur milieu naturel, dans leur milieu de vie. Pour atteindre cet objectif, six orientations ont été retenues: rendre les services hospitaliers plus efficaces; assurer le maximum de services généraux le plus près des gens — notion de soins de proximité; dispenser certains services spécialisés près du milieu de vie — définition du panier de services pour les soins de proximité; améliorer la gestion des services; promouvoir et assurer l'équité financière entre les différentes MRC — début du concept de responsabilité populationnelle; et assurer l'adaptation du personnel et favoriser son redéploiement.

Cette grande orientation de rapprochement des services près de la population a été supportée par des

activités de promotion, de prévention et de protection, par le soutien aux familles, par la reconnaissance et la consolidation de l'action communautaire et par la mise en place, dans chaque MRC, de services généraux que la population était incitée à utiliser soit pour trouver réponse à ses besoins soit pour être orientée ailleurs dans le réseau — notion de hiérarchisation des services. Cette réorganisation a non seulement touché les services de santé physique, mais également les services sociaux, ceux dédiés à la famille, à la jeunesse et à la réadaptation, ce qui supposait bien entendu une approche par programmes.

Quel est le bilan de cette réorganisation? Lorsque nous regardons en arrière, nous pouvons conclure que le bilan est très positif. Au chapitre de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité, l'Estrie a fait des pas de géant depuis 1995. En 1995, l'Estrie comptait 39 établissements publics. En 2001, le nombre était diminué de plus de la moitié et il n'est que de 14 au moment qu'on en se parle.

Dès 1999, nous pouvions compter sur un centre de santé intégré pour six des sept MRC dans la région 05, celle de l'Estrie. Ces centres de santé ont été créés par la fusion d'un centre hospitalier lorsque présent sur le territoire de la MRC, du CLSC et des établissements avec mission d'hébergement. Suite à la loi n° 25, la MRC de Sherbrooke a emboîté le pas. Cependant, celle de Sherbrooke n'a pas attendu la loi n° 25 pour amener la transformation. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke est né en 1995 du regroupement des services de courte durée offerts par les quatre hôpitaux, et tous les services publics d'hébergement ont été regroupés avant l'adoption de la loi n° 25.

La région a travaillé à l'instauration d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux immédiatement requis — ententes avec les cliniques médicales privées. Une série d'ententes ont été conclues avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour assurer à toute la région de l'Estrie l'accès à des soins spécialisés et ultra-spécialisés, et des services Info-Santé et Urgence-Détresse ont été déployés sur tout le territoire.

Avec la contribution des établissements, la régie régionale d'alors a repensé et commencé à réorganiser le service de distribution des services en un véritable réseau, ce qui a nettement favorisé la complémentarité entre les établissements. Les établissements régionaux spécialisés ont été appelés à se déployer sur tout le territoire soit en créant de nouveaux points de services soit en établissant des corridors de services.

Au plan régional, chaque programme spécifique est chapeauté par un établissement. Mentionnons la déficience physique, la déficience intellectuelle, la santé mentale, les problématiques d'alcoolologie et de toxicomanie, la protection de la jeunesse, les jeunes mères en difficulté d'adaptation, la santé physique et la gériatrie. Nous avons déjà, dès cette période, l'approche par programmes qui est maintenant consacrée dans la nouvelle réorganisation des soins. Ils permettent de clarifier les responsabilités de chaque intervenant. Ces plans identifient également les priorités de développement en tenant compte des programmes de prévention et des différents services à développer, sans oublier les mécanismes d'évaluation. C'est donc avec satisfaction que les intervenants de l'Estrie ont accueilli la loi n° 25. Elle venait confirmer les orientations poursuivies dans la région depuis 1995.

Nous qualifions l'année 2002-2003 d'une année de transition. D'ailleurs, nous sommes aujourd'hui ici présents pour présenter ce rapport. Il doit se comprendre dans la continuité du plan d'action 1995-2001. Ce fut une année de transition, au Québec, de la commission Clair à la loi n° 25, on pourrait dire, en passant par la loi n° 28, et ce, toujours dans l'esprit de rapprocher les services des gens. Et toutes ces lois-là avaient quand même des points communs à ce chapitre. Le projet de loi n° 28 sur la nouvelle gouverne du réseau québécois de la santé et des services sociaux, adopté en juin 2001, a amené la régie régionale d'alors à se doter d'un nouveau conseil d'administration. Ce conseil a été nommé suite à une vaste consultation des partenaires. La loi n° 28 modifiait également les responsabilités du conseil d'administration et du président-directeur général. La récente loi n° 25 a maintenu les types de représentation au conseil d'administration ainsi que les mandats de l'agence en y ajoutant celui du développement des réseaux locaux de services. Les régies régionales sont devenues des agences, et tout devrait se consolider dans le projet d'harmonisation de la loi traitant des services de santé et des services sociaux actuellement en cours au gouvernement.

Malgré cette période de transition, les travaux entrepris lors de la planification 1995-2001 se sont poursuivis. Je me permets de faire un rappel de quatre dossiers qui ont été très importants pendant cette année: le premier, c'est le premier GMF en Estrie. Parmi les initiatives significatives, notons l'accréditation, en décembre, du premier groupe de médecine de famille, celui des Grandes Fourches, un pas important dans la réorganisation des services de première ligne. Depuis cette date, il faut signaler la création de quatre nouveaux GMF en Estrie, deux autres le seront bientôt. L'arrimage de ces groupes de médecine de famille, d'abord aux CLSC et maintenant aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, est une clé maîtresse pour assurer à la population l'accès à des services de première ligne de qualité. C'était une recommandation de la commission Clair, et nous sommes très heureux que ce projet se poursuive et même s'accélère dans les prochaines années.

Depuis 1995, beaucoup d'énergies ont été consacrées à l'organisation des services de première ligne. Mentionnons la mise sur pied de cliniques sans rendez-vous dans chaque CLSC, l'arrimage de cliniques privées aux CLSC de chaque MRC pour permettre une couverture 24 heures, sept jours sur sept, et le partage de garde entre les médecins de chaque territoire. Ces initiatives ont permis de réduire les visites dans les urgences du CHU, qui est le seul hôpital spécialisé pour toute la région, de 215 000 visites qu'elles étaient en 1995 à 90 000 en 2003. Elles ont également permis d'améliorer de façon notable l'accessibilité des soins de première ligne et une meilleure utilisation des ressources. Le développement des GMF et leur arrimage avec les centres de santé et de services sociaux permettront d'aller encore plus loin dans cette voie.

Dès le début des années 90, il a été décidé, en Estrie, d'adopter l'approche par MRC pour l'organisation des services, ouvrant ainsi la voie au concept de la responsabilité populationnelle découlant de la loi n° 25. La réorganisation des soins de première ligne n'a pas dérogé à cette approche. Il faut dire que, chez nous, les

territoires des MRC sont des territoires très naturels où on retrouve un environnement socioculturel, un milieu de vie et des habitudes de circulation des gens qui correspondent très bien à notre organisation de santé.

● (11 h 50) ●

Programme pour personnes âgées en perte d'autonomie. 2002-2003 fut l'année pour s'attaquer aux nombreuses difficultés que vivaient les personnes âgées en perte d'autonomie. Pour la ville de Sherbrooke, les services dans ce secteur d'activité méritaient une urgente remise en question. D'importants travaux se sont déroulés tout au long de l'année afin de proposer un modèle d'organisation des services plus efficace pour les personnes âgées en perte d'autonomie de la ville de Sherbrooke. Un plan d'action et un nouveau mode de gouverne ont été approuvés par le conseil d'administration de la régie régionale en mai 2003. Les travaux ont été coordonnés par un comité d'orientation qui a travaillé en étroite collaboration avec les trois établissements concernés d'alors, soit le CLSC de Sherbrooke, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Estriade et l'Institut universitaire de gériatrie. Ces travaux ont mené au regroupement du CHSLD Estriade et de l'Institut universitaire de gériatrie et ont jeté les bases pour une intégration avec le CLSC, étape qui s'est réalisée suite à la loi n° 25. Ces trois établissements sont maintenant regroupés en un seul et forment l'instance locale de Sherbrooke.

Le plan d'action résultant de ces travaux est en cours de réalisation et permet de mettre en place des solutions pour répondre adéquatement aux besoins grandissants des personnes âgées en perte d'autonomie. Il favorise également la mise en place d'une organisation des services permettant aux personnes âgées de la ville de Sherbrooke de recevoir des services adaptés à leurs conditions, et ce, dans leur milieu de vie. De plus, il a réglé l'épineuse question des personnes âgées en milieu hospitalier en attente d'une ressource d'hébergement. Actuellement, plus personne n'attend indûment plus de 10 jours dans les lits du CHU pour une place en hébergement, comparativement à une attente de 50 jours en 2003. Sur 700 lits actuellement, aujourd'hui, à Sherbrooke, au CHU, seulement 20 lits sont consacrés à des patients en attente d'une ressource d'hébergement, et ces gens-là ne sont pas là depuis plus de... l'attente n'est pas de plus de 10 jours, c'est une réalisation considérable, ce qui nous permet d'utiliser de façon beaucoup plus efficace les lits de soins aigus.

Les frontières entre les établissements pour la circulation des personnes en attente de réponse à leurs besoins ont été levées. Permettre l'accessibilité à des services appropriés pour une personne âgée en perte d'autonomie est une responsabilité commune. L'approche en silo n'a plus de place dans un système de santé moderne. Chaque établissement doit jouer son rôle en tenant compte des responsabilités des autres établissements et non pas seulement des siennes. Chaque intervenant doit agir de façon à favoriser la continuité des soins et maximiser son action par l'interdisciplinarité.

Autre dossier: prévention auprès des enfants et des familles en milieu défavorisé. Depuis 1995, l'Estrie a accordé une place importante au déploiement de programmes de santé publique, tendant à accorder à la prévention et à la promotion 20 % des budgets de

développement pour les services de proximité. Une des grandes priorités en 2002-2003 a été le développement de services auprès des enfants de 0-5 ans et de leurs familles de milieux défavorisés. Au fil des années et à la faveur des ajouts budgétaires, les services sont offerts durant la grossesse et jusqu'à l'entrée à l'école des enfants. Ces services sont caractérisés par leur continuité et leur intensité et ont pour objectif premier de favoriser le développement normal des enfants et le soutien à leurs familles.

On parle toujours de familles défavorisées. L'année 2002-2003 a permis de consolider complètement les services à cette clientèle grâce aux allocations du Programme de soutien aux jeunes parents qui s'adresse aux mères de 19 ans ou moins et à leurs enfants. L'année 2002-2003 a également permis d'amorcer des services préventifs de proximité auprès d'une autre clientèle prioritaire en milieu scolaire, soit les 5 à 12 ans. Il s'agit de favoriser le développement des habiletés prosociales chez les enfants dès la maternelle. Ce programme a pu être consolidé cette année en 2004-2005.

Autre dossier important pour notre région en 2003-2002, l'équité régionale. L'approche par MRC, adoptée finalement en 1995 et développée depuis 1990, a rapidement conduit à la nécessité d'attribuer les ressources aux sept territoires de l'Estrie selon une méthode d'équité. Chaque centre de santé d'une MRC a le droit de prétendre à un partage adéquat des ressources pour répondre aux besoins de sa population, en particulier pour tous les services de première ligne, tant dans le domaine de la santé que des services sociaux, et ceci, pour tous les programmes. En 2002-2003, des travaux ont été effectués pour revoir les critères menant à l'équité ainsi que le rythme de rattrapage pour les sous-régions moins financées. Tous les partenaires en ont convenu de façon unanime.

Récemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux a adopté une méthode pour arriver aux mêmes résultats pour l'ensemble... pour tout le Québec, et nous en sommes très heureux, parce que l'Estrie est une région considérée comme sous-financée d'environ 30 millions, selon cette méthode. Cette initiative est accueillie avec enthousiasme par tous les intervenants de l'Estrie. Pour permettre une véritable responsabilité populationnelle, un partage équitable des ressources est essentiel. Chaque citoyen a droit au même panier de services, surtout lorsque nous parlons des services de proximité, qui sont à 90 % des services dont les gens ont besoin habituellement toute leur vie, sauf la dernière année.

Autre initiative 2002-2003. J'ai voulu attirer votre attention sur quatre dossiers de l'année 2002-2003 à cause de leur importance pour le futur, mais le travail de l'année ne s'est pas limité à ces quatre dossiers. Vous trouverez dans le rapport annuel des informations sur d'autres dossiers comme l'organisation et le financement des soins médicaux de courte durée dans cinq MRC, la réorganisation des services pour les jeunes en difficulté d'adaptation, la création et le maintien de places de convalescence, l'allocation des budgets pour les différents programmes ainsi que l'adoption de plans régionaux concernant les soins préhospitaliers, la traumatologie, les services d'urgence et l'imagerie médicale.

Il faut signaler également, en 2002-2003, les démarches faites pour doter l'Estrie d'immeubles permettant de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle et d'améliorer les conditions de travail du personnel du réseau. Ainsi, les travaux de rénovation du complexe Saint-Vincent-de-Paul ont progressé, et je peux dire aujourd'hui que le projet a été complété. La MRC du Granit, Lac-Mégantic, a reçu le feu vert pour agrandir et réaménager ses locaux. L'ouverture est prévue pour octobre 2004.

Les projets d'agrandissement du CHU—Hôpital Hôtel-Dieu au site Bowen et le projet de l'Institut universitaire de gériatrie et du Centre de santé Memphrémagog ont fait l'objet de nombreuses discussions qui ont abouti à des décisions favorables quant à leur permanence et à leur mise à l'étude par le ministère. Ces projets sont tous à des étapes différentes au moment qu'on se parle.

Nous sommes fiers du travail accompli. Il existe en Estrie une collaboration très intense entre les différents partenaires. Nous pouvons compter sur des administrations d'établissement dynamiques. Le personnel est dévoué et engagé. La population supporte son réseau de services de santé et de services sociaux et supporte, à l'intérieur de plusieurs fondations, les établissements. C'est une région très généreuse d'ailleurs dans le support des fondations.

Il reste beaucoup à accomplir, mais tous les partenaires partagent la même vision et sont prêts à travailler pour améliorer notre réseau. Comme ailleurs, il manque fréquemment de ressources, cela ne fait que renforcer l'obligation d'utiliser au maximum celles disponibles. Il faut donc choisir, prioriser et performer avec ce qu'on a. Merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci, Dr Baron, pour votre présentation.

Alors, nous allons débiter la période d'échange, et je vais reconnaître M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci, Mme la Présidente. Merci, Dr. Baron. Merci à toute votre équipe d'avoir bien voulu se déplacer pour venir nous donner beaucoup plus d'informations sur une autre belle région du Québec, qui est l'Estrie. Vous avez parlé rapidement, vous nous avez laissé un document également sur l'impact de la loi n° 25. Et vous mentionnez, et je vous cite: «C'est donc avec satisfaction que les intervenants de l'Estrie ont accueilli la loi n° 25. Elle venait confirmer les orientations poursuivies dans les régions depuis 1995.» Moi, ce que j'aimerais entendre de vous, c'est comment ça s'est passé dans la réalité. Est-ce que ça a été facile? Est-ce que ça a été difficile? Comment les CLSC ont réagi? Comment les CHSLD ont réagi? L'ensemble des établissements, parce qu'il y a un institut universitaire aussi. J'ose penser que ça n'a pas été nécessairement facile, mais j'aimerais ça l'entendre de vous, le cheminement qui a été poursuivi.

**M. Baron (Michel):** Bien, je vais vous donner presque une vision de quelqu'un de l'externe — j'étais dans une autre organisation au moment où toutes ces choses se sont faites — et, après ça, je demanderai à M. Courchesne qui l'a vécu de l'interne.

• (12 heures) •

De fait, c'est vrai qu'il y a eu des débats, mais ces débats-là se sont faits de façon très adulte. On réalisait une chose: partis sur la voie qu'on était, avec le problème de ressources, le problème d'accessibilité et de continuité, que les gens pouvaient s'associer autour du même objectif, qu'il fallait trouver une façon de faire mieux. Et une fois que les gens ont accepté cette obligation et cette stricte nécessité... Moi, j'ai vécu... Parce que j'étais à la table de concertation de 1995 où on a fusionné les quatre hôpitaux de soins aigus de l'Estrie, de Sherbrooke. Ce n'était pas une mince affaire, il y avait des cultures. Mais, une fois que la décision a été prise... Il y a eu des débats dans des salles fermées, là, puis des fois en public, mais des débats durs, mais, une fois que la décision a été prise, les gens se sont embarqués là-dedans. Parce que ce que j'ai réalisé, moi, de l'extérieur, ce que les gens souhaitent, c'est une direction. Ils veulent savoir où on va. Puis il n'y a rien de pire que tant qu'on ne le sait pas puis on ne s'entend pas pourquoi on veut y aller. Mais dès qu'on a fait ce consensus, ça a été par la suite relativement facile.

Il y a eu par la suite des batailles dans chaque MRC. Celle du Granit a été assez forte comme telle, mais, les gens du Granit, je dois dire à leur mérite qu'une fois que la décision a été prise, c'est eux qui ont connu depuis trois ans la plus forte amélioration d'organisation. Et on faisait récemment l'évaluation du panier de services et d'accessibilité, puis le Granit est en train de battre tout le monde. Ils sont vraiment embarqués dans l'aventure.

Il y a également Sherbrooke, avec la loi n° 25, ça a été un peu difficile avec l'institut, il y avait les missions universitaires. Mais, vous savez, les missions universitaires, c'est avant tout pour former des professionnels qui auront à travailler sur le terrain avec le vrai monde, dans la vraie vie. Ça fait qu'il faut qu'ils soient connectés à un vrai modèle d'organisation. Et les universitaires se sont également ralliés.

Si vous me permettez, je demanderais à M. Courchesne de commenter ce point-là également parce que, lui, il l'a vécu de l'intérieur et il a été un des présidents et responsables des comités de concertation qu'on appelle.

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

**M. Courchesne (Robert):** Merci. Tout d'abord, peut-être vous dire qu'au niveau de la loi n° 25 l'enjeu majeur pour les MRC, en dehors de la ville de Sherbrooke, ça se situait davantage autour de la définition... si on maintenait ou pas les territoires avec le découpage actuel. Compte tenu du faible volume de population dans certains milieux, est-ce qu'on pouvait penser à regrouper certains de ces milieux-là ou pas? Alors, les travaux qu'on a menés effectivement — le Dr Baron y faisait référence — au niveau de l'utilisation des services de première ligne nous ont démontré qu'un très fort pourcentage donc de ce type de service là était consommé par les gens d'un milieu, dans leur propre milieu. Alors, on a donc relativement facilement conclu avec les intervenants de l'Estrie au maintien donc des territoires actuels.

Puis au niveau des structures, bien évidemment, comme on vous disait aussi, dès 1995, on avait entrepris des démarches pour revoir les structures dans chacun des milieux, ce qui nous avait amenés à regrouper, soit par le biais des fusions ou autrement, l'ensemble des intervenants d'un même territoire. Dès 1998, si ma mémoire est bonne, des fusions avaient été faites dans tous les milieux, sauf à Sherbrooke, et c'est ce qui a été fait, là, au cours de la dernière année.

Je pense qu'évidemment, au moment où les discussions sont faites, puis il y a eu des débats importants dans ces milieux-là... Mais à l'unanimité les gens — non seulement les employés, soit les directeurs généraux des établissements, mais des membres de conseils — nous disent aujourd'hui qu'ils ne reviendraient jamais en arrière. Autrement dit, la formule qu'on avait retenue à l'époque est celle... Une fois, je dirais, qu'on a vécu avec cette formule-là, il est clair à la fois pour les membres de conseils, les dirigeants ou même le personnel des établissements qu'ils ne souhaitaient pas en aucune manière revenir en arrière. Ça venait nous confirmer dans le fond, là... Quand on vous dit que, pour nous, en Estrie, la loi n° 25 a été accueillie avec satisfaction, c'est que ça venait confirmer dans le fond des orientations qui avaient déjà été prises à l'époque.

**M. Marsan:** Bien, merci beaucoup. Je pense que c'est un témoignage, là, qu'on apprécie. Je pense que ça n'a pas été facile dans l'ensemble des régions, mais, lorsqu'on écoute les agences régionales venir nous rencontrer l'une après l'autre, bien, on s'aperçoit qu'il y a quand même un continuum, là, à l'effet que cette réforme-là a été bien faite.

Et, maintenant, je pense que vous êtes à une nouvelle étape, vous l'avez dit, vous êtes à l'étape des plans d'action. Les gens de vos conseils d'administration ont été nommés, ont été regroupés, et on est vraiment en train de travailler pour les patients. Et en tout cas j'apprécie beaucoup votre témoignage.

Vous allez me permettre de poursuivre. À partir des éléments que nous avons, on n'a pas eu d'indication sur comment va le... si vous avez une pénurie d'effectifs médicaux ou si vous avez aussi une pénurie d'infirmières, de professionnels de la santé. Et j'aimerais également vous entendre. De façon générale, on sait qu'il y a des difficultés dans l'ensemble des régions, il n'y a pas encore de région, là, qui est vraiment particulière et dans laquelle tous les problèmes sont réglés. Alors, j'aimerais quand même savoir de vous comment se comporte votre région par rapport à la pénurie d'abord des effectifs médicaux. On sait que ce n'est pas d'hier, là, que ce problème-là est dans le paysage, mais je suis certain qu'avec le dynamisme que vous avez en Estrie vous avez aussi trouvé des moyens pour essayer de diminuer les effets d'une pénurie de médecins, d'infirmières et de professionnels de la santé.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Dr Baron.

**M. Baron (Michel):** Lorsqu'on se compare, on se console. En Estrie, lorsque vous regardez les... Je ne les ai pas de mémoire; Mme Dorval pourrait vous les donner. Mais nous sommes quand même une région qui, en effectifs médicaux, comparativement à d'autres

régions du Québec, se situe presque au niveau de la région de Québec qui est une des meilleures, là, meilleures parmi ceux qui sont en déficit, mais il reste quand même que c'est une région... en particulier en ce qui regarde le milieu spécialisé. Il faut dire que l'université a un pouvoir d'attraction très important. Le CHU, qui est un hôpital très performant, a également un rôle très attrayant.

Il reste quand même qu'actuellement, lorsqu'on fait les PREM ou les PEM, on distribue une pénurie. On ne peut pas distribuer en fonction des besoins, on n'est pas encore rendu là, on espère dans quelques années que ça va arriver. Ça fait qu'il y a plusieurs secteurs en Estrie, en spécialité, qui sont très limités, parce qu'il ne faut pas oublier que c'est une région universitaire qui, en plus d'assumer les mandats de soins de proximité pour la ville de Sherbrooke, doit assumer la mission de soins régionale pour tout l'ensemble — il n'y a pas d'autres alternatives, il y a un seul hôpital — et elle doit, par son obligation nationale, assumer des services tertiaires et quaternaires pour un territoire beaucoup plus large qu'on est en train de définir à travers le nouveau concept RUIS comme tel.

Donc, il y a des équipes... Si on la regarde comparativement à Montréal, Laval, l'équipe qui doit répondre à ces trois missions-là est la plus faible des trois en nombre. Je dirais qu'en qualité on n'est pas la plus faible des trois, on est la plus organisée. Vous savez que le CHU est doté d'un plan de pratique avec des médecins de l'université, ce qui donne énormément d'efficacité, mais, les tâches d'enseignement et de recherche étant là... surtout l'augmentation des tâches d'enseignement nous laisse voir quelques années très difficiles au niveau spécialisé.

Au niveau de l'omnipratique, la question est plus délicate. La ville de Sherbrooke est très bien dotée, malgré qu'on s'étonne de ne pas comprendre le phénomène que, même si on est une des villes les mieux notées — c'est toujours du comparatif — c'est une région où que le taux... que les médecins... où les gens ont un médecin de famille est un des plus faibles du Québec. On se dit: C'est parce qu'ils ont des médecins spécialistes qu'ils n'ont pas de médecins de famille, mais je pense que l'explication est plus complexe que ça. Et on retrouve, dans certaines régions de l'Estrie, des situations limites dans des MRC, Le Haut-Saint-François, Le Val, c'est très, très fragile. Ils ont connu des problèmes d'accessibilité importants à Valcourt. Ça va beaucoup mieux cette année, mais ils en ont connu récemment à Saint-Louis de Windsor, puis ils en ont connu récemment à Asbestos, et c'est très fragile. Mégantic est un peu plus consolidé.

● (12 h 10) ●

Je pense qu'une des pistes de solution, c'est qu'il va falloir que la profession médicale, entre autres, assume mieux son rôle social. On aimerait que nos médecins de Sherbrooke aillent aider nos médecins d'Asbestos, nos médecins de Saint-Louis. Ce que je veux dire par là: si vous êtes de garde à l'urgence du CHU, vous êtes de garde — je dis ça au hasard — une fois sur sept, vous êtes de garde une fois sur quatre dans un petit milieu. Y aurait-il moyen que celui qui est une fois sur sept... Et, actuellement, on n'a pas les leviers, sauf la salive, pour les amener... Et, si on pouvait les amener à mieux

collaborer, je pense qu'on pourrait passer à travers la crise, du moins pour la première ligne.

La crise pour faire face aux obligations spécialisées, elle est plus complexe. Maintenant, au niveau des infirmières, on a une situation quand même assez privilégiée. On n'a pas connu les pénuries importantes qu'ont connues les autres régions du Québec comme il y a quatre, cinq ans. Ils ont toujours réussi à recruter. La difficulté s'est présentée beaucoup au niveau des infirmières spécialisées. Lorsque toutes ces personnes très compétentes ont pris leur retraite, elles n'ont pas transmis leur savoir aux personnes en arrière d'elles, et, dans les salles d'opération, dans les unités d'hémodialyse, ça a créé des difficultés. Mais, actuellement, ça va mieux. Donc, la pénurie, pour nous, en sciences infirmières, on est à la limite, c'est tolérable. Le fonctionnement est quand même assez adéquat.

Mais il ne faut pas oublier également qu'on a une école d'infirmières et qu'il y a une relation très étroite entre le CHU et l'école d'infirmières et qu'on est en train de développer beaucoup des nouveaux programmes. Vous savez, la formation... l'étudiant qui fait sa formation dans un endroit, et ça a été dit plusieurs fois, et les deux parties le reconnaissent, et tout le monde le reconnaît... la formation peut avoir comme effet secondaire d'aider l'installation et même la rétention. Enfin, il y a des mesures de prises dans ce sens-là.

Donc, grosso modo, c'est notre situation actuelle. Il y a d'autres spécialités, d'autres professionnels où c'est précaire. En pharmacie, vous savez, c'est difficile. En ergo, en physio, c'est limite. Et, nous, on a de la radiothérapie, on est un centre de radiothérapie, et ça, c'est très limite.

**M. Marsan:** Bien, je vous remercie. Je voudrais vous demander... ou vous parlez aussi des centres jeunesse et peut-être savoir de vous comment ça... Quel est le portrait dans la région de l'Estrie? Est-ce que vous êtes dans la bonne moyenne par rapport au nombre de signalements connus ou reconnus, le nombre de foyers de groupe, le nombre de familles d'accueil? Comment ça se présente chez vous?

**M. Baron (Michel):** Bien, de fait, on a moins de signalements que dans les autres régions, et les signalements sont assez stables. Ils n'augmentent pas au même rythme qu'ailleurs. Nous, on pense que c'est dû au fait qu'il y a eu plusieurs mesures de prévention d'installées en amont — c'est-u en amont qu'il faut dire, Ginette? — en amont, et qu'il y a eu plus d'investissements en prévention-promotion. Et c'est la raison. On ose espérer et on pense espérer que ça... Maintenant, c'est sûr que les centres jeunesse... Le nôtre, en Estrie, a été identifié comme étant moins performant, parce que les listes d'attente à l'évaluation étaient longues, également les listes d'attente en application des mesures étaient longues et la situation financière était précaire.

Bon, il y a plusieurs explications à ça. Il faut dire que c'est très dur, travailler en centre jeunesse, il peut arriver une série d'événements qui nuit pendant l'année. Je vous donne un exemple. Ceux qui travaillent en particulier en application des mesures, vous savez, ce n'est pas facile, aller chercher l'enfant d'une famille désorganisée, et ces intervenants-là vivent des situations

très difficiles. Nous, on a eu un très gros renouvellement du personnel, c'est-à-dire que des gens d'expérience, qui avaient 10, 15 ans de métier, ont été remplacés par... parce qu'ils ont pris leur retraite, ou toutes sortes de choses, ont été remplacés par des jeunes qui sortaient de l'université. Bien, vous savez, imaginez la jeune personne, 5 pi 2 po, 104 lb, qui est à sa première expérience puis qui rentre dans un milieu défavorisé où il y a beaucoup de violence. Ce n'est pas évident. Ça fait qu'on a eu une augmentation faramineuse des congés de maladie et qui a causé ces retards. On est en train de regarder, avec le gouvernement, une série de mesures qui nous permettraient de redresser la situation à ces deux niveaux-là, mais on pense qu'à long terme c'est les mesures de prévention-promotion qui vont vraiment nous aider.

J'aimerais ça demander à Mme Turgeon, qui est responsable de ce dossier-là, je pense, jeunesse, les programmes, si elle a un commentaire supplémentaire, parce que, moi, je vis la crise juste depuis six mois, là, et je ne voudrais pas vous donner de fausses informations ou ne pas vous dire toute la vérité, rien que la vérité.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Turgeon.

**Mme Turgeon (Johanne):** Le Dr Baron vous parlait des listes d'attente à l'évaluation. On a eu une année difficile, et c'est l'année dernière. C'est un secteur dans lequel on n'a jamais eu de liste d'attente. On a eu une liste d'attente qui s'est gonflée pendant l'année parce que, sur une équipe de 12 évaluateurs, on en a eu cinq qui ont quitté en même temps pour d'autres fonctions. Ça fait que ça a désorganisé ce secteur-là. Mais on commence l'année, on est rendu à la période 5, et on est revenus à notre capacité théorique de ramener ça à 0 attente au niveau de l'évaluation.

Au niveau de l'application des mesures, c'est un secteur où on a plus de difficultés à maîtriser. Là, on est toujours aux alentours d'une quarantaine de dossiers en attente. On a fait des investissements, l'année dernière, dans ce secteur-là, des allocations nouvelles, et on en a fait cette année encore, l'équivalent de deux professionnels à temps plein. Donc, théoriquement, on devrait se ramener, là, si la demande est similaire à ce qu'on a eu les autres années, puis, en Estrie, c'est le statu quo, là, sur le niveau des demandes.

Un autre secteur qui nous préoccupe un peu — puis on veut travailler ça avec le centre jeunesse cette année — c'est... Bon, disons qu'on a à peu près le même nombre de signalements, on a à peu près le même nombre de signalements retenus et on veut regarder avec eux, à travers les signalements retenus, le pourcentage des faux positifs, là, ceux qui ont été retenus, mais, après une plus longue évaluation, finalement ont été vers des mesures volontaires des parents ou simplement une orientation vers une autre offre de service. Parce que, dans les deux dernières années, on a développé beaucoup l'intervention de réadaptation jeunesse pour tout le volet troubles de comportement en première ligne dans nos territoires de CLSC. Ça fait qu'on veut voir, là, si on commence à avoir des impacts à ce niveau-là. Ça fait que ça, c'est un dossier qui nous tient à coeur.

Au niveau du placement en centre d'accueil, ou en famille d'accueil, ou en foyer de groupe, comme

votre question le demandait, on est une région qui place moins en centre d'accueil que la moyenne du Québec, et beaucoup moins. Par ailleurs, on a plus de placements en famille d'accueil que le reste du Québec, puis, en tout cas, une des explications à ce moment-ci, c'est qu'on a beaucoup de placements, en majorité. On a des travaux à faire avec le volet de la justice, là, parce que c'est un secteur où on a une pratique qui est difficile.

**M. Marsan:** Vous avez parlé tantôt — et je termine, Mme la Présidente, là-dessus — d'une demande qui tout à coup devient faramineuse. C'est l'expression que vous avez mentionnée, je pense. Est-ce qu'il y a des raisons pour ça? Est-ce qu'on peut expliquer comment ça se fait que, tout à coup, il y aurait eu des besoins beaucoup plus grands qu'à l'accoutumée?

**M. Baron (Michel):** «Faramineuse», je faisais référence à quoi, là? Je l'ai...

**M. Marsan:** À ce moment-là, je pense, vous parliez qu'il y avait eu une demande accrue au niveau des... je pense que c'étaient des signalements ou au niveau des besoins pour les centres jeunesse. J'avais conclu, en tout cas, puis corrigez-moi si c'est...

**M. Baron (Michel):** Ah non! Non, non, non. De fait, il y a deux caractéristiques. Je m'excuse, je n'ai peut-être pas utilisé le bon mot. En Estrie plus qu'ailleurs, il y a une hypersensibilité, mais le niveau de signalements n'a pas été augmenté. L'hypersensibilité, c'est des juges qui l'ont, et ils demandent énormément, puis ça, c'est la loi. Vous savez, quand le juge dit: Application des mesures, là, c'est l'application des mesures. Et vous allez avoir des variantes dans les régions pas parce qu'on a des bons ou mauvais juges, c'est parce que les juges, c'est comme des humains qui ont chacun leur conception des choses, qui ont leur expérience de vie puis leur expérience de famille, ça fait qu'ils ont des niveaux de tolérance différents et leurs niveaux de croyance différents aussi.

Il y a des gens qui — moi, j'en suis... Je pense que, même si une famille est un peu perturbée, faire tous les efforts pour garder l'enfant dans sa famille puis la supporter, c'est une solution; il y en a qui pensent que la moindre petite perturbation... la famille d'accueil et ces variantes-là. Et, actuellement, on vit, nous autres... quand on arrive à l'application des mesures, le niveau de tolérance légale est très faible, c'est famille d'accueil, vite, puis c'est application des mesures, vite. Et ça, des fois, on pense qu'on pourrait intensifier le travail de famille, donner une chance aux intervenants. Et c'est sûr, c'est sécurisant, l'enfant s'en va dans une famille d'accueil jusqu'à 18 ans, puis là le tort qu'on y fait, on ne le sait pas, là. Est-ce que c'est mieux, des parents un peu perturbés supportés ou être dans une famille d'accueil jusqu'à 18 ans? C'est une question de jugement puis de valeurs personnelles. Et ça, des fois, on a eu des petits problèmes comme ça, nous autres.

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

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la députée de Maskinongé.

**Mme Gaudet:** Bonjour. Merci pour votre présentation. Alors, moi, j'aimerais que vous nous commentiez votre satisfaction concernant vos listes d'attente ou la gestion de vos listes d'attente, là, à partir des indicateurs que vous nous avez transmis.

**M. Baron (Michel):** Les listes d'attente en quoi?  
● (12 h 20) ●

**Mme Gaudet:** Bien, peut-être, là, où vous êtes le plus satisfaits de l'amélioration au niveau des délais d'attente et peut-être dans certains domaines où il y a des efforts supplémentaires à apporter.

**M. Baron (Michel):** Alors, écoutez, on vous a parlé du dossier de personnes âgées, perte d'autonomie, les patients en... les gens en... Excusez. Moi, je suis un docteur, ça fait que j'emploie l'expression «patients», là. Puis, tu sais, habitué de même, c'est dur de s'en débarrasser. Les personnes en attente d'une ressource alternative d'hébergement en milieu aigu, ça a vraiment diminué, puis on a vraiment utilisé au maximum les ressources.

Mais on n'a pas eu le même succès dans les listes d'attente en chirurgie. Je vérifiais la liste d'attente en chirurgie, ce matin, et il y en avait 6 000. Bon, ça veut dire toutes sortes de choses, une liste d'attente en chirurgie, on n'entrera pas dans ce débat-là. Mais, malgré une augmentation appréciable des heures opératoires au CHU et des heures d'ouverture en salle d'opération, là... C'est l'hôpital qui a eu une des meilleures performances. Ils ont augmenté de 5 %, Johanne?

**Mme Turgeon (Johanne):** 5,6 %.

**M. Baron (Michel):** 5,6 % des heures opératoires, donc c'est très appréciable, puis ils ont diminué les heures payées et non travaillées, en tout cas une excellente performance. Et, malgré ça, la liste demeure stable ou a tendance à allonger un petit peu. Il y a eu des très bons succès dans les cataractes — ça, on a réussi à diminuer ça — mais en orthopédie — genoux, hanches — c'est beaucoup plus difficile, et les listes continuent à s'allonger.

Je dois dire, par exemple, que je suis quand même assez rassuré parce que, si on regarde les gens qui avaient besoin de façon urgente des interventions, je pense que ça, ça a été respecté dans la... ça a été nettement amélioré. Mais il y a des urgences qui ne s'évaluent pas: la perte sociale, la perte de confort, la perte de vie. Quelqu'un qui a un problème de hanche qui lui incommode la vie, ça, ça se mesure moins bien. Ça fait qu'il y a eu une amélioration des ressources. Ils ont ouvert une salle d'opération de plus.

Il y a encore des facteurs limitatifs: on parle de la main-d'oeuvre médicale au Québec. Il faut nuancer aussi, hein? Vous savez que les chirurgiens en Estrie opèrent 0,8 jour par semaine, puis je pense que c'est comparable à la grandeur du Québec. Ça fait qu'il y a deux façons: c'est de les faire opérer deux jours, on vient de doubler le nombre de chirurgies. Mais les problèmes sont plus complexes que ça: il faut des lits de soins intensifs, il y a des lits qui sont bloqués, etc.

Nous, un des problèmes qui nous a énormément limités, c'est le problème de l'anesthésie. Les anesthésistes

ont amélioré leurs conditions de travail au Québec. Leur nombre n'a pas tellement augmenté. Ils ont été des bons négociateurs et ils sont un des obstacles importants actuellement à... Bien, ce n'est pas les personnes qui sont obstacles, c'est le problème... l'anesthésie est un problème important à l'ouverture des lits parce que, nous, on n'a pas des lits occupés.

Donc, pour ces listes-là, nos listes également en imagerie se sont allongées. Malgré une performance nettement supérieure des appareils, la demande a nettement augmenté. Donc, les listes en imagerie malheureusement sont plus longues ou au même niveau.

L'attente pour les actes diagnostiques de base, par exemple, en Estrie, c'est très bien. Vous avez des services sur tout le territoire pour les prélèvements sanguins qui se font, là, c'est presque la journée même, avec très peu d'attente. On est une des régions qui performent le mieux, mais ça, ça a été organisé à l'intérieur des services de première ligne et de proximité. Je regarde Robert pour qu'il me dise oui ou non, là, mais, lorsqu'ils ont fait l'organisation des services de proximité, vous savez, vous ne prenez pas de rendez-vous pour avoir une prise de sang à Sherbrooke, vous vous en allez et vous avez votre prise de sang au laboratoire qui est ouvert sur des longues heures d'ouverture, et nous sommes en train d'étendre ce service à toutes les MRC. Les heures d'ouverture ne sont pas aussi grandes mais, on espère, c'est quand même, dans des délais à l'intérieur de deux semaines, là, très facilement faisable. Donc, on est très performants dans ce domaine-là, mais il nous reste à faire du chemin pour l'imagerie et la chirurgie.

Et pourquoi que la demande augmente plus vite que la démographie, ça, on pourrait en parler longtemps, c'est un autre débat.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui, Mme la députée.

**Mme Gaudet:** On vous a demandé, d'après la documentation qu'on nous a remise, d'atteindre un équilibre budgétaire. Alors, j'aimerais que vous nous en parliez, où vous êtes rendus, là, au niveau de cette demande, je pense, qui a été faite à l'ensemble des agences au niveau du Québec.

**M. Baron (Michel):** L'année qui vient de se terminer, nous avons été presque en équilibre budgétaire si on considère qu'il y avait des déficits autorisés. Les déficits autorisés, ils ont été même reconnus par le gouvernement actuel, maintenant, et il y a un plan de trois ans pour les résorber, mais c'est une reconnaissance. Ça fait que, si on exclut les déficits qui étaient autorisés, il y a eu un dépassement en centres jeunesse, à l'institut et aux CLSC de combien de millions, Normand?

**M. Couture (Normand):** À l'institut, de 700 000 \$, aux centres jeunesse, de 600 000 \$.

**M. Baron (Michel):** Donc, 1,3 million sur 560 millions. Donc, c'est presque un équilibre atteint. Et, cette année, nous prévoyons être en équilibre pour la présente année. Donc, on est une des régions le plus en équilibre, tout en étant une région sous-financée. Mais, vous savez, la concertation puis les gens qui travaillent ensemble, ça

peut faire mieux, et je pense que c'est ça, la recette aussi, là.

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue, allez-y.

**M. Bernard:** Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Dr Baron, bonjour à toute votre équipe. Juste une petite anecdote pour commencer: chez nous, la personne, quand elle attend, on l'appelle le patient, puis quand elle reçoit la prestation, c'est le client. Alors, je veux juste faire la distinction.

Moi, je voudrais revenir, si vous le permettez, sur un sujet qui a été d'actualité il y a un peu plus d'un mois de ça, c'est le *Clostridium difficile*. Maintenant que tout le battage médiatique est passé par rapport à ça, alors, j'aimerais, s'il vous plaît, que vous nous fassiez un peu l'état de la situation à cet égard-là et vraiment d'une manière objective. Puis quelles sont les mesures qui ont été mises en place depuis les incidents qui ont été rapportés au début? Du moins, si vous le permettez.

**M. Baron (Michel):** Vous savez, juste un petit commentaire anecdotique, c'est une nouvelle d'été. Les nouvelles d'été, c'est toujours dangereux parce qu'on ne peut pas les expliquer comme il faut.

Le *Clostridium difficile* existe dans les hôpitaux depuis 40 ans. Il est un fidèle compagnon des patients qui reçoivent des antibiotiques et qui ont des phases terminales ou qui sont grabataires. Ce qui est arrivé avec le *Clostridium difficile*, sur le plan scientifique, c'est que sa morbidité ou la mortalité qui était dans les environs de 2 % — Ginette? — est passée à 4 %. Ça, c'est la vérité scientifique au niveau du Québec. C'est prouvé. Et on pense de plus en plus que c'est parce que le «bug» s'est modifié. Bon.

Le CHU était au courant de l'augmentation de la morbidité et de l'agressivité du «bug» déjà depuis le printemps dernier. On avait constaté qu'il y avait un peu plus de gens qui devenaient porteurs, un peu plus de gens qui étaient malades, et les gens qui étaient malades étaient plus sévèrement malades. La toxine que produit le microbe était plus virulente. Et, dès que ça a été identifié... et c'était connu également de la Santé publique comme telle. Et nous avions eu, nous, au niveau des D.G. de région, déjà des mesures mises en place pour accentuer les mesures usuelles que vous connaissez, là — la presse en a été pleine. Et le CHU avait vraiment fait ses devoirs, avait tout désinfecté l'Hôtel-Dieu qui est l'hôpital le plus vétuste. Mais, vous savez, la vétusté, comme facteur de risque, là, c'est minime. On a beaucoup amplifié ça, là. Les hôpitaux ne sont pas devenus vétustes instantanément. Ça fait que ce facteur-là a été énormément intensifié.

Le facteur principal, c'est la transformation de la bibite qui a fait la différence. Les facteurs à moyen et long terme qui ont nettement influencé que la bibite puisse se transformer, bien entendu, c'est l'effet des nouveaux médicaments, des nouveaux antibiotiques — vous savez, toute nouvelle technologie a des effets secondaires — et également le fait qu'il y a des patients de plus en plus lourds dans les hôpitaux. C'est des facteurs qui ont influencé. Ça fait qu'il y a eu une augmentation de l'incidence.

Des mesures ont été prises. Mme Dorval avait déjà vérifié tout le plan du CHU, tout avait été fait, et même les médias avaient été informés. Sauf que le média qui avait été informé à ce moment-là, c'était le Sherbrooke *Record*, qui a tout publié. Vous pouvez retourner au *Record* du mois de mai, tout ce qui a été dit, il l'avait dit comme tel, et là c'est devenu très médiatisé par la suite.

• (12 h 30) •

Moi, je pense qu'on va vivre de plus en plus des situations avec ces nouveaux microbes, le *C. difficile*. C'est sûr qu'il y a des séries de mesures, mais ça va coûter des millions si on veut prendre toutes ces mesures-là. Les mesures de base sont quand même celles qui coûtent le moins cher. Mais c'est sûr qu'il faut améliorer la vétusté; il faut faire plus d'information pour que les médecins utilisent mieux l'ordonnance. Et le plan de surveillance qui est fait au CHU est un des meilleurs du Québec, et je l'ai ici, là, je pourrais vous le faire... Dès l'application des mesures qui a été faite au printemps, il y a eu une diminution de 50 %. 50 %, là, c'est énorme. Si je vous disais qu'aujourd'hui 50 % de gens de moins ont le cancer, j'aurais le prix Nobel. Bien, le CHU, en quelques mois, a réussi à diminuer l'incidence de 50 % en appliquant les mesures de base comme telles.

C'est sûr que, pour faire l'autre 50 %, là, c'est «tough job», et probablement «impossible job», je dirais, comme telle. Et, moi, si je fais l'autopsie de ça, c'est de quelle façon... Puis le blâme que je me fais — moi, j'étais en vacances puis j'ai interrompu mes vacances lors de cet épisode-là — c'est que je pense qu'on n'a pas réussi à bien informer la population comme il faut. On a créé de l'inquiétude et de l'inquiétude. 100 morts, ce n'est pas vrai. Il n'y a pas eu 100 morts. C'est dangereux d'aller à l'hôpital, ce n'est pas vrai. Ce n'est pas plus dangereux qu'avant. Ça fait qu'il faut faire bien attention, lorsqu'on sort ces choses-là, de s'en servir comme moyen d'éducation de la population. Mais, quand on prend le retard sur l'information comme il est arrivé dans cette crise-là, bien, ça a appris des choses.

C'est sûr que tous les problèmes d'infections nosocomiales, il y en a des nouvelles qui sont sorties dont vous n'avez pas encore entendu les noms, là, bien plus dangereuses que celles-là. Il s'en vient la possibilité d'une mutation de l'influenza. Vous avez vu ça, ceux qui ont regardé, en fin de semaine, *Découverte*. Quand j'ai dit ça à ma collègue, la Dre Dorval, que le cochon l'a, elle a dit: C'est épouvantable! C'était une réaction de quelqu'un vis-à-vis... Ce sont des crises. On va y faire face de plus en plus et de plus en plus et j'espère qu'on va se donner des moyens communs pour les bien gérer. Celle de cet été, c'est un bel exemple où des instances locales — je ne veux pas parler du gouvernement, ce n'est pas de mes affaires — où on a mal géré notre affaire, et j'en fais le mea-culpa.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Si vous voulez, on va reprendre la discussion quand on va reprendre les travaux cet après-midi, à 14 heures, si ma mémoire est bonne. Pour ceux qui sont intéressés, vous pouvez laisser vos documents, la salle va être fermée. Je vais suspendre les travaux jusqu'à 14 heures. Nous pourrions poursuivre ces intéressants échanges.

(Suspension de la séance à 12 h 32)

(Reprise à 14 h 4)

**La Présidente (Mme Charlebois):** Alors, nous reprenons nos travaux, et je vous rappelle le mandat de la commission. La Commission des affaires sociales est réunie afin d'entendre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie dans le cadre de l'étude du rapport annuel 2002-2003 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie en application de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Je vous rappelle par ailleurs qu'il est interdit d'utiliser les téléphones cellulaires et autres appareils de ce genre dans la salle de commission. Il reste 11 minutes à la partie ministérielle pour les échanges que nous avons entamés avec les gens qui sont ici présents. Alors, je pense qu'on en était avec le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

**M. Bernard:** Merci, Mme la Présidente. Oui, rebonjour. Content de vous revoir après ce dîner. Donc, on avait terminé sur... vous étiez en train de discuter sur le Clostridium difficile. Je ne sais pas si vous aviez d'autres sujets à rajouter par rapport à ça ou vous aviez fait le tour suite à ma question.

**M. Baron (Michel):** De fait, on aurait pu aller en détail de tout le plan d'action qui a été fait, des mesures, tout ça, là, mais ça serait peut-être un peu fastidieux, là. Mais, si vous voulez, on a toutes les informations et les états de situation sur le sujet. J'ai fait ça assez général, là.

**M. Bernard:** O.K. Non, c'est parfait. Je vous remercie là-dessus. Mais j'aurais une petite dernière question, Mme la présidente, à demander aux gens de la régie régionale... de l'agence, pardon, de l'Estrie. Dans le rapport 2002-2003 concernant la santé publique, le virus du Nil, vous disiez qu'à l'époque il y avait eu quelques oiseaux qui avaient été détectés, mais qu'il n'y avait pas eu de cas dans la population de rapporté. Depuis ce temps-là, est-ce que... quel est l'état de la situation pour le virus du Nil?

**M. Baron (Michel):** À ma souvenance, on a eu une corneille, mais pas de cas, hein, Ginette? C'est-ou correct?

**Mme Dorval (Ginette):** Oui. Cette année, on a eu quelques corvidés, plus qu'une maintenant, là. On en avait eu quelques-unes dans la région de Memphrémagog, mais on n'a pas eu de cas. On n'est pas la région la plus touchée du Québec. Montréal, Laurentides, Outaouais sont des régions plus touchées que nous. Les entomologistes expliquent ça par des questions d'altitude ou des choses comme ça. Donc, depuis le début, depuis l'apparition du virus du Nil au Québec, le plus loin qu'on est allé, c'est quelques corvidés, et on n'a pas eu de cas humain.

**M. Bernard:** Merci, Mme la Présidente. Merci beaucoup.

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. le député de Saint-Jean.

**M. Paquin:** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Mesdames, messieurs, bienvenue. Très heureux de vous accueillir ici, cet après-midi, pour un peu le résumé ou l'historique du début des fusions de tout le système de santé dans votre coin. Je constate avec beaucoup, beaucoup d'intérêt que le document que vous nous avez présenté est très, très bien fait, très intéressant. D'ailleurs, je vous ai écouté avec beaucoup, beaucoup d'intérêt tantôt, et c'était passionnant. Je constate que vous brillez déjà parmi les meilleurs et que vous avez l'intention de continuer à briller parmi les meilleurs, et c'est formidable.

Mais une question que j'aimerais vous poser, qui est un problème qui n'est pas facile, qui est un problème dans le système de la santé au niveau hospitalier en général au Québec et sûrement chez vous sans aucun doute, parce que je pense que c'est partout — bien sûr, il y a des endroits où c'est que c'est un peu mieux, où c'est que ça fonctionne mieux, des endroits où c'est que c'est un peu plus difficile, des endroits où c'est beaucoup, beaucoup plus difficile — c'est les urgences des hôpitaux. Chez vous, je ne sais pas si vous pouvez nous donner une idée un peu comment que ça fonctionne, qu'est-ce que vous avez fait pour que ça fonctionne mieux et qu'est-ce que vous avez l'intention de faire pour que ça fonctionne encore mieux. Quels sont les décisions ou les gestes que vous pourriez poser ou que d'autres urgences dans d'autres hôpitaux du Québec pourraient poser pour que les urgences soient moins engorgées qu'elles sont présentement?

**M. Baron (Michel):** Vous savez, on débat des problèmes des urgences dans les journaux depuis plusieurs années. La grosse urgence, nous, c'est celle du CHU. Vous pouvez comprendre les autres... Cette année, sa performance est un petit peu moins bonne, en ce sens que les 48 heures ont légèrement augmenté. Mais, si vous la regardez, c'est une des urgences les plus performantes du Québec, c'est-à-dire qu'il y a eu une légère détérioration par rapport à sa performance antérieure. On n'atteint pas toujours tout à fait les normes qui sont fixées pour le nombre de patients qui doivent demeurer sur civière 48 heures. Il faut dire que, pour le CHU, ça a toujours été une priorité du conseil d'administration puis de la direction. La période où que ça a fonctionné sur deux sites après la fusion a créé beaucoup de difficultés, et maintenant on est réajusté, il y a un fonctionnement plus harmonieux. Peut-être que je pourrais demander à Mme Turgeon de vous donner un compte rendu exact où qu'on est rendu comme situation pendant que je pense si on est plus fin que les autres, là, pour les urgences.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Turgeon.

**Mme Turgeon (Johanne):** Le premier indicateur qu'on suit, c'est la durée moyenne de séjour dans les urgences, là. Bon, ce qui est visé, c'est moins de 12 heures. On est à moins de 12 heures depuis plusieurs années; on s'est maintenu encore dans la dernière année. Il y a plusieurs facteurs, hein, qui amènent ça, c'est autant une

organisation à l'interne du centre hospitalier sur tout le volet de la gestion des lits. Un peu plus tôt dans la rencontre ce matin, le Dr Baron vous disait qu'il y a un élément duquel on est très fier, c'est la gestion des clients qui sont en attente d'un transfert vers d'autres établissements dans notre réseau.

● (14 h 10) ●

On peut voir dans des centres hospitaliers souvent un nombre important de lits qui sont occupés par des clients qui attendent pour un lit d'hébergement ou d'autres natures de services. Ça peut être la courte durée gériatrique ou dans d'autres établissements. Ça, ça fait deux ans que c'est un problème qu'on dit, nous, réglé en Estrie. On s'est donné une politique régionale pour toute la clientèle en attente de transfert, et ça fait qu'on a une gestion des lits de courte durée beaucoup plus efficace. Quand on a accès à des lits, habituellement l'urgence est bien moins congestionnée. Quand on a accès rapidement à des services diagnostiques alentour de l'urgence, on décongestionne l'urgence. Quand on a un réseau d'accessibilité à des services médicaux sans rendez-vous à des heures défavorables alentour de nos salles d'urgence, dans l'ensemble des régions d'un territoire, ça aussi, c'est un facteur important de décongestion des urgences.

Ce sur quoi on a à travailler en Estrie — puis on en a convenu avec l'établissement et ses partenaires de première ligne — c'est toute l'organisation des services pour la clientèle avec des problèmes de santé mentale. C'est un groupe de clientèle qui se pointe dans les urgences et qu'on a à travailler. On a identifié un certain nombre de mesures qu'on veut mettre en place avec le département de psychiatrie au CHU, mais ça, c'est notre prochain, là, axe de travail important. Les autres, pour notre région, là, sont pas mal travaillés.

**M. Baron (Michel):** J'ajouterais deux choses qui ont été faites, qui est difficile à faire dans des régions comme Montréal, c'est la complémentarité entre établissements. Je prends l'exemple, si vous présentez un problème cardiaque dans une des régions de l'Estrie, Mégantic, Asbestos, Memphrémagog, le patient est gardé dans ces endroits-là, il est envoyé au CHU à un moment donné prévu pour son étude d'hémodynamie. Après son étude, il retourne dans le milieu, ce que vous n'avez pas dans un autre établissement: le patient est amené à l'urgence qui a le service et fait quelques heures ou quelques jours à l'urgence, monte en haut, fait encore quelques jours. Donc, cette confiance qui existe entre les établissements pour que les patients puissent circuler a aidé énormément.

Un autre facteur qui existe à Sherbrooke, qui existe moins au Québec et partout: les lits n'appartiennent à personne. Moi, je suis un docteur, puis, quand on dit que les lits n'appartiennent à personne, ça veut dire quelque chose. Ils appartiennent à l'urgence du cas, il n'y a pas de lits protégés. C'est sûr qu'il y a des moyens pour protéger la chirurgie élective, là, qui devient la semi-urgence, mais il n'y a pas de lits attirés. Et la plupart des hôpitaux sont... Ça fait que ces mesures-là sont quand même très efficaces quand on les applique. Elles sont connues de tous, sauf que ça prend beaucoup de collaboration pour être capable de les faire. Et, dans une petite région comme nous, c'est beaucoup plus facile, il

y a une confiance entre l'équipe médicale du CHU et les autres équipes, et la circulation se fait très, très bien.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va, M. le député de Saint-Jean?

**M. Paquin:** Ça va. J'ai d'autres questions, mais je vais laisser la chance à mes collègues de...

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

**M. Gautrin:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Il nous reste combien de temps, s'il vous plaît?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il vous reste trois minutes.

**M. Gautrin:** Bon, je vais être extrêmement bref. Écoutez, vous n'avez pas abordé toute la question de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans les rapports que vous avez entre les différents établissements, les médecins et les établissements, et les patients éventuellement ou la population des établissements. Est-ce que vous avez des projets particuliers ou des projets pilotes que vous avez mis de l'avant? Si oui, est-ce que vous pouvez, en trois minutes, ce qui est probablement très court, nous en parler?

**M. Baron (Michel):** Vous avez bien raison, dans les... un des outils essentiels, des clés de succès des réorganisations, c'est l'informatisation. L'Estrie a des avances, il y a des choses que nous sommes en train de faire. Une de ces avances, c'est que le fait d'avoir un seul établissement, nous avons un dossier informatisé partageable qui a fait ses preuves, qui fonctionne très, très bien et qui a même...

**M. Gautrin:** C'est donc sans problème avec la Commission d'accès à l'information, puisque vous n'avez qu'un seul établissement, c'est ça?

**M. Baron (Michel):** Bien, sans problème, c'est impossible, sans problème, parce que la loi, telle qu'elle est faite actuellement, là, crée des difficultés, mais, par exemple, on peut, entre établissements, établir des points de services. Par exemple, les gens du... et les médecins qui travaillent à l'Estrie, qui travaillent au CLSC ont accès aux dossiers informatisés du CHU. Donc, la région a de plus en plus accès, on est en train de l'étendre. Ça, ça nous est permis. Dans les bureaux privés, ça ne nous est pas permis, selon la loi. Et on espère que, quand elle va être modifiée, on va pouvoir étendre.

Il y a également l'informatisation des GMF, et on est une région pilote actuellement dans le cadre d'Infoway pour ce qu'on appelle le plan d'informatisation, sur quelle façon qu'on peut implanter une informatisation puis de manière à mieux utiliser nos milieux. Ce qui simplifie énormément la situation de l'Estrie, il y a une façon gentille de le dire puis pas gentille. La façon pas gentille, c'est une population captive. C'est 95 % à 96 % des gens reçoivent leurs soins spécialisés et ultra-spécialisés au CHU, et on a très peu de... nos gens qui vont... Donc, c'est une région beaucoup plus contrôlable,

et ça nous donne beaucoup plus de... On est en train d'organiser la ville de Sherbrooke actuellement. Robert, y a-tu d'autres initiatives que j'oublie? Ça, tu serais mieux de le dire.

**Une voix:** ...le SIG, c'est Johanne qui coordonne le programme.

**M. Baron (Michel):** Il y a le programme SIG. C'est parce que je ne le connais pas beaucoup.

**Mme Turgeon (Johanne):** Depuis 1999, on s'est associé à la région que vous allez entendre après à soutenir la mise en place des réseaux locaux de services aux personnes âgées, hein, c'est souvent des personnes qui consomment des services dans plusieurs établissements. On a travaillé avec eux à se doter d'un dossier partageable en lien avec les médecins et on a ça depuis 1999 pour le suivi des clientèles vulnérables, des personnes âgées qui demandent beaucoup de services. Donc, en Estrie, c'est déployé à la grandeur de l'Estrie, dans les sept MRC. Et on en est à notre troisième version, là, on améliore cet outil-là en attendant qu'on ait un outil, là, de disponible sur le plan national.

**M. Gauthrin:** C'est-à-dire, les gens restent chez eux, ils peuvent envoyer leur signe... C'est-à-dire ils sont maintien à domicile?

**Mme Turgeon (Johanne):** Non. Je veux dire qu'une personne âgée qui a des problèmes, qui se présente à l'urgence, l'intervenant de l'urgence va regarder si c'est quelqu'un qui a déjà des services du CLSC. Donc, ils se partagent l'information par rapport à un client, un client qui a consenti à ça. À partir du moment où il y a consentement du client, l'information va transiter entre les acteurs qui ont à lui donner des services. Ça veut dire que, le lendemain matin, l'intervenant à domicile qui dessert ce client-là, il sait qu'il a passé la soirée à l'urgence puis qu'il est arrivé telle ou telle affaire, donc il va organiser ses services en conséquence.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci, Mme Turgeon.

**Mme Turgeon (Johanne):** Bienvenue.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

**Mme Harel:** Merci, Mme la Présidente. Alors, je voudrais, au nom de l'opposition officielle et de mon collègue, vous souhaiter la bienvenue, Dr Baron, Dr Dorval, M. Courchesne et Mme Turgeon, et d'abord, d'entrée de jeu, vous dire que votre présentation est un peu laconique si je la compare à celle qui nous a été soumise ce matin par l'agence de Chaudière-Appalaches où on retrouvait un portrait qui était plus exhaustif et certainement plus complet. Ce n'est pas un reproche, c'est une constatation, en souhaitant que, lors d'un prochain exercice, d'ici trois ans, parce que la loi prévoit, je pense, ce genre d'exercice à tous les trois ans, qu'on puisse peut-être avoir un portrait un peu plus

complet. Ça m'amènera donc à vous questionner de façon plus précise sur un certain nombre d'informations qui, à mon point de vue, sont essentielles pour comprendre l'état de la situation, notamment sur la question du maintien à domicile.

Alors, j'aimerais savoir, vous dites: C'est à peu près en équilibre, sauf en intensité, hein, si j'ai bien compris. Est-ce qu'il y a des listes d'attente? De combien sont-elles? Et quelles sont les heures-soins? Et quel est, si vous voulez, l'ajout qui devrait être fait pour que cela vous semble satisfaisant ou de qualité?

Ensuite, les chirurgies en attente, vous parlez de 6 000, une liste d'attente de 6 000, quels sont, sur ce nombre, ces chirurgies hors des délais médicalement acceptables? Pour l'ensemble du Québec, en date du 7 septembre, le site Internet du ministère indique 40 335 personnes par chirurgie, mais de combien s'agit-il dans l'Estrie?

D'autre part, sur la question des ressources de type familial et des ressources intermédiaires, quelle est la situation des ressources de type familial, des ressources intermédiaires en matière d'hébergement et en avez-vous fait l'évaluation? Quel est le rôle que l'agence a joué par rapport à l'évaluation de ces ressources de type familial ou ressources intermédiaires? Et également, en regard des prescriptions de la loi pour tenir les registres des ressources privées, donc un autre domaine, là, mais quel est l'état de la situation?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Dr Baron.

● (14 h 20) ●

**M. Baron (Michel):** Merci, Mme Harel. Je ne commenterai pas le mot «laconique». C'est la première fois que j'ai ce qualificatif-là, puis ça me fait plaisir. Est-ce que vous les voulez pour 2002-2003 ou pour actuellement? Parce qu'on avait prévu que ces sujets-là seraient soulevés et on a amené des états de situation pour la situation actuelle qui est peut-être plus pertinente que celle de 2002-2003, là.

**Mme Harel:** Bon, je pense que ce qui pourrait être extrêmement utile, c'est que vous nous en parliez en fait pour voir l'évolution et que ce soit transmis au secrétariat de la commission pour le bénéfice des membres de la commission si vous avez quelques chiffres sur ce sujet.

**M. Baron (Michel):** Parce que, dans les nouveaux rapports, là, les formes évoluent d'année en année, celui de 2004-2005, maintenant les annexes comprennent... On doit, par annexe, vous fournir toutes ces informations-là qui sont un peu un genre de tableau de bord. Je passerais, avec votre permission, la parole à Johanne, qui est la responsable de ces programmes-là et qui fait un suivi religieux de tous ces indicateurs sur une base... C'est quotidiennement que ça se fait maintenant dans les agences, et cumulé par période, et cumulé à la période 13, et analysé aux trois mois et aux 13 périodes. Ça fait que, Johanne, peut-être que... Tu les a pris en note?

**Mme Turgeon (Johanne):** Oui.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Turgeon.

**Mme Turgeon (Johanne):** Je vais reprendre chacun des éléments, là, de votre question. Le premier, concernant le maintien à domicile, sept MRC, sept portraits différents au niveau du maintien à domicile. La clientèle, le pourcentage de clientèle âgée rejoint varie de 8 % à 24 % dépendant du territoire où on est. Notre territoire où on a le plus de travail à faire pour rejoindre les clientèles, c'est le territoire de la ville de Sherbrooke et de la MRC de Memphrémagog, O.K.? Ça correspond en même temps à deux MRC qui sont en rattrapage financier par rapport aux autres. Cette année, on s'est donné un objectif régional, une cible de clientèle âgée avec perte d'autonomie de 17 %. On vise, à la fin de l'année, à rejoindre 17 % de cette clientèle-là. On est à 12 % sur la moyenne de l'Estrie.

On a peu de listes d'attente. Ce sont des gens qui ne connaissent pas le service de première ligne, ce sont des gens qu'il faut rejoindre, c'est des équipes de base de maintien à domicile qui doivent être en continuité avec les cabinets privés qui souvent connaissent ces clientèles-là. Donc, c'est un exercice, là, de démarchage pour aller chercher la clientèle. Des allocations financières de l'année 2004-2005, on a alloué une très large partie de nos budgets à ce développement-là.

Au niveau de l'intensité des services à la clientèle, on est à 16 interventions, sur une base annuelle, par usager dans le programme et on se fixe de se rendre à 18, parce que, vous comprenez, l'effort en Estrie à ce moment-ci, c'est de les rejoindre. Après, dans les années qui vont suivre, on va aller vers l'intensité des services.

Au niveau des listes d'attente hors délai en chirurgie, si on respecte les six mois, les trois mois... Bon. Peut-être, je vais essayer de vous dresser le portrait en... En chirurgie cardiaque, on n'a pas de délai. En hémodynamie, on n'a pas de délai; on rentre à l'intérieur des délais. Radio-onco, on est toujours en dedans des huit semaines, c'est exceptionnel quand on dépasse. En chirurgie de la cataracte, à la fin de l'année, on avait 30 clients hors délai sur 3 100 chirurgies pratiquées. Là où on a un peu plus de difficultés — puis il faut gérer ça avec les orthopédistes dans notre région et leurs priorités opératoires, et ça, c'est un peu plus compliqué — c'est au niveau de l'orthopédie, O.K.? On a huit orthopédistes, et, des huit, il y en a deux qui génèrent nos hors délai. Ils sont très, très populaires et ils ont de la clientèle qui attend depuis plus que trois mois pour la chirurgie de la hanche et du genou.

**Mme Harel:** Combien?

**Mme Turgeon (Johanne):** On est à... Attendez un petit peu, là, j'ai ça. Au 21 août, 33 pour la hanche et tout près de 80 pour le genou sur deux...

**Mme Harel:** Et, les chirurgies d'un jour et avec hospitalisation, est-ce qu'il y a des listes aussi d'attente?

**Mme Turgeon (Johanne):** Oui. Si on regarde la chirurgie d'un jour, on est aux alentours de 500 hors délai; chirurgie hospitalisée, aux alentours de 1 000 hors délai. Ça inclut les chirurgies que je viens de vous nommer ici. Là, la chirurgie orthopédie est dans la chirurgie hospitalisée. Au total, on est aux alentours de 6 000 clients

qui attendent une chirurgie, mais à peu près 1 500 qui sont au-delà des délais qu'on veut rencontrer.

Au niveau des RIRTF, la régie, depuis plusieurs années, confie le mandat à des établissements, par programme clientèle, d'être le gestionnaire de ce type de ressources là. Actuellement, on est à 1 % de nos ressources d'hébergement par programme clientèle, O.K.? Ça veut dire que 1 % des clientèles dans le programme personnes âgées...

**Mme Harel:** C'est combien de personnes? Sinon, ça ne nous dit rien.

**Mme Turgeon (Johanne):** Bien, 40 000, en Estrie, personnes âgées, dont 1 % de ça sont en ressources de type familial ou de ressources intermédiaires. Le volet d'évaluation fait partie du contrat qui est signé avec chacune des ressources.

**Mme Harel:** C'est elles-mêmes qui font leur évaluation?

**Mme Turgeon (Johanne):** Non.

**Mme Harel:** Non.

**Mme Turgeon (Johanne):** L'établissement qui est mandaté gestionnaire, c'est lui qui a l'obligation d'évaluation annuelle des ressources.

**Mme Harel:** Et ils vous en transmettent copie?

**Mme Turgeon (Johanne):** Non.

**Mme Harel:** Et ça va où, ça, ces évaluations?

**Mme Turgeon (Johanne):** Ces évaluations-là sont gardées à l'établissement.

**Mme Harel:** À l'établissement. Et quant au registre des ressources privées?

**Mme Turgeon (Johanne):** Il est fait depuis deux ans. La mise à jour se fait sur une base annuelle. Une fois que le registre est complété, on le transmet aux établissements qui ont à orienter de la clientèle en résidence privée avec l'obligation, là, de faire l'évaluation des ressources avant d'y envoyer une clientèle.

**Mme Harel:** Alors, Dr Baron, autant je vous disais tantôt, bon, que c'était un peu laconique sur les détails, mais vous êtes quand même prolifiques sur la réforme. Et ça, c'est intéressant parce qu'on apprend qu'en Estrie ça a débuté en 1995 en fait, cette collaboration de partenaires pour se doter d'un plan en fait de transformation globale, et je me disais que c'était vraiment bien de votre part en fait de faire valoir le travail qui avait été fait par votre prédécesseur, M. Duplantie, et qui avait abouti finalement à l'organisation de centres de santé intégrés dans six des sept MRC de l'Estrie. Alors, je comprends donc que le seul avantage que la loi n° 25 vous a apporté dans six de ces sept MRC, c'est de recommencer les pourparlers et qui ont conclu au maintien de ce qui existait déjà. Est-ce que je me trompe?

**M. Baron (Michel):** Ah, ça va au-delà de ça, ça nous a permis de régler... de finir le travail à Sherbrooke. C'est quand même la moitié...

**Mme Harel:** Oui, mais je vous parle des six. On va parler de Sherbrooke après.

**M. Baron (Michel):** Des six, bien il y a aussi une reconnaissance de leur rôle et de l'orientation qu'ils avaient prise. Et on va plus loin maintenant, on leur dit: Autrefois, vous étiez des dispensateurs de soins, maintenant vous avez, au-delà de la dispensation, une responsabilité pour assumer l'accessibilité et la continuité des citoyens de votre territoire. Donc, il y a une responsabilité populationnelle. Donc, ça va...

**Mme Harel:** Alors, vous nous dites qu'elles avaient été mises en place en 2001, c'est bien ça... ah non, en 1999, nous pouvions compter sur un centre de santé intégré pour six des sept MRC, et, vous, vous nous dites que ces centres de santé intégrés n'avaient pas l'aspect intégrateur...

**M. Baron (Michel):** C'est-à-dire qu'ils n'avaient pas la même responsabilité selon la loi, ils étaient plus des établissements qui dispensaient des soins. C'est sûr qu'ils ont vite réalisé entre eux que dispenser des soins comme tels, le client arrive, puis on le dessert, ça ne fonctionne pas puis...

**Mme Harel:** Mais est-ce qu'ils avaient maintenu les établissements dans ce centre de santé intégré?

**M. Baron (Michel):** Nous les avons maintenus.

**Mme Harel:** Dans les six des sept, est-ce que c'étaient des établissements distincts ou si, en 1999, ça faisait déjà cinq ans qu'ils étaient intégrés comme un seul?

**M. Baron (Michel):** Bien, ça s'est fait progressivement, de fait sur une période de cinq ans. Mais on pourrait vous donner les tableaux de bord exactement des dates parce qu'il y a eu d'abord des fusions entre les établissements d'hébergement, ensuite entre l'hébergement et le CH et, des fois, avec le CLSC en plus. Donc, tous ces regroupements-là étaient terminés vers 2001, le dernier probablement, et la majorité se sont faits entre 1995 et 1998.

● (14 h 30) ●

**M. Courchesne (Robert):** Tous étaient regroupés, mais pas nécessairement fusionnés. La distinction, c'est souvent un seul conseil, une seule direction, mais des établissements différents avec des états financiers chacun. Mais, en 1999... disons 2000, tous les établissements étaient fusionnés, donc un seul conseil, un seul établissement.

**M. Baron (Michel):** Mais on n'a pas l'apanage des idées, ce n'est pas une idée neuve. Si vous retournez à la commission Rochon — et, je vous rappelle, M. Jean-Pierre Duplantie, qui a dirigé la région, était membre de la commission Rochon, donc il était très ouvert — ce mouvement-là s'est amorcé à cette époque-là.

**Mme Harel:** C'était dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, alors ils n'avaient pas besoin de la loi n° 25 pour le faire. La preuve, c'est que six des sept de vos MRC l'avaient fait cinq ans avant la loi n° 25. Vous le dites vous-même, la région n'a pas attendu la loi n° 25 pour amorcer la transformation. La différence, c'est que ça a été appliqué mur à mur à la grandeur du Québec. C'est la seule différence, parce que, dans la loi, il était prévu de maintenir les territoires d'appartenance et les missions de manière à ce qu'aucune mission ne soit subordonnée à l'autre et de manière à ce qu'il n'y ait pas de population sans sentiment d'appartenance qui se retrouve dans un établissement. Mais la loi prévoit toujours... la loi générale sur la santé et les services sociaux le prévoit toujours, et là la différence, c'est que ça a été appliqué même sur des territoires urbains comme Montréal, par exemple, où il n'y a pas de sentiment d'appartenance, où il n'y a pas de population homogène et où il n'y a pas ces services captifs, là, cette population captive dont vous parliez tantôt, parce que c'est très essaimé, les services que les populations requièrent dans plusieurs établissements qui ne sont pas sur leur territoire en fait.

Mais je vois que vous avez, disons, à la page 4, là, de votre présentation, le sentiment que la loi n° 25 était nécessaire pour vous, en fait sembliez-vous dire, mais enfin... Je comprends que le Centre hospitalier de Sherbrooke n'a pas été regroupé, est-ce que je me trompe?

**M. Baron (Michel):** Il a été exclu à cause de son statut de complexité et de sa mission suprarégionale.

**Mme Harel:** Dites-moi, est-ce que vous croyez que les agences régionales ont encore un rôle à jouer?

**M. Baron (Michel):** Lorsque la loi n° 25 est arrivée, il existait 40 centres de santé intégrés au Québec. Donc, vous avez bien raison, c'était dans la loi, mais disons que ça avait cheminé très, très, très lentement, on avait besoin d'un coup de barre. Et les régions qui n'avaient pas suivi, c'étaient les régions urbaines, probablement parce que très urbaines puis probablement à cause de la complexité. Mais, dans les régions urbaines, ça n'avait pas suivi; en Outaouais, ça n'avait pas suivi. Dans le Bas-Saint-Laurent, ça allait bien. Ça n'avait pas suivi en Gaspésie puis dans le bas des Îles, ça n'avait pas suivi... Donc, il y avait une très grande variété même dans les sous-régions. Donc, cette tendance qui avait fait ses... en tout cas que plusieurs personnes croient que c'est une approche plus efficace devait être forcée, et la loi est là pour forcer plus comme tel. Les législateurs, c'est leur obligation.

Maintenant, est-ce qu'il y a encore besoin des agences? Le rôle des agences est modifié, on ne sait pas encore à date... On se parle, aujourd'hui, les agences ont un statut provisoire, c'est un conseil provisoire, ce sont des agences de développement. Le gouvernement est en train d'harmoniser la loi où qu'il y aura des... mieux camper le rôle et de l'agence, et des réseaux locaux, et des RUIS, parce que les RUIS sont là-dedans. Donc, ils sont en train de faire ce projet d'harmonisation là. Mais il y aura toujours besoin, dans une région comme la nôtre, même si elle est plus petite, d'un organisme pour

coordonner, un peu arbitrer, animer, motiver, et des fois un peu plus contrôler et, je dirais, évaluer aussi ce qu'on fait. Et il y a des particularismes dans chaque région qu'il faut tenir compte. Et quelle devrait être la taille des agences pour faire ceci? Je ne le sais pas. Je vous donne l'exemple en Estrie, nous avons décidé de maintenir — puis nos hommes politiques étaient d'accord, puis nos intervenants socioéconomiques étaient d'accord — sept instances locales, donc sept réseaux locaux. Même si Asbestos n'a que 14 000 de population, même si Mégantic...

Une voix: ...

**M. Baron (Michel):** ...16 000, même si le Haut-Saint-François n'est pas doté d'un CH, et le Val non plus parce que... donc eux ne pourront pas par eux-mêmes développer des programmes, ils vont avoir besoin de s'associer et se mettre ensemble, et nous sommes là pour les supporter. Et le gouvernement décidera de l'utilité des agences si ce rôle de coordination, d'animation et un peu d'arbitrage et cette façon de véhiculer les pouvoirs régionaux ou les influences régionales est nécessaire. Moi, je n'ai pas à avoir d'avis personnel là-dessus, je suis là pour faire la job qu'on m'a confiée.

**Mme Harel:** Je vous écoute et puis je vous envie, là, de parler d'un réseau local avec 16 000 de population, 14 000. Le réseau local qui a été imposé dans le bas de la ville de Montréal compte 140 000 de population et 2 800 employés, alors vous voyez un peu le portrait de tout cela. Puis c'en est un parmi d'autres, mais je pense au réseau local du député de Verdun qui a encore une taille plus grande. Alors, vous nous dites: Les réseaux locaux sont en place. Ma question était de savoir est-ce que l'agence régionale a encore un rôle à jouer.

**M. Baron (Michel):** Moi, je pense qu'elle a encore un rôle à jouer. Son rôle actuellement, c'est la mise en place de ces réseaux-là. Ce n'est pas parce qu'ils ont été créés sur le plan structure... ils sont à des moments différents de leur histoire. Certains, comme ceux du Bas-Saint-Laurent, existent depuis quelques années, ils sont plus évolués. Nous, ils existaient depuis quelques années puis ils commencent à faire leur évolution. Ils ont besoin d'accompagnement puis ils ont besoin d'être supportés.

On a quand même un réseau — celui de Sherbrooke, c'est 143 000 personnes, c'est quand même important — que nous avons mis cette année. Au début, les gens, ils étaient résistants à ça, ils ont accepté. Mais l'autre étape à faire, c'est ce qu'on appelle le projet clinique, c'est-à-dire faire une organisation efficiente pour l'accessibilité et la continuité, et on pense que le faire avec la population dans chaque réseau local, ça a des chances de succès, et l'agence va être nécessaire pour les aider.

**Mme Harel:** Vous nous présentez le bilan en fait, hein, de l'intervention de la région en fait en 2002-2003, puisque c'est l'année de la présentation en commission parlementaire. Alors, qu'est-ce que vous nous diriez que l'agence a de plus ou de moins comme mission en 2004-2005 par rapport à la région de l'Estrie en 2002-2003?

**M. Baron (Michel):** Au moment qu'on se parle, aussi l'agence a exactement les mêmes obligations et les mêmes pouvoirs que les régies régionales avaient dans l'ancienne loi. Ils ont une chose de plus, c'est le développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux. C'est l'obligation de plus qu'ils ont actuellement avec la loi n° 25.

**Mme Harel:** Alors, maintenant que ces réseaux locaux sont, comme vous dites, établis...

**M. Baron (Michel):** ...établis... créés.

**Mme Harel:** Créés, je veux dire, oui, maintenant qu'ils le sont, quelle est la mission de plus?

**M. Baron (Michel):** Nous, on s'est donné comme mandat dans la prochaine année... et plusieurs agences vont vous le dire, c'est de faire l'implantation des projets cliniques avec chaque réseau, de créer ces réseaux autour des instances locales par territoire. Ça, ce n'est pas fait, là, ces coordinations-là, puis ces corridors de services là ne sont pas faits, les ententes de services que ça nécessite ne sont pas faites. Et, dans certaines régions ils sont un petit peu plus faits. Chez nous, on a déjà fait l'inventaire de toutes les ententes de services qui existent, par exemple, en programmes jeunesse entre le centre jeunesse et les instances locales. On l'a fait pour la santé physique. Il y a encore beaucoup de chemin à faire, beaucoup, beaucoup.

**Mme Harel:** Est-ce que ça va nécessiter un budget pour cette période de transition pour mettre en place les projets cliniques?

**M. Baron (Michel):** C'est-à-dire que la question du budget, les régies régionales, les agences ont été mises à contribution dans le plan... l'amélioration et leur contribution pour les finances publiques. Donc, on a eu également, comme tout le reste de la fonction publique, les autres ministères, pour le côté administratif, des coupures, on a eu des obligations supplémentaires.

**Mme Harel:** Mais vous voulez dire l'an passé ou récemment?

**M. Baron (Michel):** 2003-2004, 2004-2005: 5 %, 5 %. Ça a été fait, donc ils ont été mis à contribution pour l'effort collectif, là, ce qui est tout à fait normal.

Maintenant, il n'y a pas de nouveau budget pour qu'on puisse mettre en place nos réseaux. Mais on faisait déjà de la programmation, on faisait déjà de l'organisation de programmes, on faisait déjà des plans d'organisation clinique, on faisait déjà des plans de déploiement médicaux, et il va falloir trouver une façon, avec nos ressources, de faire cet accompagnement-là. C'est sûr que, sans nouvelles ressources, ça va être plus difficile, mais on est prêt à accepter le défi de le faire.

**Mme Harel:** Merci.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va? M. le député de Johnson.

● (14 h 40) ●

**M. Boucher:** Merci beaucoup. Alors, bienvenue chez nous, les gens de chez nous, ici, dans cette Assemblée nationale que nous représentons. Moi aussi, comme ma collègue la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, je trouve que votre rapport est bien laconique effectivement et très positif d'ailleurs. Mais les députés, nous, ce qu'on entend dans nos bureaux, c'est l'autre côté de la médaille, et ce sont les carences du système qui ont été dénoncées pendant neuf ans par le parti au pouvoir actuellement puis qui sont toujours là. Et j'aimerais aborder un certain nombre de questions avec vous qui concernent évidemment notre région, et particulièrement ma circonscription électorale.

Vous avez dit, pendant votre intervention, tout à l'heure, que, pour une répartition plus adéquate des médecins et des effectifs médicaux, vous auriez besoin de leviers que vous n'avez pas. Est-ce que vous pourriez m'identifier ces leviers que vous souhaiteriez avoir?

**M. Baron (Michel):** Les leviers qu'on demande et qui ont été demandés — vous savez, ça fait plusieurs années, ça; il faut remonter en 1990 la première fois que j'ai parlé à un sous-ministre pour lui dire ce qu'on devrait faire pour nous aider — il faut trouver une façon d'amener la profession médicale à être des acteurs avec les autres dans l'organisation des services. Actuellement, la profession médicale, ce sont des... Le médecin est un entrepreneur. Il n'est pas un employé. On ne veut pas non plus qu'ils deviennent des employés. On a beaucoup parlé, dans les lois antérieures des privilèges. On parlait de privilèges. À l'intérieur des hôpitaux, vous obteniez des... Il faudrait retrouver une façon d'encadrer les obligations. Encadrer les obligations, vous pouvez le faire par des mesures administratives, vous pouvez le faire par des règles, vous pouvez le faire par des moyens législatifs. C'est au gouvernement à le faire.

Quand vous me demandez, M. Boucher: Est-ce que j'ai les moyens d'amener un médecin à aller vous aider à Saint-Louis de Windsor, hein?

**M. Boucher:** ...

**M. Baron (Michel):** Bien, je vais vous répondre qu'à part d'essayer de le convaincre puis de lui donner certains incitatifs qui ont été faits par... qui existent, je n'en ai pas beaucoup, surtout en période de pénurie, bon, d'effectifs. Lorsqu'on va arriver en surplus, c'est toujours plus facile, le marché du travail va faire... Ça fait qu'il faut trouver une façon, et ce n'est pas facile parce que ça représente une force dans la société.

Il faut également trouver une façon d'embarquer les médecins à travailler avec les autres professions, avec les sciences infirmières, la revalorisation du rôle. Puis ça, ça évolue très, très, très bien, travailler plus en interdisciplinarité. Il faut les embarquer dans nos projets de réseaux locaux qu'on est en train de faire. Ça a été identifié par le ministère comme une des clés du succès, comment qu'on va... Ça fait qu'il y a différents moyens qui peuvent être administratifs, législatifs. On a essayé les incitatifs dans le passé, hein? Votre gouvernement a essayé les incitatifs, vous vous en souvenez?

**M. Boucher:** ...loi n° 142 aussi.

**M. Baron (Michel):** La loi... puis vous avez essayé la loi n° 142, ça fait que...

**M. Boucher:** Qui a marché.

**M. Baron (Michel):** Hein?

**M. Boucher:** Ça ne vous tenterait pas de l'essayer encore?

**M. Baron (Michel):** Je ne suis pas le législateur.

**M. Boucher:** Dites-moi, on n'a pas réglé le problème à Saint-Louis, contrairement à ce que le ministre a annoncé le printemps dernier. Le problème, même, s'est empiré cet été, vous le savez. Qu'est-ce qu'on va faire pour régler ça, à part de dire: Bon, il y a des incitatifs? Ça ne fonctionne pas, les incitatifs, vous le savez. Il va falloir que les médecins soient obligés d'assurer des services.

J'ai proposé au ministre une solution, qu'il donne le statut d'urgence mineure officielle à Saint-Louis. Et j'ai entendu dire qu'il y avait un projet au ministère de classification qui inclurait Saint-Louis dans la classification des urgences et donc permettrait que les activités médicales prioritaires ou particulières, selon le cas, soient appliquées à Saint-Louis en priorité. Pourquoi on ne le fait pas?

**M. Baron (Michel):** Bien, c'est des problèmes complexes. On peut... Ce n'est pas juste une question d'appellation, et vous admettez... Votre président de conseil d'administration a dit publiquement récemment — c'était dans *La Tribune* — qu'il y eu une amélioration à Saint-Louis et qu'il y avait une ouverture. Ils ont également admis qu'il y avait une meilleure couverture à Valcourt et à Weedon, qui est votre comté voisin, dont vous vous préoccupez beaucoup. Donc, il y a des améliorations.

On avait 14 médecins installés dans la région cette année. C'était notre partage qu'on a reçu, un partage équitable, je ne le conteste pas. Il y a des régions éloignées qui ont des besoins encore plus grands, puis c'est encore plus difficile. Nous, on en avait 14 qu'on a partagés. On a pu régler un certain nombre de problèmes avec ça, mais il fallait que le médecin accepte d'y aller, bien entendu. On a mis tous les moyens pour les convaincre puis on a réussi à en convaincre quelques-uns, ce qui a réglé le problème de Valcourt.

Mais c'est parce qu'on ce n'est pas en changeant un nom qu'on règle la question. Il y a un point de services à Saint-Louis qui est un point de services qu'on pourrait appeler... Ce n'est pas une urgence, ce n'est pas une urgence majeure, ça, on le sait.

**M. Boucher:** Ce n'est pas majeur, non.

**M. Baron (Michel):** Ce n'est pas une urgence, c'est une clinique sans rendez-vous où une forte proportion de la population de cette région va pour recevoir des services de... à 99 % des services de proximité, selon le panier de soins de proximité, hein? Ça fait que, moi, je trouve qu'on devrait... je suis convaincu qu'on doit trouver une façon de garder des médecins dans cette place-là.

Ce qui regarde actuellement de faire des catégories d'urgences, urgences mineures puis urgences majeures, ça peut régler... ça peut aider le problème de Saint-Louis, mais ça pourrait créer d'autres problèmes dans d'autres régions du Québec. Quand la personne s'en va sur l'autoroute puis elle voit le mot «urgence», elle s'attend à une certaine gamme de services quand elle s'en va à l'urgence, dont des services de réanimation, des services en traumatologie, et tout ça, ce que nous ne prétendons pas faire à Saint-Louis, puis tout le monde l'admet. Est-ce qu'on va mettre le mot... Quand on va mettre le mot «urgence mineure», là, il faut s'assurer que les gens comprennent bien qu'est-ce que ça veut dire et que ce sera bien compris pour d'autres régions du Québec qui ont des problématiques différentes. C'est ça, le problème, et on a de la misère à se sortir de ça. Ce n'est pas moi qui suis le décideur là-dedans, là, mais je comprends un peu la difficulté d'en discuter. Il ne faut pas faire de fausse représentation, il faut s'assurer que ces gens-là aient une équipe puis un médecin qui les accueillent et il ne faut pas non plus en faire une urgence.

Si on avait plus de médecins, il n'y aurait pas de problème parce qu'on pourrait élargir les AMP, élargir les AMP pour couvrir beaucoup plus large. Mais élargir les AMP actuellement aurait comme effet de peut-être enlever des médecins dans des urgences comme Asbestos, qui sont en grand besoin actuellement en Estrie, ou nuire à Memphré qui ont une très haute... un très gros achalandage, surtout en période estivale. Ça fait qu'il y a cet équilibre-là, là, qui n'est pas un choix facile. Ça fait que, pour le moment, on est au niveau des mesures incitatives. Les AMP sont le moyen qui existe déjà depuis des années. On essaie de les rendre perfectibles comme telles. La définition est une approche que le ministre a proposée qui a des avenues, mais tous les impacts de ça ne sont pas encore évaluées, puis ils sont en train de les évaluer. C'est l'équipe de M. Bureau, je pense, qui évalue ça.

**M. Boucher:** Dr Baron, vous avez dit que, dans le Val-Saint-François, il n'y avait pas d'hôpital. Pourtant, Saint-Louis en a un, statut d'hôpital aussi. Donc, je ne comprends pas que vous ayez dit ça alors que Saint-Louis, il y a une mission hospitalière dans son statut.

Deuxièmement, il y a une lettre de la région régionale qui statuait que Saint-Louis était une urgence mineure. Il y a une lettre qui vient de vous, là, pas de vous comme responsable de l'agence, alors...

Et, troisièmement, vous avez l'habitude de dire: Il y a une pénurie d'effectifs. Mais pourtant il est bien reconnu au ministère que ni l'Estrie ni la région de Québec ne sont en pénurie d'effectifs médicaux. Je ne sais pas pourquoi cet argument-là est utilisé dans notre région alors qu'il est bien reconnu qu'il n'y a pas de pénurie de médecins dans la région de l'Estrie. Il y a beaucoup de médecins à Sherbrooke, et les médecins de Sherbrooke n'acceptent pas de sortir de la ville pour venir donner des services.

Mais là il y a un problème de décision. Le 14 avril, Dr Baron — et vous êtes lié directement au ministre — on a dit qu'on réglerait ce problème-là. Ça va faire deux ans, là, ils ne sont pas réglés. Alors, il y a des décisions politiques à prendre, vous pouvez les prendre ou suggérer au ministre de le faire.

**M. Baron (Michel):** Là, il faudrait que vous vous adressiez au parti en face pour ces questions-là. Ce que nous avons demandé au ministère et ce qui nous a été accepté, c'est d'augmenter la gamme d'heures en AMP, ce qui nous a été accordé, et c'était une piste de solution. Donc, la demande que nous avons faite, nous: Donnez-nous plus d'heures AMP, c'est... ils nous ont dit oui. On a dit: Si vous trouvez des médecins prêts à prendre des AMP, on va même vous les augmenter encore. Ça fait que ça, c'est une demande que l'agence ou la région peut faire.

Nous, quand on dit qu'on reconnaît — la lettre qui a été écrite — que c'est une urgence mineure, dans le concept des gens, une urgence mineure, il y a des gens qui savent ce que ça veut dire, là, c'est une gamme de services, panier de proximité, mais ce n'est pas dans les définitions, ça n'existe pas comme définition. Je ne sais pas si c'est dans la loi ou dans la réglementation, là, je ne suis pas assez familier. Je connais la loi de l'éducation, mais je n'ai pas fini d'apprendre celle de la santé, elle est trop épaisse, puis ils sont en train de la changer en plus. Mais ce n'est pas dans les définitions. Mais on s'entend que c'est un point de services de proximité très important qui doit être priorisé à l'intérieur de notre région, puis le nom, moi, ils peuvent l'appeler, je vous dirai, comme ils veulent en autant qu'ils s'assurent qu'il y ait du monde, qu'on trouve les moyens pour ramener des médecins pour pratiquer là. Et le seul moyen qu'on a actuellement, c'est les AMP, et nous l'utilisons.

● (14 h 50) ●

**M. Boucher:** Dans un autre ordre d'idées, Mme la Présidente, vous avez parlé du centre jeunesse. Je pense que vous n'en avez pas parlé finalement dans votre mémoire, si je peux le qualifier de mémoire. Le centre jeunesse est aux prises avec des difficultés importantes. Moi, il y a des intervenants qui m'appellent, il y a des cadres que je rencontre, ayant été moi-même dans le réseau, vous le savez, et on a vu dans les statistiques... D'ailleurs, Mme Turgeon en a fait référence, aux statistiques, là, de prise en charge, d'évaluation, etc. Que ce ne soit pas dans votre rapport m'inquiète un peu. Pourtant, le centre jeunesse a une mission extrêmement importante dans notre région. Les enfants négligés, abandonnés, maltraités, abusés, ça devrait être la priorité de tous les gouvernements et probablement de toutes les agences régionales.

**M. Baron (Michel):** N'allez pas confondre mon rapport avec les priorités du gouvernement, là, quand même.

**M. Boucher:** Non, mais vous êtes un officier du gouvernement, vous le savez, hein? Alors, moi, ce que je vous dis, c'est: je suis très, très inquiet de ce qui se passe actuellement au centre jeunesse. Vous avez fait allusion au problème d'absences, d'absentéisme important de la part des employés. Il y a des cadres qui m'appellent qui sont découragés. Il y en a qui sont en congé maladie. Ça, c'est les côtés moins drôles de ce qui se passe dans notre région qui par ailleurs est exemplaire, vous l'avez dit, et qui n'a pas attendu d'ailleurs la loi n° 25 pour le devenir. Alors, j'aimerais ça que vous me disiez qu'est-ce que vous entendez faire pour aider le centre jeunesse à assumer sa mission puis aller au bout de ses

responsabilités qu'il ne semble plus être capable d'assumer correctement maintenant.

**M. Baron (Michel):** Bien là il faut faire rapport à quelle année qu'on fait référence. Pour le centre jeunesse, ils en parlent à la page 20 du rapport 2002-2003, là, sur l'année sur laquelle nous devons faire une présentation. Donc, nous avons fait une présentation au début, il y a un rapport. Depuis 2003, 2002-2003, il y a eu des difficultés particulières qui se sont posées au centre jeunesse. Les difficultés sont que, selon les critères d'évaluation et de suivi, là, selon le cahier de bord, les jeunes en attente d'évaluation, la liste dépasse ce qui devrait être normalement attendu et les jeunes en attente de mesures, des applications des mesures dépassent... Et en plus il y avait une situation déficitaire, ils n'atteignaient pas l'objectif financier.

Donc, il faut prendre les problèmes un par un. On a eu une série de rencontres avec les responsables du ministère pour bien identifier les difficultés. Un des problèmes de la productivité vient du très haut taux d'absentéisme et de maladie qui existe, un des plus hauts taux... C'est quoi, le chiffre, Nicole?

**Mme Michaud (Nicole):** ...plus haut taux dans les centres jeunesse est presque huit.

**M. Baron (Michel):** Les centres jeunesse du Québec, c'est presque huit. Donc, il y a tout un plan qui a été mis en action avec les gens du centre jeunesse, avec l'accompagnement de Mme Michaud aux ressources humaines, avec le recours de gens de l'extérieur qui ont eu des histoires de succès pour réduire le taux d'absentéisme. C'est souvent une atmosphère de travail, une question de gestion, et ceci est en oeuvre depuis déjà plusieurs mois. Ça avait commencé l'hiver dernier, avant que... dans la période de détérioration. Ça fait qu'il y a des gros, gros changements à faire là.

On a demandé au centre jeunesse ou à la direction du centre jeunesse — comme vous savez, qui est en changement de direction, là, en plus, là — on a demandé à la direction du centre jeunesse de présenter un plan de redressement budgétaire, mais un plan de redressement budgétaire qui permettrait également d'atteindre les cibles, donc qui impliquait des réinvestissements en même temps que des choix pour d'autres choses moins essentielles. Donc, ils ont présenté à leur conseil d'administration — et ça a été approuvé — un plan de redressement dans lequel il y a des investissements vers les clientèles fragiles, vers les grandes problématiques et où certains choix moins prioritaires devraient être traités différemment, en collaboration avec les commissions scolaires et les CLSC qui ont accepté de prendre une charge et de les aider.

En plus de ça, tous les établissements de la région ont accepté qu'on prenne une partie des crédits régionaux et qu'on les supporte cette année pour une période de transition de l'ordre d'environ 600 000 \$. Donc, ils ont un déficit autorisé. C'est une série de mesures qui ont été prises. La pression va continuer à être forte, ça va continuer à être difficile.

Ils ont des problèmes d'organisation, syndicaux aussi. Ça, on a moins de pouvoir là-dessus quand il y a des problèmes syndicaux, mais certains syndicats des

fois sont plus collaborateurs, moins collaborateurs, c'est variable. Il y a actuellement un problème syndical qu'on essaie de les aider, de les accompagner. Et à date on est rendu à la période cinq ou six, Normand?

**M. Couture (Normand):** Cinq.

**M. Baron (Michel):** Cinq. On est à 50 000 \$ de l'objectif. Et sur les cibles ministérielles?

**Mme Turgeon (Johanne):** On est à zéro au niveau de l'évaluation et on... On est à zéro au niveau de la liste d'attente à l'évaluation et on a donné l'équivalent des effectifs cette année pour mettre la liste d'attente à l'application des mesures puis la ramener à zéro au 31 mars de cette année. Ça fait qu'on s'en va vers ça. Donc, les cibles, là, d'amélioration de service sont là. La grosse difficulté puis le plan de travail le plus important pour le centre jeunesse, c'est toute la présence au travail qu'ils ont à... Ils ont à trouver des solutions à ça; c'est un facteur important de leur dépassement, là, dans leur planification de cette année.

**M. Boucher:** Merci. Je veux continuer. J'ai une question à Mme Dorval, mais je voulais vous dire en passant que l'Estrie, c'est classique, on judiciaire plus qu'ailleurs au Québec. Mais je ne voudrais pas mettre ça juste sur le dos des juges, parce que les juges suivent généralement à 95 % la recommandation de l'intervenant. Alors, vous voyez que là il y a un problème de culture d'organisation aussi au centre jeunesse. Et ce n'est pas arrivé avec vous, là, ça fait longtemps que ça dure et ça fait longtemps... j'étais là, moi, puis on décriait déjà cette situation-là.

Ceci étant dit, j'ai une question plus gentille à poser, et c'est à Mme... Enfin, je vous la pose, mais vous l'adresserez à qui vous voudrez.

**M. Baron (Michel):** Mme Dorval est plus gentille que moi.

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

**La Présidente (Mme Charlebois):** Si vous me le permettez, c'est le privilège de la présidence d'accorder les droits de parole ici. Alors, posez votre question, puis ensuite on verra.

**M. Boucher:** Bien. Bien, Mme la Présidente. On me dit que le taux de négligence a chuté passablement actuellement en Estrie, et j'aimerais ça, Mme Dorval, que vous nous parliez du programme que vous avez mis en place pour atteindre de tels résultats, parce qu'il me semble que c'est assez exceptionnel, et ce serait intéressant que les gens de la commission sachent ce que vous faites.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Dorval.

**Mme Dorval (Ginette):** Bon. Alors, c'est un travail de longue haleine. Comme vous l'avez vu dans le rapport qu'on vous a déposé, on a commencé, en 1995-1996, à tenter de réserver des budgets à chaque

nouvelle allocation en prévention-promotion. On tendait vers 20 % des budgets. Des années, la vie a été plus dure, on a eu 10 %, mais on a eu toujours au-dessus de 10 %.

C'est quoi, les priorités en prévention-promotion? Maintenant, on a un programme national de santé publique, mais on n'a pas été lent à comprendre que les plus grands bienfaits de la prévention-promotion c'est pour l'enfance: la petite enfance, ensuite les jeunes enfants, après les adolescents. Je n'ai rien contre les adultes, je n'ai rien contre les personnes âgées et j'en ai même mis un petit peu, d'argent dans le secteur adulte ciblé puis pour les personnes âgées aussi. Mais il y a une chose qui est fondamentale, comme le dit le Dr Baron, c'est comme un entonnoir, quand on a un petit trou dans l'enfance, rendu à l'âge adulte, ça fait un gros trou. Donc, il faut choisir les bonnes clientèles.

Quelles sont les bonnes clientèles? Les choix ne se font pas juste en fonction de mes impressions ou de mes sentiments, mais en fonction des connaissances et en fonction des moyens financiers qu'on a. Donc, on a choisi la clientèle défavorisée, c'est-à-dire les enfants dont les mères sont pauvres — je parle plus des mères, il y a moins de pères dans ces milieux-là; il y en a quand même, mais il y en a moins — dont les mères sont sous-scolarisées et pauvres. Donc, il faut tenter d'amener ces enfants-là à l'école avec un développement normal. Ça, c'est le but ultime. On ne peut pas faire de prévention auprès des enfants si on ne s'occupe pas des familles. Bon. Donc, il faut, année après année, mettre de l'argent et avoir des règles précises. La prévention, la promotion, c'est aussi sérieux que la chirurgie, ça ne se fait pas n'importe comment.

● (15 heures) ●

Quels sont les programmes qui, dans des conditions semblables au Québec, ont donné un succès? Quels sont ceux qui ont réussi? Et parmi ceux qui ont réussi, quels sont les critères qui sont communs? Je vous en donne quelques-uns.

Si on parle de programme de soutien aux familles défavorisées, il faut qu'il y ait un intervenant privilégié auprès de la famille et non pas tout le monde qui se succède, pour créer un climat de confiance. Il faut que l'intervention soit continue, pas un mois, trois mois, jusqu'à l'entrée à la maternelle. Il faut que ce soit d'une certaine intensité, pas deux visites par année — quand on parle en prénatal durant la grossesse, on parle de 12 visites durant la grossesse, quand on parle de la première année de vie, on parle de 20 visites, ensuite de 15 visites par année. Bon, après ça, il faut instaurer ça dans chacun de nos territoires de MRC, former nos intervenants — ça, c'est des changements de pratique professionnelle, c'est du travail de longue haleine. Il faut faire de la reddition de comptes à tous les ans, sur les paramètres de succès des programmes — donc, tous les critères que je vous ai nommés qui sont les critères de succès, il faut les vérifier, est-ce qu'on les atteint, est-ce qu'on ne les atteint pas, sinon pourquoi. Et il faut protéger nos budgets de santé publique, de telle façon qu'ils ne disparaissent pas dans le reste des demandes que les gens reçoivent en première ligne.

Parce que, nous, en prévention-promotion, ce n'est pas des listes d'attente qu'on a, dans un premier temps, c'est une offre de service qu'il faut faire à des

clientèles défavorisées qui d'elles-mêmes ne demanderont peut-être même pas d'aide.

Actuellement, on a commencé à investir, là, dans le 5-12 ans, ce qu'on appelle des programmes «booster», là, en maternelle, c'est-à-dire essayer d'aller chercher, par certains critères qui sont dans la littérature, les enfants qui vont peut-être mal s'adapter à l'école, de telle façon qu'on puisse commencer à les suivre avec leur famille en maternelle pour que ce soit un gage de succès scolaire. Bon. Alors, je pense que c'est...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Dorval, en conclusion.

**Mme Dorval (Ginette):** En conclusion, je pense que, si on observe que nos taux de négligence n'augmentent pas, c'est qu'on va dans des familles qui ont des facteurs de risque, et qu'on essaie de les soutenir, et de s'en occuper avant que les problèmes de négligence ne surviennent.

**M. Boucher:** Merci. Félicitations!

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci pour la présentation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Merci à vous, Dr Baron, et tous vos invités qui vous accompagnent. Avant de suspendre les travaux de la commission pour le prochain mandat, j'inviterais les gens de l'Agence de développement de réseaux locaux de services santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec à prendre place, s'il vous plaît. Alors, je vais suspendre pour quelques instants.

*(Suspension de la séance à 15 h 3)*

*(Reprise à 15 h 6)*

**La Présidente (Mme Charlebois):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, nous reprenons nos travaux, et je vous rappelle que, pour la bonne marche de nos travaux, l'usage des téléphones cellulaires et téléavertisseurs est interdit dans la salle. Alors, je demanderais aux personnes qui en font usage de bien vouloir les fermer pendant la séance.

Je vous rappelle le mandat de la commission. Bien, en fait ce n'est pas un rappel, le mandat de la commission actuellement, la Commission des affaires sociales se réunit afin d'entendre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans le cadre de l'étude du rapport annuel 2002-2003 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec en application de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

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

**La Secrétaire:** Oui, Mme la Présidente. M. Bachand (Arthabaska) sera remplacé par M. Paquin (Saint-Jean); M. Bouchard (Vachon) par Mme Champagne (Champlain); M. Charbonneau (Borduas) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce)

par M. Gauthier (Verdun); Mme L'Écuyer (Pontiac) par Mme Gaudet (Maskinongé); Mme Richard (Duplessis) par M. Morin (Nicolet-Yamaska); et M. Valois (Joliette) par M. Pinard (Saint-Maurice). Voilà.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci. Alors, je vois que vous avez pris place et je vais demander à Mme Michèle Laroche, je crois, de bien vouloir nous présenter vos invités et nous faire présentation de votre mémoire, s'il vous plaît. On va commencer par une période de présentation pour ensuite procéder aux échanges avec les parlementaires.

**Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (ADRLSSSS—Mauricie et Centre-du-Québec)**

**Mme Laroche (Michèle):** Merci. Mme la Présidente, membres de la commission parlementaire, c'est avec plaisir que l'agence de la santé se présente devant vous pour l'étude du rapport 2002-2003 de la Régie régionale de la santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Nous apprécions avoir l'occasion de faire le point sur l'évolution des services de notre région sociosanitaire qui, rappelons-le, est constituée de deux régions administratives: la Mauricie et le Centre-du-Québec.

Pour cette occasion, je suis accompagnée du Dr Réjean Duplain, qui est chef du Département de médecine générale de la région; de M. Jean-Denis Allaire, qui est directeur général adjoint; et de M. André Dontigny, qui est directeur de la santé publique de la région et, s'il y a lieu, pour répondre à votre question, Mme la Présidente, si vous avez besoin d'information, séance tenante, il y a quelques cadres supérieurs de notre organisation en arrière qui pourront répondre aux questions des membres de la commission.

Les membres de la commission ont déjà en main le rapport annuel 2002-2003 de l'agence. Ils ont aussi le bilan régional des objectifs de services et de résultats 2003-2004, et nous vous avons fait parvenir un document en support à l'audition de l'agence devant la présente commission.

Quant à mon allocution, elle se déroulera en trois temps, suite à quoi il nous fera plaisir de répondre à vos questions. En premier lieu, je vous ferai part brièvement de l'évolution du réseau de notre région et du contexte qui a prévalu depuis notre dernière reddition de comptes à la présente commission parlementaire, le 7 mars 2000. J'attirerai votre attention sur quelques faits saillants révélateurs de la contribution de l'agence et du réseau à l'amélioration de la santé de la population dans notre région. Enfin, je vous parlerai de trois enjeux d'importance associés à la mise en place des réseaux locaux de services.

Ce qui, depuis plusieurs années, caractérisent l'évolution du réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec, c'est, d'une part, la cohérence et la continuité des gestes posés pour améliorer l'accès et la qualité des services offerts aux citoyens et, d'autre part, c'est l'adhésion des principaux acteurs de notre région aux transformations et aux décisions qui ont eu cours depuis 1996. Cela a été rendu possible par l'adoption de deux

planifications stratégiques triennales en 1996 et en 1999 et à de nombreuses orientations régionales auxquelles les acteurs de notre région ont largement contribué et dans lesquelles ils se reconnaissent.

● (15 h 10) ●

Par ailleurs, cette cohérence et cette adhésion découlent de la dynamique fondamentalement saine qui prévaut globalement dans la région où les décisions sont mises en oeuvre avec rigueur et transparence et où les relations de l'agence avec les établissements et les organismes communautaires logent à la même enseigne. Derrière ces planifications et ces orientations... derrière ces relations, il y a aussi une vision cohérente de l'organisation des services qui se veut adaptée aux réalités territoriales et régionales, tout en étant en harmonie avec les orientations nationales.

Cette vision, tout comme d'ailleurs l'ensemble de nos décisions, s'appuie sur six grandes valeurs, six grands objectifs que je souhaite partager avec vous. Ce sont: la priorité que nous accordons à la qualité, à la continuité et à l'accessibilité des services offerts par le réseau aux citoyens dans notre région; l'importance que nous donnons aux approches qui favorisent l'intégration des services et la mise en réseau des intervenants et des organisations; le soin que nous prenons à viser l'équité en matière d'accès aux services par la population de tous les territoires de la Mauricie et du Centre-du-Québec; notre recherche constante de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du réseau sociosanitaire; l'attention que nous portons aux résultats, à leur évaluation afin d'améliorer sans cesse la qualité des services et la performance du réseau; enfin, notre souci d'obtenir une contribution optimale par la mobilisation des ressources humaines.

Avec ces éléments en tête, on peut résumer l'évolution générale de notre réseau de 1999 à 2004 par les cinq faits saillants suivants. D'abord, on doit dire que la première partie de cette période a permis à la plupart des 25 établissements créés ou transformés suite aux décisions de 1996 de compléter les changements amorcés et de stabiliser de façon relative leur organisation respective.

Deuxièmement, comme en font foi les documents que nous vous avons... que vous avez en main, des gains significatifs ont été enregistrés depuis les cinq dernières années en matière d'accessibilité et de continuité des services. Bien sûr, il reste encore beaucoup à faire, mais il faut quand même reconnaître qu'il y a eu un long chemin de parcouru.

Troisièmement, les problèmes importants d'équilibre budgétaire qu'a connus la majorité des établissements de notre région pendant cette période se sont peu à peu résorbés, de telle sorte qu'en 2002-2004 cette problématique ne touchait plus que sept établissements sur 25, et le déficit régional s'élevait alors à 12,6 millions, ce qui équivaut à 1,9 % du budget total de 662 millions de dollars qui est attribué à l'ensemble des établissements. Ça demeure quand même un enjeu prioritaire, un enjeu important pour cette année et pour les années à venir.

Quatrièmement, ces cinq dernières années ont vu émerger dans notre région, comme ailleurs au Québec, des difficultés importantes au niveau de la disponibilité de la main-d'oeuvre, notamment les infirmières.

Cependant, là où notre région se caractérise et se distingue particulièrement, c'est malheureusement du côté des effectifs médicaux. Notre région est la moins bien nantie au Québec en nombre de médecins omnipraticiens et elle connaît des pénuries importantes dans plusieurs spécialités médicales. Pour être plus concrets et pour vous permettre de situer notre région parmi les autres régions du Québec qui s'en plaignent, elles aussi de ce genre de problèmes, disons seulement que les travaux menés par le ministère établissaient, en début de 2004, que la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec avait accès à seulement 77 % des médecins omnipraticiens dont elle devrait disposer.

Comprenons-nous bien, il s'agit là de la pire situation vécue au Québec en matière d'accès à un médecin de famille et de réponse aux divers besoins des établissements de santé. À titre comparatif, la seconde région en mauvaise posture à ce chapitre connaît un taux d'atteinte de son plan régional de 83 %. Pour l'ensemble du Québec, la moyenne, c'est de 90 %, et la région qui nous a précédés tout à l'heure atteint un taux de 97 % de son plan d'effectifs.

Finalement, il vaut la peine de prendre conscience que les résultats obtenus depuis 1999 par le réseau, et plus particulièrement par l'agence, l'ont été dans un contexte où la gouverne de ce réseau a connu en alternance des périodes de flottement et des périodes de réalinement. Je fais notamment référence: aux débats répétés, depuis l'année 2000, sur les rôles et fonctions des diverses instances de gouverne; aux modifications législatives apportées en juin 2001 et en décembre 2004, dont certaines ont particulièrement touché les régies régionales; à l'introduction, depuis 2003-2004, du cycle annuel de gestion constitué d'objectifs de résultat, d'ententes d'imputabilité et de gestion, et d'une reddition de comptes systématique — cette nouvelle façon de faire à laquelle notre agence adhère totalement provoque aussi un changement substantiel et somme toute bénéfique dans la dynamique de gouverne de ce réseau; et enfin à l'accroissement substantiel des mandats et fonctions confiés par le ministère aux instances régionales.

Cette période de 1999 à aujourd'hui a donc été très exigeante pour le réseau régional et encore plus pour l'organisation que je dirige. Notre capacité d'adaptation a été fortement mise à contribution, et le volume de travail abattu a été tout aussi colossal. Voilà pourquoi nous nous présentons avec une certaine fierté, avec le sentiment d'avoir vraiment livré la marchandise qui nous fut demandée pendant toutes ces années, au mieux de nos ressources et de nos capacités, et malgré des périodes successives d'incertitude.

Au cours de cette deuxième partie de mon allocation, je vous présenterai quatre situations qui illustrent bien selon moi la vision de l'organisation des services, les valeurs, la dynamique régionale et l'action de l'agence que je viens de vous décrire.

La première illustration porte sur les groupes de médecine de famille. La région compte déjà 11 GMF accrédités par le ministre et en voie d'implantation. Ces GMF regroupent 92 médecins et 22 infirmières. On estime qu'une fois leur vitesse de croisière atteinte, ces 11 GMF auront sous leur responsabilité environ le tiers de la population de la région, soit quelque 162 000 personnes. Par ailleurs, nous avons déposé au ministère, en juin

dernier, six autres projets que nous souhaitons voir autoriser. Comment peut-on expliquer un tel enthousiasme de notre région à la formule GMF? Je vous ai déjà signalé la situation très difficile que nous vivons du côté des effectifs médicaux en omnipratique. Dès lors, on comprendra que la formule des GMF, en plus d'améliorer la qualité des services aux citoyens, est considérée par les médecins de notre région comme une opportunité réelle de favoriser une pratique clinique intéressante et de recruter de nouveaux collègues.

Toutefois, une telle ouverture aux GMF ne saurait s'expliquer uniquement par les motifs que je viens de vous donner; elle découle aussi pour beaucoup des gestes posés par le Département régional de médecine générale de l'agence dirigé par le Dr Réjean Duplain, assis à mes côtés. En effet, le DRMG a pris le leadership, au cours des dernières années, de mettre sur pied huit tables médicales territoriales. Ces tables réunissant tous les médecins omnipraticiens d'un territoire donné se sont avérées des lieux féconds de discussion sur les problèmes d'organisation médicale. Rapidement, les médecins ont vu l'intérêt de se regrouper et de travailler selon les paramètres des GMF. Par la suite, ils ont été soutenus par l'agence dans leur déploiement.

La deuxième illustration porterait sur la déconcentration des services de dialyse rénale, de notre souci constant d'améliorer l'accessibilité aux services et de la dynamique qui prévaut en Mauricie—Centre-du-Québec. Ainsi, avec le soutien actif de l'agence, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville et l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska ont été parmi les premiers à procéder à une déconcentration des services de dialyse rénale qui jusque-là n'étaient disponibles qu'à un seul endroit dans notre région, c'est-à-dire à Trois-Rivières. Maintenant, 50 personnes reçoivent ce service près de chez elles, trois fois par semaine, plutôt que d'avoir à se rendre à Sherbrooke, à Montréal, à Trois-Rivières ou en Montérégie. Cette réalisation a été possible notamment par la collaboration étroite entre les néphrologues du CHRTR et les médecins internistes des établissements concernés, par le recours à la télé-médecine et par un soutien financier de l'agence et du ministère.

La troisième illustration porte sur le fait que, dans l'exercice de ses responsabilités, l'agence n'a jamais hésité à faire des choix d'allocation budgétaire en vue d'équilibrer l'éventail des services à la population de la région. Ainsi, entre 1996 et 2004, certains programmes de services ont vu leur enveloppe budgétaire connaître un taux de croissance supérieur à ce qu'a connu l'enveloppe budgétaire régionale dans son ensemble, soit de 25 %. C'est particulièrement le cas des programmes sociaux suivants: les services de promotion et de prévention, dont l'enveloppe s'est accrue de 71 %; les services de santé mentale, avec une croissance de 41 %; les services en alcoolisme et toxicomanie, avec une hausse de 32 %; les services destinés aux jeunes en difficulté, avec une augmentation de 48 %; le soutien aux organismes communautaires, qui a augmenté de 145 %; et les services en déficience physique, dont l'enveloppe s'est accrue de 82 %. De façon générale, ces choix budgétaires régionaux ont permis soit d'élargir la gamme des services offerts dans les territoires dans la région, soit d'accroître le volume ou l'intensité des services, soit de

faciliter l'accès à des services spécialisés grâce à la déconcentration de plusieurs d'entre eux, dans chacun des territoires.

Je m'en voudrais de passer sous silence l'opération de notre dernière illustration qui témoigne du savoir-faire de notre région et qui a un caractère historique. En effet, il s'agit du processus qui a permis l'intégration dans la communauté de tous les résidents de l'un des derniers établissements asilaires du Québec, l'Hôpital Saint-Julien, situé à Saint-Ferdinand-d'Halifax. Cette opération a débuté en 1999 et s'est terminée en décembre 2002. Ainsi 386 personnes ont quitté cette institution et vivent désormais au sein des ressources sises dans la communauté où elles reçoivent des services personnalisés mieux adaptés à leur situation et à leur potentiel individuel. Ces ressources sont situées au Centre-du-Québec et dans la région de Chaudière-Appalaches. 47 autres personnes ont été rapatriées dans une autre région du Québec afin de se rapprocher de leur famille. Un peu plus de 400 employés titulaires de postes ont été transférés de l'Hôpital Saint-Julien vers d'autres établissements. Pendant tout ce processus, les familles et les représentants légaux des résidents ont été encouragés à participer au projet de vie de leurs proches et ont été soutenus par un programme d'information et d'accompagnement spécialement conçu pour eux. De toute évidence, ce fut un processus qui a été bien mené et qui s'est bien déroulé, surtout lorsque l'on songe à la complexité d'une telle opération et au nombre d'hommes et de femmes qu'elle implique. Toutes les personnes et toutes les organisations qui ont participé peuvent en être fières.

● (15 h 20) ●

En terminant, Mme la Présidente, je souhaite vous entretenir des réseaux locaux de services et de trois défis qui y sont associés. L'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec est tout à fait en accord avec la volonté ministérielle gouvernementale de mettre sur pied, à travers le Québec, de tels réseaux. Dans notre région, il y aura huit réseaux de services, et je désire vous sensibiliser à trois enjeux qui selon nous vont peser lourd dans la réussite, plus ou moins grande, de cette transformation qui débute.

Le premier enjeu est propre à notre région et concerne l'amélioration de l'accès aux services médicaux. Je vous ai déjà entretenus des problèmes criants vécus du côté de l'accès aux médecins omnipraticiens: sachez que ces problèmes sont tout aussi criants et présents dans les spécialités médicales de base où notre région éprouve de grandes difficultés d'accès en psychiatrie, en radiologie, en pédiatrie, en médecine interne, en cardiologie et en anesthésie.

Hormis les activités de promotion de la région et de la recherche de candidats, que mènent conjointement les établissements et l'agence, quelles sont les solutions qui s'offrent pour pallier à cette difficulté? L'implantation des groupes de médecine de famille, ça peut certes être considérée comme une première solution, et vous avez constaté que nous ne ménageons pas nos efforts, à cet égard. La seconde piste de solution tient dans l'ouverture dès septembre 2004 d'un campus de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à Trois-Rivières: voilà une excellente nouvelle qui a nécessité l'appui des ministres de l'Éducation et de la Santé et des Services

sociaux et qui devrait commencer à avoir des répercussions positives dans environ à peu près sept ans.

Ces deux avenues ne peuvent résoudre à court terme et à elles seules tous les problèmes d'accès aux services que vit la population de notre région. Voilà pourquoi il est essentiel que des gestes soient posés pour réguler la répartition des médecins au Québec, aussi bien généralistes que spécialistes, et pour faire en sorte de limiter l'installation des médecins dans les régions les mieux nanties au bénéfice des régions moins bien pourvues, comme la nôtre. Or, notre agence tient à souligner et à dire sa grande appréciation par rapport aux mesures que M. le ministre a décidé de prendre, au cours de la dernière année, en collaboration avec les fédérations médicales. Ces mesures amènent beaucoup plus de rigueur qu'avant dans l'application et le respect des plans d'effectifs médicaux de chacune des régions et de chacun des établissements du Québec. Et je suis heureuse de vous annoncer, Mme la Présidente, que ces mesures fonctionnent et commencent à porter fruit. En effet, pour la première fois depuis des lunes, notre région connaît en 2004 une arrivée significative de nouveaux médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes.

Cela dit, nous sommes encore loin du compte. Ce serait donc une grave erreur de relâcher ces règles du jeu qui sont en vigueur depuis un an à peine, sous le prétexte compréhensible qu'elles puissent apparaître contraignantes à certaines régions et à certains établissements du Québec. Il ne fait aucun doute à notre esprit, et ce point de vue est partagé par les établissements et le corps médical de notre région, qu'il faut absolument continuer d'appliquer même voire de renforcer ces mesures pendant quelques années encore, le temps requis, que la population de notre région puisse enfin compter sur un niveau d'accès aux services médicaux décent et comparables par rapport à ce qui se vit ailleurs au Québec.

Le second enjeu de la mise en place des réseaux de services pour leur réussite est celui du développement et du déploiement des systèmes d'information qui relient les différentes composantes du réseau et qui permettent une action nettement mieux coordonnée de la part des cliniciens et des organisations. Sans ces systèmes d'information, les réseaux locaux auront beaucoup de difficultés à atteindre les objectifs d'intégration de services qui leur sont donnés.

Au-delà des problèmes de pénurie de main-d'oeuvre médicale, infirmières et autres, face auxquels des solutions doivent être appliquées à court et à moyen terme, la mobilisation des acteurs cliniques et des partenaires constitue un troisième défi de taille pour réussir les réseaux locaux de services. À ce sujet, il nous faut prévoir tant au niveau du Québec que dans les régions et les territoires des activités structurées et systématiques permettant de soutenir et d'accompagner les conseils d'administration, les gestionnaires, les professionnels et les employés du réseau dans les changements de pratiques que suppose la mise en place des réseaux de services.

Mme la Présidente, par la présentation que je viens de vous faire et par le matériel qui vous a été déposé, nous avons tenté de vous donner un bon aperçu de ce que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a réalisé au cours des cinq dernières années avec l'appui

sous le leadership de l'agence. Ce faisant, nous avons cherché à vous donner le pouls de notre région, de ses valeurs et de sa dynamique, ainsi que de ses réalisations. Sans tenter de minimiser les problèmes, nous avons voulu vous démontrer que nos actions ont des répercussions positives sur la population et qu'elles s'inscrivent en cohérence avec les orientations des dernières années et avec la venue prochaine des réseaux locaux de services. Enfin, nous avons voulu vous témoigner que notre agence, au cours des huit dernières années, a assumé son rôle d'agent de changement avec rigueur et transparence. Je vous remercie, Mme la Présidente, et membres de la commission.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci beaucoup. Nous allons débiter notre période d'échange du côté ministériel. Alors, M. le député de Robert-Baldwin.

**M. Marsan:** Merci, Mme la Présidente. Et d'abord merci et félicitations pour votre présentation. Vous avez été une région extrêmement éprouvée, particulièrement au niveau de la pénurie des effectifs. Au-delà des considérations partisans, il a pu y avoir certaines décisions qui n'ont pas aidé particulièrement votre région à recruter suffisamment, et, avec les événements qu'on a connus dans le passé, moi, je suis très, très heureux aujourd'hui de vous entendre avec un brin d'optimisme. Je pense que c'est tout à votre honneur. Je pense que vous nous relatez un certain nombre de décisions qui ont été prises et qui vont être bientôt mises de l'avant. Je pense particulièrement à la création de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Vous mentionnez que ça devrait être fait en septembre 2004. Sûrement qu'on aimerait savoir où est-ce qu'on en est rendu aujourd'hui. Mais, de façon plus générale, sur la pénurie des effectifs, peut-être nous rappeler quels sont les secteurs où vous avez eu une pénurie majeure non seulement au niveau des omnipraticiens mais au niveau des spécialités; et également, si vous voulez, peut-être nous rappeler les moyens que vous avez pris pour régler les problèmes majeurs que vous avez connus.

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y.

**Mme Laroche (Michèle):** ...si vous le permettez, je prendrai une partie de la réponse et je pourrai passer la parole au Dr Réjean Duplain qui pourra nous expliquer le rôle du département dans ce mandat.

Pour illustrer encore, de la façon la plus concrète possible, la pénurie de médecins en Mauricie—Centre-du-Québec, il y a des régions qui considèrent que leur pénurie est extrêmement significative quand il leur manque 45 médecins omnipraticiens. Donc, pour rendre les choses concrètes, je vous indique que la région Mauricie—Centre-du-Québec, c'est 120 médecins omnipraticiens qui manquent, hein, et c'est 60... 80 médecins spécialistes à peu près qui manquent. Donc, il y a 200 médecins en deçà du nombre requis dans la région.

Donc, effectivement nous sommes aussi contents d'annoncer que les perspectives mises en place, les mesures mises en place au cours de la dernière année de resserrement des primes font en sorte que, cette année,

nous avons une autorisation de recruter 37 nouveaux omnipraticiens et nous avons déjà une indication que nous allons en accueillir à peu près 28, il me semble, Dr Duplain...

**M. Duplain (Réjean):** 29.

**Mme Laroche (Michèle):** ...29 médecins omnipraticiens, et nous avons de bonnes indications quant au recrutement des médecins spécialistes.

Cependant, même avec ce nombre, l'écart demeure significatif, d'où notre insistance au fait que, pour corriger l'écart de façon durable, il faut que les mesures de resserrement qui ont eu lieu cette année puissent durer encore quelques années pour faire un rattrapage et rendre les choses comparables d'une région à l'autre.

Ceci étant dit, je vais passer la parole, si vous le permettez, Mme la Présidente, au Dr Duplain, pour l'ensemble des mesures mises en place pour faciliter, et nous reviendrons par la suite sur le projet universitaire.

**M. Duplain (Réjean):** Évidemment, vous avez vu l'ampleur des difficultés qu'on avait à vivre en première ligne. Je peux vous dire que tout ça ne s'étend pas de façon égale sur l'ensemble du territoire de la région. On a des secteurs qui se retrouvent à peu près avec 50 % des effectifs médicaux: on peut penser, entre autres, à la région de Maskinongé; on peut penser à Mékinac; on peut penser aux Blés d'or; il y a Arthabaska qui est à peu près à 60 %, 65 %. Donc, ce n'est pas de façon uniforme. Mais ce qu'on peut dire tout de même c'est que, dans l'ensemble des régions, l'accès à un médecin de famille est impossible, autant dans le Grand Trois-Rivières qui absorbe une partie de la clientèle des territoires ruraux qui... En fin de compte, c'est la région en entier qui est en pénurie.

Nos objectifs, comme Département de médecine générale, ont été de travailler sur deux plans. Premièrement, sur le plan provincial, essayer de faire reconnaître premièrement nos besoins, ce qui a pris un bon deux ans avant qu'on arrive à des processus d'équité en termes de comparaisons interrégionales, et tout ça. Ça a été des processus qui ont été faits avec les fédérations et avec le ministère, qui ont été assez laborieux, mais qui nous ont amenés au moins à des possibilités de comparaison sur une plateforme uniforme. Donc, qu'on arrête de dire qu'on est les plus pauvres, et les comparaisons qui ont été faites tenaient compte d'un ensemble de variables, là, qui faisaient qu'on pouvait vraiment tenir compte de l'ensemble des facteurs. Ça, ça a été un premier thème sur lequel on a travaillé.

Le deuxième, ça a été de dire: Bon, bien on n'attendra pas pour s'organiser. Alors, le Département de médecine générale régionale s'est établi un plan d'organisation des soins pour l'ensemble du territoire, et, pour faire atterrir ces choses-là de façon plus concrète possible, on a... Vous comprenez, là, au comité de direction on est sept médecins puis on représente aux alentours de 400 médecins qui sont distribués sur un territoire qui part de La Tuque, qui va jusqu'à Victoriaville, Drummondville, donc c'est immense comme territoire.

● (15 h 30) ●

Il fallait pouvoir atteindre la base, les médecins qui travaillent quotidiennement, pour connaître leurs

besoins, connaître les possibilités d'organisation des soins et les mettre à contribution dans la vision qu'on avait. Alors, on a organisé des tables médicales territoriales dans l'ensemble des huit... Ça a donné que c'est exactement... On a commencé peut-être deux ans avant les réseaux locaux, là, mais c'est exactement les mêmes territoires qui ont été découpés par bassins de desserte par la suite pour les réseaux locaux, ce qui nous a permis d'établir une communication avec les médecins de la base, essayer de voir de quelle façon on pouvait organiser un projet clinique cohérent, ce qui a fait naître des... ce qui a fait germer, là, des GMF sur la Rive-Sud qui se sont mis à s'organiser, etc., à d'autres endroits, d'autres types d'organisations. On a essayé de regarder certaines ententes même qui pouvaient nous aider à faire du dépannage intrarégional.

Il a fallu inventer des solutions nouvelles, là, à différents niveaux. On a essayé de se servir des AMP, des nouveaux AMP, pour faire monter des projets. Je pense, entre autres, dans le Trois-Rivières métropolitain, où on a des problèmes dans... Au niveau des urgences, il y a toujours une congestion comme partout ailleurs. De quelle façon on peut arriver à agir en aval, avant que les patients arrivent à l'urgence? On a des patients en perte d'autonomie sévère qui reviennent à répétition dans nos salles d'urgence. Il n'y a pas de raison pour que ce soit comme ça. On a des équipes de soins à domicile médicales qui sont de garde maintenant 24/7 pour l'ensemble du territoire du Trois-Rivières métropolitain pour prendre en charge ces populations vulnérables là. Donc, on essaie d'agir en amont des salles d'urgence. On a des suivis systématiques de clientèles, par pathologies, donc les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les problèmes de santé mentale, etc., qui ont été mis en place avec la collaboration des spécialistes pour essayer justement d'éviter des retours à l'urgence de ces clientèles-là.

Donc, on a un ensemble de mesures, on pourrait en parler, là. Mais, je pense, pour vous dire, on essaie d'agir sur le plus de points possible pour réseauter la première ligne. Présentement, on a un projet d'informatisation des médecins du Trois-Rivières métropolitain pour essayer d'amener l'information près du clinicien, du patient avec le CHRTR. Donc, il y a un foisonnement, là, puis que les réseaux locaux vont nous aider à appliquer encore mieux en intégrant l'ensemble des mesures qu'on a prises jusqu'à maintenant.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Et, Dr Duplain, j'ajouterais qu'on a aussi été très présents sur la scène de recrutement de médecins étrangers comme région au moment de la grosse crise de Shawinigan, à l'époque, et nous avons pensé un programme qui a été à présent recentralisé sur le plan ministériel. Mais effectivement la région avait pris cette initiative de se doter de sa propre structure pour intéresser des médecins étrangers à la région. Et d'ailleurs un médecin orthopédiste commence à l'Hôpital de Shawinigan cette semaine, et c'est dans la foulée des actions concrètes que l'agence avait faites à l'époque pour tenter d'aider au problème.

Pour le projet universitaire qui était le centre de votre question, oui, c'est un projet qui est extrêmement

prometteur. Les ministres de l'Éducation et de la Santé annonçaient, cet été, un projet universitaire au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. L'étape où on en est actuellement, c'est que les étudiants vont faire leur prémedical, leur première année qu'on dit «prémed» — c'est des cours majoritairement théoriques — donc ils vont les faire à l'UQTR. Donc, c'est déjà débuté, et, je pense, tout près de 24 étudiants se sont montrés intéressés au programme.

La deuxième étape, c'est la mise en place de l'unité de médecine de famille, et il est attendu qu'en juillet 2005 ce projet puisse être en place au CHRTR. Et, par la suite, le projet de déconcentration de l'Université de Montréal va jusqu'à la déconcentration de la formation de résidents et de... campus universitaire. Donc, c'est des processus complexes qui doivent répondre à de hauts standards de qualité. Donc, ce n'est pas un processus qui va être complet en septembre 2005, mais ce qui est déjà annoncé, c'est l'unité de médecine de famille pour juillet 2004.

C'est extrêmement prometteur parce que, quand on regarde la situation des effectifs médicaux dans l'ensemble des régions, y compris les régions qui ont des difficultés, partout où il y a eu de la formation, ça a comme effet... on ne fait pas de la formation pour faire de la rétention de médecins, mais ça a comme effet secondaire de contribuer à la rétention et à l'installation des médecins. Et ça a comme effet secondaire aussi, par émulation, de faire des projets qualité, des projets cliniques dans les établissements. Donc, c'est vécu comme très prometteur autant par les établissements qui se retrouvent au Centre Mauricie que par les satellites du Grand Trois-Rivières et La Tuque. Et on compte... on met beaucoup d'espoir dans ce projet-là, notamment... Et ce qu'il faut prendre compte aussi, c'est que la région du Centre-du-Québec par ailleurs, elle, elle sera desservie dans des projets universitaires davantage par la région de Sherbrooke, par la Faculté de médecine de Sherbrooke.

Donc, les deux projets ensemble, ça nous assure que l'ensemble de la région va être comblé par un projet universitaire qui est viable, qui est porteur, dont les résultats cependant, en termes d'impacts sur la disponibilité réelle en matière d'accès, ne pourront pas se faire sentir avant cinq, six ans, donc, d'où notre insistance sur le maintien de mesures qui à la limite peuvent paraître un peu contraignantes à certaines régions mieux nanties. Mais, si on veut éviter une seconde phase comme l'époque de la loi n° 114, je pense qu'on se doit de maintenir ces mesures-là encore pendant deux, trois ans.

**M. Marsan:** Avec votre permission, Mme la Présidente, moi, j'ai le goût de vous répéter mes félicitations. Je viens d'un comté de la région de Montréal, et, à la lumière de ce que vous nous présentez aujourd'hui, bien vous n'avez pas attendu que l'aide vienne de la Providence ou de l'État-providence. Vous vous êtes pris en main dans votre région, vous avez présenté des solutions court terme, moyen terme et long terme, et parmi les solutions à long terme, je vous assure, c'est des coups de maître d'être associés avec l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal. Alors, je vous transmets mes félicitations et transmettez-les aussi à

tous les gens de votre équipe et de votre communauté. Je voudrais simplement terminer en vous demandant: On a parlé des effectifs médicaux, comment ça fonctionne au niveau des infirmières? Est-ce que vous êtes en pénurie au niveau des infirmières, au niveau des professionnels de la santé également?

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, oui, comme à l'instar des... Nous avons un avantage, hein, on n'a pas juste des désavantages, donc il faut le reconnaître. Nous avons quatre milieux d'enseignement collégial qui forment des infirmières dans notre région et nous avons une Université du Québec à Trois-Rivières qui forme les infirmières. Cependant, encore là, nous sommes un bon bassin de recrutement, donc nous vivons ce que certaines régions subissent, c'est-à-dire un exode de nos jeunes infirmières vers les grands centres.

Donc, nous n'avons pas actuellement un problème important de la même ampleur que certains établissements de Montréal par rapport à l'infirmière, mais se dessine tout de même un problème, se dessine un problème quant à la relève parce que notre cohorte d'infirmières en place, particulièrement au niveau de l'encadrement, est vieillissante, et parce que nous avons un problème de rétention de nos infirmières qui sortent.

Nous avons aussi un problème relatif à l'utilisation des infirmières bachelières. Nous sommes une des régions qui a la plus faible moyenne d'utilisation des infirmières bachelières. Et, comme l'Université du Québec forme des infirmières bachelières, c'est pour nous un dossier très important sur lequel nous sommes penchés cette année pour développer toutes les conditions de rétention de nos infirmières bachelières, parce qu'elles sont aussi la relève éventuelle pour les infirmières qui font de l'enseignement dans notre région, ou qui font de l'encadrement clinique, ou qui font de l'encadrement de gestion. Donc, pas un problème majeur, au moment où on se parle, mais un problème important si nous ne mettons pas en place dès maintenant plusieurs mesures qui touchent la rétention des infirmières bachelières et l'offre de service, l'offre de postes que l'on fait aux infirmières.

Nous avons constaté dans notre région qu'il y avait des points d'amélioration. On a fait beaucoup de travaux cette année, hein! On a des points d'amélioration. On offre encore beaucoup des postes à deux jours, trois jours. L'hypothèse que l'on fait à ce stade-ci, c'est que la création des réseaux locaux va permettre, dans un territoire donné, d'offrir davantage de postes à temps complet. Et ça, ce sera aussi un facteur de rétention. Donc, on a effectivement, comme toutes les régions du Québec, un défi de main-d'oeuvre à envisager à cet égard-là qui se joue avec des composantes différentes.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va? Mme la députée de Maskinongé.

**Mme Gaudet:** Bonjour. Merci. Bienvenue ici, chez vous, à l'Assemblée nationale. C'est un plaisir pour moi d'être ici présente parmi vous. Merci pour votre présentation. Et j'oserais dire d'entrée de jeu que, comme l'a exprimé mon collègue, la pauvreté engendre l'ingéniosité. Vous en avez fait preuve, de différentes

solutions ingénieuses que vous avez mises en place en collaboration avec les partenaires du milieu.

Moi, j'aimerais revenir sur les infirmières. Quand vous parlez des infirmières bachelières, est-ce que vous voulez dire la même chose que les infirmières praticiennes? Je sais que l'Université du Québec à Trois-Rivières développe un créneau au niveau des médecines non traditionnelles. Alors, j'aimerais que vous nous fassiez la distinction entre les infirmières bachelières et les infirmières praticiennes, et voir quelles sont les avenues possibles là, pour ces deux types d'infirmières, dans un premier temps.

Est-ce que vous croyez que le programme des sages-femmes, qui est en place à l'université ainsi qu'à la maison des naissances, là, qui est ouverte dans la région de mon collègue de Nicolet, est-ce que ça peut aider au niveau, bien, de la pénurie dont on parle puis surtout des services à la clientèle? Est-ce que vous envisagez la création de d'autres maisons des naissances? Je vais arrêter là, là, parce que j'en ai encore beaucoup, d'autres questions.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche. ● (15 h 40) ●

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, si vous permettez, je vais répondre à la dernière et je garderai la première question où nous allons répondre à toute la préoccupation en lien avec l'utilisation des services de sages-femmes et la création de la maison des naissances. Et je demanderais, Mme la Présidente, si vous le permettez, que M. Allaire, directeur général adjoint, puisse porter la réponse.

**La Présidente (Mme Charlebois):** ...

**M. Allaire (Jean-Denis):** Merci beaucoup, Mme la Présidente. Donc, effectivement nous avons, dans la région, une maison des naissances qui est en fonction depuis septembre 2003 et qui a connu sa première naissance le 20 décembre 2003.

En soi, le fait d'avoir une maison des naissances et de recourir aux sages-femmes, ça peut contribuer à diminuer le fardeau, le poids de la demande du côté des services médicaux, on comprend, parce que le suivi périnatal nécessite... qui est fait par les sages-femmes y contribue.

Vous demandiez aussi s'il y avait d'autres initiatives. Au moment où nous nous parlons, des travaux ont cours aussi dans le territoire du Centre-de-la-Mauricie et de Mékinac, avec la collaboration du Centre de santé et de services sociaux du Centre-de-la-Mauricie, l'UQTR, pour développer, analyser la possibilité d'intégrer les services de sages-femmes aux services déjà offerts dans l'établissement. Donc, une formule un peu différente: dans un cas, une maison des naissances; dans l'autre cas, l'intégration des services de sages-femmes au sein des activités mêmes de l'établissement. Au moment où nous parlons, nous n'avons pas encore les conclusions. Ce projet-là qui se travaille n'est pas encore abouti, là, mais on voit qu'on a une piste d'élargissement du recours aux sages-femmes dans la région.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Pour la question qui concerne l'utilisation des infirmières, bon, nous avons, au Québec, la reconnaissance de l'infirmière diplômée du collégial, dont on appelle une technicienne en sciences infirmières, nous avons une formation universitaire de baccalauréat en sciences infirmières et nous avons une formation de maîtrise en sciences infirmières qui peut être même des maîtrises spécialisées, hein, dans certains domaines.

La bachelière est une infirmière avec une formation supplémentaire qui développe sa capacité, hein, sur le plan des connaissances à placer l'acte de soin dans une réflexion qui l'amène souvent à jouer des rôles de chef d'équipe, de cadre, d'encadrement de plans de soins complexes, d'intervenante pivot.

Lorsque vous parlez de l'infirmière ou de l'infirmier praticien, c'est un concept nouveau au Québec, nous avons d'ailleurs dans la région un projet qui est en émergence, à cet égard-là. Vous savez, l'infirmier praticien, c'est une catégorie de poste, qui est reconnue dans d'autres provinces canadiennes, qui permet d'une certaine façon d'utiliser des infirmiers ou des infirmières mieux préparés qui ont des stages à cet effet-là à des fonctions différentes.

Donc, pour illustrer ce propos-là, on pourrait avoir dans des groupes de médecine de famille ou dans des établissements de santé, particulièrement dans les milieux ruraux... Et, au Québec, il y a des projets là-dessus: le Bas-Saint-Laurent en a un, l'Outaouais en a un, nous, on en a un en émergence. Nous pourrions utiliser les compétences des infirmiers et des infirmières à assumer un certain nombre de personnes qui normalement seraient vues par un médecin et qui là seraient vues par des infirmières praticiennes dans le cadre d'une formation, de stages reconnus et dans le cadre de protocole. Ça existe dans certaines provinces.

Nous avons actuellement, en Mauricie—Centre-du-Québec, une personne qui a fait toutes ses études en Ontario et qui a fait ses stages — il y a trois établissements dans notre région qui ont accepté de l'accueillir en stage — et qui passe ses examens aujourd'hui.

On sait que le ministère actuellement, le ministre... et dans les discussions avec les différentes fédérations, notamment la Fédération médicale, est envisagé de positionner au Québec des projets d'utilisation d'infirmiers ou d'infirmières praticiens. Je pense qu'au Québec on va devoir se poser ce genre de question, comme on l'a posée pour les sages-femmes.

Nous avons des pratiques médicales qui ont changé dans le temps, qui ont évolué, nous avons des attentes de la population qui se diversifient et nous avons une loi n° 90 qui permet de déléguer des actes, d'hierarchiser les services. Et donc je place la fonction d'infirmier praticien un peu dans ce concept-là. Alors, nous espérons être une des régions qui sera utilisée comme projet pilote.

**Mme Gaudet:** Dans les groupes de médecine familiale, vous dites qu'il y en a 11 qui sont en fonction et six en voie de reconnaissance. J'aimerais que vous nous les situez. Mon intérêt, vous comprendrez, c'est de savoir s'il y en a une en émergence dans le comté de Maskinongé, hein? C'est-u correct, ça? Je pense qu'il y a des intérêts de l'autre côté aussi, hein?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Alors, Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, si vous permettez, je passerais la parole au Dr Réjean Duplain.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui.

**M. Duplain (Réjean):** Alors, les 11 qui sont déjà en fonctionnement, j'imagine que vous savez un peu où ils sont situés. Il y en a un...

**Mme Gaudet:** Ah, vous pouvez préciser pour l'ensemble, là, des gens ici présents, là.

**M. Duplain (Réjean):** O.K., on peut préciser. Il y en a un à La Tuque qui vient tout juste cet été, là, d'être accrédité par le ministre. Il y en avait déjà quatre depuis longtemps, là, dans la région d'Arthabaska, le groupe des Bois-Francs. On a celui de Saint-Léonard-d'Aston. Et puis on a Shawinigan-Sud, on a un projet à Shawinigan-Sud. On en a un autre à Nicolet. Et puis on en a trois, je crois... quatre, quatre à Drummondville. O.K. Bon, ça va comme ça.

Sur ceux qui sont en projet, on en a dans la région de Trois-Rivières. Je ne sais pas si on a la liste aussi de ceux-là, là. Je sais qu'on en a dans la région de Trois-Rivières; on en a un autre de Saint-Étienne-des-Grès; on en a un autre sur la Rive-Sud, je pense, à Drummondville.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Saint-Grégoire.

**M. Duplain (Réjean):** Oui, Saint-Grégoire, Saint-Grégoire effectivement. On en a un autre aussi à Drummondville. Grand-Mère, on en a un à Grand-Mère aussi. Ça, ces projets-là nous ont déposé une offre de service et on est en attente justement de les mettre en processus d'accréditation.

**Mme Gaudet:** Alors, je constate que la Rive-Sud, ils sont particulièrement actifs au niveau de la mise en place, là, de GMF. Qu'est-ce qui explique que, sur la Rive-Nord, on est moins enclins à mettre en place, là, ces structures-là?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, là-dessus il y a plusieurs raisons. Dans le secteur de Victoriaville existait déjà une table médicale territoriale. D'ailleurs, ça a été notre source d'inspiration. Il y avait déjà une dynamique médicale qui réunissait tous les médecins, qui avait comme base de réflexion le secteur de Victoriaville... est un des secteurs qui est en plus grande souffrance en matière d'omnipraticiens, de nombre d'omnipraticiens. On n'en entend pas beaucoup parler, mais c'est effectivement le secteur de Victoriaville. Et les médecins... On faisait allusion tout à l'heure que, des fois, la crise commande de se réunir, donc les médecins avaient déjà développé des habitudes de table, de se réunir, de discuter de leurs problèmes. Donc, quand est arrivée l'initiative de mettre en place des groupes de

médecine de famille, ils étaient facilement mobilisables à cet égard.

Le secteur de Drummondville aussi est un secteur qui s'est organisé rapidement au niveau de la table médicale territoriale. De toute façon, ce qu'on constate, c'est que, dans les grands milieux urbains, ça a été un peu plus difficile en partant. Et l'autre chose qu'il faut bien se rappeler, c'est que nous sommes la région qui a la plus grande pénurie en omnipraticiens, alors intéresser... et particulièrement tout le secteur de la Mauricie souffre beaucoup, là, dans son ensemble de cette préoccupation-là. Donc, d'amener les médecins à se réunir, à mettre les énergies requises, à réfléchir le projet, à vivre le projet dans une valeur ajoutée, c'était un peu plus difficile dans le secteur de la Mauricie.

Ce qu'on voit cependant, c'est que, dès qu'il y en a un ou deux qui s'installent, ça crée une dynamique positive dans le milieu, parce que les gens apprécient ce contact contractuel avec le CLSC qui fait un échange, hein, bidirectionnel pour les clients, apprécient aussi la part de l'infirmière dans le GMF dans un contexte où il y a pénurie de médecins. Mauricie, on sent là que le mouvement est vraiment bien installé.

**Mme Gaudet:** J'aimerais vous parler des centres jeunesse. Vous n'en faites pas mention dans le rapport que vous nous avez présenté, mais j'aimerais que vous nous parliez du financement des centres jeunesse, des listes d'attente et du volet psychiatrique, là, comment ça se vit dans la région, là, considérant la pénurie des médecins spécialistes.

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, je vais chercher juste à... oui, j'ai la page. Dans le document afférent puis qu'on a préparé pour l'audition, vous allez retrouver, à la page 55, l'ensemble des informations.

Bon, ce qu'il faut se rappeler, c'est que le programme enfance... le centre jeunesse a connu une croissance quand même très significative de son budget, là. Il est passé de 32,4 millions... D'ailleurs, je veux attirer votre attention sur une coquille dans le document, il y a une inversion: ce n'est pas 23,4 millions, mais c'est bien 32,4 millions. Donc, il a connu une croissance quand même significative de ses budgets au cours des dernières années, soit la valeur, si je ne m'abuse, de tout près de 7,7 millions de budget.

● (15 h 50) ●

La situation des centres jeunesse chez nous, ce qu'on constate, c'est que, sur le plan des grands indicateurs couverts par le centre de jeunesse, nous rencontrons les standards de performance, en termes de prise en charge, de temps requis à l'évaluation. Nous avons un des taux d'hébergement-réadaptation les plus faibles au Québec, ce qui témoigne que nous avons dû développer beaucoup d'alternatives pour en arriver à limiter le recours à l'hébergement spécialisé pour les enfants.

Le problème que nous avons par rapport au centre jeunesse, à l'instar de quelques régions, c'est un problème de signalement. Nous sommes une des régions qui est très atypique, nous avons un très haut taux de signalement. Juste en 2003-2004, nous avons eu une croissance de 21 % des signalements. Par ailleurs cependant, ce qu'on constate, c'est qu'au niveau des signalements

retenus par le centre jeunesse, il n'y a eu qu'une augmentation de 1,6 %. Donc, la question avec laquelle on jongle actuellement, c'est d'une part: les investissements en première ligne dans notre région ont été sensiblement bonifiés au cours des années; la consolidation budgétaire du centre jeunesse est là; et nous avons une augmentation de signalements. Donc, on pense que c'est multifactoriel.

Nous sommes une région socioéconomiquement très défavorisée. Nous avons fait une cartographie de la pauvreté dans notre région, et on peut faire un lien direct entre la cartographie de la pauvreté, le taux... les quartiers vieillissants et la situation où on a plus d'enfants négligés qui sont signalés. Donc, il y a un phénomène qu'on est capables quasiment de cartographier dans la région, quant à ça.

Nous sommes aussi constaté... L'hypothèse que l'on fait, c'est qu'on dépiste beaucoup plus mieux parce qu'on a investi en première ligne. Mais on fait l'hypothèse que peut-être que les services de première ligne ne sont pas encore suffisamment en place, ce qui amène des personnes à signaler aux fins d'obtenir de services, puisqu'ils ne sont pas retenus, ce qui pose la question de comment se fait le relais entre le centre jeunesse et la première ligne. Par exemple, vous appelez, vous n'êtes pas retenu; est-ce qu'il y a un relais réel entre la deuxième ligne et la première ligne?

Donc, si on a une faille sur laquelle on veut travailler au cours de l'année, c'est vraiment sur mieux cibler et intégrer nos interventions dans les quartiers où on a vraiment mis le doigt, la lunette, la lumière rouge sur le fait que c'est dysfonctionnel. Et on veut favoriser une coordination plus harmonieuse, la prise en... même si le signalement n'est pas retenu, que la première ligne s'implique par la suite. Parce qu'on pense que nos clients non retenus, s'ils ne sont pas pris en charge par la première ligne, finissent par revenir dans un autre cadre de signalement puis ils sont repris en charge.

Donc, on a mieux cerné le problème, on est convaincu qu'il est multifactoriel. Nous avons présenté au ministère un projet d'étude qui est parti, cette semaine, là-dessus pour faire un projet pilote dans le secteur du Centre-Mauricie pour mieux intégrer les interventions entre le centre jeunesse et la première ligne.

Donc, sur les grands indicateurs, là, sur les grands indicateurs, les centres jeunesse, notre centre jeunesse est performant. Sur le plan du constat des services à la population, augmentation des signalements. Sur le plan des services, nous avons une révision à faire qui vise majoritairement deux choses: c'est la reprise en charge si le signalement n'est pas retenu et une intervention mieux articulée entre le spécialisé et la première ligne dans des quartiers ciblés de notre région. Donc, il y a du travail à faire encore.

**La Présidente (Mme Charlebois):** C'était terminé? Aviez-vous terminé?

**Mme Laroche (Michèle):** La question, Mme la Présidente, avait un volet de services psychiatriques? Nous allons passer la parole à M. Allaire.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui. Allez-y, monsieur...

**M. Allaire (Jean-Denis):** Si vous permettez, Mme la Présidente, en plus des éléments que Mme Laroche a soulignés, je veux attirer votre attention sur le fait que nous avons consacré, au cours de la dernière année, un travail important avec les centres jeunesse, les CLSC, commissions scolaires, centres de petite enfance, autour de l'intervention en cas de négligence, pour faire en sorte que justement ce soit beaucoup plus clairement établi, les rôles et contributions de chacun avant, après un signalement, qu'il soit retenu ou non.

Et, au cours de la prochaine année, nous allons travailler sur le volet santé mentale chez les jeunes. Cependant, on peut déjà constater aussi qu'on a mis des efforts pour réduire les listes d'attente que pouvaient vivre les jeunes en attente d'une évaluation pour les services de pédopsychiatrie dans la région, où on a réduit le nombre, là, de 354 à 201 jeunes, au 31 mars dernier, ce qui était la cible ou l'engagement qu'on avait pris auprès du ministère. Nous allons avoir une autre diminution au cours des prochaines années. De quelle façon? En rapprochant beaucoup le travail entre les départements de psychiatrie ou de pédopsychiatrie et les équipes jeunesse des CLSC.

Demeure, en terminant, Mme la Présidente, quand même la problématique du manque de psychiatres et de pédopsychiatres dans la région. Nous avons quatre pédopsychiatres pour 486 000 de population: deux à Victoriaville, un à Drummondville, puis un à Shawinigan, aucun à Trois-Rivières. Donc, ça pose un sérieux problème, parce que, à un moment donné ou à un autre, dans ton intervention, tu as besoin d'avoir un diagnostic, tu as besoin d'avoir une intervention de pédopsychiatre, mais on tente d'atténuer cette contrainte-là par un travail beaucoup plus étroit entre le milieu médical hospitalier et le milieu terrain, CLSC-commission scolaire.

**Mme Gaudet:** J'ai encore du temps, Mme la Présidente?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il faudrait faire rapidement parce que j'ai deux de vos collègues aussi qui veulent poser des questions.

**Mme Gaudet:** Juste au niveau de la mise en place des réseaux locaux et des corridors de services que vous allez faire, là, avec les institutions, je dirais, en périphérie, là, par exemple, Maskinongé, hein, le Centre Comtois, qui est bien connu, est-ce que ça va améliorer le service à la population? Est-ce que vous pensez qu'il risque d'y avoir une diminution des services par rapport à ce qu'on voit actuellement? Comment vous voyez la mise en place de ces réseaux et des corridors de services associés?

**Mme Laroche (Michèle):** Mme...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, les corridors de services, dans la question, je comprends surtout les centres périphériques à l'Hôpital régional de Trois-Rivières, qui est exclu du réseau local. On comprend que ces centres sont déjà multivocationnels, et il y a déjà,

dans ces centres, un fonctionnement d'urgence 24 heures par jour qui transfère des ambulances vers le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et certains médecins spécialistes qui font des cliniques externes dans ces centres. Rappelons que le corridor de services, ça a pour objectif non de diminuer les services à la population mais de les enchâsser dans quelque chose de formel, de prescriptif, qui décrit les conditions de transferts et les conditions d'accès.

Alors, j'ose espérer que les corridors de services vont contribuer, sans faire de fausses attentes, pas nécessairement à amener des services lorsque les masses critiques ne le justifient pas, mais les services qui doivent être disponibles dans ces centres et sont déjà inscrits dans nos plans, que ça va contribuer à en améliorer les règles du jeu d'accès et de retour vers la première ligne. C'est ça, le sens d'un corridor de services, c'est de formaliser, de ne pas faire ça aléatoire, de ne pas faire en sorte qu'un médecin dans une urgence se négocie les conditions de transfert ou d'acceptation d'hospitalisation, se négocie... et l'inverse, que le centre renégocie les conditions de reprise en charge de la première ligne. C'est ça, le sens d'un corridor de services. Alors, nous allons tout mettre en oeuvre pour que ce soit une valeur ajoutée pour la population.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Vous pouvez poursuivre encore.

**Mme Gaudet:** Je peux y aller encore pour une?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui, oui. Allez-y.

**Mme Gaudet:** Au niveau de l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie ou que ce soit de courte ou de longue durée, on sait que la Mauricie présente, en plus de ses autres réalités, là, une population qui est très vieillissante, hein, peut-être plus que la majorité des régions au Québec. Alors, comment vous voyez les services à cette population en perte d'autonomie ou...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Oui. Oui, la région Mauricie—Centre-du-Québec a une démographie extrêmement vieillissante. Les projections actuelles et les projections qui nous amènent jusqu'en 2014 traduisent que notre région va être la troisième région, hein, et cette démographie vieillissante a un impact sur les services organisés pour les personnes âgées mais aussi a un impact sur l'organisation des services de santé physique. Je pense que les régions qui sont devant nous, de mémoire, il me semble qu'il y a le Bas-Saint-Laurent qui va être dans une situation semblable, mais, dans tous les cas, nous sommes la troisième région, et on va le demeurer pour quelques années.

Ce qui nous pose un défi effectivement très important, c'est d'ajuster l'offre de service au niveau des âges. Donc, déjà depuis quelques années — et comme c'est une offre ajoutée à chaque année, ça veut dire qu'à chaque année il faut se reposer la question — il faut poser la question de comment on organise les services.

Donc, les stratégies sont semblables, je pense, à ce qui est déployé dans l'ensemble des régions avec un peu plus d'intensité chez nous, c'est-à-dire assurer que le niveau et l'intensité, le nombre de personnes et l'intensité, c'est-à-dire le nombre d'heures qu'on donne aux personnes âgées à domicile permettent de les maintenir le plus longtemps possible à domicile en fonction que, s'il y a lieu, l'hébergement se fasse plus à partir du domicile vers l'hébergement que par un transit vers l'hôpital, hein, un séjour un soir vers l'hôpital. C'est de diversifier l'offre de service.

● (16 heures) ●

Vous savez que nous sommes la région au Québec qui effectivement, pour certaines parties de son territoire, a moins de lits d'hébergement que ce qui est normalement identifié comme requis. Donc, nous sommes la région au Québec qui a le plus déployé la stratégie des ressources intermédiaires et des ressources alternatives. Nous avons un parc extrêmement significatif; si vous voulez avoir les données, on les a. Mais on a un parc extrêmement significatif de ressources intermédiaires déjà depuis plusieurs années, car, si nous n'avions pas développé ça, nous n'aurions pas été déjà en mesure d'assumer la pression que nous avons actuellement dans la région.

Donc, les stratégies de maintien à domicile, les stratégies de développer des alternatives à l'hébergement, les stratégies de s'inscrire dans la nouvelle approche qui préconise un peu des approches alternatives... Nous avons soumis un projet qui a été accepté dans le secteur d'Arthabaska, d'ailleurs. Il y a un projet de rendre accessibles des services d'hébergement dans un HLM à Victoriaville qui a été annoncé la semaine dernière. Donc, de s'inscrire dans des projets novateurs, ça fait aussi partie de notre stratégie.

**Mme Gaudet:** Une dernière.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme la députée.

**Mme Gaudet:** Il y a une phrase qui m'a fait un petit peu sursauter, c'est — je la retrouve, là — quand vous dites que vous avez investi, je crois, 145 % au niveau des organismes communautaires. Pouvez-vous préciser, s'il vous plaît?

**Mme Laroche (Michèle):** Ça fait référence... Vous savez, les organismes communautaires, ça fait beaucoup, 145 % d'augmentation. Mais, en même temps, je veux aussi vous dire la grande conscience, nous avons extrêmement conscience que c'est toujours par rapport au budget initial qu'il y avait, hein? Alors, la part du budget que les organismes communautaires ont sur l'ensemble de la dépense en matière de santé, ça demeure quand même marginal au Québec. Mais, ce qu'on voulait surtout témoigner, c'est de l'effort dans notre région pour soutenir les organismes communautaires.

Donc, si je regarde le projet d'organismes communautaires, là, ici, voyez-vous, en 1995-1996, nous étions à un investissement de 9 millions dans la région et, aujourd'hui, nous sommes rendus à un investissement de 22 586 000 \$. Et, je vous dirais, là-dessus, là, qu'il y a eu, oui, des investissements, des choix qui sont venus

à partir des choix ministériels, mais il y a aussi un choix régional qui a été fait.

En 1996, lorsque nous avons été convoqués, comme toutes les régions du Québec, à l'exercice de l'assainissement des finances publiques, en plus de faire l'exercice d'assainissement des finances publiques, nous avons conduit deux exercices majeurs. Nous avons ponctionné le réseau pour permettre de créer une enveloppe pour soutenir avec plus de force le programme prévention-promotion, ce qui explique que nous avons un écart favorable maintenant dans notre région, et soutenir les organismes communautaires.

Nous avons aussi fait une deuxième ponction au réseau — c'est pour ça que ça a été très difficile, l'époque de 1996, dans notre région — pour faire un exercice qui s'appelait la Correction de l'équité de budgétisation dans les établissements. Nous n'avons pas pu le faire pour tous les programmes, nous l'avons fait dans deux domaines.

Aujourd'hui, tous les lits d'hébergement dans notre région sont financés sur une base comparable. En 1996, il y avait des lits d'hébergement financés à 80 000 puis d'autres à 21 000; à présent, ils sont tous financés sur une base comparable et tous les lits de courte durée en santé physique sont financés sur des bases comparables. Donc, c'est une opération majeure, c'est ce qui explique que ça a augmenté comme ça.

Toutes choses étant relatives, il faut aussi comprendre que les organismes communautaires, dans leur déploiement autonome, en nombre se sont accrues dans notre région. Donc, bien que l'on ait augmenté significativement l'apport budgétaire de l'enveloppe régionale consentie à cet effet-là, plusieurs organismes communautaires, à juste titre, trouvent que le financement de base qu'on leur donne demeure quand même marginal.

**Mme Gaudet:** Merci.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va, Mme la députée?

**Mme Gaudet:** Oui, merci.

**La Présidente (Mme Charlebois):** M. le député de Saint-Jean.

**M. Paquin:** Merci, Mme la Présidente, merci beaucoup. Madame, messieurs, merci. Merci d'être ici, merci de venir nous présenter vos données sur l'agence dans votre région.

Je voudrais, tout comme mes collègues, moi aussi d'entrée de jeu vous féliciter pour le travail, la détermination que vous avez eue. Vous avez passé... Je pense qu'à un moment donné on parlait de vous partout, partout à la grandeur du Québec parce que vous avez eu des problèmes — mais dans le système de la santé il y en a eu, il y en a encore, bien entendu, mais il y en a eu énormément et surtout chez vous. Donc le fait que vous vous êtes pris en main, que vous avez pris des décisions, que vous avez été déterminés, je crois que vous êtes un exemple pour toutes les régions du Québec, là, dans le domaine du système de santé parce que vous avez réussi des choses extraordinaires.

Vous avez eu beaucoup de problèmes. Comme partout dans le système de santé, il y a un problème qui, moi, m'agace beaucoup. Bien, ils m'agacent tous mais principalement un qui m'agace plus que les autres, et monsieur à côté de vous en a parlé un peu tantôt, c'est le problème au niveau des urgences.

Chez vous, les urgences, vous y avez goûté mais pas à peu près. Encore là, je pense que vous avez marqué un record à travers le Québec. Vous avez posé des gestes — vous en avez parlé, mais vous n'avez pas été en profondeur tantôt — pour améliorer le système des urgences chez vous. J'aimerais que vous nous parliez un peu — parce que je pense que c'est très, très, très pertinent pour les gens qui nous écoutent et pour les gens dans d'autres régions qui ont aussi des problèmes d'urgences — des gestes qui ont fait que ça a amélioré le sort de vos urgences et aussi — j'imagine, ce n'est pas encore parfait — les gestes que vous avez l'intention de poser, puis pourquoi vous avez l'intention de les poser, puis qu'est-ce qu'ils vont améliorer, ces gestes-là.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, oui, on a effectivement vécu, avec peut-être une circonstance associée à la fermeture de l'urgence d'un de nos établissements, un drame humain très significatif qui a éveillé, je pense, la conscience collective sur l'importance au maintien des urgences ouvertes 24 heures par jour et qui a, je pense, sensibilisé tout le monde aussi à l'importance d'une meilleure répartition des médecins au Québec pour des fonctions aussi essentielles que l'urgence.

Oui, on avait des problèmes d'urgence, je dirais, qui sont associés à trois problèmes majeurs. Il y a le problème de la capacité à maintenir les urgences ouvertes en lien avec la disponibilité médicale, hein, qu'on a connue, qui s'améliore avec la perspective de recrutement en cours. Il y a le problème d'accès à un médecin en cabinet privé qui contribue — le Dr Duplain en faisait mention tout à l'heure — à l'achalandage de l'urgence, hein? Il y a cette préoccupation-là, sur laquelle on a agi. Donc, ça, là, je pense qu'on en a suffisamment parlé tout à l'heure, on a agi.

Il y a l'organisation des services en elle-même, où, au cours des années, on a davantage maximisé sur soutenir la première ligne, donc intensifier notre capacité d'intervenir en maintien à domicile pour avoir davantage de personnes rejointes puis d'heures-soins donnés aux personnes. On a beaucoup diversifié l'offre de service.

M. Gervais, chez nous, et l'équipe médicale ont mis en place un suivi extrêmement régulier de ce qu'on pourrait appeler un plan de contingence — on a l'impression d'être en plan de contingence à l'année, chez nous. On gère... on a mis en place une... même sans centrale de communication santé formelle, tel que prescrite par la loi — parce qu'on vient d'avoir le mandat, mais elle n'est pas en place — on a centralisé toute la gestion des appels du préhospitalier de façon à jouer presque quotidiennement — je le dirais comme ça — dans la circulation des ambulances entre les établissements pour répartir la charge, parce que, je vous rappelle, dans notre région, nous avons aussi un problème

qui nous est extrêmement particulier, c'est que nous avons fusionné l'Hôpital Saint-Joseph avec l'Hôpital Sainte-Marie, et, depuis plus de trois ans, toute l'activité d'urgence de la grande ville de Trois-Rivières est concentrée dans l'ancien site Saint-Joseph qui était une urgence prévue pour accueillir la moitié de cette activité-là. Donc, c'est ce qui fait qu'on a été très présents dans la gestion du transport ambulancier, parce que ça aurait été très difficile à vivre pour le CHRTR, et c'est pour ça aussi qu'on a maintenu des urgences périphériques pour soutenir la situation.

Je ne sais pas, Dr Duplain, avez-vous des commentaires supplémentaires sur le...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Dr Duplain.

**M. Duplain (Réjean):** Oui, merci. Alors, oui, je peux ajouter par rapport... On a parlé, tout à l'heure, des soins à domicile qu'on essaie d'instaurer dans chacun des sous-territoires. À Maskinongé, on a demandé le dépôt d'un projet clinique, parce qu'en fait c'était le seul réseau local qui était déjà bien organisé; on travaille déjà avec les médecins du territoire. Il y a d'autres secteurs, comme à Grand-Mère entre autres, où on est en discussion aussi pour un projet de soins à domicile. Donc, le modèle qu'on a mis en place à Trois-Rivières, les deux équipes de maintien à domicile, de la part des médecins, on essaie de le généraliser pour agir en amont des urgences.

Je pense à l'accessibilité sans rendez-vous, c'est un problème chez nous. Avec les disponibilités médicales qu'on a, la plupart des médecins travaillent déjà à faire des activités médicales particulières prioritaires dans les urgences dans les hôpitaux, en soins de courte durée, etc. Les médecins sont moins disponibles pour faire du sans rendez-vous, donc, souvent, les heures défavorables, on ne les a pas.

On essaie de travailler à mettre au point, là, trois réseaux d'accessibilité avec des services diagnostiques — laboratoires, radiologie, etc. — pour les services de base en dehors des centres hospitaliers reconnus comme AMP. On est en train de travailler sur un projet avec le ministère là-dessus, ciblé dans les établissements. On pense aussi à toute la question de — oui, Mme Laroche en a parlé tantôt, là — la réorganisation du CHRTR, là, qui a amené aussi un bouleversement.

● (16 h 10) ●

On essaie de travailler avec les GMF aussi pour la question de prise en charge. Dans les GMF, on travaille au niveau de, bon: Quel est votre projet d'accessibilité, là? Qu'est-ce que vous allez devenir au niveau de votre clientèle, pour les clientèles vulnérables, premièrement — c'est notre priorité — et, par la suite, au niveau de la population en général en fonction des effectifs médicaux? On ne leur demande pas mur à mur ce qu'ils ne peuvent pas donner parce qu'on sait que les médecins, souvent... Nos médecins, nous autres, travaillent déjà une fin de semaine sur quatre avec souvent plusieurs soirs durant la semaine. Ça fait qu'on essaie de voir, avec les disponibilités médicales que vous avez, qu'est-ce que vous êtes capable de donner en termes de disponibilité, puis on essaie d'optimiser cette approche-là. Il y a des pistes.

**Mme Laroche (Michèle):** Si vous permettez, Mme la Présidente, en complément, le ministère... Notre fonctionnement général de l'urgence était meilleur il y a deux ans que maintenant, O.K.? Nos indicateurs se détériorent dans deux de nos établissements. Malgré cela, nous sommes dans la bonne moyenne québécoise. Nous avons conduit, au cours de l'été, une étude qui nous a permis d'identifier un plan d'action pour les... naturellement, c'est un plan d'action sur les trois prochaines années, mais qui nous a permis d'identifier les mesures qui sont en lien avec les personnes en perte d'autonomie, en santé mentale, les services multicientèles et les services de réadaptation qu'il faut mettre en place pour améliorer. Donc, on s'est donné des objectifs d'accroître la couverture vaccinale influenza; on s'est donné des objectifs d'une meilleure utilisation de nos... on a des lits de dépannage qui sont sous-utilisés. Donc, on a identifié toutes nos...

Les services, la gamme est là, mais on a fait une étude pour essayer d'identifier quels sont ceux qui sont sous-exploités ou mal exploités et sur lesquels il faut se donner des objectifs complémentaires. Parce qu'on a un grand défi effectivement de faire cheminer l'offre de service compte tenu de la démographie, sinon, nos urgences, on va avoir un problème. Donc, jusqu'à cette année — il y a 18 mois — on n'avait aucun problème, et là on voit qu'on a une tendance un peu à la détérioration dans deux établissements, mais on a fait vraiment — et, si ça intéresse la commission, on pourra le faire parvenir — vraiment le portrait exhaustif de toutes les actions qui doivent être mises en place au cours des deux, trois prochaines années.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Si vous voulez, Mme Laroche, probablement que vous aurez d'autres questions du côté de l'opposition à ce sujet-là, mais le temps imparti à la partie ministérielle est terminé. Alors, je vais reconnaître Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue, Mme Laroche. Vous voyez que je suis bien accompagnée, n'est-ce pas? Bienvenue également à M. Allaire, Dr Duplain et... Oui, Dr Dontigny.

Mme la Présidente, je crois que Mme Laroche a fait une offre de nous... de transmettre au secrétariat de la commission un document qui va nous intéresser beaucoup parce que vous êtes consciente certainement, là, que ça a fait les manchettes au cours des derniers mois et qu'il serait vraiment intéressant de voir les mesures que vous entendez prendre dans les jours et les semaines qui viennent.

Alors, vous voyez bien qu'avec les députés qui m'accompagnent mon temps de parole est limité.

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

**Mme Harel:** Alors, je vais aller à l'essentiel. En vous écoutant, savez-vous l'idée qui me venait? Si des gens nous écoutent présentement, parce qu'il est possible maintenant de capter la télévision de l'Assemblée nationale chez soi, ils ont le choix, soit Ottawa, n'est-ce pas, où on parle de santé, mais on en parle de façon extrêmement éthérée en prétendant pouvoir appliquer

des règles du jeu, je dirais, moi, quasi déconnectées, et on peut en parler comme vous nous en parlez, c'est-à-dire comme vous en parlez vous-même et les personnes qui vous accompagnent également, c'est-à-dire en en parlant à partir des gens qui donnent les soins et qui les reçoivent. Et, donc je me disais que, s'ils avaient besoin d'une démonstration que c'est ici, à l'Assemblée nationale du Québec, que les décisions doivent être prises, c'est bien celle-là.

Dans les enjeux que vous nous avez transmis, là, à la fin du document que vous avez présenté, en fait il y a essentiellement trois enjeux, à savoir les effectifs médicaux, ensuite — ça va intéresser mon collègue de Verdun — les systèmes d'information et puis les ressources humaines.

Alors, est-ce que je prends pour acquis que les enjeux immobiliers sont réglés? Parce que je regardais à la page 101 de ce très bon document, bien intéressant, que vous nous avez remis, et je vois qu'il y a eu pour 140 millions de projets au cours des... depuis 1999. Ce sont des projets qui ont été mis en chantier. Bon, vous en avez la liste, là, à la page 100 notamment, également aussi cette modernisation du réseau des services de laboratoire qui me semble bien intéressante. Est-ce que c'est une expérience inédite pour la région de la Mauricie? Mais ça me semble bien intéressant, et puis tous ces autres investissements majeurs, là, depuis 1999, notamment dans les équipements spécialisés, petits équipements médicaux, haute technologie, pour un autre 40 millions, je pense, hein? Bon. Alors, si j'avais... j'ai l'impression de vous avoir fait réagir. Y a-t-il d'autres priorités? Lesquelles sont-elles? On aimerait que vous nous en parliez, premièrement.

Deuxièmement... je vais toutes vous les donner, mes questions, parce qu'après je n'aurai plus de temps pour vous en poser.

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

**Mme Laroche (Michèle):** Je vais les prendre en note, madame.

**Mme Harel:** Deuxièmement, les six GMF, là, six groupes de médecins de famille, vous nous avez dit où serait leur implantation. Quand attendez-vous la décision?

Troisièmement. Troisièmement, je comprends que c'est une question d'organisation de services. Je regardais le ratio du nombre de médecins par habitant dans les provinces canadiennes — là, ça a sorti à l'occasion justement de cette conférence fédérale-provinciale — et le plus étonnant, c'est que c'est au Québec qu'on a le nombre le plus élevé de médecins: 20 par 10 000 habitants. À chaque 10 000 habitants, il y en a 20, un spécialiste et un omnipraticien. Alors, on est ex aequo avec la Nouvelle-Écosse; et, après ça, il y a l'Ontario, avec 17; puis, ensuite, il y a la Saskatchewan, avec 15.

C'est donc dire que, quand on parle de pénurie en termes de ratio médecins-population, c'est plus de penser peut-être à un modèle de pratique médicale qui a beaucoup changé. Parce que j'ai regardé les chiffres au cours des 20 dernières années, le ratio, à peu près, est resté le même: on est restés 20 médecins, 10 000 habitants à peu près. Ça n'a pas changé, le ratio, puis, il y a

20 ans, on trouvait qu'on en avait assez, puis là on n'en a pas assez.

Je voudrais vous entendre. J'imagine qu'il y a des raisons. La féminisation sans doute aussi: des jeunes femmes médecins qui accouchent — heureusement pour l'avenir du Québec — bien, elles prennent leur congé de maternité, et, bon, le congé parental souvent c'est elles qui vont le prendre aussi. Peut-être y a-t-il d'autres explications.

Le fait est que, dans votre région, vous nous le présentez encore comme un enjeu, les effectifs médicaux, et puis là je me dis: Heureusement qu'il y a eu la loi n° 142. C'est malheureux qu'il y ait eu tous ces événements qui ont bouleversé des gens, et des destins humains se sont finalement transformés à cause des événements de Shawinigan. Mais il y a eu la loi n° 114 puis ensuite la loi n° 142. Et c'est à partir de cette loi, adoptée en décembre 2002 par mon collègue François Legault, par le député de...

**Une voix:** De Rousseau.

**Mme Harel:** ...de Rousseau, c'est à partir de cette loi que les plans régionaux d'effectifs médicaux ont pu être resserrés, comme vous souhaitez qu'ils se continuent. Alors, vous dites: Ce sont des mesures contraignantes, mais elles se retrouvent dans une loi. Et ce que vous voulez, si j'ai bien compris, c'est que la loi continue d'être appliquée, premièrement.

Deuxièmement, sur les effectifs d'infirmières: la présidente de l'ordre, Mme Desrosiers, son problème actuellement, c'est qu'il y a un surplus net d'infirmières qui sortent des universités puis des cégeps, et ce quelle craint, c'est qu'ils ne soient pas embauchés durant les deux, trois prochaines années, que ces infirmières et infirmiers qui sortent des formations ne le soient pas, et puis, quand il y aura finalement une mise à la retraite, là, dans trois, quatre, cinq ans, qu'on soit, là, à court finalement d'effectifs. Alors, je ne sais pas, là, si vous êtes au courant de cette problématique qui a été exposée dans les journaux, si vous avez une opinion là-dessus.

Et puis sur les systèmes d'information et les ressources humaines, dans les deux cas, vous dites: «S'il n'y a pas d'accompagnement pour nos ressources humaines et s'il n'y a pas d'accompagnement ou de financement pour nos systèmes d'information, nous allons avoir beaucoup de difficultés à atteindre les objectifs d'intégration de services.» Et vous dites: «Il y a besoin d'investissements.» Alors, à combien chiffrez-vous les investissements nécessaires pour réussir la réforme?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la présidente.

**Mme Laroche (Michèle):** J'espère que, Mme la Présidente, je n'oublierai pas une des questions. Si j'oubliais, on pourra me les rappeler. Je vais prendre la première et mes collègues pourront me faire signe s'ils veulent en prendre quelques-unes.

Au niveau des immobilisations, bien évidemment, ce qu'on a mis dans l'allocation de départ, c'est les trois principaux enjeux qui sont à mon avis des pierres

angulaires, hein?

Le problème des effectifs médicaux. Le problème des effectifs médicaux, ce n'est pas un problème de loi, c'est un problème d'application. Ce qu'on demande, c'est que la rigueur qui a été utilisée cette année, et la complexité qu'il y a eu entre le ministère et les fédérations, et le positionnement du ministre à l'égard du fait qu'à l'égard des PREM il y avait des endroits, par exemple, qui ne pouvaient plus accueillir des psychiatres, à l'égard des demandes de dérogation de chacune des régions, ce serait analysé à la loupe... Parce qu'effectivement le PREM est enchâssé dans la loi déjà depuis très longtemps, c'est donc dans son application que nous avons des difficultés.

**Mme Harel:** Excusez-moi, le PREM, le nouveau modèle date de décembre...

**Mme Laroche (Michèle):** Oui, le...

• (16 h 20) •

**Mme Harel:** ...2002 seulement et fait suite aux événements de Shawinigan.

**Mme Laroche (Michèle):** Oui, le PREM à l'égard de ce qu'on pourrait appeler les critères qui ont été utilisés pour le constituer se sont resserrés après les événements de Shawinigan, vous avez raison là-dessus, dans la constitution.

Ce que je faisais référence, c'est l'existence du concept du PREM. Il a été presque mis, à l'époque, pour régler le problème des régions éloignées. Donc, on avait trouvé par le PREM, de façon générale, une meilleure réponse aux régions éloignées — je ne dis pas une parfaite réponse mais une meilleure réponse aux régions éloignées. Et les régions universitaires avaient leurs médecins, et on a assisté à un problème plus majeur au niveau des régions intermédiaires.

Donc, suite aux événements de Shawinigan, il y a eu un resserrement sur le plan effectivement de la façon dont on pensait le PREM. Il restait après... Il y avait donc une meilleure réflexion sur comment on répartit les ressources; c'était déjà installé. Dans ce sens-là, moi, je peux effectivement témoigner qu'au cours des dernières années tous les acteurs ont fait un effort pour resserrer au niveau de la répartition et de l'installation des médecins.

La dernière particularité, c'est qu'il fallait avoir pour notre région deux types de mesure: un resserrement de l'application et de la gestion de ça, et c'est ce qui a été fait cette année dans la relation entre les fédérations, le ministère et les engagements du ministre.

Ce qui a été fait aussi comme mesure draconienne, c'est de nous annoncer un projet de formation dans la région. Et, dans ce sens-là, ça, ça vient consolider, je pense, la prise de conscience collective, l'onde de choc qu'on a eue avec la situation de Shawinigan et tous les efforts qui ont été faits. Donc, pour les effectifs médicaux, c'est donc continuer dans la rigueur de la gestion des PREM dans son application.

Pour les projets relatifs au système d'information, je pense que ça va de soi qu'on ne pourra pas réseauter, on ne pourra pas faire des modifications de pratiques cliniques, on ne pourra pas prendre les bonnes décisions cliniques... Et je fais par exprès pour prendre les

cliniques... Et je fais par exprès pour prendre les décisions cliniques plutôt que de gestion parce que les gens ont souvent tendance à dire: Pourquoi investir dans un système d'information? Ça cumule des données de gestion, ça sert aux gestionnaires. Si vous en parlez au médecin de chez nous qui suit le projet RIGIC qui a informatisé pour les clientèles — c'est un service clinique — les clientèles dans le rapport entre Shawinigan et puis Trois-Rivières, il va vous dire que, dans sa journée d'hier, il lui est arrivé d'avoir un monsieur de 72 ans qui devait être opéré. Il y avait deux choix d'intervention. Le monsieur se souvenait qu'il avait passé un vague examen, avec le titre. Il lui a demandé: Où vous l'avez passé? Il lui a dit: Je l'ai passé à Shawinigan. Il a dit: C'est parfait. 15 minutes, il est revenu après, il avait les renseignements cliniques et il a pris sa décision sur des données cliniques probantes, hein? Et c'est dans ce sens-là que je dis: Si on veut intéresser et faire un succès de ce réseau local, il faut soutenir le développement des systèmes d'information parce que c'est là-dessus qu'on va prendre des données, des décisions cliniques et de gestion intéressantes. C'est sûr que c'est un investissement; on voulait surtout insister sur le fait qu'il faut le voir comme un investissement clinique.

Par ailleurs, on n'a pas fait de calcul général, spécifique, dans notre région sur ce que ça pourrait vouloir dire comme déploiement. Le ministère actuellement doit déposer très prochainement ses orientations, à savoir ce qui est prioritaire. Qu'est-ce qu'on va prioriser. Est-ce que c'est les systèmes qui supportent le réseau des âgés? Est-ce que c'est les systèmes qui rendent accessibles à tous les médecins — Medi-Result — au niveau des résultats de laboratoire? Il faudra y avoir des priorités parce qu'on ne pourra pas, au Québec, faire émerger tous les projets de système d'information et tous les projets cliniques en même temps. Mais je sais qu'ils sont au travail là-dessus, qu'ils annoncent pour très bientôt un certain nombre de priorités pour que les territoires se mettent en action en fonction de priorités, hein? Ça, c'est la première affaire, et le travail est en chantier.

Quant aux immobilisations, c'est évident qu'il va y avoir des dépenses liées à la transformation. Elles seront d'ordre d'immobilisations, elles seront d'ordre de la formation du personnel, elles seront d'ordre de système d'information. Donc, il y a des enjeux à ce chapitre-là.

Ce qu'on sait actuellement c'est que le réseau a une meilleure expertise, hein? On avait été conviés, en 1996, à un gros... on a livré une bonne marchandise en 1996, mais le réseau a une meilleure expertise.

Ce qui est attendu actuellement, c'est que les projets actuellement en cours vont donner émergence à des réflexions qui vont probablement tendre à vouloir générer des économies sur les coûts de soutien et les coûts administratifs, hein? Ça va être une partie des économies. Ces économies-là, comme on n'est pas en compressions budgétaires ni en assainissement des finances publiques, devraient normalement contribuer à aider à assumer une partie des coûts.

Dans les projets immos, on va avoir deux types de projets immobilisations: on va avoir des projets immos qui vont s'enchaîner dans les projets immos à soutenir puis il y en a qui vont être dans un cadre d'autofinancement, hein? Il y a des projets qui vont se faire par les économies, qui vont s'autofinancer. Donc,

c'est dans ce cadre-là... Nous, on prétend que les établissements se mettent en place. Dans le fond, on est en train de créer l'établissement. Le projet va se dessiner. On va voir apparaître plus l'impact sur le potentiel que ça peut représenter en termes d'investissement requis pour soutenir et le type de dépenses requis plus dans l'année 2005-2006. Et, dans ce cadre-là, nous, nous allons faire une approche individuelle avec chacun des réseaux locaux, parce qu'on comprend aussi — puis ça, c'est à la grandeur du Québec, là — que les réseaux locaux n'ont pas tous les mêmes enjeux.

Il y a des réseaux locaux que ce n'est pas associé à de la fusion, il y a des réseaux locaux qui se retrouvent sur 18 sites, il y a des réseaux locaux qui se retrouvent sur trois sites. Donc, effectivement, il va y avoir une préoccupation d'immobilisations qui va être au rendez-vous. Si on veut qu'elle évolue correctement, comme la préoccupation d'un système informationnel, c'est qu'il faut accompagner les orientations que nous recevons en même temps, dans les prochains mois, d'orientations qui priorisent les choses en termes de système d'information et de clientèles. Ça va permettre d'exercer un contrôle sur la pression qu'on pourrait générer par rapport aux immobilisations, mais c'est sûr qu'il va y avoir des aménagements à faire en lien avec les projets.

Infirmières. Je ne sais pas si... Les ressources humaines. Je vais aller, parce qu'on est dans les ressources... Le défi des ressources humaines. Dans notre texte, ce qu'on voulait mettre à l'attention, c'est dire: Les ressources humaines, oui, dans le sens de la mobilisation, oui, dans le sens d'associer les cliniciens aux projets. Mais les ressources humaines aussi, oui, dans le sens de mettre en place la loi n° 30 qui peut faciliter l'organisation du travail, mais les ressources humaines aussi en se posant un certain nombre de questions.

Nous sommes en période de négociation sectorielle actuellement. Nous sommes avec tous les acteurs, y compris les médecins, et c'est des moments très opportuns de regarder si ce qu'on a mis en place comme conditions facilite la pratique en réseau en termes de rémunération, en termes de conditions de travail. Donc, il va falloir aussi réfléchir notre rapport aux ressources humaines en termes de formation, en termes d'implication mais aussi en termes de conditions qu'on met en place pour que ça ait une cohérence avec la pratique en réseau qu'on veut installer.

Et les infirmières. Jean-Denis, veux-tu... M. Allaire aimerait compléter.

**Le Président (M. Paquin):** C'est complet?

**Mme Laroche (Michèle):** Oui.

**Mme Harel:** Les GMF, c'est pour quand?

**Le Président (M. Paquin):** Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Une voix:** Les GMF?

**Le Président (M. Paquin):** Allez-y.

**Une voix:** Les GMF. Quand est-ce qu'on attend une réponse, Dr Duplain?

**M. Duplain (Réjean):** Ah oui! O.K. Écoutez, les projets présentement sont en cours. Il y a un dépôt de projets d'offres cliniques qui a été fait par les médecins. La façon dont on procède dans ces dossiers-là, c'est que, d'abord, il y a un dépôt de fait par les cliniques médicales, l'ensemble des médecins, d'un projet d'offres cliniques qui, par la suite, est travaillé avec une équipe à l'interne, où on commence à regarder quels sont les points qui sont à changer pour répondre au modèle GMF. Parce qu'on ne peut pas être GMF simplement à dire: Je veux être GMF. Mais il y a des conditions, alors il faut que ces conditions-là soient remplies, et ce qu'on vérifie avec les médecins, avec les équipes. Il y a un genre de processus qui peut durer de trois à six mois avant une accréditation où est-ce que les médecins ont un travail à faire, il y a des documents à monter pour... des documents plus légaux, contractuels, et tout ça, et il y a une entente du projet clinique entre les médecins pour voir de quelle façon leur organisation va se faire autour de l'offre d'accès, l'offre de prise en charge, l'offre de prévention qu'ils vont faire.

**Mme Laroche (Michèle):** En complément, si vous permettez?

**Mme Harel:** Alors, vous attendez une réponse avant Noël.

**Mme Laroche (Michèle):** En complément, si vous permettez.

**Le Président (M. Paquin):** Allez-y, madame.

**Mme Laroche (Michèle):** Dernière question — parce que j'allais l'oublier — qui a été soulevée, c'est relativement au système d'information. La région — c'est peut-être pourquoi on croit au système d'information — a déjà, par la dialyse, démontré la possibilité et tout le potentiel de la télésanté et de la télé-médecine. La région, par le fait qu'elle a une orientation régionale en matière de laboratoires, hein — on a un système régional à cet égard-là — a démontré le potentiel, et, dans les semaines qui s'en viennent, nous allons être, sur le plan de l'imagerie médicale PACS-RIS, informatisés pour toute la région. Et, parce que nous avons ces expériences-là, nous pouvons témoigner, par les résultats, par les commentaires des cliniciens, des grands avantages que ça offre que de placer les gens en réseau sur le plan des systèmes informationnels.

**Le Président (M. Paquin):** Très bien. M. Allaire, vous aviez quelque chose à rajouter? Ça va? Monsieur, oui.

**M. Duplain (Réjean):** Oui. Il y avait deux autres points qui avaient été soulevés entre autres sur pourquoi aujourd'hui les effectifs sont insuffisants, alors qu'ils étaient suffisants auparavant.

J'ai relevé des points qui sont peut-être plus des questions, parce que, des réponses, là-dessus, définitives, on n'en a pas, là, mais une série de questions qu'on peut se poser. Il y a la question de la féminisation, vous l'avez relevée tout à l'heure. Il y a des modèles de pratique différents, c'est-à-dire que, maintenant, les médecins ne font plus ce qu'ils faisaient au moment où ils

s'installent en pratique, c'est-à-dire de faire de l'urgence pendant quatre ou cinq ans puis, par la suite, s'établir dans un cabinet, à prendre une clientèle en charge.

Les nouveaux médecins s'établissent directement dans les établissements. Ils ont des choix de pratique qui sont souvent beaucoup moins polyvalents: ils vont faire de l'urgence seulement, ils vont faire de l'hospitalisation. Donc, les choix de pratique ont à jouer là-dessus.

● (16 h 30) ●

Il y a des choix de vie aussi, c'est-à-dire que le nombre d'heures travaillées par médecin est souvent diminué, autant chez les médecins hommes que chez les médecins femmes. Le total de volume aussi de travail accompli est inférieur par médecin. On peut avoir... aussi le nombre de problèmes par patient est augmenté. On a des clientèles de plus en plus âgées, en perte d'autonomie, etc., qui demandent des fois des téléphones à l'extérieur. On a des difficultés d'accès aux services diagnostiques, et tout ça, ce qui ralentit le processus clinique, qui nous amène à faire du travail aussi: plus de contacts, communications, tout ça. Alors, ça, c'était pour cet aspect-là.

Pour l'aspect de la loi n° 142, donc tout l'aspect des AMP obligatoires pour les médecins de moins de 20 ans de pratique, je peux vous dire qu'initialement en tout cas chez les médecins chez nous ça soulevait un peu une levée de boucliers. Les médecins, on disait: Pourquoi nous amener ça, et tout ça? Je peux vous dire que, comme comité de direction, nous autres, notre position là-dedans, ça a été de s'approprier le processus, à dire: Écoutez, il y a des tâches plus difficiles à faire pour des clientèles qui sont en besoin et il va falloir que, tous et chacun, on mette la main à la pâte et les AMP sont un moyen pour y arriver. Alors, tous, on va contribuer à ça.

Dans le fond, ça n'a pas amené tant de changements cliniques que ça chez les praticiens. On a peut-être... là, on a la moitié des médecins qui sont passés dans les cohortes d'AMP, là, puis il y en a peut-être 12, médecins, qui ont été obligés de changer certains types de pratique qu'ils faisaient sur peut-être pas loin de 200 médecins, là, qu'on a jusqu'à date étudiés. Mais, tout de même, je pense qu'il y a une sensibilisation au fait qu'on devient collectivement responsables de certaines priorités populationnelles.

Un aspect négatif peut-être de cette loi-là dans son application interrégionale, c'est: on sent chez nous, on avait décrit initialement une possibilité d'inéquité entre les régions. À partir du moment où on a suffisamment d'effectifs dans notre région pour couvrir des besoins, nos besoins de base, après ça, on s'élargit puis on va faire des réseaux d'accessibilité, on va faire autre chose, donc des cliniques qui vont pouvoir avoir des heures d'AMP, ce qu'on ne peut pas faire chez nous et qui fait que, dans les régions contiguës de chez nous, il y a de nos médecins qui partent pour aller faire leurs AMP dans des régions contiguës parce que c'est plus facile. Bien ça, il y a des inéquités là-dedans qui, nous autres, nous sonnent des cloches, un petit peu, là.

**Mme Harel:** Dans quelle région vont-ils?

**M. Duplain (Réjean):** En Montérégie, entre autres, je peux vous dire qu'il y a un de nos médecins

qui s'en va travailler sur la Rive-Sud, en Montérégie, ou on peut aller dans la région de Québec, ou ailleurs, ou... c'est des possibilités, en tout cas en Mauricie, là.

**Mme Harel:** Le bassin est ouvert?

**M. Duplain (Réjean):** Pardon?

**Mme Harel:** Le bassin n'est pas régional pour les AMP?

**M. Duplain (Réjean):** Le bassin, c'est-à-dire que le médecin peut faire ses AMP à partir du moment où il est accepté dans l'autre région. Il peut faire ses AMP dans une autre région.

**Mme Harel:** Oh, oh, oh!

**Le Président (M. Paquin):** Mme la députée d'Hochelega-Maisonneuve, avez-vous d'autres questions?

**Mme Harel:** J'en ai plusieurs autres, mais mes collègues m'en voudraient.

**Le Président (M. Paquin):** Malheureusement, vous voulez éviter les problèmes, si je comprends bien.

**Mme Harel:** Oui.

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

**Le Président (M. Paquin):** Donc, on va à la députée de Champlain? Allez-y, madame.

**Mme Champagne:** Alors, bonjour à tous. On est en région connue, en pays connu. Et je lisais ce matin, puis on va en parler si ça vous convient également que... puis d'emblée je vais reprendre ça un petit peu plus en avant.

Quand on a fait les regroupements au niveau de notre CLSC Cloutier-du Rivage, on peut se le dire, ça a été un succès, ça va bien. En tout cas, je pense que tout est mis en place et on a des beaux succès. Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, avec notre centre d'oncologie, je pense qu'on en est fiers. Puis on vient de prendre notre place, là; Trois-Rivières, dans le Centre, prend sa place. Donc, jusque-là, ça va bien.

Là, on est en train maintenant de regrouper également trois CLSC que sont Cloutier-du Rivage, que sont Les Forges et Le Trifluvien, et ça va amener des mouvements au niveau du personnel, dont les infirmières auxiliaires. Et, moi, je pense que tout le monde, ce matin, a lu les journaux. Et ça se gère comment? Puis y a-t-il des inquiétudes majeures ou pas? Et comment la population doit percevoir ce qu'elle voit, là, face à des mesures qui vont devoir être prises, probablement avec beaucoup de rationalité, je n'en doute pas? Alors, j'aimerais ça que vous m'entretenez, là-dessus.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, Mme la Présidente...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui, Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Dans l'article de journal, ce matin, on parlait d'un CHSLD dans notre région qui envisage réduire le nombre de postes d'auxiliaires. On faisait aussi référence, dans cet article, que cet établissement aurait dû faire une opération déjà depuis plusieurs années pour standardiser son organisation de travail et la rendre comparable aux autres centres d'hébergement dans notre région.

Vous savez, ça fait plusieurs années que cet établissement-là aurait dû faire cette opération. Ça fait plusieurs années qu'il y a plusieurs personnes, en termes de ressources humaines, qui s'inquiètent de leur avenir à cause de cette opération-là, et ne pas la faire crée autant d'ambiguïté et d'inquiétude sur plusieurs années que de l'opérer.

La perspective de la mise en place d'un réseau de services — et le fait que, cette année, nous avons eu des argents de développement dans des secteurs qui permettront de procéder à l'embauche des ressources humaines — permet de créer une occasion maintenant de faire une opération qui vise à rendre standard l'organisation du travail pour tous les services d'hébergement du nouvel établissement en minimisant l'impact ressources humaines à l'égard de l'emploi. Donc, il est apparu opportun à l'organisation de le faire maintenant.

Par ailleurs, ce qui est visé par la réforme... De toute façon, dans tous les réseaux locaux où on regroupe deux établissements avec des cultures, des identités différentes qui avaient de l'hébergement ou qui avaient des CLSC, il va falloir redéfinir le projet dans son ensemble de prise en charge de la clientèle, et, j'imagine, comme chaque milieu a ses points forts et ses points faibles, on va tenter de retenir les meilleurs pratiques cliniques pour amener les meilleurs standards, c'est-à-dire reconnaître les meilleurs standards qu'il y a au Trifluvien parce qu'au Trifluvien il a des bons standards de pratique, reconnaître les bons standards de pratique à Cloutier-du-Rivage, puis redéfinir une approche de soins infirmiers.

Donc, pour la population, il est clair que... On se rappelle que cette organisation-là aussi a fait objet d'une enquête, et je pense que le personnel, l'équipe de direction et le nouvel établissement vont vouloir enligner tout le monde sur les meilleures pratiques. Il y a des bonnes pratiques actuellement. Et les impacts sur les ressources humaines, justement parce qu'on décide de faire cette opération-là au moment où on crée la nouvelle organisation... c'est le moment probablement jugé le plus adéquat par cette organisation de faire cette opération qui, je le rappelle, est dans l'air depuis au moins cinq, six années et pour laquelle d'ailleurs le rapport d'enquête avait manifesté que, le fait que ce soit dans l'air depuis cinq, six années, ça créait, ça créait dans l'organisation un climat malsain, et éventuellement il faut régler ce genre de climat là pour passer à autre chose.

**Mme Champagne:** Est-ce qu'on peut...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Rapidement, parce que vos deux collègues aussi veulent intervenir. Il reste environ 10 minutes.

**Mme Champagne:** Oui, oui. Est-ce qu'on peut dire que, face aux préposés aux bénéficiaires, c'est un plus?

**Mme Laroche (Michèle):** Oui. Ça vise...

**Mme Champagne:** Est-ce qu'on peut aller jusque-là?

**Mme Laroche (Michèle):** Bien, c'est-à-dire, ça vise à replacer la structure dans quelque chose de plus conforme. Ce qu'il faut, c'est que... L'organisation doit faire cette opération-là. Elle est difficile, mais elle doit la faire, cette opération-là. Sur le plan des ressources humaines, c'est des ressources humaines qui vont être au meilleur moment pour le faire, hein?

Sur le plan des services, comme l'ensemble du projet clinique, il faut qu'il soit repensé parce qu'on a deux établissements qui avaient de l'hébergement, qui avaient des philosophies, qui avaient des cultures, ça va être un plus.

Et finalement, oui, c'est ce que je... On me passe une note en disant: C'est le potentiel. Ce qu'on voudrait... Le potentiel de remplacement est extrêmement important. Ça fait que c'est important de faire l'opération dans ce cadre-là. Bien sûr, ça va permettre l'embauche d'un autre type d'emploi que les préposés. Donc, ça peut paraître comme un avantage, mais l'objectif ce n'est pas ça. L'objectif, c'est d'utiliser l'opportunité pour le meilleur potentiel de remplacement des personnes qui vont être touchées.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci. M. le député de Nicolet-Yamaska.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Oui. Merci, Mme la Présidente. Mme Laroche, M. Allaire, M. Dontigny, M. Duplain, bonjour, bienvenue. Je vais y aller rapidement parce qu'on me dit qu'il nous reste 20 minutes?

**Mme Harel:** 10.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** 10 minutes?

**La Présidente (Mme Charlebois):** 10, monsieur...

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Bon, je vais y aller en rafale. J'ai un certain nombre de questions pour permettre à mes collègues d'intervenir.

**M. Gautrin:** Mme la Présidente... important. J'ai peut-être, par consensus et compte tenu du fait qu'il y a un certain nombre de... on pourrait avoir une extension. Je sais que ma collègue a encore une question à poser, et on pourrait avoir...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il y a aussi notre collègue...

**M. Gautrin:** ...et que la collègue aussi puisse poser ses questions. Il me semblerait que ce serait plus opportun, s'il y avait consensus des deux côtés...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il y a consensus.

**M. Gautrin:** ...qu'on puisse permettre d'avoir une extension de temps et que ma collègue aussi puisse poser sa question. Moi, je me tairais, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Vous voulez une extension de combien de temps?

**M. Gautrin:** Ayant été bâillonné, je me tairais.

**Une voix:** Oui? Cinq minutes?

**Mme Harel:** On vous aime, on veut vous garder.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Vous voulez une extension de combien de temps, là?

**M. Gautrin:** De cinq minutes des deux côtés.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Cinq minutes?

**Mme Harel:** Cinq chaque côté?

**M. Gautrin:** Cinq minutes de chaque côté.

**Mme Harel:** O.K. Bon.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Bon, bien...

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

**M. Gautrin:** Mais je ne parlerai pas.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Rapidement. En ce qui concerne le GMF de Saint-Léonard-d'Aston, j'aurais un certain nombre de questions à vous poser par rapport au processus d'inscription. Ce qu'on me dit, c'est qu'ils sont actuellement toujours en processus d'inscription. Je veux vérifier au moins ce que j'avance, là. Actuellement, est-ce qu'il est vrai que, désormais, quand on accordera le financement, il faudra que le processus d'inscription soit complété à 100 %? Exemple: un médecin a 1 500 patients et, 10 médecins, bon, 15 000. On accordera le financement conditionnel à l'inscription de 100 %.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, Mme Laroche.

● (16 h 40) ●

**Mme Laroche (Michèle):** M. Gervais, qui est directeur du groupe santé physique, nous glisse un élément de réponse qui, j'espère, Mme la Présidente, sera satisfaisant. C'est qu'actuellement le mode est en fonction du nombre de médecins et non pas du nombre d'inscriptions, hein, on décide de la rémunération. Et, comme vous le savez, toutes les approches relatives à la rémunération des GMF, c'était une approche transitoire, hein, c'est dans le cadre d'un projet pilote. Et actuellement est sur la table le projet de revoir avec les fédérations l'ensemble des conditions qui prévalent au financement des groupes de médecine de famille. Mais, pour l'instant, ce n'est pas en fonction d'une inscription, c'est en fonction du nombre de médecins.

Par ailleurs, quant à ce qui est envisagé — parce que je pourrais comprendre la question comme ça — est-ce qu'il est envisagé que ce soit fait en fonction d'inscriptions? M. Morin... Pour l'instant, je ne peux pas, Mme la Présidente, répondre avec satisfaction à M. Morin. Je n'ai pas l'information.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** ...on aurait bientôt, on accorderait bientôt un GMF à La Tuque...

**Mme Laroche (Michèle):** Oui.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** ...et c'est avec cette nouvelle norme là. Donc, les autres GMF existants sur le territoire se questionnent à ce propos-là et, entre autres, celui de Saint-Léonard-d'Aston et celui de Saint-Grégoire éventuellement, celui de Nicolet. Puis, moi, une des craintes que je peux avoir dans ça, c'est qu'en région rurale ça deviendrait de plus en plus compliqué parce que le nombre d'inscriptions... Vu qu'il y a moins de population, il y a moins d'inscriptions, donc moins de financement. Ça voudrait dire que les GMF seraient plus viables dans les régions plus peuplées. Est-ce que mes craintes sont fondées ou je rassure nos gens?

**Mme Laroche (Michèle):** Bien, je peux vous dire, c'est sûr qu'actuellement, si on faisait le tour de chacun des contrats qui lient l'émergence des GMF, on comprendra que tous les GMF, ils ont des règles standard, là. Mais il y a quand même des applications très individuelles qui ont été faites avec chacun des GMF parce que c'était ça, le sens du projet qui avait été mis en place: c'est-à-dire, on va mettre en place un certain nombre de GMF, on va voir les conditions qui doivent être mises en place. Et on a réalisé que les conditions initiales prévues au contrat ne sont pas nécessairement applicables dans chacun des GMF telles qu'elles ont été négociées. Et c'est pour ça qu'on est rendus à l'étape actuelle où le ministre Couillard et le ministère demandent à ce qu'on fasse le point sur le cadre qui va nous lier avec les GMF. Mais je prends bonne note et je demeure sensible à votre préoccupation sur le travail.

Dr Duplain, peut-être, Mme la Présidente, en complément?

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** ...la problématique ou le problème qui m'a été soulevé, ce n'est pas nécessairement au niveau de l'inscription, c'est au niveau de l'éventuel financement. Je pense que vous avez bien compris ça aussi.

**Mme Laroche (Michèle):** Oui.

**M. Duplain (Réjean):** Je crois que, en tout cas, pour ce qui est des bassins de population, là, à desservir, ils ne sont pas moins grands en région rurale par médecin que dans les régions urbaines. Ça fait que, en tout cas, il n'y a pas pour moi de crainte de ce côté-là. Puis effectivement on voit poindre... En tout cas, là, peut-être qu'éventuellement le financement va être fait en fonction du nombre d'inscrits dans les GMF, mais, pour l'instant, ce n'est pas effectif, en tout cas.

**Mme Laroche (Michèle):** Actuellement, c'est vraiment en fonction du nombre de médecins puis du nombre de ressources: tant de médecins, une infirmière, tant de médecins... C'est vraiment dans ce cadre-là.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Une autre question très rapide, si vous me le permettez.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Allez-y, M. le député.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Pour le CHSLD éventuel de Gentilly, où c'en est rendu? Est-ce que ce dossier-là continue? Est-ce qu'il est sur la glace? Où c'en est rendu?

**Mme Laroche (Michèle):** Bien, ça me permet de dire comment probablement plusieurs projets d'immobilisations évoluent au Québec en termes de réflexion. Les décisions relatives aux immobilisations cette année sont retardées, hein? Il n'y a pas eu beaucoup d'annonces, parce qu'il faut les placer dans le contexte où l'émergence des nouveaux établissements doit poser la question d'une réflexion, par le nouvel établissement, de l'organisation sur son nouveau territoire de l'ensemble des services d'hébergement.

Donc, dans le projet qui concerne tout le secteur des Blés d'or, etc., il y avait un projet qui était en fonction du territoire Les Blés d'or. Le nouveau territoire actuellement est Nicolet-Bécancour, et donc le conseil d'administration doit se réapproprier les dossiers, les outils de l'ancien territoire et les repositionner. Ça veut donc dire que ce n'était pas de toute façon un dossier qui était mis à l'étude pour cette année, hein, c'était un dossier qui cheminait pour être dans une mise à l'étude. Donc, ça va donner l'opportunité au nouvel établissement de prendre sa position à l'égard de ce dossier-là dans la nouvelle dynamique de Nicolet-Bécancour.

**M. Morin (Nicolet-Yamaska):** Ce qui voudrait dire que...

**Mme Laroche (Michèle):** Mais il demeure quand même... Ce qu'on concède de façon claire, c'est qu'on voit qu'il y a eu un déplacement de population, on voit qu'il faut réfléchir l'hébergement dans ce secteur-là. Mais quel est le modèle qui sera définitivement retenu par le conseil? Il y a donc un conseil qui devra se repositionner.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va? M. le député de Saint-Maurice.

**M. Pinard:** Merci, Mme la Présidente. Bienvenue à tous. Je vais y aller en cascade, moi également, parce que, comme vous pouvez le voir, nous sommes venus vous rencontrer parce que nous avons des questions précises à vous poser, et vous le faites très bien au niveau des réponses.

Vous avez, nous avons tous vécu ensemble — parce que tout le monde était là à l'époque — les problèmes au niveau du Centre-de-la-Mauricie, particulièrement du centre hospitalier de Shawinigan. Cela a débloqué sur la loi no<sup>o</sup> 114, en juillet, on s'en rappelle tous. Les formations politiques avaient voté — le Parti libéral et le Parti québécois — en faveur de l'application de la loi no<sup>o</sup> 114.

Ensuite, en décembre, nous avons voté la loi no<sup>o</sup> 142. Cette loi-là — no<sup>o</sup> 142 — c'est une loi qu'on peut vraiment appeler une loi pour les régions du Québec. En septembre 2003, les dispositions réglementaires ont

été adoptées par le parti ministériel actuel, le Parti libéral.

Vous nous avez parlé tout à l'heure que le vœu, que le désir de l'agence, de l'ancienne régie, était d'obtenir 120 nouveaux omnipraticiens pour la Mauricie et le Centre-du-Québec: 80 spécialistes pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. On vous a accordé la possibilité d'en recruter 37, omnipraticiens. Sur les 37, vous en avez obtenu 29, personnes qui ont décidé de signer un contrat.

Combien aviez-vous le droit de recruter de spécialistes et combien effectivement de spécialistes ont décidé de venir s'installer dans la belle région du Centre-du-Québec et de la Mauricie? Après un an d'application de la loi, j'aimerais que vous nous donniez l'impact de cette loi-là pour notre région.

**Mme Laroche (Michèle):** Bon. O.K...

**M. Pinard:** Deuxièmement, quelle est la performance de notre région par rapport aux autres régions? Mais là je ne parle pas de Montréal, Québec, là, de Sherbrooke, je parle des régions, tu sais, par rapport aux autres régions du Québec. Parce que, cette loi-là, Dr Duplain, elle a été votée pour les régions parce qu'il y avait un manque dans les régions. Et, selon votre évaluation, dans combien de temps la région Centre-du-Québec et Mauricie va rattraper la moyenne nationale?

Autre question: les mesures incitatives qu'on avait mises de l'avant à l'époque. Vous vous rappelez, il y avait des primes à l'installation. Est-ce que ces mesures-là tiennent toujours la route? Est-ce qu'elles sont encore là? Et est-ce que les médecins ont le droit d'obtenir ces incitatifs qui avaient été mis de l'avant à l'époque?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, Mme la Présidente, la première question: par rapport aux spécialistes, nous avons 64 spécialistes d'autorisés. Nous avons actuellement 36 médecins qui ont pris un engagement par rapport à la région. Dans les 36, il y en a 14 actuellement qui y figurent pour le Centre-de-la-Mauricie, 17 pour Trois-Rivières, un pour l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, quatre pour l'hôpital... le secteur de Sainte-Croix à Drummondville, tout à fait en cohérence avec le portrait régional, parce que j'avais fait référence plus tôt du problème plus mauricien par rapport à certaines spécialités. Donc, je vous dirais que, au cours des sept, huit dernières années, nous avons à peu près une arrivée nulle dans la région. Donc, c'est dans ce sens-là que c'est une bonne nouvelle.

À la question: Combien de temps? Combien de temps? Je vous dirais, ce qui est imprévisible, c'est que, à un moment donné, si les mesures restent là puis qu'on avait à chaque année une trentaine de médecins qui arrivent comme ça, 40, 50... On se rappellera qu'il y a un phénomène normal qui est: les médecins s'installent où ils vont pouvoir compter sur des collègues pour faire une pratique diversifiée puis ne pas avoir une charge de travail trop lourde. Donc, il va arriver un temps qui... au-delà des mesures mises en place, il va y avoir le phénomène de renverser la vapeur, hein? On a déjà fait allusion, quand tu as un seul orthopédiste dans un

établissement, recruter le deuxième puis le troisième, c'est assez difficile parce qu'il essaie d'imaginer sa garde, puis c'est déjà une pression assez grande, ce qui est tout à fait légitime.

Quand on passe un cap d'une masse critique de médecins, ça va de soi, le recrutement. Et donc quand est-ce que cette opération d'aller de soi va arriver, là? Je ne le sais pas, mais on pense que minimalement les mesures qui sont en place doivent demeurer. Parce qu'il faut aussi accueillir ces nouveaux médecins là, hein, il faut être capable de suivre leur arrivée. En termes de pratique, en termes de clientèle, je vous dirais, toute région vous dirait que, si, demain matin, arrivait dans notre région 100 médecins, particulièrement dans le domaine des spécialités, il faut avoir organisé l'accueil de ces médecins-là.

Donc, comme on pense que le projet universitaire pourrait avoir des impacts sur six, sept ans, ce qu'on souhaiterait bien, c'est que, sur une période de trois ans, trois ans et demi, on ait fait un maximum de rattrapage. C'est ça qu'on souhaiterait faire, mais on ne peut pas prendre un engagement là-dessus.

**M. Pinard:** Par rapport aux autres régions, cette année, on se situe où, là, nous, là?

**Mme Laroche (Michèle):** Dr Duplain.

**M. Pinard:** Est-ce qu'on a eu un bon rendement?

• (16 h 50) •

**M. Duplain (Réjean):** O.K. Pour les avis de conformité, là, je peux vous dire, par exemple, pour le nombre de demandes d'avis de conformité — c'est-à-dire que les médecins font les demandes dans les régions: Bas-Saint-Laurent, ils ont eu neuf demandes; Saguenay—Lac-Saint-Jean ont eu neuf demandes; Québec, la région de Québec a eu 12 demandes; la région de la Mauricie—Centre-du-Québec, 27; l'Estrie, deux; l'Outaouais, deux; Montréal-Centre était non disponible; Abitibi-Témiscamingue, trois; Côte-Nord, deux; Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, cinq; Nord-du-Québec était non disponible; Chaudière-Appalaches, 16; Lanaudière, trois; Laurentides, 12; Montérégie, 11; Nunavik, non disponible, il était à... Donc, ça vous donne une idée un peu de l'ensemble de la province.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, Mme la Présidente, en complément, je vous dirais aussi, c'est que, dans ces arrivées de médecins là, comme elles s'échelonnent, hein — il y en a qui ont commencé à arriver, il y en a qui sont arrivés cet été, il y en a qui vont arriver au mois de mars, il y en a qui vont arriver au mois de février — notre insistance à garder la rigueur à la gestion des PREM... et c'est qu'on pourrait penser que, s'il y avait un relâchement à ce niveau-là, là, les médecins qui ont même déjà pris un engagement pourraient revoir leur intérêt. Et c'est dans ce sens-là qu'on pense que, pour garder le tempo... On sait que ça peut être plus difficile pour certaines régions, toutes choses et... mais on considère vraiment que la région Mauricie—Centre-du-Québec, avec l'ensemble des crises qu'à l'évidence même vous semblez bien connaître, mérite que, pendant quelques années, on ait une attention particulière.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme la députée de Lotbinière.

**Mme Roy:** Je vous remercie, Mme la Présidente. Alors, au nom de ma formation politique et de moi-même, députée pour une partie de mon comté dans le Centre-du-Québec, je vous souhaite la bienvenue, je vous remercie de votre présentation.

Bien évidemment, je vais faire un plaidoyer en faveur de notre CLSC à Fortierville. Vous devez comprendre que, Lotbinière, on n'a qu'une seule place pour recevoir des soins, c'est le CLSC, aucune clinique. Puis, comme le représentant de la Régie régionale de l'Estrie ne s'attachait pas aux dénominations, pour nous, c'est notre urgence. Notre CLSC, c'est notre urgence. Pour se rendre à l'hôpital le plus près, c'est minimum 40 minutes pour beaucoup de mes concitoyens. Donc, vous voyez l'importance de maintenir ce service-là.

Malgré cela, pendant que la crise à Shawinigan sévissait, chez nous, il y avait quatre médecins au lieu de 12. Ils étaient fermés toutes les fins de semaine, souvent les soirs. Les citoyens sont alarmés, ils m'en parlent. Je pense que j'en faisais une priorité.

Vous avez parlé tantôt d'équité en matière d'accès aux services. Comment allez-vous faire pour établir, là, vraiment le milieu, qui n'est pas... Ce n'est certainement pas très agréable pour des nouveaux médecins, là, c'est presque de la médecine de brousse, là, ce CLSC là, pas parce que les soins ne sont pas bons mais parce que les effectifs sont très rares. Comment allez-vous renverser la vapeur, là?

**Mme Laroche (Michèle):** Dr Duplain.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, Dr Duplain.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ah! M. Duplain. Allez-y, Dr Duplain.

**M. Duplain (Réjean):** Oui. Alors, écoutez, c'est sûr que c'est une question qui n'est pas facile, parce que la répartition intrarégionale des effectifs, on n'a pas le même outil qu'on a dans les répartitions interrégionales. Ce qu'on a présentement pour pouvoir agir, on a les AMP, et, présentement, ce qui est fait à Fortierville est reconnu AMP, autant dans la salle d'urgence que dans les soins qui sont donnés à la population.

Maintenant, comment on peut arriver à attirer des nouveaux médecins? On a aussi les forfaits d'accessibilité qui sont les primes d'installation. C'est ce qu'on a présentement, et je sais que ça n'a pas donné de résultats. Mais, présentement, on n'a pas d'autres outils en main, et, tout ce qu'on peut faire, c'est, lorsqu'on a des médecins qui nous contactent parce qu'ils sont intéressés à venir s'installer dans les régions... Au niveau du DRMG, on est bien conscients des problèmes qu'on a à combler: il y a chez vous, entre autres, mais il y a d'autres problèmes aussi sur lesquelles on essaie de cibler les médecins pour les amener à collaborer.

**Mme Roy:** À quels outils, là, vous pensez qui seraient nécessaires pour, de façon interrégionale,

rééquilibrer, en repousser un peu plus, de médecins au niveau des périphéries, de façon plus claire, là, les laisser moins aux centres?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Dr Duplain.

**M. Duplain (Réjean):** Présentement, on n'en a pas et je ne peux pas vous dire qu'on en a imaginé non plus. La plupart du temps, ces outils-là nous viennent de la négociation.

**Mme Roy:** O.K.

**M. Duplain (Réjean):** Maintenant, je ne sais pas si...

**Mme Roy:** Un outil qui pourrait peut-être être efficace dans notre cas, c'est investir au niveau des immobilisations. Le CLSC est une ancienne école. Je veux dire, on concurrence peut-être Sainte-Marie-La-Mauderne dans nos installations, mais c'est à un autre niveau. Vous pouvez être efficace à ce sujet-là?

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, Mme la Présidente, effectivement, dans le projet du territoire, il y avait un projet immobilisations qui ne touchait pas juste la notion de l'hébergement, il y avait aussi toute la mise à jour de tout projet immobilisations autour des services de santé physique, notamment de première ligne. C'est toujours dans l'air.

Je voulais juste rappeler que fort probablement le nouveau conseil d'administration devra se positionner rapidement sur ce projet d'immos, et, à l'évidence même, il est clair que c'est peut-être la partie qui est la plus facile à régler, compte tenu de statuer sur l'éloignement: ça prend un point de service, c'est désuet. Ça ne pose pas les mêmes enjeux de réflexion que l'organisation aux services aux âgés. O.K., et, dans ce cadre-là, le projet demeure pertinent sur le plan de l'installation.

Pour ce qui est du projet... de votre préoccupation au niveau de l'organisation médicale aussi, le fait de pouvoir compter sur des réseaux locaux avec une masse critique plus importante et une dynamique médicale avec plus de médecins, ça peut peut-être — je dis bien peut-être — permettre d'entrevoir qu'on va pouvoir offrir aux médecins une pratique qui peut être plus polyvalente. Donc, un médecin pourrait sentir qu'il est moins attaché à quelque chose qui est très éloigné. Donc, ce n'est pas pour demain matin, mais la perspective de créer une dynamique médicale plus large avec une capacité d'intervenir plus grande à l'égard de la pratique, ça aura peut-être un effet de stimulation sur le recrutement. Je comprends cependant que les heures d'ouverture se sont légèrement améliorées, mais ça demeure extrêmement précaire.

**Mme Roy:** Une autre piste de solution, à vous entendre parler, qui m'est venue à l'idée, c'est des infirmières praticiennes. Si on peut avoir dans des lieux vraiment éloignés... Plus on s'éloigne... Moi, j'ai compris, au Québec, que, plus on s'éloignait, plus on avait des dispensaires, plus on avait des infirmières qui faisaient des actes médicaux poussés. Si, nous, c'est une évidence, là, qu'on n'en a jamais, de médecins, pourquoi on ne deviendrait pas un projet pilote à ce sujet-là?

**Mme Laroche (Michèle):** Bon. Actuellement, le ministère reçoit les projets pilotes. Vous savez, il y a trois régions qui sont en mouvement; j'y faisais allusion. Nous, dans notre région, on a un territoire qui s'est vraiment manifesté à cet égard-là, parce qu'il faut aussi avoir le praticien, hein, qui veut s'impliquer. On n'a pas positionné encore ça dans le cadre des enjeux de relation avec les fédérations. Je sais que c'est à l'agenda des discussions du ministère.

Mais effectivement, quand on pense au rôle de l'infirmier praticien, on le pense souvent en fonction des régions rurales. Donc, s'il y a du déblocage là-dessus dans la perspective québécoise, c'est sûr qu'on peut imaginer très bien des régions comme Les Blés d'or comme étant intéressées au projet.

Pour l'instant, on chemine un projet. Il s'agit... Il y a plusieurs régions qui en cheminent. On va voir comment c'est accueilli puis comment ça se négocie actuellement avec les fédérations.

**Mme Roy:** Dans le cadre de la tournée des centres de soins longue durée et des inspecteurs qui ont passé, là, à la grandeur de la province, ils nous ont visités dans notre région. Je n'irai pas sur les points plus spécifiques qui appartiennent pas mal à Trois-Rivières, mais il me semble que le rapport s'était... il mettait un accent sur la formation du personnel pour transformer le milieu de soins en milieu de vie puis aussi sur la vétusté des établissements.

La formation du personnel, je voulais savoir comment ça allait. La vétusté des soins de longue durée, lorsqu'on en a des trop vétustes actuellement puis qu'on est en attente d'un plan d'immobilisations et qu'il faut investir parce que ce n'est plus vivable, il n'y aurait pas lieu d'accélérer pour éviter d'investir et de démolir ou d'investir et puis après, quand on n'aura plus nos plans, on recommence?

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Mme la Présidente, je vais prendre le deuxième volet de la question et je passerai la première partie à M. Allaire, qui était le gestionnaire qui encadre actuellement la démarche de suivi au rapport dans le centre d'hébergement en question.

Nous avons reçu dernièrement une correspondance qui fait état d'une allocation. Le ministre nous a transmis une correspondance qui fait état d'une allocation de quand même quelques millions de dollars pour soutenir la vétusté, faire quelques travaux rapides pour soutenir la vétusté des centres d'hébergement. Donc, bien évidemment, on va regarder de très près les situations de nos centres qui étaient concernés par l'enquête, hein, d'appréciation, la visite d'appréciation et l'enquête, mais on va tendre à améliorer la situation de nos personnes âgées, là, avec les moyens qui ont été mis à notre disposition.

Quant au projet... à la vétusté de l'ensemble des milieux d'hébergement, je pense que, dans notre région, notre portrait régional à cet égard-là est très inégal. Il y a eu des travaux majeurs. Si je pense à Cloutier-du-Rivage, il y a des travaux majeurs où on est fiers des installations physiques qu'il y a là. Donc, c'est très inégal d'un centre d'hébergement à l'autre, et je comprends

que la démarche récente qui a mis en évidence la vétusté va faire en sorte qu'au cours des prochaines années on va sûrement porter un regard sur l'investissement en milieu d'hébergement, puisque c'est devenu une priorité.

• (17 heures) •

L'enjeu autour des projets d'immobilisations, c'est que, souvent, les projets d'immobilisations qui accrochent — pas parce qu'ils ne sont pas pertinents, ce n'est pas ça qu'il faut me faire dire, là — c'est les projets qui sont en lien avec du développement dans le secteur de la santé physique et des hôpitaux, et c'est des investissements quand même très, très dispendieux. Donc, on voit qu'il y a un positionnement par rapport à ça, c'est-à-dire, ne pas créer du béton pour du béton, donc faire des alternatives à l'hébergement pour éviter de se retrouver dans 30 ans, quand la cohorte va descendre, avec des édifices vides, hein, mais être capables quand même, par rapport à nos édifices qu'on a... être capables d'investir ce qu'il faut pour créer un milieu de vie correctement. Donc, on a quand même des pistes d'amélioration possibles dans notre région, puisqu'on vient d'avoir un budget, là.

Pour ce qui est du suivi relatif à l'opération reliée à la visite d'appréciation, je demanderais... pour la formation du personnel, je demanderais à M. Allaire, Mme la Présidente, d'apporter les commentaires.

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

**M. Allaire (Jean-Denis):** Merci, Mme la Présidente. Donc, je parlerai pour ce qui est du Trifluvien évidemment. Dans le plan d'action qui a suivi l'enquête, il y a différentes mesures qui ont été prises au niveau des codes d'éthique, des façons de faire, mais beaucoup du côté de la formation. Donc, il y a eu de la formation de donnée, et on sait déjà que pour l'année en cours, 2004-2005, il y a un plan de formation additionnel qui est donné pour le personnel du Trifluvien.

Mais je crois que votre préoccupation aussi était plus large. Donc, à cet égard-là, je vais vous dire aussi que nous avons mené, en mai 2004, avec tous les gestionnaires du milieu d'hébergement, incluant donc ceux du territoire Nicolet-Bécancour, de la formation sur justement la compréhension de ce qu'est un milieu de vie et nous avons convié chacun des CHSLD de notre région à nous préparer un projet qui fait évoluer leur milieu d'hébergement vers un milieu de vie.

Comme Mme Laroche le disait tout à l'heure, évidemment le chemin à parcourir est différent d'un endroit à un autre. Il y a des territoires qui, récemment ou assez récemment, ont eu des projets d'immobilisations, d'autres n'en ont pas eu. Mais ce n'est pas uniquement lié à des projets d'immobilisations, ça fait partie aussi beaucoup de l'approche. Et on peut retrouver — et personnellement je pourrais en témoigner — des milieux d'hébergement petits, qui ne sont pas nécessairement tout récents, qui peuvent offrir un milieu de vie et un milieu d'hébergement pour des résidents, qui rencontrent des standards de qualité et de respect élevés et qui visent aussi l'autonomie des gens. Donc, c'est souvent des approches qui peuvent être travaillées dans chaque territoire, dans chaque milieu. Et par rapport à ça, Mme la Présidente, bien, tous les établissements se sont dotés,

en septembre, d'un plan d'action qui permet l'implantation de ces milieux de vie là en faisant parcourir un chemin, comme je vous disais tout à l'heure, différent d'un endroit à l'autre.

**Mme Roy:** Ma dernière...

**La Présidente (Mme Charlebois):** C'est terminé, on a déjà dépassé le 10 minutes. Je m'excuse.

**Mme Roy:** ...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Oui, mais il y a M. le député de Saint-Maurice qui n'avait pas terminé. J'ai devancé pour donner la chance à madame... Je m'excuse, là.

**M. Pinard:** Alors, merci, Mme la Présidente. Une dernière question concernant la santé mentale. La vocation du CHCM est une vocation régionale en santé mentale. Deux questions.

Première question. Vous nous avez dit tout à l'heure que vous aviez obtenu un recrutement de 36 spécialistes sur les 64 qui avaient été permis. Sur les 36 spécialistes, y a-t-il des spécialistes en santé mentale, soit des pédopsychiatres ou des psychiatres? Première question.

Deuxième question. Dû au sous-financement de la santé mentale, le budget qui a été adopté en juin par le CHCM a un compte à recevoir de 800 000 \$. Est-ce que la régie a l'intention tout simplement d'accepter ce compte à recevoir et de régler la facture? Alors, merci, Mme la Présidente, et merci à vous de répondre à mes questions.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, merci, Mme la Présidente.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Il y a un grand intérêt, Mme Laroche, hein? Vous sentez ça?

**Mme Laroche (Michèle):** Oui. Mme la Présidente, merci de me permettre de corriger une information qui a été donnée publique. Les rencontres avec l'établissement, d'ailleurs qui se sont terminées hier soir, permettent d'affirmer qu'il n'y avait pas de compte à recevoir de 800 000 \$ et qu'il s'agissait d'une non-compréhension commune de données financières transmises. Alors, à la période 5 actuelle, l'établissement se retrouve avec une situation déficitaire envisagée de 56 000 \$. Donc, sur l'ensemble de son budget global, il apparaît que c'est quand même assez bien comme performance. O.K.?

Sur le plan des médecins spécialistes, là, je vais aller chercher l'information. M. Gervais le sait peut-être par cœur? Il y a deux psychiatres qui ont manifesté un intérêt au CHCM pour 2004.

**M. Gervais (Michel):** C'est ça, oui.

**Mme Laroche (Michèle):** Deux psychiatres.

**M. Gervais (Michel):** Un à La Tuque...

**Mme Laroche (Michèle):** Un à La Tuque...

**M. Gervais (Michel):** ...un pédo, une entente avec Sainte-Justine à Trois-Rivières.

**Mme Laroche (Michèle):** O.K. Alors, M. Gervais me dit: Un à La Tuque, deux au CHCM, un pédopsychiatre. M. Gervais?

**M. Gervais (Michel):** Oui. C'est une entente avec l'Hôpital Sainte-Justine, mais c'est pour Trois-Rivières.

**Mme Laroche (Michèle):** Pour Trois-Rivières.

**La Présidente (Mme Charlebois):** ...les transcriptions du débat, vous approcher si vous avez des commentaires à émettre.

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, oui, un pédopsychiatre en lien avec un contrat avec Sainte-Justine, mais ce sera à Trois-Rivières, un psychiatre pour La Tuque, deux psychiatres pour le CHCM. Ça va? Bon, ça paraît beaucoup, mais, je vous le dis, là, par rapport à la situation importante de la région, c'est une amélioration certaine, mais ça demeure avec un écart qu'il ne faut pas oublier.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Bon...

**M. Pinard:** Très lourd.

**La Présidente (Mme Charlebois):** ...comme il y a beaucoup d'intérêt, maintenant on va aller pour une dernière question à Mme la députée de Lotbinière. Ensuite, Mme la députée de Maskinongé.

**Mme Roy:** Je vous remercie beaucoup. Ma dernière question touche les milieux communautaires. La réingénierie, là, de... agences versus réseau a créé beaucoup d'inquiétudes à ce niveau-là. Les milieux communautaires veulent savoir si vous allez maintenant fonctionner seulement par ententes de services ou si vous allez respecter les mandats qu'ils s'étaient donnés, s'il va y en avoir encore pour leur mission de base ou si tout le nouveau financement qui va arriver va aller seulement dans des ententes de services. L'inquiétude que je perçois dans le milieu, c'est: Est-ce qu'on va faire faire le travail qu'on aurait confié aux CLSC au milieu communautaire à moindre coût? C'est la première des choses.

L'autre inquiétude que j'ai perçue au niveau des agences versus les régies: il y a eu, à cause des remaniements de conseils d'administration, tout ça, des retraits de mandats de personnes qui étaient attachées à des CLSC, qui travaillaient dans le milieu communautaire. Est-ce qu'il va y avoir un désengagement des ressources qui étaient plus... Puis ici, là, je vois votre air interrogatif, là, c'est au niveau du transport collectif. À Bécancour — bien, finalement, c'est un dossier régional — les personnes attachées au CLSC se sont vu retirer leur mandat d'intervenir dans ces tables de concertation là. Est-ce que c'est un effet ou... c'est ponctuel ou...

**La Présidente (Mme Charlebois):** Mme Laroche.

**Mme Laroche (Michèle):** Pour la première question, je me sens, Mme la Présidente, assez à l'aise de

répondre. Pour la deuxième, je dois admettre, là, que je suis en manque d'information, et si quelqu'un en arrière peut y répondre... Sinon, je pourrai fournir à la commission réponse par une petite note écrite.

Pour ce qui est des organismes communautaires, bon, là, je pense que les intentions de l'agence, c'est de se comporter comme elle s'est comportée au cours des dernières années et en plus comme le rappelle le nouveau cadre de référence et le plan d'action gouvernemental qui vient de sortir sur les organismes communautaires.

Bon, il est reconnu que les organismes communautaires doivent être reconnus... le principe de départ, c'est comme acteurs de l'exercice de la citoyenneté, le développement de la solidarité, etc., et donc c'est dans ce cadre-là qu'ils ont une mission. Il est reconnu cependant que les organismes communautaires peuvent être... Donc ils reçoivent du financement de base pour exercer cette mission. Il est reconnu que les organismes communautaires peuvent recevoir du financement par entente spécifique. Et, lorsque l'on compare nos façons de travailler actuellement ou d'être en relation avec les organismes communautaires avec le récent cadre de référence et le plan d'action qui vient d'être émis, on est très confortables, dans le sens où nos propres cadres de référence qui nous mettaient en lien avec les organismes communautaires, les assises sont comparables à ce qui vient d'être émis dernièrement. Donc, il n'y a pas de changement d'habitudes de travail à cet égard-là.

Par ailleurs, la position de l'agence a toujours été de prioriser une approche par financement de base. Elle doit cependant tenir compte de la nouvelle logique de gestion qui place des fois l'obligation de fournir des indicateurs de résultat. Donc, ça n'exclut pas la possibilité d'être en entente spécifique. Quant à savoir si nous allons continuer à investir dans le financement de base, je vous répondrais — là, j'ai bien conscience d'une réponse qui n'en est pas une — ce sera toujours oui dans la mesure où les argents de développement pourront être au rendez-vous en 2005-2006.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Merci, Mme Laroche. Mme la députée de Maskinongé.

**Mme Gaudet:** Bon. Moi, dans mon comté, c'est certain que j'endosse ce que dit la députée de Lotbinière, là, concernant les nouvelles infrastructures, c'est certain que ça crée un intérêt, une attraction pour les médecins et les infirmières praticiennes. D'ailleurs, on a un projet, là, qui est en attente, là, d'une réponse concernant une nouvelle construction, là, d'un centre hospitalier, mais pas tout à fait centre hospitalier, là. Mais ma question, ce n'est pas celle-là.

● (17 h 10) ●

Ma question, c'est que, sur le terrain, on dit qu'il y a eu des coupures au niveau du maintien à domicile. Je suis aux pages 108 et 109 de votre document. Je constate, si je suis à la ligne *Maintien à domicile*, qu'il y a 76 % de variation entre l'année... Ils sont moins 76 % de subvention au niveau du maintien à domicile. Je m'en vais à la petite note qui dit que, si je comprends bien, les sommes d'argent du maintien à domicile ont été versées au centre d'action bénévole ou centre de bénévolat qui a vu son enveloppe gonflée de 1 012 %. Est-ce que je

comprends bien? Si je comprends bien, j'aimerais savoir: Comment ce volet de la mission des centres de bénévolat, qui est le maintien à domicile, va être assuré? Quel mécanisme de reddition de comptes va être mis en place? Et y a-t-il, oui ou non, coupures au niveau du maintien à domicile?

**Mme Laroche (Michèle):** Alors, Mme la Présidente, je vous demanderais de passer la parole à M. Jean-Denis Allaire.

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

**M. Allaire (Jean-Denis):** Mme la Présidente, d'abord, pour la dernière question, il n'y a pas de coupures du côté des maintiens à domicile. Au contraire, ça fait déjà plusieurs années que l'agence santé et services sociaux, lorsqu'elle investit en maintien à domicile, réserve toujours un montant pour soutenir les centres d'action bénévole dans leur action au niveau du maintien à domicile. On le fait à chaque année. Cette année encore, en 2004-2005, dans les choix budgétaires que nous avons faits, nous avons réservé une portion pour les centres d'action bénévole. La différence, c'est tout simplement — et ça fait un peu écho à la question qui nous était posée précédemment — c'est qu'on a décidé de reconsidérer, dans la mission globale des centres d'action bénévole, les actions de maintien à domicile plutôt que strictement un volet spécifique.

Ça n'empêche pas que les organismes communautaires, dont les centres d'action bénévole, dans leur reddition de comptes qu'ils font annuellement, vont nous fournir et nous fournissent déjà les données qui nous permettent de voir l'ampleur et l'intensité de leur action au niveau du maintien à domicile. Mais c'est de reconnaître finalement que ces actions-là, au lieu de les considérer justement dans une enveloppe spécifique, ça fait partie de leur mission globale. Et c'est ce virement-là que vous voyez entre les deux lignes qui apparaissent à la page 108, mais c'est ponctué en même temps... c'est doublé d'une augmentation budgétaire qu'on a pu faire année après année et qui se confirme encore sur les données 2004-2005 qui n'apparaissent pas évidemment ici, mais qui ont été adoptées, au mois de juin, par notre conseil d'administration.

**Mme Gaudet:** Merci.

**M. Allaire (Jean-Denis):** Il n'y a pas de problème.

**La Présidente (Mme Charlebois):** Ça va? Alors, je désire remercier Mme Laroche, tous vos invités qui sont avec vous et l'agence de votre présentation et surtout de votre disponibilité pour répondre aux questions. Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 17 h 12)