



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le jeudi 28 septembre 2006 — Vol. 39 N° 50

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (4)

**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)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le jeudi 28 septembre 2006 — Vol. 39 N° 50

Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (ASSS—Abitibi-Témiscamingue)	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine)	20
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (ASSS—Côte-Nord)	40

Intervenants

M. Russell Copeman, président
M. Jean-Claude St-André, président suppléant
M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant
M. Vincent Auclair, président suppléant

Mme Louise Harel
Mme Charlotte L'Écuyer
Mme Solange Charest
Mme Lorraine Richard

- * M. Normand Leblanc, ASSS—Abitibi-Témiscamingue
- * M. Gérald Létourneau, idem
- * M. Réal Lacombe, idem
- * M. Noël Neveu, idem
- * Mme Nicole Desgagné, idem
- * M. Pierre Michaud, ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
- * Mme Angeline Godin, idem
- * M. Gilles Pelletier, idem
- * M. Michel Desjardins, idem
- * Mme Nicole Demers, ASSS—Côte-Nord
- * M. Réal Castonguay, idem
- * M. Raynald Cloutier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 28 septembre 2006 — Vol. 39 N° 50

**Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre
de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005
conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (4)**

(Neuf heures trente-quatre minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre! Alors, ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Nous sommes réunis aujourd'hui — bien, ce matin en particulier — afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 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, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Très bien. C'est un mandat statutaire qu'on effectue ce matin, qui découle de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. C'est également notre séance de reddition de comptes et de contrôle parlementaire. Nous avons reçu la régie, qui est le prédécesseur de l'agence, pour la dernière fois, le 13 février 2001, pour l'étude de son rapport 1998-1999. Évidemment, nous ne faisons pas uniquement un regard dans le rétroviseur, mais également un aperçu sur la gestion actuelle et les priorités de l'agence pour l'année courante. Ça fait toujours partie de nos échanges.

Auditions (suite)

Je souhaite donc bienvenue à la délégation de l'agence. M. le président-directeur général Leblanc, bonjour.

M. Leblanc (Normand): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): Je comprends que vous avez une présentation à nous faire qui peut déborder de quelque peu la période prévue, c'est-à-dire dépasser de quelque peu les 20 minutes. J'ai vérifié avec mes collègues, ils sont disposés évidemment à vous accorder ce temps. Comme Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve a dit, il vient de loin, on va lui accorder un peu de flexibilité.

Mme Harel: J'ai dit que ça coûte cher qu'il vienne de loin.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Leblanc, si vous pouvez peut-être présenter les personnes qui vous accompagnent ce matin, surtout — mais pas uniquement — ceux qui sont assis avec vous, pour les

fins de transcription et par la suite enchaîner avec votre présentation.

**Agence de la santé et des services
sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
(ASSS—Abitibi-Témiscamingue)**

M. Leblanc (Normand): Oui, ça me fait plaisir. Alors, merci beaucoup. Et je commence avec les présentations: Dr Réal Lacombe, qui est directeur de la santé publique et des affaires médicales à l'agence de santé; Mme Nicole Desgagné, qui est adjointe à la direction générale, qui s'occupe particulièrement des ententes de gestion; et M. Gerald Létourneau, qui est médecin-conseil en santé publique; et Noël Neveu, qui est directeur général adjoint auprès de l'agence.

Et ceux qui nous accompagnent, nous avons les personnes qui travaillent au niveau de la Direction des ressources humaines, M. Normand Mongeau; Mme Lise St-Amour, qui est à la Direction des ressources financières; Mme Denise Stewart, qui est chef des services des relations avec la population; et M. Francis Beauvais, conseiller en communications.

Donc, c'est l'équipe qui nous accompagne ce matin. Les autres que vous voyez sont plutôt de la Gaspésie. Ce n'est pas tout l'Abitibi-Témiscamingue.

Le Président (M. Copeman): Vous avez laissé quelques effectifs à l'agence, si j'ai bien compris.

M. Leblanc (Normand): C'est ça.

Le Président (M. Copeman): Excellent.

M. Leblanc (Normand): Alors, M. le Président, on commence? Oui? Alors, c'est avec plaisir que nous venons partager avec vous les défis et les enjeux qui caractérisent l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région. Nous ferons également état des priorités d'action et des initiatives mises de l'avant par l'agence et les établissements de la région pour améliorer la qualité des services rendus à la population. Nous sommes également disponibles pour vous informer sur l'évolution des résultats concernant les priorités ministérielles et régionales des quatre dernières années de façon à mesurer les progrès accomplis. De plus, nous ferons le point sur les ressources humaines et le portrait financier de notre réseau.

Au niveau de la population de l'Abitibi-Témiscamingue, permettez-moi de rappeler que la population compte 145 000 personnes dispersées sur un vaste territoire de 65 000 km² et réparties au sein des cinq municipalités régionales de comté. La population se caractérise par la présence de communautés autochtones et de communautés rurales participant activement au mouvement de Villes et villages en santé.

Bien que les causes d'hospitalisation soient les mêmes que le reste du Québec, l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par un taux supérieur d'hospitalisation pour les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif. Par ailleurs, le taux régional d'hospitalisation pour les tumeurs ou les traumatismes non intentionnels s'avère significativement moins élevé que le taux québécois.

Au chapitre de la mortalité, dans la région, les trois quarts des décès sont attribuables aux causes suivantes: les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire et digestif, les traumatismes non intentionnels — accidents de la route et chutes accidentelles — et suicides. Et, pour ces deux dernières causes, l'Abitibi-Témiscamingue se démarque du Québec par un taux supérieur de mortalité, soit 43 par 100 000 de population versus 27 pour l'ensemble du Québec, et 25 pour les cas de suicide, 25 par 100 000, versus 18 pour l'ensemble du Québec.

On constate également une espérance de vie inférieure pour notre population comparée à celle des Québécois en général, soit 77 ans versus 79 ans.

L'organisation des services, maintenant. En Abitibi-Témiscamingue, la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue peut compter sur 10 établissements publics de santé et des services sociaux, dont six centres de santé et des services sociaux et quatre établissements à vocation régionale. Vous avez le tableau qui donne les différentes missions de ces établissements-là. Aussi, on vous a distribué ce matin, dans une pile de papier qu'on vous a adressée à chacun, le détail de chacun de ces territoires-là en termes de population, nombre de municipalités, nombre d'employés, etc., ainsi que le budget.

• (9 h 40) •

Au chapitre des ressources financières, pour les services de santé et les services sociaux, en Abitibi-Témiscamingue, la contribution de l'État, additionnée à celle des usagers, se chiffre à 312 millions de dollars annuellement, et ça, c'est le budget 2006-2007. La région de l'Abitibi-Témiscamingue enregistre, depuis plusieurs années, des résultats financiers positifs, elle est la seule qui respecte son enveloppe budgétaire. Au cours des cinq dernières années, l'équilibre budgétaire a été respecté, et aucune cible déficitaire ne lui a été autorisée par le ministère. De plus, il faut considérer que ces résultats sont atteints dans un contexte où la région se charge de 87,2 % de ses hospitalisations, ce qui est unique pour une région éloignée et même périphérique.

Par ailleurs, selon la méthode de répartition équitable des ressources, la région est considérée sous-financée pour une somme de 4,5 millions. Ces résultats financiers sont dus en grande partie à la performance remarquable des administrateurs des centres de santé. Toutefois, l'agence désire signaler un besoin de soutien financier pour continuer de répondre aux demandes des régions environnantes, soit les régions 10 et 18.

Au chapitre des ressources humaines, le réseau compte 4 000 employés pour assurer l'accessibilité aux services de santé, dont plus de 1 000 infirmières. Toutefois, certaines professions telles que les audiologistes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes sont en pénurie. Au plan des effectifs médicaux, la situation s'améliore. En effet, de 135 omnipraticiens en 2002-2003, la région peut compter sur 160 médecins de

famille au 14 septembre 2006 sur des besoins évalués à 185, donc une augmentation de près de 20 %, 18,5 % exactement. Au cours de la même période, pour les médecins spécialistes, nous sommes passés de 93 à 119, ce qui indique une amélioration de plus de 20 % — je sais que, dans votre document, vous avez 25 %, mais c'est 20 % — sur une estimation de besoins de 160.

L'agence a confiance que la situation continuera à s'améliorer grâce au projet d'unité de médecine familiale à Val-d'Or et éventuellement la création d'une unité de médecine familiale à Rouyn-Noranda et Ville-Marie. En effet, l'expérience des unités de médecine à La Sarre et Amos a démontré qu'en plus de réussir leurs examens les étudiants ont choisi de demeurer dans la région pour exercer leur première année de pratique lorsqu'ils ont eu la chance de pratiquer en région.

De plus, depuis la décision d'implanter des groupes de médecine familiale en 2002, l'agence soutient et accompagne les groupes de médecine de la région autant pour les étapes de démarrage que pour le fonctionnement. Il existe actuellement quatre GMF en Abitibi-Témiscamingue, et c'est près de 40 000 personnes qui pourront être inscrites aux services de l'un de ces GMF au cours des trois prochaines années. La collaboration instaurée avec les centres de santé et des services sociaux permet d'améliorer l'offre de services à la population et assure une continuité de ces soins.

Malgré ces améliorations, l'accessibilité à un médecin est toujours problématique. Pour bien comprendre la situation, je vous invite à partager l'analyse du Dr Gerald Létourneau, médecin-conseil à la Direction de santé publique.

Le Président (M. Copeman): M. Létourneau.

M. Létourneau (Gérald): Bonjour. La présentation que je vais faire, évidemment ça va être très court. Puis je n'ai pas traité évidemment de tous les facteurs d'alourdissement du système de santé — d'ailleurs, vous les connaissez tous — puis j'ai retenu plutôt deux facteurs qui me semblent extrêmement importants: d'abord, le vieillissement de la population et ensuite ce que j'appellerais la contribution involontaire de la main-d'oeuvre médicale à l'alourdissement du système de santé.

Dans un premier temps, on va regarder l'évolution de la population en termes de pyramide d'âges. En passant, dans le titre, là, il y a une erreur, c'est marqué *Population de Québec*. Statistique Canada, il a fait une faute, il aurait dû écrire «du Québec», évidemment. Comme on voit, en 1901, on était 1,6 million, la pyramide est très pointue. Soyez sans crainte, là, je ne passerai pas toutes les années. On est déjà rendu en 1945. En 1945, on voit déjà que la pyramide commence à s'élargir de façon importante, puis c'est ce qu'on appelle les baby-boomers, c'est-à-dire la gang qui sont arrivés après la guerre. La pyramide continue toujours à s'élargir. Évidemment, ça va jusqu'en 1966, cet élargissement de la base de la pyramide là. Et ensuite de ça, quand la naissance des baby-boomers est terminée, c'est là qu'on va commencer à voir la pyramide qui va commencer à s'inverser. Et là c'est l'apparition de ce qu'on a appelé le baby-bust, c'est-à-dire que, là, je veux dire, c'est l'arrivée des femmes en milieu de travail, la pilule anticonceptionnelle, je veux dire, les naissances sont beaucoup moins importantes.

Et ensuite de ça on a un petit renflement, si vous voulez, de la pyramide, ça correspond tout simplement à la naissance des enfants des baby-boomers qui s'étend, mettons, fin soixante-dix, début quatre-vingt, jusqu'en 1995, et ensuite le petit renflement, c'est la naissance des enfants du baby-bust. Et ensuite on voit la pyramide qui s'inverse de façon très importante après que ce monde-là sont passés, puis on voit aussi en même temps que le groupe des baby-boomers, qui est très, très important, qui va avoir une influence extraordinaire, je veux dire, à tous les niveaux de la société, mais ça fait un méchant paquet de gangs de personnes qui se dirigent lentement vers un âge certain avec tout ce que ça peut comprendre en termes de maladies, coûts de santé, etc.

Ici, c'est simplement pour montrer qu'en Abitibi-Témiscamingue c'est comme ailleurs, on a la pyramide en 1981 et celle en 2004, ça correspond en image à ce qu'on avait précédemment.

Dans la deuxième partie de mon exposé, évidemment je ne traiterai pas de toutes... On voit ici plusieurs images qui montrent différents intervenants du domaine de la santé, que ce soient des administrateurs, des spécialistes, ambulanciers, etc., microbiologistes. Dans cette deuxième partie, je m'en tiendrai plus particulièrement à une ressource qui est extrêmement importante, que je considère, au niveau du système de santé, c'est la ressource de première ligne, c'est-à-dire celles qui font la prise en charge. La plupart de ces données-là, je les ai tirées de ce document-là qui est très intéressant d'ailleurs et qui s'appelle *Du surplus perçu à la pénurie perçue: l'évolution de la main-d'oeuvre médicale au Canada dans les années 1990*.

Revoyons rapidement, je veux dire, l'évolution de la population, mais en termes d'âge médian. L'âge médian, comme on le sait, je veux dire, c'est l'âge qui sépare la population en deux groupes égaux. On voit qu'en 1901 l'âge médian était de 22,7 ans. 70 ans plus tard, il est seulement à 26,3, c'est une augmentation d'à peu près 3,5, 3,6. Et on voit qu'en 2001 on est rendu à tout près de 40 ans puis, en 2031, on va être rendu plus grand que 45 ans. Ça, ça veut dire qu'aujourd'hui la moitié de la population au Québec a plus que 40 ans.

La clientèle des années soixante-dix, si on regarde ça en image, ça avait l'air de ceci. Ce qu'on voyait dans nos bureaux dans ces années-là, c'étaient des gens qui se présentaient qui avaient soit un brûlement d'estomac, soit une infection urinaire, soit une maladie respiratoire, etc. Les gens se présentaient avec ce qu'on appellerait des monopathologies. Les médecins évidemment, dans les années soixante-dix, bien on avait l'air de ça, nous autres aussi, là, je veux dire, on suivait la population. La clientèle des années 2000, bien elle a l'air plutôt de ça, ce qui fait que la population a vieilli. Ça fait qu'aujourd'hui les gens se présentent au bureau, ils se présentent encore pour des brûlements d'estomac, mais, en arrière de ça, ils font de l'hypertension, ils font du diabète, ils font de l'insuffisance rénale, ils ont une maladie pulmonaire obstructive chronique, donc des multipathologies, donc une clientèle très lourde.

Et les médecins, eux autres, des années 2000... Bien, évidemment, j'ai suivi, moi itou, je veux dire, on a vieilli. Qu'est-ce que ça a comme conséquence, le fait de vieillir? C'est bien évident, c'est que les gens, à

ce moment-là, en vieillissant, on offre moins de disponibilité. Puis, comme on est plusieurs qui vieillissent, bien, je veux dire, ça veut dire qu'au niveau de la disponibilité il y a une diminution.

Un des facteurs aussi qui a été extrêmement important pour ça, si on regarde ce graphique-là, on voit que, dans les années quatre-vingt-dix, à peu près, parmi les étudiants qui finissaient en médecine, il y en avait 80 % qui s'en allaient en pratique générale, en omnipraticque. En 2000, ce taux-là était rendu seulement de 45 %. Donc, je veux dire, ceux qui font la prise en charge, je veux dire, on voit là-dessus qu'il y en a de moins en moins. Une faculté de médecine des années soixante-dix, ça avait l'air de ça. O.K.? Moi, quand j'ai fait mon cours, dans les années soixante-dix, j'étais ici, à Laval. Dans notre classe, on était 125, puis, sur 125, il y avait seulement que cinq filles. O.K.? Aujourd'hui, une faculté de médecine, ça a l'air de ça. O.K.? Il y a beaucoup plus de couleur, surtout si on enlève la rangée de professeurs en avant, là, ce qui fait en sorte qu'aujourd'hui, là, chez les omnipraticiens de moins de 40 ans, la majorité sont des femmes. En 2000, à Sherbrooke, 73 % des inscriptions, c'étaient des femmes; en 2003, à Montréal, 70 %, c'étaient des femmes; et ici, à Québec, l'année dernière, au-dessus de 73 % des inscriptions étaient des femmes. Ça fait que ça fait en sorte que la gente féminine est beaucoup plus importante au niveau médical.

Ici, on regarde ce graphique-là, ça montre, je dirais, la charge de travail à laquelle s'exposent, si on veut, les médecins, bien, selon qu'on est homme, selon qu'on est femme. Là-dedans, on constate deux choses. C'est que les femmes, évidemment elles travaillent moins que les hommes, surtout vers 35, 44 ans, ce qui est la période qui correspond plus particulièrement à l'âge où elles ont leurs enfants. Puis une autre chose que l'on voit là-dessus, c'est que, quand ils arrivent à peu près vers 60 ans, et les hommes et les femmes diminuent de façon importante leur charge de travail, donc une clientèle qui s'alourdit et une charge de travail... Je veux dire, ils fournissent une moins grande production, si on veut, au niveau des médecins.

● (9 h 50) ●

Ça, ça a des conséquences, évidemment. Je veux dire, un alourdissement de charge comme ça, ça a des conséquences sur les médecins. Je veux dire, les médecins, à ce moment-là, je veux dire... Pas juste sur les médecins en passant, hein, c'est sur l'ensemble des intervenants du réseau de la santé, mais en tout cas, moi, je traite surtout des médecins aujourd'hui, plusieurs des médecins... Ça a comme conséquence que plusieurs des médecins revoient leur forme de pratique. Les médecins veulent se protéger contre ça puis ils revoient un peu leur forme de pratique pour se protéger. Puis là ils sont poignés, comme d'autres intervenants du réseau de la santé, c'est-à-dire entre ce qu'il y a à faire puis ce qu'ils sont capables de faire, puis ça, je veux dire, ça amène, en fin de compte, beaucoup de frustrations puis ça a des conséquences.

Puis je me suis permis, ici, de vous donner quelques données qui viennent du Programme d'aide aux médecins du Québec qui, je veux dire... On voit, au cours des 15 dernières années... Bien, c'est-à-dire de 1991 à 2005, 15 années d'existence, on voit que la

courbe est carrément, là, je veux dire, ascendante. Et évidemment il s'agit d'une sous-estimation parce que, les médecins, disons que ce n'est pas la gang les plus susceptibles de courir après les programmes d'aide, disons.

Puis il y a une autre caractéristique qu'on note qui est quand même alarmante un peu, je trouve, si on regarde les médecins de moins de 60 ans, de 1992 à 2000, il y a eu 154 décès. Jusque-là, ce n'est pas si pire, mais, quand on regarde là-dedans, il y en a 22, soit 14,3 %, c'étaient des décès par suicide. Ensuite de ça, on voit aussi que, parmi les médecins, ceux qui sont les plus touchés par ça, encore une fois c'est ceux qui font de la première ligne, c'est-à-dire ceux qui ramassent la charge la plus lourde, puis c'est eux autres, je veux dire, qui font... Ça se transmet là parce que... On peut le voir là, c'est-à-dire, parce que... au programme d'aide, je veux dire, bien il y a plus de demandes. Excusez-moi, mon bégaiement, c'est parce que je suis nerveux.

Ici, j'aimerais, en terminant, vous parler un petit peu des dépenses médicales en fonction de l'âge. On voit ici, la flèche indique à 60 ans une augmentation qui est quand même assez importante à partir de cet âge en termes de coûts de santé, qui atteint près de 1 000 \$ vers 80 ans. Et, en passant, ces données-là, ça date de 1999, donc on peut facilement penser qu'aujourd'hui c'est encore plus important que ça.

Je vous avais présenté tantôt cette pyramide-là. La dernière que je vous ai présentée tantôt, je devais vous dire tantôt de la remarquer, mais en tout cas je l'ai oublié. Je me suis amusé à prendre la pyramide d'âges ici, celle de 2001, j'ai pris un des côtés de la pyramide puis je l'ai tout simplement transposé à l'horizontale. Pour que ça donne exactement ça, j'ai gardé exactement les mêmes paramètres. À droite, en ordonnée, vous allez voir apparaître... j'ai remis les coûts qu'on vient de voir tantôt et ensuite de ça, je veux dire, la ligne à 60 ans qu'on vient de voir, et la flèche indique la direction de la pyramide. Je ne sais pas à quoi ça vous fait penser, mais, moi, j'ai appelé ça le tsunami des baby-boomers. Puis ça s'en vient rapidement, puis on voit que ce n'est pas encore rendu dans le haut de la ligne des coûts.

Heureusement, je veux dire, on n'est pas tout seuls pour faire face à cette problématique-là. Évidemment, il y a bien, bien des ministères qui sont touchés: Éducation, Sport, Justice, etc., Transports. En tout cas, je veux dire, à l'infini, il y en a beaucoup, des ministères qui sont touchés, puis il y a moyen de se prémunir contre ça. Mais, pour construire une structure comme il y a à droite, je veux dire, des centaines et des milliers de professionnels qui travaillent là, ça nécessite une interconnexion qui est tout à fait parfaite entre ces gens-là. O.K.? Nous autres, dans la région, bien c'est un peu ça qu'on veut faire. L'interconnexion parfaite, nous, on l'a appelée l'interdisciplinarité. Je vous remercie.

Mme Harel: On va l'applaudir.

(Applaudissements)

M. Leblanc (Normand): Alors, c'est pour ça que, malgré qu'on peut améliorer la situation du nombre des médecins, on se dit que ce n'est pas suffisant, on ne doit pas en rester là, compte tenu de ce que Gérard vient de vous démontrer.

Donc, on retient que la variation de l'offre de services dans le temps due à la féminisation et au vieillissement du corps médical, couplée aux demandes croissantes de la population, nous oblige à examiner d'autres façons pour maintenir et bonifier l'accessibilité aux services de santé. L'agence a profité de la conception du plan d'action pour faire face au vieillissement pour réviser son offre de services. Et là-dessus il y a deux expériences qui nous ont inspirés, soit l'équipe multidisciplinaire dans le territoire de La Vallée-de-l'Or et le projet Jocoeur en Abitibi-Ouest.

En 2003, une équipe interdisciplinaire était mise sur pied au Centre de santé de La Vallée-de-l'Or pour soutenir les médecins de famille dont les effectifs étaient en pénurie aiguë. Depuis, 450 patients souffrant de maladies chroniques sévères et orphelins de médecin ont été pris en charge par la clinique. Une évaluation des 109 premiers patients démontrait qu'après un an de suivi ils avaient réduit de 79 % leurs visites à l'urgence et de 65 % leur hospitalisation. Alors, ce n'est pas rien, lorsqu'on peut réussir à faire en sorte que les gens travaillent mieux ensemble.

En ce qui a trait au projet Jocoeur, ça, c'est entreprise en santé, c'est à La Sarre que ça se passe. Mis en place il y a trois ans, nous observons qu'il a permis d'améliorer la santé de quelques centaines de travailleurs de cinq entreprises locales par la promotion de meilleures habitudes de vie. Le projet a démontré des résultats très encourageants tant au niveau du changement d'habitudes de vie qu'au niveau de l'amélioration de la condition des personnes chez qui il a été déposé des problèmes de santé chroniques.

Suite à ces résultats, l'agence a convenu avec l'ensemble des établissements de la région d'élaborer et de mettre en place un programme structuré de lutte aux maladies chroniques. Trois éléments fondamentaux caractérisent ce modèle: un, l'intégration de la promotion et de la prévention par la prise en charge des personnes atteintes; l'implantation d'une organisation des services hiérarchisée en fonction de la complexité des besoins des personnes atteintes; la coordination des équipes interdisciplinaires avec les autres partenaires de soins médicaux de première ligne, notamment les groupes de médecine familiale.

La composante promotion-prévention est encadrée par un programme que vous connaissez, 0-5-30, qui comprend des actions d'éducation pour la santé et des actions environnementales visant à faciliter l'adoption de saines habitudes de vie. Ainsi, à la base, le modèle s'appuie sur un programme d'autosoins essentiellement formé d'activités structurées d'éducation et d'entraide visant à rendre les gens plus autonomes face à des multiples conditions courantes associées aux maladies chroniques. Exemple, l'alimentation, l'activité physique, ce sont des composantes très importantes. La lutte aux maladies chroniques passe essentiellement par l'acquisition de saines habitudes de vie. C'est ça qui est le leitmotiv du fondement de ce qu'on vous démontre aujourd'hui. Enfin, pour les cas les plus lourds, souvent plus âgés et porteurs de plusieurs maladies chroniques, une approche de gestion de cas est assumée par une infirmière.

Pour compléter l'équipe interdisciplinaire, la région soutient la reconnaissance de la profession

d'infirmière praticienne de première ligne. La région est l'instigatrice du développement du projet, car il apparaît évident que ces infirmières sont un élément clé du rehaussement de l'accessibilité aux services médicaux en région, et ce, même si des médecins viennent nous dire en région: Ne vous inquiétez plus, il y a plus de médecins. On a vu, là, tantôt, là, que, même si on rajoute des médecins à la pelletée, ce n'est pas ça qui va régler la situation. On a besoin de faire en sorte que l'infirmière praticienne existe au Québec. Cette reconnaissance de la profession d'infirmière praticienne de première ligne a beaucoup progressé. D'ailleurs, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue prévoit démarrer son programme de formation dans cette discipline à l'automne 2007 en collaboration avec l'École de nursing de l'Université McGill. La région est prête à les accueillir, d'autant plus que le département régional de médecine générale s'est positionné favorablement à la reconnaissance de l'infirmière praticienne en région. Par ces choix, l'agence a la conviction d'être capable de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie et la santé de sa population.

Maintenant, outre l'accès aux services, les principaux défis de la région portent sur l'organisation des services médicaux spécialisés, l'éloignement, les jeunes et la santé mentale.

Les défis au niveau des services médicaux spécialisés. Un des principes fondamentaux de l'amélioration de l'accessibilité à ce niveau-là, c'est la hiérarchisation. Ce principe repose sur le postulat que la qualité des actes médicaux augmente lorsque les praticiens peuvent compter sur des collègues sur place, ainsi que des plateaux techniques bien pourvus, et un volume d'activité optimal. Par conséquent, le modèle d'organisation de services repose sur des services hospitaliers de base dans chaque territoire de centre de santé et des services sociaux, des fonctions hospitalières régionales normalement situées dans un centre régional pour les services spécialisés de niveau 2 et 3, et enfin l'agence peut compter sur les hôpitaux universitaires, notamment, en ce qui nous concerne, McGill pour les services ultraspecialisés.

La région a choisi en 1994 pourquoi c'est un défi pour nous de ne pas avoir d'hôpital régional à un seul endroit. Et on a convenu de répartir les fonctions hospitalières auprès des quatre centres, soit Amos, Rouyn, Val-d'Or et La Sarre. Cette répartition sera bientôt formalisée grâce aux récents amendements législatifs permettant de mieux situer l'engagement de chacun des centres de santé face à sa population. Vous avez, dans le texte ci-après, un tableau qui illustre ces répartitions des spécialités.

● (10 heures) ●

Au niveau de l'autre défi, l'éloignement des grands centres. Parmi toutes les régions du Québec, un élément qui est à souligner, l'Abitibi-Témiscamingue est celle où les personnes qui sont atteintes d'un cancer utilisent le moins la radiothérapie comme traitement. Il s'agit du plus faible taux d'utilisation, 32 % par rapport à 50 % au Québec. Cette situation est préoccupante, et les facteurs qui font l'unanimité pour expliquer cette sous-utilisation sont liés à l'éloignement. Donc, les malades, dans ce contexte, optent pour d'autres alternatives de traitement afin d'éviter d'avoir à se déplacer pendant

plusieurs semaines à l'extérieur de la région. Un état de situation détaillé a été réalisé au cours des mois passés et... plusieurs pistes de solution qui pourraient contribuer à améliorer la situation actuelle et ainsi faciliter l'accès à la radiothérapie pour des patients atteints de cancer et leurs proches. Des mesures diverses, de différentes natures, seront proposées. Donc, il y a un comité de travail qui est en place, et actuellement nous avons soutenu ce comité de travail là par des investissements.

Priorités régionales. Comme autres priorités régionales, parmi les travaux en cours, deux grands chantiers nous occupent, soit la révision des services de santé mentale par le renforcement de l'équipe de première ligne dans chaque territoire et au niveau des services en jeunesse. Concernant les services en jeunesse, il s'agit de mieux répondre aux demandes de détresse des jeunes et de leurs parents par une plus grande coopération entre les intervenants, une plus grande intensité de service et une intervention intersectorielle qui tient compte des problèmes de dépendance et de santé mentale. Dans les deux cas, les ressources financières sont disponibles pour passer à l'action en région.

Conclusion. Voilà, c'est l'essentiel des orientations et des actions prioritaires du plan d'action de l'agence de santé de l'Abitibi-Témiscamingue. Merci infiniment de votre écoute, et nous sommes disponibles à recevoir vos questions et commentaires.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Leblanc.

Vous m'avez signalé que ce serait peut-être 25 minutes, c'est 24 min 49 s. Alors, c'est pas mal bon. Alors, Mme la députée de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président.

Bonjour, mesdames messieurs. Bonne présentation. J'ai particulièrement apprécié les commentaires du Dr Létourneau, vous me rejoignez beaucoup. Je me souviens que, dans les années... début quatre-vingt, on parlait déjà de la tendance de la féminisation de la pratique et que ça aurait un impact sur le nombre nécessaire de médecins dans nos établissements, compte tenu que les femmes n'ont pas la même perception et la même façon de voir la pratique médicale que ce que les hommes avaient à ce moment-là. Je dis bien à ce moment-là parce qu'aujourd'hui aussi les médecins hommes ont beaucoup le souci de la qualité de leur vie, et aussi de la famille, et veulent mettre beaucoup moins d'heures qu'avant. Avant, un médecin pouvait être quasiment 20 heures sur 24 dédié à sa profession. Maintenant, bien, il a une famille, elle est importante, sa qualité de vie aussi est importante, et ça, on doit en tenir compte, de ça.

Vous m'avez impressionnée, quand je regardais les documents, de voir que vous êtes quasiment, je pense, jusqu'à date la seule agence qui a respecté ses budgets et qui est arrivée... Vous avez l'air toute fière de ça, madame, et je vous lève mon chapeau, c'est un tour de force. Il va falloir que vous nous expliquiez de quelle façon vous y êtes arrivés. Vous devez être d'une rigueur incroyable parce que... Par contre, vous dites que vous manquez d'argent. Mais vous pouvez dans le fond le justifier, compte tenu que vos budgets sont respectés. Je vais aimer vous entendre là-dessus, de quelle façon vous

y arrivez pour que l'ensemble des intervenants respectent les budgets.

Il y a aussi des beaux résultats au niveau des indicateurs au VIH/sida. Pour trois quarts des quatre cibles, vous avez des résultats positifs.

Les services spécialisés aussi offerts dans les centres de réadaptation, il y a un nombre de personnes desservies et une diminution des listes d'attente. Et c'est tout à votre honneur parce qu'on sait que ce n'est pas évident quand on arrive dans les services spécialisés, surtout dans les régions éloignées, au niveau du recrutement et de la rétention du personnel spécialisé.

Aussi, il y a eu une amélioration dans les urgences concernant la moyenne de séjour, et, dans tous les cas, ça a donné des résultats probants. Je regardais aussi un des documents que vous avez déposés séance tenante au niveau de l'évolution des activités chirurgicales dans les hôpitaux. Et, quand on regarde au niveau d'Autres chirurgies d'un jour puis Autres chirurgies spécialisées, on s'aperçoit qu'en 2005-2006 les cas en attente en dehors des délais visés, au 31 mars, ont diminué par rapport à 2004-2005. Il y a une drôle d'évolution, hein? En 2002-2003, il y en avait 448; 2003-2004, on est monté à 671, pour baisser à 580 puis après ça à 454, Autres chirurgies d'un jour. Est-ce que c'est dans la méthode, dans la façon de comptabiliser les autres chirurgies d'un jour ou hospitalisées? Parce qu'on voit que ça fluctue, là, de beaucoup à un moment donné, surtout en 2002-2003 puis après ça 2003-2004. Est-ce qu'on avait changé la méthode de comptabiliser ceux qui étaient en attente en dehors des délais visés? Est-ce que vous l'avez, ce tableau-là?

M. Leblanc (Normand): Bien, je vais juste le prendre parce que je ne l'ai pas, là, entre les mains.

Mme L'Écuyer: C'est *Évolution des activités chirurgicales dans les hôpitaux de la région de l'Abitibi*.

M. Leblanc (Normand): Oui, oui. Oui, je sais de quel que vous parlez, mais...

Mme L'Écuyer: Vous savez de quel je parle?

M. Leblanc (Normand): Oui, oui, oui.

(Consultation)

M. Leblanc (Normand): O.K. Bien, excusez-moi.

Mme L'Écuyer: Non, ça va.

M. Leblanc (Normand): Dans certains cas, ça peut expliquer les changements de pratique au niveau du cumul de l'information. Dans d'autres cas, c'est en lien avec les effectifs médicaux en place. Parce que ça fluctue, nos effectifs médicaux. Des fois, on a un médecin, dans une spécialité, qui fait x interventions chirurgicales, puis, dans d'autres cas, des fois, ça peut arriver qu'il revienne, qu'il y en ait deux l'année suivante, et ça fait fluctuer le taux de la liste d'attente par rapport à ça, au niveau de la qualité des effectifs médicaux en nombre.

Mme L'Écuyer: En parlant d'effectifs médicaux, on voit cependant que vous avez quand même réussi un bon recrutement. Vous êtes déjà à 160 médecins, il vous en manque 20 pour atteindre vos effectifs de 180. C'est quand même impressionnant. Il y a des régions qui ont beaucoup plus de difficultés. Même, il y en a encore qui sont en grande pénurie. Est-ce que vous utilisez *La grande séduction*?

M. Leblanc (Normand): Bien, comme je l'ai mentionné dans mon avis, tantôt, dans mon allocution, ce qui a fait en sorte de donner un bon coup de barre cette année, c'est les unités de médecine familiale. On a créé deux sites, à La Sarre et Amos, une unité de médecine familiale conjointe, et ça a fait en sorte, à notre grande surprise... On savait que c'était pour créer un certain attrait pour les médecins, mais ceux qui sont venus ont décidé de demeurer par la suite. Alors ça, ça a été assez intéressant, ça en a donné cinq de plus dans un an. Ça fait que ça a haussé de façon substantielle nos effectifs. C'est pour ça qu'on compte, dans des régions comme Val-d'Or, sur une unité de médecine familiale. Il y a un projet qui est en cours, et ça devrait avoir le même effet aussi.

Mme L'Écuyer: Ça fait que ça, c'est des activités qui ont des effets très positifs sur la rétention. Je vais passer à l'infirmière praticienne. Pour, dans ma vie antérieure, avoir été administratrice d'un centre de santé et services sociaux, je me souviens, ça fait longtemps qu'on parle de ça, hein, ce n'est pas d'aujourd'hui. Je savais que vous étiez les premiers, vous étiez les pionniers dans le domaine. Et, si ma mémoire m'est fidèle, vous étiez associés avec un centre de santé de l'Outaouais.

M. Leblanc (Normand): Oui, en effet, effectivement.

Mme L'Écuyer: J'aimerais ça que vous me disiez où vous êtes rendus dans les travaux par rapport à la reconnaissance de l'infirmière praticienne, qu'est-ce qui bloque.

M. Leblanc (Normand): O.K. Bien, qu'est-ce qui bloque? Ce qu'on nous a dit, c'est que les règlements... Puis il y a eu un accord entre les infirmières puis les médecins là-dessus. Donc ça, c'est fait, et les règlements devraient être adoptés le 16 octobre. Donc, si c'est adopté le 16 octobre, il y aura possibilité de l'existence des infirmières praticiennes, on pense, en décembre. Certains disent au printemps prochain, certains disent en décembre. C'est là qu'est l'état du dossier pour les infirmières praticiennes.

Mme L'Écuyer: La formation des infirmières praticiennes se donne à quel endroit?

• (10 h 10) •

M. Leblanc (Normand): Actuellement, il n'y a pas d'université d'identifiée pour la formation d'infirmière praticienne. Lorsque les règlements seront adoptés, là on pourra commencer à travailler pour identifier quelle université peut donner cette formation-là. Mais, en ce qui nous concerne, l'Université du Québec en

Abitibi-Témiscamingue s'est jumelée avec l'Université McGill, l'École de nursing, pour élaborer cette formation-là. Et c'est particulièrement intéressant — je vais vous expliquer — que ça se fasse en Abitibi-Témiscamingue, puisque l'Université du Québec a développé un cours de bachelière pour les infirmières en pratique dans les milieux isolés. Donc, actuellement, il y a des infirmières qui viennent se former à l'UQAT, à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, pour ceux qui travaillent dans les régions 18, au niveau des Cris, et du Nunavik, la région 17. Donc, cette expertise-là — on demande plus aux infirmières — pourrait profiter lors de la création du programme d'infirmière praticienne en Abitibi-Témiscamingue, et on souhaiterait bien d'être soutenus pour créer ce cours-là chez nous.

Mme L'Écuyer: Vous disiez tantôt: Si les règlements sont acceptés, on pourrait penser qu'en décembre on aurait des infirmières praticiennes. J'essaie de comprendre, là, si la formation n'est pas définie entre l'université et les facultés, là, comment on pourrait reconnaître des infirmières praticiennes en décembre, là. Est-ce qu'il y en a déjà qui sont formées? On prendrait le modèle de la région 17 et 18 ou bien s'il faut attendre que cette formation-là soit d'abord et accréditée par les universités et... Parce qu'on sait que le processus peut être long, est-ce que c'est en cours d'accréditation ou la faculté de médecine...

M. Leblanc (Normand): Bien, ce qu'on me souligne, c'est que ce qui va être permis, c'est de reconnaître l'infirmière praticienne au Québec. Ça, c'est la première des étapes. Au niveau de la formation, actuellement on a des infirmières praticiennes qui sont sur notre territoire qui pratiquent en Ontario, qui ont été formées à l'Université d'Ottawa. Donc, on pourrait repêcher de ces infirmières-là. Et elles souhaiteraient bientôt venir travailler chez nous évidemment, mais en même temps, bien, on veut renforcer le rôle de l'infirmière praticienne, parce que, pour nous, c'est une ressource qui va faire en sorte que... pour réduire la difficulté d'avoir accès à un médecin de famille, si elles sont installées chez nous, dans chacun des centres de santé, ça va faire en sorte que l'accessibilité va être rehaussée.

Mme L'Écuyer: Tantôt, Dr Létourneau, dans votre analyse, vous disiez: On ne va s'en sortir que par l'interdisciplinarité. Quand on fait le lien avec ce que vous parlez au niveau de l'infirmière praticienne, on voit que vous êtes une région qui croit beaucoup à ça. Vous êtes conscient qu'avec le vieillissement de la population on aurait beau avoir plus, plus, plus de médecins, plus, plus, plus d'infirmières, si le monde ne travaille pas ensemble, on n'arrivera jamais à suffire à la demande. Est-ce que, dans votre concept d'interdisciplinarité, c'est quelque chose... Ce n'est pas nouveau, on en a entendu beaucoup parler, on a fait beaucoup d'expériences un peu partout. Ce n'est jamais très facile à implanter, compte tenu souvent des barrières interprofessions qu'il peut y avoir. Comment, chez vous, vous y arrivez?

M. Leblanc (Normand): Eh bien, je suis content que... Vous connaissez pas mal la problématique, parce

qu'à partir du moment qu'on a fait un cheminement avec les centres de santé, c'est-à-dire: On veut-u ça, nous autres, ou on veut... c'est-u les choix budgétaires... Parce qu'on a mis des fonds là-dedans. Avec cette année, là, tous les fonds de développement s'en vont vers ça parce qu'on y croit. Et, quand on fait ça, on a fait ça avec l'ensemble des centres de santé, ils sont tous d'accord là-dessus. Mais, malgré qu'ils nous disent oui à ça, vivre ça au jour le jour, c'est un défi. C'est un défi important, que ce soit à cause des silos professionnels... Qu'on parle de médecin, infirmière, travailleur social, donc ça crée beaucoup de difficultés, faire en sorte que tout ce monde-là travaille ensemble. Mais on a choisi de le relever, ce défi-là, et, pour ce faire, bien je vais demander au Dr Réal Lacombe de nous dire comment on s'est équipés pour faire en sorte de soutenir les établissements dans cette démarche-là.

Le Président (M. St-André): Il reste environ trois minutes, Mme la députée.

Mme L'Écuyer: M. Lacombe, est-ce que vous voulez compléter?

M. Lacombe (Réal): Je vais être très rapide. En fait, dans chacun de nos six centres de santé, on est à mettre en place ces équipes interdisciplinaires là formées des disciplines dont on parlait tantôt. Et on les appuie, comme disait M. Leblanc, avec du financement additionnel, mais surtout on a mis en place, au niveau régional, au niveau de mon équipe, toute une équipe qui va soutenir et accompagner à la fois par des conseils techniques, par des données sur la santé, par des outils d'évaluation et beaucoup, beaucoup par de la formation, donc toute une équipe qui va accompagner chaque centre de santé, et sur un modèle sur mesure. Le Dr Létourneau d'ailleurs est dans mon équipe, est à plein temps. Le Dr Létourneau, lui, va principalement travailler, je dirais, le joint entre les médecins et les autres professionnels de la santé.

Donc, notre stratégie, c'est vraiment de créer un soutien constant au niveau de l'agence. Et ça, pas juste pour quelques mois, là, on parle de plusieurs années en avant. Puis on va accompagner, soutenir, et on croit que ça va être la meilleure stratégie pour que ça se passe.

Mme L'Écuyer: Je vous remercie. Je trouve ça rafraîchissant d'entendre d'une agence qu'elle va de l'avant et qui prévoit ou bien qui projette dans le futur un peu une réalisation. Parce que souvent, l'interdisciplinarité, on pense que la recette va se faire du jour au lendemain et on s'aperçoit, dans certaines expériences, que les gens n'ont pas eu de résultats à cause de ça. Mais vous savez que c'est une démarche à long terme et que c'est un changement d'habitudes et de comportement de l'ensemble des professionnels, je trouve ça très rafraîchissant de vous entendre. Merci, monsieur.

Le Président (M. St-André): Vous avez terminé, Mme la députée de Pontiac? Il reste encore une minute environ du côté ministériel.

Mme L'Écuyer: Ça va.

Le Président (M. St-André): Alors, très bien. On va passer, à ce moment-là, à la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé et députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. Leblanc et toute l'équipe qui vous accompagne, bienvenue de ma part et de celle de ma collègue la députée de Rimouski, qui a la responsabilité des services sociaux pour l'opposition officielle. Écoutez, M. Leblanc, mes collègues me corrigeront si je me trompe, mais je ne me rappelle pas qu'on ait applaudi, en commission parlementaire, une présentation. Je ne me rappelle pas. Ça fait 25 ans que je suis dans ce Parlement, il me semble que c'est la première fois. Alors, c'est quand même exceptionnel.

Une voix: ...

Mme Harel: Mais je suis très contente. Je suis très, très contente parce que vous dépassez, disons, les cibles qui vous sont fixées, qui sont finalement les mêmes cibles en fait pour l'ensemble des régions. Et, d'une certaine façon, vous nous avez amenés plus loin, et c'était très enthousiasmant, très emballant.

J'apprécierais beaucoup, s'il était possible, que la copie de votre PowerPoint soit transmise au secrétariat de la commission et... Ah bon! Nous en avons une copie qui est papier, mais, si c'est possible, d'en avoir aussi une copie de présentation comme vous avez fait. Je pense que, de part et d'autre, ça pourra nous être utile dans les milieux où nous évoluons respectivement pour les présentations que nous voulons faire.

Dans votre présentation, ce matin, vous avez, d'entrée de jeu, là, démontré que, lorsqu'il y a prise en charge... Cette prise en charge, là, vous nous avez donné, je pense, cet exemple extrêmement important à la page 4, hein, de votre présentation, l'exemple du territoire de La Vallée-de-l'Or. Et donc, dans cette présentation de prise en charge de 450 patients souffrant de maladies chroniques sévères, vous nous démontrez que le suivi qui est fait par une équipe interdisciplinaire et l'évaluation que vous avez faite des 109 premiers patients démontraient qu'après un an il y avait réduction de 79 % de leurs visites à l'urgence et de 65 % de leur hospitalisation. Est-ce que c'est une démonstration assez importante de la nécessité d'une prise en charge des patients et des conséquences que ça peut avoir? On oublie souvent, quand on parle de la médecine spécialisée et surspécialisée, en fait qu'elle rejoint peut-être 15 % des besoins mais que 85 % des besoins de la population le sont en matière de première ligne et de prise en charge. Alors, c'est une démonstration extrêmement intéressante que vous faites. Je veux en féliciter le Dr Létourneau. Et vous avez l'air d'être son patron, Dr Lacombe, là, je ne sais pas, mais en fait je vous félicite tous les deux, là, c'est vraiment assez passionnant.

● (10 h 20) ●

Bon. On va y revenir, moi, je crois énormément aux infirmières praticiennes. En fait, je crois à trois choses importantes en région comme dans mon quartier de ville. Je crois aux paramédics, aux ambulanciers, qui peuvent stabiliser des patients, surtout chez vous avec la distance que ça peut représenter, donc à la reconnaissance des

paramédics, des ambulanciers. On est les seuls en Amérique du Nord à ne pas avoir encore cette reconnaissance. Je crois aux maisons de naissance. Ça aussi, j'aimerais vous entendre. Avec les maladies nosocomiales, je ne comprends pas pourquoi on accouche encore à l'hôpital. Puis je crois énormément aux infirmières praticiennes. La loi a été adoptée il y a quatre ans, un peu plus même, en juin 2002, la loi des professions qui permet les délégations d'actes aux infirmières praticiennes. Et il y a déjà des infirmières praticiennes en nombre très limité qui sont maintenant dans les services ultraspécialisés, comme vous le savez, là. Mais il n'y en avait pas encore qui avaient, disons, la délégation d'actes pour la première ligne, hein, et c'est ça finalement qui va beaucoup faire la différence. Alors, je suis très contente que vous l'abordiez, ça vaut pour l'Abitibi puis ça vaut pour Hochelaga-Maisonneuve aussi.

J'y reviendrai, si vous voulez, mais là, disons, passons à aujourd'hui, parce qu'aujourd'hui il y a finalement, dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, 454 personnes qui sont en attente, hors délai, là, médicalement acceptable, d'une chirurgie d'un jour et 184 d'une chirurgie avec hospitalisation. En fait, ce dont on se rend compte — c'est le même pattern dans toutes les régions, Lac-Saint-Jean hier, Laval la semaine dernière — c'est qu'il y a eu un gros effort hanche, genou, cataracte. Et on se dit: Ma foi, le projet de loi qu'on est à étudier présentement, qui porte le titre de projet de loi n° 33, qui introduit l'assurance privée duplicative pour les chirurgies hanche, genou, cataracte, bien ces assureurs sont venus nous dire: Ça va être inutile parce que finalement, un peu partout, les listes d'attente ont été réduites à zéro. Mais en contrepartie les listes d'attente hors délai médicalement acceptable sont maintenant constituées, comme c'est le cas en Abitibi-Témiscamingue, à 96 %... Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'était 96 % hier, là, et ainsi de suite, dans toutes les régions. Ce sont les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation, mais surtout les chirurgies d'un jour. Alors, quel est votre plan d'action en regard de ces listes d'attente hors délai médicalement acceptable?

M. Leblanc (Normand): Actuellement, la difficulté qu'on a pour réduire ces chirurgies-là, là, c'est la gestion, comment ça se fait dans chacun des établissements. Nous, on constate que, lorsqu'on s'occupe de la liste d'attente, il y a deux choses qui se passent. On demande au client: Est-ce que vous êtes prêt à recevoir votre opération ou non? On a plusieurs cas, surtout en Abitibi-Témiscamingue, où est-ce que, lorsqu'on accueille des patients qui viennent des territoires cris ou de la région 18, eux, ça n'adonne pas tout le temps au niveau de la liste d'attente. Alors, la liste est constituée en ce moment, ici, par des cas où est-ce que les gens ne sont pas nécessairement prêts. Donc, on peut trouver que la liste est haute, mais le fait de se donner une modalité de gestion puis d'identifier une personne qui va être capable d'être en relation avec les clients à chaque fois qu'ils auront dépassé un délai médicalement acceptable, juste le fait de faire ça puis de se rassurer là-dessus... Est-ce que la personne est toujours intéressée à avoir l'intervention chirurgicale? On la prévoit à tel moment. Est-ce que c'est toujours possible? Des fois, il

y en a qui disent: Bien, on va attendre. Puis, d'autres fois, il y en a qui disent: Bien, ce n'est plus nécessaire.

Donc, il y a un ménage à faire. La première des choses, il y a un ménage à faire au niveau du fonctionnement et pour établir la liste d'attente de façon beaucoup plus précise qu'elle a été faite jusqu'à ce moment-ci. Parce que vous savez que les listes d'attente sont bien souvent constituées d'une liste de personnes qui sont référées par le médecin, et, la plupart du temps, lorsqu'on a ces références-là, il y a un suivi qui se fait plus ou moins. Donc, est-ce que c'est toujours à point? Est-ce que le patient a été se faire traiter ailleurs? Ce ménage-là ne s'est pas toujours fait. Donc, la première des choses, avoir une rigueur au niveau de la gestion et qu'un client ait une référence dans un centre de santé pour dire: Moi, là, je suis dû pour être opéré, à quel moment je vais l'être? Le fait d'avoir cette personne-là de référence, ça va être un plus dans le projet de loi.

Mme Harel: Et vous l'évaluez à combien, ce ménage, là, par rapport à vos listes? Et pourquoi est-ce que, pour le genou, la hanche, la cataracte, cela s'est traduit, si vous voulez, par une diminution importante du hors délai médicalement acceptable?

M. Leblanc (Normand): Au cours des trois, quatre dernières années, on s'est concentrés sur ces trois cibles-là, faire en sorte de respecter le délai médicalement acceptable dans tous ces cas-là. Et on a aussi convenu, par entente de gestion avec chacun des centres de santé — notamment, le centre de santé en ce qui nous concerne parce qu'il y en a juste un — de réduire la liste d'attente. Donc, on a travaillé avec lui, s'assurer que la liste d'attente est bien contrôlée, est-ce qu'on a répondu à l'objectif d'accroissement de la production et l'objectif de maintenir le niveau de la liste d'attente au niveau de la chirurgie.

Mme Harel: ...question très simple, pourquoi vous ne l'avez pas fait pour la chirurgie d'un jour?

M. Leblanc (Normand): Parce qu'à l'heure actuelle, là, on ne sait pas... La chirurgie d'un jour puis la chirurgie avec hospit, là... Il y a une série de points qui sont indiqués sur les éléments de chirurgie d'un jour. Contrôler ça, à l'heure actuelle, les établissements, ils ne se sont pas équipés pour ça, puis on ne l'a pas fait, sincèrement, tout simplement. C'est une étape qui va venir par la suite.

Mme Harel: Mais on voit qu'aucune des régions ne l'a fait, ou presque. On n'a pas encore reçu, là, les rapports de l'ensemble des agences, là, mais, pour celles que nous avons reçues jusqu'à maintenant, ma foi, les listes parfois sont, disons, très sévères alors pour les personnes en attente d'une chirurgie d'un jour ou avec hospitalisation du fait qu'elles sont hors délai médicalement acceptable parfois de neuf mois.

M. Leblanc (Normand): Oui. On ne l'a pas fait, puis je vous dis que, moi, je pense qu'aujourd'hui on a une volonté ferme d'agir là-dessus. Je me souviens, moi, quand je... Ça fait longtemps, là, ça fait quatre ans, là, que je suis P.D.G., puis on a parlé des chirurgies puis

des délais d'attente. Lorsqu'on parle aux médecins, que ce soit au DRMG, que ce soit à la commission médicale régionale anciennement, là, lorsque vous parlez de listes d'attente, le médecin, ce n'est pas nécessairement ça qui... Quand on lui parle de ça, lui, il me dit: Bien ça, c'est une affaire de politiciens, là. Il dit: Moi, là, je ne gère pas ça, moi, cette liste d'attente là. Je les inscris, il est dû, puis là, bien, je fais un «screening» sur à quel moment je devrais opérer tel patient en fonction de la condition du patient. Donc, nous autres, là, quand on additionne des gens sur la liste d'attente, la condition du patient, on n'en tient pas compte, on dit: Il y a 450 patients qui sont en attente pour être opérés. Mais l'appréciation de l'urgence ou de ce que ça doit être fait, c'est le médecin qui fait ça. Donc, à l'heure actuelle, on ne travaillait pas, disons, tous dans le même sens. Avec ce qui est en place, médecins et centre de santé, il faut que ça travaille dans le même sens parce qu'on a des cibles à respecter, et ces cibles-là sont données par le niveau politique.

Mme Harel: À ce moment-là, est-ce que vous envisageriez ce que le projet de loi prévoit, des cliniques médicales associées, pour réduire votre liste d'attente hors délai médicalement acceptable?

M. Leblanc (Normand): Bien, ça pourrait être envisageable, mais, dans un premier temps, il faut être capables de travailler ensemble, médecins, hôpital, centre de santé, là, dans ce cas-là, pour dire, bien, nous, qu'est-ce qu'on va faire pour faire face à cet objectif-là qui est de ne pas dépasser les délais médicalement acceptables.

Mme Harel: Donc, vous pensez pouvoir le faire à l'intérieur des établissements publics?

M. Leblanc (Normand): Je pense être capable de faire ça à l'intérieur des établissements publics, oui.

Mme Harel: Alors donc, il vous semble que la gestion des listes d'attente est un problème. Ça a été un problème depuis...

M. Leblanc (Normand): La gestion des listes d'attente, oui, ça, c'est un problème.

Mme Harel: C'est un problème.

M. Leblanc (Normand): Oui.

Mme Harel: C'est donc un problème qui ne date pas d'hier. Est-ce que ces listes-là sont boursofflées? Il vous semble qu'elles vont être réduites juste du fait de gérer? Tantôt, vous parliez de gens qui n'ont plus besoin d'opération, vous pensez donc qu'elles ont été de tout temps.

M. Leblanc (Normand): Moi, je pense qu'elles ont été surévaluées, surévaluées au cours des années. Actuellement, quand... Bien, à titre d'exemple, on vous soumet, aujourd'hui, notre rapport annuel avec des données qui viennent préciser l'évolution des choses dans plusieurs domaines. On appelle ça la reddition de comptes, et là les données que l'on utilise, je vais vous

donner... Le système d'information des CLSC, ça fait 30 ans que je suis dans le réseau, moi, puis on a commencé à construire ça, ce système-là, dans les années 1977, j'y ai participé. Mais à partir de quel moment on l'utilise vraiment, là? Bien, on l'utilise pour la reddition de comptes, ça fait à peu près cinq ou six ans, puis là, bien, on note que, ah, bien, telle chose, telle chose, ça devrait être amélioré, il faudrait discerner tel élément, mettre ça plus clair. Alors, à partir du moment qu'on a des gens qui s'intéressent à la reddition de comptes, ça fait en sorte qu'on s'installe, nous, la région et les administrateurs, à s'apprécier à partir de ça. C'est-u correct, ce que j'ai fait en termes de volume? J'ai-tu atteint ce que j'ai voulu atteindre? Bien là, ça nous amène à se questionner.

● (10 h 30) ●

La liste d'attente, bien on mettait tout le monde qui était susceptible d'avoir une opération, on mettait ça tout là-dedans. Mais la révision de ça... C'est-u correct de l'avoir installée sur la liste d'attente? Exemple, on nous soumettait souvent la question des cataractes: elle est installée sur la liste d'attente, la personne, pour une opération dans un an parce qu'elle n'est pas due, là, aujourd'hui, mais, dans un an, elle sera prête, la personne. Mais on ne mettra pas ça sur la liste d'attente, là, ça ne fait pas six mois. Elle n'est pas en attente, ce n'est pas en attente d'une intervention, mais ça faisait partie des listes d'attente. Alors, beaucoup de choses comme ça, lorsqu'on examine les listes d'attente, amènent les administrateurs à se questionner sur la qualité de cette liste-là. C'est-u vraiment des gens qui sont en attente d'une opération? Et, lorsqu'on fait le ménage, bien on élague les choses, on dit qui est vraiment en attente, en fonction de sa condition, mais là on arrive à un portrait pas mal différent.

Mme Harel: Mais en fait la grande question, c'est donc: il demeure 454 personnes en Abitibi-Témiscamingue qui, durant la présente année, hors délai médicalement acceptable, sont en attente d'une chirurgie d'un jour.

M. Leblanc (Normand): Oui.

Mme Harel: Est-ce que vous considérez que, même, tantôt avec l'exemple que vous donniez, plusieurs d'entre elles dans le fond ne sont pas hors délai médicalement acceptable?

M. Leblanc (Normand): Un certain nombre d'entre elles sont...

Mme Harel: Mais c'est combien? Vous l'évaluez à combien?

M. Leblanc (Normand): Je ne peux pas vous le dire.

Mme Harel: Vous n'êtes pas capable. Quoi qu'il en soit, le projet de loi actuel prévoit qu'il serait possible de transférer, lorsque c'est hors délai, des patients vers d'autres établissements publics de d'autres régions. Est-ce que vous l'envisagez aussi?

M. Leblanc (Normand): Tout à fait. Lorsqu'on ne sera pas capables de faire l'opération, on envisage

d'avoir des ententes avec d'autres établissements pour être capables d'offrir le service.

Mme Harel: À ce moment-là, le financement serait... J'ai souvenir d'une lettre, une correspondance du médecin responsable des chirurgies de genou à l'hôpital d'Amos, je pense, et qui se plaignait que le Jewish à Montréal avait envoyé une correspondance à l'effet qu'ils avaient mis à zéro leur liste d'attente et qu'ils demandaient, là, un peu partout en région, la possibilité de recevoir des patients, notamment de l'Abitibi-Témiscamingue, là, pour faire des chirurgies. Et il y avait une protestation véhémement, hein, comme vous le savez, d'Amos, en disant: Ce sont des personnes âgées, une fois opérées, il y a des suivis à faire. Ces personnes-là, il faut qu'elles soient dans leur territoire et non pas à l'extérieur. Puis il y a des coûts également, là. Est-ce que vous envisagez que les coûts de déplacement soient... parce qu'il y a des gros problèmes de coûts de déplacement, je pense, hein, que rencontrent les gens du territoire?

M. Leblanc (Normand): Oui.

Mme Harel: Vous en avez parlé dans votre rapport.

M. Leblanc (Normand): Oui, oui. Et...

Le Président (M. Copeman): Nous allons terminer l'échange sur ce sujet. Allez-y, M. Leblanc.

M. Leblanc (Normand): Je réponds?

Le Président (M. Copeman): Oui. Oui, absolument.

M. Leblanc (Normand): Oui, c'est un fait. Les coûts de déplacement sont importants, sauf qu'avec la nouvelle politique sur les frais de déplacement qui a été mise en place il y a maintenant deux ans les gens sont beaucoup plus à même d'aller avoir les services à l'extérieur. Ça, c'est la première des choses. Puis ça, dans le cas que vous amenez, Mme Harel, lorsqu'on aura à envoyer des patients se faire traiter à l'extérieur, ils auront droit aux mêmes barèmes, et la région va les assumer.

Mais je vous dirais, moi, qu'à partir du moment où est-ce que, sous prétexte qu'on ne respecte pas notre liste d'attente puis qu'on va amener des gens à se faire traiter à l'extérieur... Connaissant les administrateurs en Abitibi-Témiscamingue, ils ne toléreront pas ça trop longtemps. On va faire en sorte qu'on les traite chez nous. Parce que, je vous le rappelle, 87 % des patients sont traités chez nous. On est à peu près le seul, au Québec, à faire ça, au niveau des régions périphériques et éloignées.

Le Président (M. Copeman): C'était d'ailleurs la question que je voulais vous poser, M. Leblanc. Est-ce que le fait même de laisser planer la possibilité d'envoyer des patients à l'extérieur de la région quand ils sont en dehors du délai médicalement acceptable va amener soit les administrateurs soit les médecins à un certain élan, un certain désir d'améliorer ou obligation d'améliorer un peu l'efficacité afin de traiter ces patients-là dans la région?

M. Leblanc (Normand): Ça va induire et ça va stimuler les administrateurs, ça, j'en suis convaincu, à faire en sorte que les patients soient traités dans notre région. Parce qu'il faut bien comprendre qu'au sein de ces établissements-là il y a des conseils d'administration qui sont des citoyens qui vont faire en sorte de prendre tous les moyens pour que les patients soient traités chez nous.

Tantôt, on nous posait la question, M. le Président, comment est-ce qu'on fait pour avoir les résultats financiers et on ne fait pas de déficit, puis tout ça. Vous savez que la méthode actuelle de répartition des ressources financières fait en sorte que, pour certaines opérations, pour évaluer ce qu'on devrait avoir, là, c'est-à-dire la dépense attendue d'une région est égale à la dépense réelle pour à peu près 30 % du budget des hôpitaux, parce qu'elle n'est pas évaluée par une méthode de performance. Pour faire augmenter cette portion-là, il faut que les établissements aillent en déficit, aussi curieux que ça puisse paraître. Les conseils d'administration disent à leurs dirigeants: Il n'en est pas question, qu'on aille en déficit.

Donc, la réponse pour savoir qu'est-ce qui fait qu'une région comme l'Abitibi-Témiscamingue respecte son budget, c'est d'abord les conseils d'administration qui sont très rigoureux face aux administrateurs, qui ne permettent pas aux D.G. d'aller en déficit, et, au niveau de l'agence, les contrôles que nous effectuons, donc, grosso modo, là, c'est comme ça qu'on atteint l'équilibre budgétaire, et une forte, je dirais, opiniâtreté, c'est-à-dire d'être capables de répondre aux besoins chez nous.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Oui, merci, M. le Président. Eh bien, M. Leblanc, mesdames messieurs, bienvenue. Bienvenue, et c'est très agréable de vous recevoir aujourd'hui, surtout que vous avez un bilan extraordinaire, qui nous enchante. Je pense que vous êtes un modèle. L'Abitibi va donner le tempo pour un peu partout à travers le Québec, c'est formidable. Je veux vous féliciter. Nous sommes très, très, très heureux de ça, là. Tout comme mes collègues, je suis enchanté de voir un tel résultat et je sais que ça n'a sûrement pas été facile à atteindre, mais vous avez réussi. Ça fait que, donc, chapeau, c'est merveilleux. Je suis content de constater aussi que, chez vous, la fusion, là, de systèmes de santé, hôpital, CLSC et CHSLD, fonctionne très, très bien comme, ça, par exemple, un peu partout au Québec, peut-être pas en totalité mais en très grande majorité. Je pense que c'est un élément très important pour aider à améliorer le système de santé partout à travers le Québec, et je constate, pour avoir écouté ce que vous avez dit, que c'est le cas chez vous.

J'aimerais qu'on parle un peu de ce que ma collègue a parlé avec vous tantôt. Vous avez parlé d'infirmières spécialisées, un plus pour l'avenir, un plus très important, et on a tous bien hâte qu'il y en ait un peu partout à travers le Québec. Et vous êtes, encore là, très avant-gardistes dans ce sens-là. Lâchez pas, merveilleux! Mais infirmières en général, un peu partout à travers le Québec, il y a une pénurie d'infirmières. On sait l'importance d'une infirmière dans un système de santé, c'est très, très, très important. Il y a des difficultés,

des manques d'infirmières un peu partout. On le vit dans ma région, en Montérégie, particulièrement à Saint-Jean-sur-Richelieu dont je suis le député. À l'Hôpital du Haut-Richelieu, il y a eu un problème, cet été, avec les vacances, tout ça, qui a fait qu'il y avait une pénurie d'infirmières. On devait demander — et ça se fait chez nous, je crois qu'on constate que c'est un peu partout — à des infirmières de faire un peu plus que leur quart de travail régulier, de faire des doubles, etc. Ce n'est pas facile pour ceux qui sont là, mais ils le font et, je tiens à le souligner, avec grande distinction jusqu'à date, là, parce que le personnel infirmier, à travers les hôpitaux du Québec, et j'ai eu le plaisir de le constater en tout cas dans certaines... cet été, font ça avec grande distinction. Mais, chez vous, est-ce qu'il y a une pénurie d'infirmières aussi?

● (10 h 40) ●

M. Leblanc (Normand): Oui, mais je vais la qualifier. Il y a une pénurie d'infirmières lorsqu'on veut augmenter... Par exemple, demain matin, vous voudriez augmenter la production au niveau des salles d'opération. On peut avoir des équipements, mais les équipes en place, on en a x. Mais, pour former... Et, pour ouvrir une salle d'opération additionnelle, bien c'est plus difficile parce qu'on sait qu'une infirmière en salle d'op ça demande un certain temps de formation. Donc, vous me diriez: Demain, je veux augmenter la production, mais je ne pourrai pas le faire parce que je suis en pénurie, je n'ai pas de personnel de formé suffisamment. Toutefois, on a deux écoles, en Abitibi-Témiscamingue, où on forme des infirmières, techniciennes et bachelières. Ça nous permet d'avoir accès à un bassin, à chaque année, d'infirmières pour l'ensemble de l'Abitibi-Témiscamingue.

Où est-ce que je nous trouve un peu frileux, au niveau des établissements, c'est qu'on hésite à se donner un plateau plus solide d'infirmières. C'est-à-dire qu'à chaque année on a un certain nombre d'heures sur la liste de rappel, hein? Des infirmières sont souvent... il y en a qui sont à temps partiel, certaines font le choix de demeurer à temps partiel, il y en a d'autres qui sont en temps complet. Mais on pourrait prendre un peu plus de risques pour dire: Bien, nous autres, on va faire en sorte d'avoir un plus grand nombre de postes d'infirmières bachelières et techniciennes au sein de nos établissements, plus que le plan d'effectif l'établit, pour s'assurer d'être capables de prendre les variations de demandes un peu plus souvent. Et, ce faisant, si on prenait ce risque-là, je pense qu'on pourrait réussir à passer les périodes d'été et les périodes des fêtes beaucoup plus facilement.

M. Paquin: Donc, ce plan pourrait s'appliquer aussi partout au Québec.

M. Leblanc (Normand): Bien, je ne connais pas les autres régions, je connais la mienne. En ce qui me concerne, moi, je pense qu'on pourrait prendre un petit peu plus de risques sans nécessairement créer des déficits astronomiques, là, au niveau de la gestion.

M. Paquin: Parfait. Merci.

Mme Harel: ...

M. Paquin: Oui, allez-y.

Mme Harel: Le risque de pouvoir faire du temps supplémentaire, c'est ça?

M. Leblanc (Normand): C'est parce que, lorsqu'on donne...

Mme Harel: Excusez-moi, monsieur.

M. Leblanc (Normand): ...lorsqu'on donne plus de postes que le plan d'effectif prévu, bien les administrateurs vont dire: Oui, mais là ça peut me coûter une journée de plus à tel moment, puis ces choses-là. Donc, il y a un petit risque là. Mais, entre ça puis de ne pas en avoir, des fois j'aimerais mieux qu'on en ait puis qu'on essaie de voir comment est-ce qu'on pourrait se récupérer dans le futur après.

M. Paquin: Merci, M. le président. C'est certain que, dans des endroits, ça pourrait être plus difficile que chez vous parce que, où est-ce qu'il y a une pénurie vraiment plus importante, ça deviendrait peut-être plus difficile. C'est un... c'est... Oui, allez-y.

M. Leblanc (Normand): C'est parce que, vous savez, quand on dit: Dans des endroits où est-ce qu'on a une pénurie plus importante, on vénère quasiment la pénurie en ne s'installant pas, en n'ayant pas un plan d'effectif suffisant pour couvrir les besoins d'un centre. Parce que, si vous invitez une infirmière à travailler chez vous à deux jours-semaine, puis les gens, ils ont la broue dans le toupet, puis ils sont toujours fatigués, bien l'intérêt pour aller travailler chez vous, là, d'aller travailler dans cet établissement-là, il ne sera pas bien, bien grand, hein? Moi, je pense que, si on pouvait mieux avoir un plateau d'infirmières, avoir une plus grande marge de manoeuvre au niveau de ça, là, avec un plateau d'effectif un petit peu plus grand que les besoins, utiliser à 100 %, même à 110 % les infirmières, là, je pense qu'on pourrait peut-être faire en sorte d'avoir du personnel un petit peu moins épuisé en offrant des postes plus souvent que de faire fonctionner tout le monde sur la liste de rappel.

M. Paquin: Plus à plein temps, ceux qui sont temps partiel, entre autres.

M. Leblanc (Normand): Mais ça, je ne caractériserais pas ça plus à temps plein ou à temps partiel, parce qu'il y a des gens qui font des choix, dire: Bien, moi, c'est à temps partiel que j'aimerais travailler, trois jours-semaine. Mais il faut être capable de s'adapter à ces choix-là. Vous savez, on est obligés de s'adapter aux médecins, ça fait qu'on devrait être capables de s'adapter aux infirmières aussi, là. Ça fait que, si les infirmières souhaitent travailler quatre jours-semaine, bien, moi, je dis bravo, je suis capable de stabiliser tel service avec ça. Mais il faut être capable de s'adapter avec la convention collective. Il me semble qu'il y a moyen de créer quelque chose en étant un petit peu moins frileux, au niveau de la base des effectifs médicaux infirmiers, dans chaque centre de santé.

M. Paquin: Parfait. Merci.

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

Mme L'Écuyer: C'est juste pour compléter dans cette veine. Il y a eu des expériences qui ont été faites justement dans certains établissements où on a confirmé des postes à partir de la fameuse liste de rappel, et c'est vrai que ça a un effet stabilisateur, premièrement. Deuxièmement, ça permet d'avoir du personnel qui ne vient pas juste donner un service puis qui s'en retourne, ça donne du personnel qui s'implique. Et c'est vrai que ce n'est pas évident pour les établissements de prendre cette décision-là, mais les établissements qui l'ont fait n'ont pas nécessairement encouru des déficits. Ça a permis de maintenir... Ça coûte cher, entrer des infirmières graduellement, et ça permet dans le fond... c'est plus le principe des partages de postes. Quelqu'un veut aller à temps partiel, il y a quelqu'un d'autre qui rentre qui prend son poste, puis on peut combler, si elle veut un temps complet, avec les heures de rappel.

Ça fait que je vous comprends, je suis d'accord avec votre orientation en disant: Ils sont peut-être trop frileux, peut-être qu'il faut les pousser un peu plus. Mais c'est une solution souvent à la pénurie et c'est souvent aussi une solution au fait que les infirmières sentent qu'il y a une implication des gens qui viennent et qui sont partie prenante de l'organisation et pas juste pour faire du remplacement.

M. Leblanc (Normand): C'est ça.

Mme L'Écuyer: Ça fait que c'est quelque chose qui...

M. Leblanc (Normand): Mais, si je peux juste rajouter, j'étais, avant d'être en Abitibi-Témiscamingue, dans le Nord-du-Québec, puis il y avait une cohorte d'infirmières qui venaient de terminer... par des gens du Nord-du-Québec, Chibougamau. Ça fait que là on me dit: Bien là, on a de la place juste pour trois, quatre, puis il y en avait une quinzaine qui avaient été formées. Ça fait que j'ai dit: On les engage toutes. Puis là bien j'ai dit: Oui, mais ça n'a pas de bon sens, mais j'ai dit: C'est quoi, le risque? Qu'est-ce que ça va nous coûter, ça, maintenir? Ça fait que là on se met à calculer. Au début, le risque, c'était 200 000. Après ça, bien là, on dit: S'il y en a une... Bien, si on a plus d'aide, bien ça pourrait faire en sorte que certaines puissent aller se reposer, c'est-à-dire qu'il y en ait moins de stressées, moins de temps supplémentaire. Ça fait que là, à la fin de l'année, là, le risque n'était pas si grand que ça parce que, même s'il y en a une quinzaine, de finissantes, il y en a certaines qui ne viendront pas travailler chez nous parce qu'elles font le choix d'aller travailler ailleurs, mais, en bout de ligne, si je suis capable d'en retenir neuf pour le Nord-du-Québec, c'est parfait.

Donc, il faut être capable de prendre le pour et le contre puis d'y aller un peu, là, là-dessus.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Il reste deux minutes à peine.

M. Paquin: C'est beau. C'est beau, docteur.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pardon, Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bienvenue, madame et messieurs de l'Abitibi-Témiscamingue. Écoutez, les services sociaux, c'est quelque chose de majeur pour les citoyens et les citoyennes. Ça fait partie des services essentiels dans le quotidien des personnes, et je vous dirais que j'ai toujours considéré que les services sociaux — je vais le dire comme je le pense — sont les parents pauvres de l'ensemble du réseau de santé et de services sociaux du ministère comme tel.

Alors, ceci étant dit, j'aimerais vous questionner sur ces problématiques qui relèvent des services sociaux, entre autres je voudrais vérifier avec vous par rapport à la protection de la jeunesse. Partout au Québec, il y a une augmentation très importante du taux de signalements, et souvent, ces signalements-là, on retrouve des causes de négligence. Et, encore cette semaine, la DPJ de Montréal sortait sur la place publique pour associer la négligence à des problèmes de toxicomanie qui est présente dans des familles qui ont des difficultés comme telles. Alors, je vais vous poser des questions à la fois sur la DPJ mais aussi sur la toxicomanie.

J'aimerais savoir l'augmentation des signalements chez vous. À peu près, c'est quoi, les budgets que le centre jeunesse a, chez vous? Les problèmes de santé mentale, le gouvernement a annoncé 3 millions sur trois ans pour contrer le suicide chez les jeunes en centre jeunesse, est-ce que le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue va avoir droit à des sous, et combien? Parce que c'est l'agence qui va recevoir l'argent, et c'est vous qui allez décider de l'acheminer aux centres jeunesse ou pas. Et j'aimerais aussi avoir une idée, dans vos centres jeunesse et dans vos signalements, c'est quoi, la proportion qui touche les autochtones? Et est-ce que vos services sont adaptés à cette clientèle-là?

M. Leblanc (Normand): O.K.

Mme Charest (Rimouski): Je vous ai bousculés, là, plusieurs questions, mais une à la fois.

M. Leblanc (Normand): Ça va aller. Alors, au niveau de l'augmentation... parce que ça adonne bien parce qu'on s'était fait une feuille sur l'évolution des taux de signalements.

Mme Charest (Rimouski): Ce n'est pas pour vous piéger, hein?

M. Leblanc (Normand): Non, non, non, mais... Le taux d'accroissement depuis 2003-2004, on l'évalue entre 8 % et 9 % par année d'augmentation des signalements. Ça, c'est excluant, là, entendons-nous, excluant les autochtones. Donc, on avait 1 147 signalements en 2003-2004. En 2005-2006, on est à 1 346. Pour les autochtones... Ça, ce qui donne, juste pour qu'on puisse se comprendre, là, pour fins de comparaison, ça donne à peu près 43 signalements par 1 000 jeunes.

Mme Charest (Rimouski): Et chez les — on va le dire comme ça, là — Blancs, c'est quoi?

M. Leblanc (Normand): Ça, c'est chez les Blancs.

Mme Charest (Rimouski): O.K. 43 par 1 000.

M. Leblanc (Normand): Chez les allochtones, qu'on appelle. Pour les autochtones sur réserve, là on est à quasiment 10 fois ça.

Mme Charest (Rimouski): 430 par...

• (10 h 50) •

M. Leblanc (Normand): Oui. Actuellement, là, je vais vous donner un exemple. Il y avait 301 signalements en 2003-2004. En 2005-2006, on est à 420, pour une augmentation moyenne de 20 %, ce qui nous amène à un taux de 274 signalements par 1 000 jeunes. Donc, pour les autochtones, c'est assez majeur. Et c'est à peu près ça dans tous les niveaux de services qui sont requis par les services à la jeunesse.

Pour vous donner un exemple, on a, à Rouyn-Noranda, une équipe du centre jeunesse qui est là avec éducateurs, travailleurs sociaux d'une dizaine de personnes pour 40 000 de population et on a, dans une communauté, pour ne pas la nommer, Lac-Simon, où est-ce qu'il y a 1 500 de population, on a le même nombre de travailleurs. C'est beaucoup, beaucoup, beaucoup de détresse, d'abus, de négligence, de problèmes de consommation qui sont dans ces communautés-là.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que vous avez des objectifs, des objectifs globaux, là, dans votre plan d'action, et tout ça, mais pour cette clientèle avec vraiment des problèmes majeurs? C'est reconnu, on le sait, à la grandeur du Québec, partout où il y a des autochtones, il y a des communautés en désarroi, et pour toutes sortes de raisons. Est-ce que vous avez des cibles particulières pour rejoindre puis pour donner des services, pas juste l'accès aux services mais l'intensité des services, là?

M. Leblanc (Normand): Bien, le problème, là, c'est qu'on a un... c'est comme un lit à trois, ça, cette affaire-là. C'est qui qui mène les services au niveau des autochtones? Il y a le fédéral, il y a le provincial, puis il y a la communauté, puis il y a le centre jeunesse, là, qui essaie de se faufiler là-dedans puis de donner des services. Alors, c'est difficile de parler des solutions qu'on peut envisager sans clarifier qui qui paie pour quoi. Lorsque le fédéral a des règles de financement qui... Pour avoir du financement, il faut judiciariser certains des cas. Pour avoir accès à un psychologue, il faut judiciariser. Pour avoir accès à un éducateur, il faut judiciariser. Alors, dans ces cas-là...

Mme Charest (Rimouski): Il faut judiciariser?

M. Leblanc (Normand): Oui. S'il n'y a pas d'ordonnance, le fédéral ne paie pas. Ça fait que là, nous autres, on veut être capables de soutenir la communauté autochtone, parce que le rôle du fédéral versus nos obligations est nébuleux. Et il y a des fonds par la suite, par-dessus ça, qui sont octroyés à la communauté autochtone, qui dit: Pour vos services sociaux, bien on vous a alloué x montant. Ce n'est pas alloué à une instance, c'est alloué à la communauté autochtone. Alors, eux se disent ne pas avoir d'argent pour soutenir les services sociaux, parce qu'il en manque.

Alors, nous, on essaie de donner des services dans ce contexte-là au niveau des signalements. On les prend, on s'en occupe. Mais, pour avoir des ententes de

financement pour bien soutenir la communauté... autrement dit, de se donner une dynamique, là, communautaire, là, avec un centre de santé qui se dit... Mettons, si je prends un centre de santé, là, on dit: L'imputabilité populationnelle, ça, c'est le fer de lance de chacun des centres de santé, je vais m'installer puis je vais être capable d'agir sur ma communauté. Quand je veux faire ça dans la communauté autochtone, bien ce n'est pas simple. Même si vous aviez un chef qui disait: Bien, moi, je vais bâtir ça, là, parce qu'on a des exemples qu'on a des chefs qui veulent créer ça, mais, à cause du triump de financement, c'est difficile. Donc, quand vous me demandez un plan, oui, on a des plans, mais je voulais seulement vous donner les prémisses lorsqu'on travaille avec les communautés. Puis je vais laisser Noël vous faire part de ce qui est en train de se faire avec la communauté du Lac-Simon, au niveau des autochtones.

Le Président (M. Copeman): M. Neveu.

M. Neveu (Noël): Oui. Bien, ce qu'on réussit à faire avec la communauté du Lac-Simon, qui est une jeune communauté particulièrement affectée par les problèmes sociaux, depuis 2002, c'est de répondre aux besoins, je dirais, curatifs, malgré... comme le disait Normand tantôt, on dépense... C'est-à-dire, on octroie, là, 12 personnes, 12 professionnels, alors que, dans une ville comme Rouyn, on en octroie 10. Ça vous dit le niveau de ressources qui est nécessaire pour répondre aux obligations qu'on a en vertu de la Loi de la protection jeunesse. On réussit à le faire. Depuis 2002, je pense que le centre jeunesse a fait un virage important. Je ne sais pas si vous vous souvenez, en 2001, il y a énormément eu, je dirais, de communications publiques sur la situation des services aux autochtones dans la région. On a eu des menaces de tutelle. Et il y a eu un revirement important. Et, depuis ces années-là, on réussit, je dirais, à répondre à la demande de services sociaux en lien avec la protection de la jeunesse.

Et ce qu'il faut faire maintenant, c'est intervenir sur une base communautaire, sur une base de prévention, sur une base, je dirais, avec laquelle on intervient à peu près partout au Québec, à peu près partout dans les communautés blanches, c'est-à-dire avec une approche de santé et de bien-être, avec une approche où la communauté va développer elle-même un projet de ville ou de communauté en santé. Et actuellement, dans plusieurs communautés, en tout cas dans deux, on a des approches. Kitcisakik actuellement est en démarche pour développer une communauté en santé, donc développer des services qui ne sont pas strictement des services curatifs mais des services communautaires. Et Lac-Simon aussi, on a fait des approches, et le contexte politique dans la réserve actuellement nous a amenés, je dirais, à retarder les choses.

Mais il faut agir, il faut agir à ce niveau-là. Il ne faut pas juste agir au niveau des services curatifs, il faut agir à ces niveaux-là. Et le plan qu'on a, c'est effectivement de voir comment, avec, je dirais, le peu de pouvoir qu'on a — parce qu'on est un invité dans cette dynamique-là, où c'est des nations, on travaille avec des nations qui ont, je dirais, la vision de vouloir gouverner leurs services de santé et services sociaux — donc comment, avec notre responsabilité au niveau de la

protection de la jeunesse, on peut s'installer dans une dynamique avec eux autres pour travailler à d'autres niveaux qu'au niveau préventif.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je veux vous signaler, pour votre gouverne, qu'il reste cinq minutes.

Mme Charest (Rimouski): Eh! On va aller plus vite. Donc, on va poser des questions plus succinctes. En toxicomanie, on sait très bien que, dans différentes régions, il n'y a pas de portrait global, hein, des services qui sont disponibles. Chez vous, c'est quoi, la situation par rapport aux services de première et de deuxième ligne? Et c'est quoi, l'intensité aussi des services donnés?

M. Leblanc (Normand): En termes d'intensité, je n'ai pas cette donnée-là, mais je peux juste vous dire qu'il y a un centre de réadaptation qui s'appelle le Centre Normand, qui est situé à Amos, qui donne l'ensemble des services en toxicomanie en collaboration avec les centres de santé de chacun des territoires, des six territoires de l'Abitibi-Témiscamingue. En termes d'intensité, est-ce que tu peux répondre à ça, toi, Nicole?

Mme Desgagné (Nicole): Ah non! Je ne...

Mme Charest (Rimouski): Si vous n'avez pas la réponse, ce n'est pas grave. Vous pourriez nous l'acheminer au secrétariat de la commission plus tard, quand vous retournerez. Je vais par contre vous poser une autre question, dans un tout autre ordre d'idées, sur les centres hospitaliers de soins de longue durée. J'aimerais savoir combien de personnes occupent un lit de soins de longue durée dans vos institutions et qui souffrent en réalité d'un handicap ou d'une maladie dégénérative comme la sclérose en plaques puis, parce qu'il n'y a pas de services intermédiaires, ils se retrouvent dans les soins de longue durée. Est-ce que vous avez cette problématique-là, chez vous, et c'est quoi, l'ampleur?

M. Leblanc (Normand): Ce qu'on a: à peu près 10 % de la clientèle qui serait touchée par cette caractéristique-là, là, et...

Mme Charest (Rimouski): Ça veut dire combien, en...

M. Leblanc (Normand): Une soixantaine de personnes.

Mme Charest (Rimouski): Elles ont de quel âge à quel âge?

M. Leblanc (Normand): Ça va varier de 20 à 65 ans, là, si je considère ceux qui sont en bas de 65 ans, là, oui, c'est... Et l'approche que les centres nous ont communiquée par rapport aux services, c'est qu'avec les réaménagements qu'on est en train de faire on est en train d'être capables, là, de les regrouper par différentes problématiques, pour ne pas qu'ils se retrouvent... exemple, il y en a qui ont des difficultés, mais ils peuvent échanger avec d'autres patients. Donc, c'est ça qu'on est en train de placer au niveau de la région.

Mme Charest (Rimouski): Parce que, moi, je parle de personnes qui soit ont un handicap physique, paraplégique, quadraplégique, suite à un accident, un trauma ou...

M. Leblanc (Normand): C'est ça. Ça, c'est une dizaine...

Mme Charest (Rimouski): Une dizaine de personnes?

M. Leblanc (Normand): 10%. 10 %, qui veut dire une soixantaine.

Mme Charest (Rimouski): Puis les maladies dégénératives, comme la sclérose en plaques, ou tout autre...

Une voix: C'est tout inclus.

M. Leblanc (Normand): C'est ça.

Mme Charest (Rimouski): Ça, ça... les deux. J'aimerais bien avoir le portrait de la clientèle qui se retrouve... et j'aimerais savoir aussi qu'est-ce que vous faites, là, pour que ces gens-là se retrouvent dans un milieu de vie plus adapté à leurs besoins. Parce que ces gens-là peuvent être autonomes dans bien des activités courantes de la vie quotidienne, mais, parce qu'ils n'ont pas les services médicaux dans des logements adaptés, on les retrouve en soins de longue durée, et c'est inadmissible. Ils se retrouvent avec des personnes avec des problèmes cognitifs, alors qu'eux ils ont 30 ans et ils peuvent avoir un voisin de chambre de 70 ans complètement Alzheimer. Puis je n'ai rien contre les personnes Alzheimer, je veux juste dénoter, là, dénoncer un peu cette situation qui est inhumaine pour des jeunes et des moins jeunes qui se retrouvent en soins de longue durée. Est-ce que vous avez un plan par rapport à ça?

• (11 heures) •

M. Leblanc (Normand): Oui. Bien, ce que je vous disais un petit peu tantôt, c'est que, lorsqu'on a ce type de clients là, on essaie de faire des regroupements, qu'ils ne soient pas... si je suis aux prises avec une maladie comme la sclérose en plaques, qu'ils ne soient pas... que je me retrouve avec des patients qui sont Alzheimer, des choses comme ça. Donc, à l'heure actuelle, le regroupement des patients du même type, ça semble être une clé. L'approche prothétique, qui est à installer, qui est en train de s'installer dans chacun des CHSLD, où est-ce qu'on respecte beaucoup plus les conditions des patients, s'installe aussi en région. C'est ça qui est le plan.

Mme Charest (Rimouski): J'aimerais savoir: Votre plan en santé mentale, c'est rendu où, ça s'articule comment?

M. Leblanc (Normand): Actuellement, on a donné des échéanciers, au niveau de chacun des centres de santé, pour avoir les plans de chaque centre de santé le 31 décembre. C'est ça qui est actuellement le plan de match chez nous, en région.

La collaboration interdisciplinaire est difficile, et en plus, lorsqu'on a, comme en région de l'Abitibi-Témiscamingue... Vous avez peut-être vu ça dans les données, des services de première ligne sont souvent

donnés en centre hospitalier. Donc, à l'heure actuelle... Et on maintient le cap là-dessus jusqu'à ce qu'on ait produit le plan d'harmonisation des pratiques, là, au niveau des services de première ligne, dire comment ça va travailler, ça, avec les services de première ligne du CLSC au niveau de la santé mentale. Donc, on a demandé à chaque centre de santé de fournir le plan — évidemment, on accompagne chacun des centres de santé dans ce plan-là — pour le 31 décembre. On s'est inspirés des orientations ministérielles pour le faire, on travaille avec ces orientations-là pour que ce soit mis en place le plus rapidement possible.

Mme Charest (Rimouski): J'ai vu aussi que, pour certaines problématiques, les services sont inégaux sur votre territoire, et ça, c'est inquiétant, parce que, dans certains secteurs, là, il y a des territoires où le service est donné, les objectifs sont rencontrés, et d'autres parties du territoire... Je pense, entre autres, à la déficience physique, je pense, ou déficience intellectuelle. Comment vous allez vous assurer, là, que l'ensemble de votre territoire a un accès et une intensité de services similaires, adaptés aux conditions, mais similaires?

Le Président (M. Copeman): La réponse de M. Leblanc va terminer l'échange.

M. Leblanc (Normand): Je n'ai pas cette réponse-là, parce qu'en ce qui me concerne, là, il me semble que chacun des territoires a un service, une accessibilité aux services similaire.

Mme Charest (Rimouski): Parce que, juste en troubles envahissants du développement, il existe des variations importantes entre les territoires, et souvent, le nombre de personnes étant quand même restreint ou en tout cas limité, ça peut influencer les données. Et on a des belles performances, mais on n'a pas nécessairement le même niveau de services partout sur l'ensemble de votre territoire. C'est ce que je comprends des notes que j'ai reçues, là, à certains égards. Je ne pense pas dire quelque chose de complètement farfelu, là.

M. Leblanc (Normand): Non, mais c'est parce que, moi, je ne le savais pas, pas du tout.

Mme Desgagné (Nicole): Alors, ça fait partie du travail qui est effectué actuellement pour ajuster entre chacun des territoires. Il y a des mesures qui ont été prises. Il y a eu des ajustements budgétaires notamment dans certains territoires par rapport à d'autres. Il y a aussi la présence, dans des territoires, d'organismes communautaires plus actifs que d'autres, qui entraîne qu'au niveau des indicateurs on va avoir des résultats différents dans un territoire parce qu'il va y avoir une complémentarité différente pour certaines clientèles.

Et, pour ce qui est plus spécifiquement des troubles envahissants du développement, c'est quand même une problématique qui est connue de moins longue date. Pratico-pratique, le centre de réadaptation qui s'en occupe, c'est sûr que, le territoire qu'il occupe, les gens sont plus ouverts ou en tout cas il y a plus de liens historiques qui ont fait qu'on a déposé plus rapidement. Alors qu'il y a des territoires un petit peu plus éloignés

du centre de réadaptation où, avant qu'on connaisse la problématique, qu'on la reconnaisse, qu'on la dépiste... Le travail se fait, mais nos objectifs, c'est, pour 2010, là, qu'on atteigne les cibles équitablement dans tous les territoires.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Moi, je vais aller à votre plan, que vous avez déposé en 2005, sur la planification stratégique... la vision stratégique... plan de mise en oeuvre des services aux personnes âgées. Je sais que vous avez reçu une lettre de M. Iglesias qui soulignait l'excellence...

M. Leblanc (Normand): Vous avez eu ça?

Mme L'Écuyer: ...qualité de votre plan d'action. Je vais aller aux services spécialisés, parce qu'on sait que souvent, au niveau des services spécialisés pour les personnes âgées, c'est un des domaines, je pense, qui est le moins développé ou qui se développe actuellement, quand on parle de gériatrie, de psychogériatrie, réadaptation, maladies neurodégénératives. Je sais aussi que souvent, dans les régions, c'est difficile d'avoir des spécialistes pour supporter les équipes interdisciplinaires locales. C'est difficile d'avoir des spécialistes dans les différents domaines au niveau des services spécialisés. J'aimerais ça vous entendre parler de votre plan, parce que, je vous le dis bien honnêtement, je ne l'ai pas lu, mais j'aimerais ça que vous en fassiez un petit résumé. Et quelles sont les plus grandes difficultés que vous allez être confrontés dans l'application de ce plan-là qui est un plan de cinq ans? J'aimerais ça vous entendre parler de ça un peu.

M. Leblanc (Normand): Alors, comme vous l'avez vu tantôt, on s'est inspiré de ce plan-là pour aboutir à ce qu'on vous a présenté, c'est-à-dire notre plan de lutte aux maladies chroniques. Donc, le plan repose sur six grands défis: le premier des défis, c'est la prévention de la perte d'autonomie, c'est le point majeur et qui inclut l'implantation des cliniques interdisciplinaires; le deuxième défi, c'est le maintien de l'autonomie; le troisième, c'est le soutien à l'intervention; le quatrième, c'est les ressources d'hébergement; le cinquième, les services de deuxième ligne lorsque vous avez fait état aux services de gériatrie; et enfin les services aux autochtones qui méritent une attention particulière dans les communautés autochtones, parce qu'on comprendra que pour quelqu'un qui vit sur réserve et arriver à un CHSLD, ce n'est pas la même chose. Donc, grosso modo, ces six grands défis là nous ont servi à établir le plan d'action pour faire face au vieillissement. À l'intérieur de ça, il y a 26 stratégies qui sont identifiées. Je ne les passerai pas les 26, mais je vais juste attirer votre attention sur...

Tantôt, vous avez posé une mosue de belle question: Comment vous faites le changement? Vous avez bien beau parler de l'interdisciplinarité, mais comment vous faites le changement? C'est un peu la même chose avec ça. On s'est dit: Comment on va faire quand on parle de trouver des alternatives à l'hébergement? Comment on va faire pour faire en sorte que les gens puissent se sentir

chez eux le plus longtemps possible? Et, là-dessus, on s'est inspirés d'une étude que la Santé publique avait faite en 2001-2002, où est-ce qu'ils ont fait une trajectoire, dans une municipalité, des gens qui vieillissent, puis ils disent: Bien là, quand je quitte ma maison pour aller vivre en appartement, ce n'est pas facile à prendre comme décision. Ça fait qu'on s'est inspirés de cette... je ne dirais pas toute l'étude, là, mais de ce deuil-là pour dire: Comment on va installer un processus auprès des personnes âgées qui va les amener à faire des choix avant d'être à bout de souffle? Première des choses.

Deuxième des choses, on s'est dit: La participation sociale des aînés. On avait des gens au conseil d'administration, des gens qui ont entre 65 et 70 ans, puis qui nous disaient: Bien là, là, ce n'est pas parce qu'on a 65 ou 70 ans qu'on ne sert plus à rien, là. Pouvez-vous considérer que, nous autres, la participation sociale, là, on fait partie de ça puis on est capables de contribuer à faire en sorte que nos communautés puissent profiter de la richesse des personnes, même s'ils sont à la retraite, même s'ils ont 65 ans et plus? Alors, c'est Noël qui travaille avec les gens. Aussi curieux que ça puisse paraître, là, on s'est dit: On sort de l'agence, on s'en va avec les maires, on s'en va avec les représentants des médecins, on s'en va avec des acteurs qui sont dans les communautés, pour faire en sorte de connaître comment on pourrait bien faire pour induire un cheminement chez les personnes, comment est-ce qu'ils pourraient dire: Moi, je vais quitter mon bungalow, je vais quitter ma maison pour aller dans un appartement ou je vais aller dans un lieu plus adapté à ma condition parce que ça ne me tente plus de faire les repas ou ça ne me tente plus de tondre la pelouse.

• (11 h 10) •

Et, nous, vous savez, avec 145 000 personnes sur un territoire, les promoteurs qu'on peut connaître, les promoteurs immobiliers pour dire: On va bâtir des condos adaptés aux besoins de la population, bien ça n'arrive pas comme ça. C'est plus difficile, avoir accès à ces alternatives à l'hébergement, là. Alors, c'est avec les gens de la place qu'on va construire ça. Donc, dans le comment, ce qui m'apparaît assez intéressant... Puis Noël me rapportait la semaine dernière que les gens sont très contents de participer, dans chacune de leur communauté, à se donner une vision au niveau de la participation sociale et au niveau des alternatives à l'hébergement. Et, pour nous, c'est quelque chose de stratégique. Parce que, si les gens se sentent bien chez eux puis en plus ils ont acquis de bonnes habitudes de vie, bien c'est merveilleux.

Mme L'Écuyer: Mais est-ce que cette approche, que vous vendez très bien, va aider à aller recruter les spécialistes? Parce qu'il faut quand même dire qu'il y a des personnes âgées qui ne sont pas en mesure de rester dans leur appartement. On en a qui vont avoir besoin de soins très spécialisés. Est-ce que cette approche-là est bon vendeur pour recruter les spécialistes dont vous avez besoin, si on parle d'une équipe psychogériatrique ou des choses comme ça?

M. Leblanc (Normand): Je vais vous dire franchement, on n'a pas travaillé beaucoup cette stratégie-là au niveau de l'acquisition de spécialistes en gériatrie. Toutefois, on a, avec l'Université McGill, une très bonne

ouverture à ce niveau-là. Donc, lorsque ce sera mieux cerné... Parce qu'actuellement ce que les médecins nous ont ciblé comme mesures de soutien en termes d'intervention auprès des personnes âgées: nos médecins ont ciblé certaines interventions au niveau des médicaments, suivi médicamenteux, comme étant des points importants. On va passer à une autre étape, mais on va le faire avec l'Université McGill. Et ça, je vous dis qu'on n'est pas rendus là.

Mme L'Écuyer: J'aimerais ça qu'on revienne brièvement au niveau des autochtones. Bon. La collègue a abordé tantôt le problème au niveau des jeunes, les difficultés, les nombreux signalements. On a aussi les personnes âgées. Souvent, ce n'est pas évident non plus, l'hébergement pour ces gens-là.

J'arrive des communautés inuites. La semaine passée, j'étais en mission. On a visité plusieurs villages du territoire inuit. Et un des commentaires qui revenaient souvent de la part des aînés, c'était de dire: On essaie de concilier nos façons traditionnelles de vivre et la modernité. Et, quand on les écoute, on réalise que ce n'est pas nécessairement facile d'offrir des services à ces gens-là qui sont confrontés à des valeurs qui sont d'ailleurs très différentes des nôtres, bien souvent, et surtout, quand on parle des personnes âgées, quelqu'un qui est confronté avec de l'Alzheimer, qui va ne parler que sa langue, parce que souvent ça arrive, et ça arrive dans d'autres communautés culturelles où les gens vont retourner à leur langue d'origine. Est-ce que vous avez des interprètes, vous, dans vos centres, si vous avez à faire de l'hébergement? Vous êtes organisés pour recevoir correctement ces personnes-là? Comment vous êtes organisés pour les services? Je parle surtout des aînés, là.

M. Leblanc (Normand): O.K. À l'heure actuelle, dans une communauté, on a réussi à faire soutenir, avec la participation du ministère, à soutenir un CHSLD dans une communauté, dans une réserve indienne.

Une voix: Algonquine.

M. Leblanc (Normand): Algonquine, exactement. Donc ça, c'est un premier élément. Dans un deuxième élément, au niveau de la clientèle crie, au Centre de santé de La Vallée-de-l'Or, ils ont une équipe qui accueille tous les Cris et qui sert d'interprète avec les intervenants. Et, dans un autre, il y a quelqu'un qui est installé en permanence, qui vient de la communauté encore là algonquine, dans un autre centre de santé, qui fait l'interface avec l'équipe en place. Donc, c'est installé comme ça dans chacun des territoires.

Mme L'Écuyer: Vous parlez de communauté algonquine. On connaît la réserve des Algonquins à Maniwaki, qui ont leurs propres services, qui sont très autonomes dans la gestion de leurs services de santé. Est-ce que c'est le même principe pour les réserves de votre territoire ou bien si ces gens-là sont très dépendants de l'agence ou des ministères?

M. Leblanc (Normand): Ce n'est pas partout pareil. On a dans certains cas où est-ce que... Si je prends Lac-Simon, ils ont leur centre de santé spécifique à eux,

et, dans d'autres cas, on assume les services à l'intérieur du centre de santé de chacun des... Amos pour Pikogan, Val-d'Or pour Lac-Simon, Kitchisakik, ces choses-là.

Mme L'Écuyer: J'aimerais ça revenir à la DPJ, au niveau des jeunes. Les difficultés tantôt dont vous avez parlé, le fait qu'il y a trois intermédiaires ou que vous avez à négocier avec trois personnes, est-ce que, dans les délais de services auprès des jeunes, ça a un impact négatif ou si les jeunes... le fait qu'il y a du fédéral, du provincial et vous impliqués, ça n'a aucun effet sur les services, ou bien si à chaque fois c'est toujours très difficile d'arriver à donner le service, le bon service au bon moment?

M. Leblanc (Normand): Ça ne retarde pas l'accessibilité aux services pour les jeunes. Ce que j'ai fait allusion tantôt, ce qui est difficile, c'est de convenir de combien de ressources on peut avoir de disponibles pour faire face à la clientèle jeune autochtone sur un territoire. Mais, par exemple, on a eu des tensions dans une communauté, il a fallu retirer toute l'équipe en place, la ramener ailleurs. Et, bien, durant ce temps-là, ça a évidemment retardé les services. Mais, à partir du moment qu'il y a une autre orientation qui a été prise, c'est revenu à la normale.

Mme L'Écuyer: Dans les équipes d'intervenants auprès de ces communautés-là, c'est des intervenants autochtones ou si la majorité, c'est — je n'aime pas l'expression, là — des Blancs?

M. Leblanc (Normand): Oui, oui, mais actuellement ce sont tous des autochtones, c'est tous des Blancs qui interviennent. Toutefois, c'est Noël qui me disait que...

M. Neveu (Noël): Il y a des projets actuellement en cours pour former des autochtones sur une base de cours de cégep pour des projets spécifiques. On est en train de mettre sur pied un foyer de groupe autochtone et on vise à former de façon particulière les intervenants qui seraient autochtones. Donc, je dirais qu'actuellement, au Lac-Simon puis dans plusieurs réserves, c'est beaucoup des Blancs, il y a quelques autochtones, il y a des gens qui s'intéressent puis qui sont formés. Et notre approche est plus de voir comment, avec les maisons d'enseignement, on peut développer des compétences spécifiques aux autochtones.

Mme L'Écuyer: Est-ce que c'est indiqué, dans vos plans de services auprès de ces communautés-là, qu'une des priorités, c'est la formation d'intervenants de ces communautés-là? Je vais vous dire pourquoi, parce que les visites qu'on vient de faire, les gens, un des grands, dans le fond, commentaires, c'est de dire: Il faut former, nous aider à former nos propres intervenants.

M. Leblanc (Normand): Mais, moi, je vous dirais: On n'a peut-être pas formulé ça comme priorité, mais on a quelque chose de particulièrement intéressant qui s'appelle Villes et villages en santé, et j'aimerais juste qu'on prenne... Si vous voulez prendre juste deux minutes...

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

M. Leblanc (Normand): ... — oui — de la part du Dr Lacombe pour qu'il vous parle, parce que vous êtes préoccupés par la dimension sociale, puis je veux juste vous dire qu'on a fait quelque chose puis j'aimerais ça qu'il vous en parle un petit peu.

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

M. Lacombe (Réal): En fait, il y a une communauté qui s'appelle Kitcisakik, qui est dans le nord du parc La Vérendrye, qui était une communauté qui n'était pas en réserve. Mais, depuis 25 ans, la région, avec l'aide du ministère de la Santé, a aidé cette communauté-là à développer un minimum de services. Cependant, l'approche qui a été prise depuis 25 ans avec cette communauté-là, c'est une approche de soutien à l'ensemble de la communauté, mobilisation de la communauté, etc., pour qu'elle-même prenne en charge l'ensemble de ses problèmes. On a vraiment développé une approche très différente. En fait, je pourrais vous en parler pendant très longtemps, mais, depuis 25 ans, on a utilisé ce qu'on appelle une approche de communauté en santé avec cette communauté-là en particulier.

Depuis six mois, on a entrepris une étude qui va nous permettre de décrire d'une façon très détaillée ce qui s'est passé là depuis 25 ans. Je ne peux pas rentrer dans beaucoup de détails. Une des forces majeures de cette communauté-là, c'est qu'il s'est développé tout un leadership. Le conseil de bande actuellement et les gens qui sont au niveau des services... à la Direction des services de santé et services sociaux, c'est tous des jeunes de 39, 40 ans qui ont été, je dirais, élevés, entre guillemets, dans cette approche de santé communautaire globale et qui ont pris le leadership. Par exemple, pour vous donner un exemple de résultat, en 25 ans, il n'y a pas eu de suicide dans cette communauté-là. Trouvez-moi une communauté autochtone où il n'y a pas eu de suicide au Québec. Alors, d'ici deux ans, on prévoit même avoir publié ces recherches-là, qui sont en cours actuellement, sous forme même d'un livre et qui pourrait devenir un guide pour l'ensemble des communautés autochtones et pourrait même inspirer des approches même en milieu urbain avec des communautés, des milieux qui sont plus vulnérables.

Le Président (M. Copeman): Ce sera un intéressant sujet pour la prochaine reddition de comptes de cette commission la prochaine fois.

Mme L'Écuyer: Alors, Dr Lacombe, on vous remercie beaucoup. Merci, M. le Président.

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

Mme Charest (Rimouski): Toujours sur le même sujet avec le Dr Lacombe. Les principes que vous venez d'énoncer, ce sont les principes mêmes de base du programme Villes et villages en santé qui existe au Québec depuis 30 ans, quelque chose comme ça?

M. Lacombe (Réal): 20 ans.

● (11 h 20) ●

Mme Charest (Rimouski): 20 ans. Enfin... Et là vous nous donnez la démonstration que ça a marché dans un village autochtone. Est-ce que c'est le même principe... Puis pas de suicide dans un village, là, au cours des 20 dernières années, oui, c'est vrai, c'est extraordinaire. Est-ce que, chez les Blancs... chez les autochtones blancs, est-ce que vous avez le même type de résultat?

Une voix: Pas chez les autochtones blancs. Chez les Blancs.

Mme Charest (Rimouski): Chez les Blancs.

M. Lacombe (Réal): Oui. En fait, je ne vous parlerai pas spécifiquement par rapport au suicide, mais il y a actuellement, au Québec, 145 municipalités qui font partie du Réseau québécois de Villes et villages en santé!, qui existe, comme on vous dit, depuis 20 ans. Dans ma région, il y a 35 municipalités qui font partie de ce réseau-là. Et, depuis 20 ans, on a de multiples exemples de réalisations de ces municipalités-là. Je pense à la plus vieille, qui est Rouyn-Noranda — ça s'adonne que ça a commencé, au Québec, à Rouyn-Noranda, il y a 20 ans — qui a des réalisations extraordinaires tant au niveau de l'environnement, et donc des questions de santé reliées à l'environnement, que des problèmes sociaux chez les jeunes. Et on le retrouve, beaucoup d'autres exemples, même dans des petites municipalités, là, à travers le Québec.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je sais que le temps file, là. Je voudrais aborder avec vous d'abord la question du vieillissement. J'ai aussi pris connaissance du plan d'action que vous avez soumis au ministère, de la lettre que le sous-ministre Iglesias vous a transmise. Et j'aimerais aussi échanger assez rapidement sur la néonatalogie et sur l'hospitalisation en pédiatrie. Hein? Je crois comprendre qu'il y a là une problématique particulière. Sur l'hébergement, j'aimerais savoir il y a combien actuellement de lits d'hébergement et de soins de longue durée.

M. Leblanc (Normand): Ce qu'on me dit, c'est 696 lits dressés.

Mme Harel: 696 lits. Et combien comptez-vous maintenir dans votre plan?

M. Leblanc (Normand): Actuellement, on compte maintenir les 696. On n'a pas de cible d'augmentation.

Mme Harel: Alors, la population de l'Abitibi fait quel âge moyen présentement? Qu'est-ce que vous envisagez d'ici 2015?

M. Leblanc (Normand): La population âgée va augmenter d'environ 3 000 personnes.

Mme Harel: La population âgée de plus de 65 ans.

M. Leblanc (Normand): Oui.

Mme Harel: De plus de 3 000 personnes.

M. Leblanc (Normand): On va passer de 17 000 à 20 000.

Mme Harel: Et, en pourcentage, ça signifie... Est-ce que vous avez pu le...

M. Leblanc (Normand): En pourcentage, je n'ai pas le chiffre, là, devant moi, là, mais c'est...

M. Lacombe (Réal): ...

M. Leblanc (Normand): C'est 12 %. 12 %, 13 %.

Mme Harel: Alors, quels sont vos plans pour pouvoir accueillir les personnes vulnérables qui sont en perte d'autonomie suite à des problèmes cognitifs ou autres?

M. Leblanc (Normand): Bien, actuellement, là, on a un bon service au niveau du maintien à domicile. Donc ça, c'est notre richesse et notre force, et ça, ça va continuer. On pense...

Mme Harel: Est-ce que vous avez beaucoup de ménages constitués d'une personne seule? Parce que le maintien à domicile est possible s'il y a quelqu'un d'autre qui cohabite avec la personne qui a un problème d'Alzheimer ou problème cognitif. Je pense à Montréal, où 40 % des ménages sont constitués d'une personne seule, dans l'ancienne ville, là, de Montréal. Alors, c'est presque impensable d'envisager du maintien à domicile, une personne qui ne peut pas se déplacer pour faire aucune activité et qui peut même subir de l'errance ou des choses comme ça.

M. Leblanc (Normand): Oui. Je ne me souviens pas du titre... du pourcentage. Noël.

M. Neveu (Noël): Je ne peux pas vous donner les pourcentages, mais ce que je voudrais dire en lien à votre question, c'est que la région d'Abitibi-Témiscamingue, dans les années quatre-vingt-quinze, quatre-vingt-seize, a fait une transformation importante dans le réseau de services aux personnes âgées. On a pu fermer plusieurs lits en CHSLD puis pas juste économiser cet argent-là, mais l'investir dans le soutien à domicile. Donc, actuellement, il y a des gens qui sont extrêmement lourds, dans notre jargon, qui sont maintenus à domicile bien sûr avec des services de l'État mais aussi avec une participation de plusieurs organismes communautaires. On a des entreprises d'économie sociale, je dirais, très florissantes.

Mme Harel: Très bien. Mais je pose encore la question: Ce sont des personnes qui ont le soutien des aidants, de leurs familles?

M. Neveu (Noël): Oui.

Mme Harel: On ne peut pas vivre seul. Alors, est-ce qu'il y a un pourcentage? Dans certaines régions, le... ménages d'une seule personne âgée est très, très important. Est-ce que c'est le cas aussi en Abitibi-Témiscamingue ou pas?

M. Leblanc (Normand): Bien, à mon sens, là, ce n'est pas différent beaucoup du reste de la région. Mais ça, je pourrais vous le valider puis vous donner l'information.

Mme Harel: On parle beaucoup aussi de femmes âgées, très âgées, veuves qui n'ont pas le support familial dans leur environnement, les enfants souvent ayant quitté la région. C'est difficile d'imaginer du maintien à domicile dans des circonstances comme celles-là.

M. Leblanc (Normand): C'est pour ça que, dans les stratégies sur le plan d'action pour faire face au vieillissement, il y a une section qui s'appelle Soutien aux proches aidants, aux aidants naturels, qui va faire en sorte qu'on puisse maintenir les gens chez eux avec de l'aide à domicile.

Mme Harel: Avez-vous des projets de ressources intermédiaires?

M. Leblanc (Normand): Non. Je n'ai pas de projet de ressources intermédiaires, si ce n'est que de maintenir le cap sur le niveau de ressources, à l'heure actuelle, au niveau des personnes âgées. Donc, les ressources disponibles en maintien à domicile et l'intensité des services en maintien en domicile sont suffisants pour maintenir le cap pour soutenir les besoins de la population au cours des trois prochaines années.

Mme Harel: Alors, on va passer de la vieillesse à la périnatalité, la néonatalité, à l'hospitalisation. Ça a fait couler beaucoup d'encre dans les journaux, l'hospitalisation en pédiatrie, comment ça se présente? Si vous pouvez peut-être me dire un mot sur la dialyse aussi dans le Témiscamingue, hein, parce que ça fait problème présentement, puis on m'a demandé d'échanger avec vous là-dessus.

M. Leblanc (Normand): Au niveau de la pédiatrie, il y avait eu crise il y a maintenant trois ans, trois ans et quelques. Des néonatalogistes ont démissionné et il a été... C'est-à-dire, il y avait un néonatalogiste, et, comme vous le savez, il est un peu devenu fatigué. Et on peut comprendre aussi, dans les circonstances, que d'être seul puis d'assumer le soutien au niveau de la pédiatrie des nouveau-nés, ça a été difficile. Donc, ce qui a été convenu, c'est qu'il n'y aurait pas de néonatalogie au sens propre. Toutefois, on a convenu de rehausser les services parce qu'entre ça puis avoir juste des services de base il y a des niveaux de soins qu'on peut offrir en région. Compte tenu qu'il y a une expertise, là, de néonatalogie et compte tenu qu'à partir de septembre l'équipe qui avait démissionné, l'équipe de pédiatres, a été reconstruite, donc on se retrouve avec cinq nouveaux pédiatres au Centre de santé Rouyn-Noranda, puis c'est eux qui ont l'expertise régionale. Donc, on est capables, avec le soutien de Sainte-Justine et même l'Hôpital pour enfants, on est capables de rehausser et de maintenir un niveau de services plus élevé que qu'est-ce qu'il y avait au cours des trois dernières années. Donc, c'est ce qui est en train de se faire à Rouyn-Noranda.

Pour ce qui est de l'hémodialyse au Témiscamingue, à l'heure actuelle, il y avait une dame qui menaçait de cesser les services. Cette dame-là s'est

ravisée dans les journaux, cette semaine, en disant: J'ai décidé de continuer de recevoir les services d'hémodialyse. Je comprends qu'on ne pourra pas offrir les services dans les prochains six mois, mais il y a de l'espoir pour faire en sorte que les services puissent s'offrir à Ville-Marie. Donc, à l'heure actuelle, la décision qui est prise, c'est qu'il y aura des services d'hémodialyse à Ville-Marie, Ville-Marie qui se situe, en passant, à 100 quelques kilomètres de Rouyn, du centre de services d'hémodialyse où est-ce que les personnes vont voyager trois fois semaine. Mais il y aura des services qui sont en train de s'implanter. La difficulté que l'on a, c'est à cause du faible volume de la population à desservir. Donc, ça nécessite une formation d'un grand nombre d'infirmières pour avoir une équipe minimale, c'est ce qui est en train de se faire à l'heure actuelle.

Mme Harel: C'est à 100 km de Rouyn.

M. Leblanc (Normand): Une heure et demie à peu près, là, que ça prend.

Mme Harel: Et de Mont-Laurier, quelle est la distance de Mont-Laurier?

M. Leblanc (Normand): Ah bien! Val-d'Or—Mont-Laurier est à 300. Donc, Rouyn, on est à 400. Si on ajoute un autre 100, c'est à 500 km.

Mme Harel: Et est-ce que le personnel pourrait se déplacer plutôt que les patients à ce moment-là?

M. Leblanc (Normand): Bien, faire déplacer une équipe de trois personnes trois fois par semaine, ça va être assez difficile. En termes d'économies, le temps de déplacement, tout ça, ça semble plus ou moins rentable de faire ça.

Mme Harel: Ah! Vous voulez dire certainement que c'est préférable que l'hémodialyse soit implantée dans le Témiscamingue?

M. Leblanc (Normand): Oui.

Mme Harel: Mais en attendant il n'y a pas possibilité de faire déplacer les équipes plutôt que les malades?

M. Leblanc (Normand): Bien, ce n'est pas juste une question d'équipe, là. Bien, ça prend l'équipement, ça prend les locaux. Et actuellement, avec la personne qui faisait cette menace-là, on examine avec les médecins à savoir s'il n'y aurait pas possibilité d'avoir une hémodialyse à domicile ou soutenue par une infirmière. C'est ce qui est en train de s'examiner aussi.

• (11 h 30) •

Mme Harel: Je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Merci, oui.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Leblanc, merci à vous et votre équipe d'avoir participé à cet exercice

de reddition de comptes pour l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous allons nous revoir dans un avenir incertain, mais ce n'est pas terminé. Je vous remercie.

Je vais vous demander de vous retirer le plus efficacement possible, de céder la place à vos collègues de la Gaspésie—Les Îles pour qu'on puisse effectuer le changement de mandat. Je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 11 h 31)

(Reprise à 11 h 36)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! La commission poursuit ses travaux. C'est un changement de mandat, par contre. Alors, nous sommes réunis maintenant afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Je comprends, Mme la secrétaire, que Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve remplace M. le député de Vachon.

La Secrétaire: C'est exact.

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je vous rappelle que c'est un mandat qui découle de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, exercice de reddition de comptes. La dernière fois que nous avons effectué cet exercice avec, dans le temps, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'était en octobre 2000. Alors, ça fait, comme on dit en bon québécois, une secousse. Et c'est sûr que nos échanges porteront non seulement sur les rapports d'activité ou les rapports annuels antérieurs, mais également sur les orientations actuelles et futures de l'agence en matière de santé et de services sociaux.

Je souhaite donc la bienvenue à la délégation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Les Îles. Compte tenu de l'horaire, messieurs madame, nous allons diviser l'audience en deux groupes. Nous allons suspendre nos travaux autour de 12 h 30 et reprendre à 14 heures pour terminer vers 15 heures cet après-midi. Sans plus tarder, je souhaite la bienvenue en particulier à M. Michaud, quelqu'un que je connais particulièrement bien, particulièrement bien à cause des responsabilités antérieures que nous avons tous les deux eues. Alors, bienvenue, M. Michaud, à cette commission. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et par la suite d'enchaîner avec votre présentation pour une durée maximale de 20 minutes.

**Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
(ASSS—Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine)**

M. Michaud (Pierre): Merci, M. Copeman, de cet accueil. Sans plus tarder, évidemment, je vais vous

présenter mes collègues: à ma droite, le Dr Michel Desjardins, qui est directeur régional des affaires médicales et de la santé physique à l'agence; je poursuis, à ma droite, le Dr Christian Bernier, qui est directeur de la santé publique à l'agence pour la région de la Gaspésie—Les Îles toujours; à ma gauche, Gilles Pelletier, qui est le directeur du soutien au réseau, ça recoupe, chez nous, les problématiques financières, les immobilisations, informatisations et ressources réseaux, ressources humaines réseaux; et, je poursuis, Mme Angeline Godin, Angeline Godin est directrice de la Direction des services sociaux et communautaires, donc tous les programmes sociaux que vous connaissez, jeunes, personnes âgées, dépendance, santé mentale — je n'en ai pas oublié? — déficience physique, déficience intellectuelle; et aussi m'accompagne aujourd'hui M. Michel Lachapelle, directeur à la Direction adjointe à la présidence-direction générale, donc toute la gestion de l'agence, gestion interne de l'agence; et M. René Bouchard, René qui est le responsable des communications à l'agence. Voilà, ça fait le tour de l'équipe, là, de direction de l'agence.

Donc, M. Copeman, je peux vous livrer, à ce moment-ci, ma présentation?

Le Président (M. Copeman): ...

● (11 h 40) ●

M. Michaud (Pierre): Voilà. Je vous remercie beaucoup, MM., Mmes les parlementaires et membres de la Commission des affaires sociales. Bien, vous connaissez mon nom, Pierre Michaud, puis j'ai le plaisir aussi aujourd'hui de m'adresser à vous dans le cadre de cette audition de la Commission des affaires sociales. Évidemment, j'ai déjà eu l'occasion de venir dans cette salle, puis j'étais un peu, je dirais, en arrière sur le long du mur, pour assister des ministres qui avaient... surtout à la défense des crédits ou lors d'études article par article sur des projets de loi autant à la Famille qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux, donc c'est une salle qui m'est familière.

Mais, aujourd'hui, le rôle est différent. D'entrée de jeu, je vous ai présenté l'équipe et j'aimerais ça vous introduire que cette audition, pour nous, devant la Commission des affaires sociales, est une occasion, une occasion évidemment pour vous de nous entendre et d'échanger sur le bilan de nos activités. Mais sachez que, pour nous, nous trouvons cet exercice important puisqu'il nous permet de vous entretenir de sujets, de dossiers ou encore de préoccupations que nous avons comme région ou comme organisation qui travaille, jour après jour, avec ses partenaires du réseau public et communautaire, à offrir à la population et aux usagers du réseau de la santé et des services sociaux des services accessibles, continus et de qualité. Évidemment, c'est un peu l'obsession, c'est ce qu'on souhaite toujours en sachant très bien qu'il y a toujours, mais toujours de la place pour l'amélioration.

Nous sommes convoqués pour rendre compte de nos réalisations des trois dernières années et du bilan des ententes de gestion et d'imputabilité. Vous avez sûrement eu l'occasion de prendre connaissance et de consulter les rapports annuels des trois dernières années. Il nous fera plaisir d'échanger avec vous à la suite de cette présentation. Notre objectif, dans le cadre de la présentation de ce matin, est de vous sensibiliser aux

principaux enjeux mais aussi à l'environnement dans lequel évolue notre organisation. Nous avons la chance de vivre et de travailler dans une région formidable, que vous connaissez sûrement, et caractérisée par la beauté de son paysage, la chaleur et l'accueil légendaires et le dynamisme des gens qui y habitent, mais qui est également confrontée à des réalités, sur le plan socio-économique et démographique, qui nous interpellent et nous préoccupent comme organisation vouée à la santé et aux services sociaux et qui en même temps garde à coeur le développement de la Gaspésie—Les Îles.

On fait un petit tour du portrait de la région, M. le Président. Même si c'est des choses qu'on sait à grands traits, il est peut-être important de faire un petit rappel pour bien placer la présentation. La région la Gaspésie—Les Îles est constituée d'une péninsule et d'un archipel qui s'étend sur plus de 20 500 km², dont plus de 600 km de côte. Bordé par la mer, ce vaste territoire comprend 43 municipalités ainsi que deux réserves indiennes: Listuguj, qui compte 1 500 habitants, et Gesgapegiag, qui en compte 500. Selon le recensement effectué en 2001, 96 924 personnes habitent la région, ce qui représente 1,3 % de la population du Québec, donc approximativement 83 000 vivent en Gaspésie et 13 000 aux Îles-de-la-Madeleine. De ce nombre, environ 9 %, donc 8 900 personnes environ, est d'expression anglaise.

Les perspectives démographiques pour notre région font état d'une diminution constante de la population, pouvant atteindre 80 000 personnes en 2026 pour l'ensemble de la Gaspésie—Les Îles si les projections évidemment se maintiennent. De plus, actuellement, près de 18 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et ce pourcentage pourrait atteindre 36 % en 2026. 2026, eh bien, c'est dans 20 ans, ce qui nous oblige dès maintenant à tenir compte de cette particularité dans l'offre de services à la population. J'aurai l'occasion de m'attarder plus longuement à cette situation un peu plus loin dans ma présentation.

La région compte par ailleurs six MRC, à savoir la MRC de La Haute-Gaspésie, de La Côte-de-Gaspé, de la Bonaventure, du Rocher-Percé, d'Avignon et des Îles. En termes d'organisation de services, la région comprend cinq territoires de réseaux locaux dans lesquels l'on retrouve cinq centres de santé et de services sociaux, situés sur les territoires des Îles, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie. Donc, dans la région de la Baie-des-Chaleurs, il y a deux MRC: la MRC d'Avignon et de Bonaventure. La Haute-Gaspésie...

Bon. Tous ces centres de santé et de services sociaux offrent des services de santé et des services sociaux, que ce soit dans le secteur hospitalier, en CLSC, en centre d'hébergement. Nous retrouvons également deux établissements régionaux, le Centre jeunesse Gaspésie—Les Îles et le Centre de réadaptation de la Gaspésie, qui déploient leurs services dans chacun de ces territoires.

Mentionnons également que la mission régionale en alcoolisme et toxicomanie est confiée à un centre de santé et de services sociaux, en l'occurrence celui de la Haute-Gaspésie, et que les services en déficience intellectuelle aux Îles-de-la-Madeleine sont confiés au CSSS de l'endroit. Au total, plus de 3 000 personnes

travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux en Gaspésie—Les Îles.

De plus, mentionnons qu'une centaine d'organismes communautaires sont reconnus par l'agence et offrent des services à la communauté dans neuf programmes-services. L'agence a de plus augmenté de façon importante le financement de ces organismes. En cinq ans, leur budget a augmenté de 2 321 000 \$ pour atteindre 8 311 000 \$ en 2005-2006, ce qui représente une hausse de 28 %, contrairement à ce que vous aviez dans votre document, qui était de 40 %, je crois.

Comparativement au reste du Québec, la région se démarque quant à la hauteur de la contribution versée à ces organismes. Pour répondre aux mandats et exigences d'aujourd'hui, l'agence a adopté, en 2005, son nouveau plan d'organisation. La mise en place de ce plan se fait graduellement et prévoit différents mécanismes de liaison et de coordination dont l'objectif est d'assurer une meilleure cohésion des actions de l'agence avec son réseau. Ce repositionnement interne de l'agence s'est réalisé en concordance avec les modifications législatives apportées dans le cadre de l'adoption, à l'Assemblée nationale, du projet de loi n° 83.

Comme je le mentionnais précédemment, M. le Président, la Gaspésie—Les Îles connaît actuellement une baisse démographique importante. Depuis 1996, la population de la région a diminué plus rapidement que dans toutes les autres régions du Québec du fait de la faible natalité et du solde migratoire négatif. Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec, d'ici les 25 prochaines années, la population de la Gaspésie—Les Îles décroîtrait de 18,3 %, alors que celle du Québec connaîtra une augmentation d'environ 9 %.

En plus de faire face à une diminution de la population, la Gaspésie—Les Îles est confrontée au phénomène du vieillissement évidemment qui nous affecte de façon beaucoup plus marquée que le reste du Québec. Nous serons d'ailleurs la première région dont le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sera égal au nombre de personnes de 19 ans et moins, et ce, dès l'an prochain, ce qui constitue pour nous une donnée très révélatrice. Tôt ou tard, ce phénomène atteindra chacune des régions du Québec, d'où l'importance de s'en préoccuper dès maintenant.

Ceci aura, bien entendu, une incidence sur notre offre de services à la population et se traduira inévitablement par une consommation de services plus importante. C'est déjà commencé d'ailleurs. Comme gestionnaires, nous devons être plus imaginatifs et nous devons être capables d'adapter la façon de rendre les services pour être en mesure de répondre aux besoins de cette clientèle. Mais il ne faut pas croire que, comme organisation régionale, nous voyons cette situation de façon négative, bien au contraire. Notre région a toujours fait du soutien à domicile et des services aux personnes âgées une de ses priorités. Et les investissements en ce domaine, au fil des ans, le démontrent bien puisqu'annuellement les sommes consacrées au soutien à domicile ont toujours été, et de loin, supérieures à la moyenne provinciale.

La proportion la plus importante de personnes âgées dans notre région entraîne une augmentation et une diversité dans la demande de services et présente un grand défi. La mise en place du réseau de services intégrés, que nous avons déjà amorcée, prend tout son

sens, et nous voulons offrir des services continus et de qualité permettant une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, le plan d'action 2005-2010 pour les personnes âgées contient des mesures structurantes au regard des services de maintien dans la communauté, d'hébergement non institutionnel et en CHSLD.

Une attention particulière pour les proches aidants doit être apportée. Il est requis de les supporter davantage et de les reconnaître comme partenaires et clients, puisqu'ils contribuent de façon significative au maintien des personnes âgées dans le milieu de vie mais, par la même occasion, sont également à risque de vivre eux-mêmes de l'épuisement si on ne leur offre pas tout le soutien nécessaire, et c'est alors leur propre autonomie qui sera compromise.

Compte tenu du phénomène du vieillissement de la population, nous croyons également que notre région peut devenir un lieu d'apprentissage pour les chercheurs et les départements des instituts de gériatrie. Pourquoi pas? Nous sommes disposés à collaborer avec ces institutions qui pourraient bénéficier de travaux de recherche et d'analyse effectués dans notre région pour être en mesure de mieux comprendre ce à quoi toutes les autres régions du Québec seront confrontées dans un avenir prochain.

● (11 h 50) ●

Que ce soit l'étude des habitudes de vie, leurs besoins, leur consommation de services, les enjeux de santé et le reste sont autant d'éléments qu'il pourrait être pertinent d'évaluer et ensuite de partager les connaissances avec les autres régions. Les personnes âgées constituent une richesse, notre histoire et notre mémoire collective, et nous croyons en leur contribution pour les générations futures.

Nous estimons cependant qu'il faut renverser la vapeur et freiner le déclin de la population de notre région. Et nous croyons qu'il est de notre devoir, comme organisation dédiée à la santé et aux services sociaux, une organisation régionale, de vous interpeller, vous les parlementaires, et de vous sensibiliser face à l'avenir de la Gaspésie—Les Îles. En 2004, le gouvernement avait organisé le forum Place aux citoyens pour discuter des enjeux des régions. Nous croyons que les recommandations formulées il y a deux ans sont toujours actuelles, et je cite l'une d'entre elles: «Les citoyennes et citoyens et leaders socioéconomiques de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine considèrent qu'il faut tout mettre en oeuvre pour inciter les jeunes à participer activement au développement de la région, à venir s'établir et à y fonder des familles, et ce, dans un cadre de vie accueillant et stimulant. La création d'emplois durables, la conciliation travail-famille et l'accès à la propriété sont autant de solutions proposées pour permettre le retour et l'établissement de jeunes familles en région.» Des mesures incitatives ou fiscales plus importantes devraient également être considérées pour contrer l'exode de la population et freiner le vieillissement. Nous croyons que ces mesures plus globales représentent une solution à long terme pour éviter d'avoir à adapter non seulement les services du secteur de la santé et des services sociaux, mais bien l'ensemble des services gouvernementaux.

Le déclin de la population pose également tout un défi en termes d'organisation des services de santé et de services sociaux sur notre territoire. Actuellement, la

région compte cinq hôpitaux et trois urgences 24/7 en CLSC de même qu'un grand total de 52 installations ou points de services pour desservir la population. Pour offrir des services de qualité, accessibles et de façon continue et le plus près possible de la clientèle, nous devons pouvoir constituer des équipes de travail minimales, ce qui a pour effet d'augmenter les coûts unitaires d'intervention. Il est donc primordial que l'allocation financière versée à notre région continue à tenir compte de nos spécificités régionales, des caractéristiques propres à la Gaspésie—Les Îles et de notre réalité démographique et territoriale.

Un autre défi concerne le recrutement et le maintien de la main-d'oeuvre. Certains professionnels sont particulièrement difficiles à recruter. À titre d'exemple, le domaine de la réadaptation, où les ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes sont en demande partout au Québec. De plus, le temps consacré par ces professionnels aux déplacements sur le territoire vient réduire d'autant le temps d'intervention pour la clientèle et augmente les frais de transport et le coût unitaire de l'intervention. Cette dimension implique qu'il faut faire preuve de créativité dans l'organisation du travail. Ainsi, pour une région comme la nôtre, la téléadaptation représente une des solutions d'avenir. La téléadaptation vise la mise sur pied de salles de visioconférences avec équipements et liens informatiques adéquats. Cet outil d'intervention clinique devrait permettre d'optimiser l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation et réduire les délais et la liste d'attente de la clientèle.

De façon plus large, pour les autres spécialités, l'agence s'implique dans le développement de la télésanté qui consiste à rendre par télécommunications des soins et des services de santé et de services sociaux, préventifs ou curatifs. On y inclut également les échanges audiovisuels à des fins d'information, d'éducation, de recherche ainsi que le traitement de données cliniques et administratives. La télésanté comprend plusieurs volets, dont un système d'archivage et de transmission d'images communément appelé le PACS, la télépathologie, la téléconsultation, et le reste. Pour une région éloignée comme la nôtre, l'informatisation du réseau représente donc un défi dans un contexte d'interdisciplinarité et de mise en réseau des services qui s'instaurent actuellement dans le secteur de la santé et des services sociaux, où le travail en équipe, le partage des connaissances et l'échange d'informations sont essentiels pour assurer la qualité des services et une bonne prise en charge de la personne. L'information doit circuler en temps réel entre les professionnels, mais, pour ce faire, nous devons revoir nos façons de faire et aussi l'ensemble de nos infrastructures technologiques.

Il n'en demeure pas moins que, malgré le développement de la technologie pour assurer une accessibilité aux services, il y a tout de même lieu d'accentuer nos efforts de recrutement pour tous les types de profession que l'on annonce en pénurie, que ce soit au niveau des professionnels de réadaptation, en pharmacie ou encore au niveau des infirmières, à titre d'exemple.

Je veux cependant ici attirer votre attention à l'effet que, même si les nouvelles technologies peuvent venir supporter ou compenser, dans une certaine mesure, la présence de professionnels, elles ne pourront — et je

veux insister là-dessus — jamais remplacer le contact humain entre le professionnel et son client.

Cela étant dit, la région a su innover en matière de promotion de la région... je devrais dire de promotion de la pratique médicale en région. Elle a fait preuve d'originalité et de dynamisme dans le recrutement médical au cours de la dernière année en mettant de l'avant une importante stratégie de promotion de la pratique médicale en Gaspésie—Les Îles. Cette stratégie, développée conjointement avec les établissements de santé et de services sociaux, vise à susciter l'intérêt des futurs médecins à l'égard de la région par la diffusion d'outils de communication modernes et par des placements médias bien ciblés, dont la diffusion d'une revue spécialisée, *L'Antidote*, distribuée à plus de 3 500 exemplaires, principalement auprès de futurs diplômés en médecine qui sont à l'heure de déterminer leur lieu de pratique. Un site Internet et une trousse d'information sont également en préparation.

Au fil des ans, les plans d'effectifs médicaux dans notre région ne se sont comblés qu'à 70 % et 75 %, et nous faisons le pari qu'en étant plus visibles auprès des finissants et en se démarquant des autres régions ou en faisant valoir les mérites de la qualité de la pratique chez nous nous pourrions, dans un avenir rapproché, augmenter le nombre de médecins sur le territoire et ainsi donner à notre population une meilleure accessibilité aux services médicaux, notamment pour les personnes âgées.

Un projet sur lequel nous misons grandement aussi est l'adoption, à l'hiver 2007, de notre projet médical régional qui est actuellement en consultation auprès de nos partenaires et de certaines instances consultatives de l'agence. Le projet médical régional sur lequel travaille notre organisation constituera l'un des fondements de notre projet clinique et vise notamment à identifier les services médicaux requis sur l'ensemble du territoire de la Gaspésie—Les Îles et de déterminer les établissements qui ont la responsabilité de les offrir. Cette démarche permettra également d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'implanter d'autres types de services non disponibles actuellement, comme l'hémodialyse, par exemple, en fonction de l'expertise et des ressources humaines et financières disponibles.

La région, avec la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, travaille ardemment à faire en sorte de développer, en Gaspésie—Les Îles, des services spécialisés et à les rapprocher des services à la population. C'est ainsi que les centres de santé sont maintenant équipés, dans tous nos centres de santé, de tomodynamomètres, ce qui n'était pas le cas il y a quelque temps, un équipement qui doit être considéré aujourd'hui comme un équipement de base pour chaque hôpital. De plus, dès cet automne, une unité mobile de résonnance magnétique sillonnera la Gaspésie—Les Îles afin d'offrir à la population de notre région ce service autrefois offert uniquement à l'extérieur de la région. Les investissements annoncés par le gouvernement pour remplacer, améliorer ou acquérir les équipements de haute technologie ont considérablement augmenté ces dernières années. Ces investissements doivent se maintenir pour diminuer les délais d'attente et offrir à la population de la Gaspésie—Les Îles l'accès à des équipements de pointe, mais aussi pour faciliter le recrutement, la rétention des médecins qui ont été formés en utilisant

ces technologies. L'utilisation d'équipements à la fine pointe leur permet de pratiquer la médecine dans un contexte sécuritaire et de qualité.

En conclusion, M. le Président, lorsque nous avons adopté notre nouveau plan d'organisation, nous nous sommes donné une vision. Et je me permets de vous en lire un extrait intégralement, car c'est sur cette base que nous nous projetons dans le futur comme organisation et que nous voulons orienter nos travaux. La vision de l'agence se lit comme suit: «L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie—Les Îles-de-la-Madeleine se veut une organisation avant-gardiste, compétente et proactive en matière de santé et de services sociaux. L'agence est sensible à l'histoire de sa population, à son évolution, à ses particularités socio-démographiques et à son développement. Elle assume un leadership régional puissant et entend jouer un rôle actif comme agent de développement économique et social de sa région. L'agence se définit comme une organisation à l'écoute et au service de sa clientèle et entend devenir la référence dans le réseau, notamment par le développement de son savoir, de ses connaissances et de ses habiletés.»

● (12 heures) ●

C'est donc dans cet esprit que nous avons préparé notre présentation d'aujourd'hui. Soyez assurés que comme organisation nous mettons tout en oeuvre pour offrir à la population de notre région les services qu'elle mérite et qu'elle est en droit de recevoir comme tous les autres citoyens du Québec. Certes, il y aura des difficultés à surmonter, mais nous sommes confiants et continuerons à travailler de notre mieux, avec les ressources dont nous disposons, pour accomplir et réaliser adéquatement notre mandat. Soyez assurés également de notre collaboration, que ce soit avec le ministère de la Santé et des Services sociaux ou encore avec les autres instances intersectorielles qui sont en lien avec nous. Je pense notamment à Emploi, Solidarité sociale, à l'Éducation, à la Justice, à la Famille ou encore aux instances régionales qui oeuvrent au développement de notre région.

Je me fais le porte-parole de l'organisation pour vous remercier de votre écoute dans le cadre de cette audition qui visait à vous sensibiliser face à la réalité des Gaspésiens et des Madelinots de même qu'aux défis du réseau de la santé et des services sociaux.

Nonobstant tout cela, le réseau régional a travaillé très fort, ces dernières années, afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population. Que l'on pense à: nos orientations en soutien à domicile; les services aux personnes âgées; le projet médical régional; le Programme régional de lutte contre le cancer et le Programme québécois de dépistage du cancer du sein; le plan d'action sur le jeu pathologique; le plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive; la réalisation du dossier sur la résonnance magnétique mobile; le Plan d'action jeunesse; le plan de main-d'oeuvre infirmière; le plan d'action régional de santé publique; la campagne de sensibilisation sur la problématique du suicide; nos activités en matière d'immunisation et d'infections nosocomiales; le plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza.

M. le Président, voici l'essentiel du message que nous voulions vous transmettre aujourd'hui, à vous et à

tous les parlementaires, et nous sommes maintenant disposés à échanger avec vous sur le bilan des trois dernières années. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Michaud. Mme la députée de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Michaud, Mme Godin, Lachapelle, Bernier, Pelletier, Desjardins. Ça nous fait plaisir de vous recevoir. Ça nous fait d'autant plus plaisir que M. Michaud et moi partagions tantôt des événements vécus lors des... quoi? Bien, je n'ose pas dire combien ça fait de temps, hein?

M. Michaud (Pierre): Ça va nous faire vieillir tous les deux.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme L'Écuyer: 25 ans à peu près, sinon plus. On en a vu, et on a discuté d'à peu près tous les petits services qu'on pouvait imaginer qui existaient dans le réseau, et il y avait quelques bonnes discussions des fois quant à nos visions qui étaient un peu différentes.

On va revenir à la région des Îles-de-la-Madeleine, de la Gaspésie. Je vous remercie. Vous avez un bon bilan. Et ce qui m'a surtout frappée dans votre présentation, M. Michaud, c'est votre préoccupation au niveau démographique. Je pense que ce n'est pas nouveau. On en parle beaucoup. Les Îles-de-la-Madeleine, la Gaspésie est une population vieillissante en décroissance. C'est peut-être celle qui décroît le plus rapidement.

Cependant, ce que j'aime beaucoup, c'est votre vision quand vous vous définissez non pas seulement comme un agent au niveau de développement des services de santé et des services sociaux, mais aussi comme un agent de développement économique et social de sa région, et ça, ça m'apparaît comme étant très important. Compte tenu de ce que vit cette région-là, je pense qu'une organisation qui regroupe presque 3 000 employés, si ma mémoire m'est fidèle, je pense qu'elle a un rôle à jouer de première importance et dans la distribution des services de santé et des services sociaux, mais aussi pour promouvoir ces régions-là et essayer de regarder, avec le monde qui sont en place, quelles sont les meilleures solutions pour s'assurer de freiner non pas le vieillissement de la population, mais cet exode qui se fait de façon assez évidente dans votre région.

Vous avez fini en parlant de vos plans, et la première réflexion qui m'est venue, c'est: vous avez travaillé fort, comme région. Il y a beaucoup de plans. J'aimerais vous entendre parler un peu des services aux personnes âgées. Compte tenu que, l'an prochain, il va y avoir autant de personnes âgées que de jeunes — si j'ai bien entendu — dans votre région, ça veut dire que les services auprès des personnes âgées doivent être de premier plan dans vos préoccupations. Je ne dis pas que vous négligez les jeunes, mais, comme la population va de plus en plus vieillissante... Et j'aimerais ça entendre parler un peu des différents services, et comment vous vous projetez dans l'avenir par rapport aux services, que ce soit en répit, en hébergement, en services spécialisés, et quel pourrait être le lien entre l'ensemble des services

aux personnes âgées qui est donné sur place et toutes les technologies modernes qui pourraient être installées dans vos îles et aider à supporter ce qui est donné sur place au niveau des personnes âgées. Ça fait que s'il y a quelqu'un qui veut me parler des services aux personnes âgées et des plans?

M. Michaud (Pierre): Oui. Je vais amorcer une réponse, Mme la députée, et ensuite je vais demander... si vous permettez, M. le Président, de fonctionner comme ça, parce qu'avec l'équipe on a une dynamique, là, qui permettra, comme on dit, de demander à la personne la mieux placée, dans le fond, pour apporter la réponse.

Moi, je vous dirais que ce qui est intéressant, c'est qu'en Gaspésie—Les Îles cette préoccupation—là pour les âgés, elle a débuté avant aujourd'hui. Je veux dire, déjà, en 2001, il y avait une politique puis une stratégie de maintien à domicile qui était adoptée, et on commence à voir les résultats de cette stratégie aujourd'hui.

Bon. C'est certain que s'est amorcée, en 2002-2003, la mise en place d'un véritable réseau de services intégrés en Gaspésie—Les Îles puis sur l'ensemble des territoires locaux, en mettant l'accent sur des continuums de services qui sont interreliés et complémentaires, qui visent effectivement à apporter une réponse rapide puis adaptée, là, aux personnes âgées. Ça comprend des activités de prévention, d'accueil, d'évaluation, d'orientation, de diagnostic, de traitement mais aussi de réadaptation, puis, dans certaines situations, de réinsertion, le support et le soutien tant à domicile que dans le milieu de vie substitut.

Maintenant, j'attirerais votre attention... Puis je vais laisser Mme Godin expliciter davantage la stratégie. À titre d'exemple, si on regarde dans l'entente de gestion de la dernière année, en 2004-2005 il y avait 3 408 personnes âgées qui recevaient les services de soutien à domicile et 3 169 en 2005-2006, ce qui représentait 19,1 % de la population des âgés rejoints. Le nombre de personnes rejointes dépassait la cible ministérielle de 2010. Donc, comme vous voyez, quand je dis que le résultat des stratégies de maintien à domicile du début des années 2000 donnent des résultats, c'est que, déjà, si on compare avec les cibles ministérielles de 2010, on est rendus à la cible ministérielle de 2010. Donc, je pense qu'il faut continuer. Même si on dépasse cette cible-là aujourd'hui, il faut continuer à progresser dans ce sens-là.

Maintenant, l'autre cible sur laquelle j'aimerais attirer votre attention, c'est l'augmentation du nombre moyen d'interventions en soutien à domicile, bon, qui passe de 27,40... 27 heures — c'est bien ça, Mme Godin? — 27,40 en 2004-2005 à 29,26 en 2005-2006, ce qui nous situe au-dessus de la cible de 2010 souhaitée, là, de 24 interventions-personne. 24 interventions-personne, donc ça, c'est par semaine, c'est bien ça?

Mme Godin (Angeline): ...interventions en soutien à domicile, oui, tout à fait.

M. Michaud (Pierre): En soutien à domicile. Maintenant, comme je vous dis, je voulais juste tout simplement vous illustrer que, bon, on est au-dessus des cibles nationales, puis c'est ce qui est rassurant, là, aujourd'hui, sur l'orientation puis sur le reste du dossier.

Évidemment, il y a encore des enjeux majeurs puis importants dans la région, je veux dire, en termes

de rehaussement de services puis de diversification de la réponse. Bon. Quant à nous, les places en CHSLD devraient être diminuées pour les transformer en places en ressources intermédiaires puis en ressources communautaires du type projet novateur qu'on a développé à Grande-Vallée, notamment, qui donne de très bons résultats. Et on pourrait, à ce moment-là, rejoindre encore plus de personnes qui ont des besoins d'hébergement. Donc ça, c'est un grand défi, puis on a une cible très claire, là, de diminution du nombre de lits en longue durée pour les transformer effectivement soit en soutien à domicile soit dans des activités de ressources intermédiaires ou de ressources plus proches du milieu.

Pour la suite, je demanderais peut-être à Mme Godin, là, de vous placer la stratégie, dans le fond, plus complète, là, à l'égard des personnes âgées.

● (12 h 10) ●

Mme Godin (Angeline): Je vous dirais que la première préoccupation, c'est le soutien à domicile. On a quand même une gamme de services bien développés dans le sens qu'on a des centres de jour dans tous les territoires, on a des corporations d'aide à domicile, des centres d'action bénévole qui sont très présents. Aussi, on a quand même, je dirais, un nombre de ressources intermédiaires sur l'ensemble du territoire. Aussi, dans les dernières années, on a rehaussé de façon importante les ressources intermédiaires. Ce qui nous a conduits aussi à revoir nos lits de longue durée, c'est qu'on observait qu'en hébergement institutionnel on avait quand même à peu près le tiers de notre population hébergée qui est de moins de trois heures-soins.

Donc, le choix qu'on fait, nous, c'est de concentrer nos lits de longue durée pour la clientèle en lourde perte d'autonomie et de diversifier nos ressources plus légères non institutionnelles, notamment les ressources intermédiaires. Et à date on est en mouvement, il y a quelques projets pour développer des ressources intermédiaires pour les personnes avec des déficits cognitifs parce qu'on s'aperçoit que cette clientèle-là, elle est souvent en longue durée, bien qu'elle n'a pas besoin d'une infrastructure institutionnelle, elle a besoin d'encadrement. Donc, il y a déjà deux projets, dans les territoires, qui sont amorcés pour développer ces ressources-là.

On a aussi, à Grande-Vallée, un projet novateur. Bon. Grande-Vallée est quand même à une heure et quelques de Gaspé. Les lits de longue durée sont tous concentrés à Gaspé. Donc, il y avait une volonté de ces personnes-là de demeurer dans leur milieu. On a intensifié une ressource logement communautaire pour permettre de développer six places de niveau CHSLD. Et c'est très concluant pour la clientèle. Donc, on veut, dans chacun de nos territoires, tenter de mettre en place des projets novateurs pour diversifier la réponse d'hébergement.

En soutien à domicile, je vous dirais que la préoccupation première, c'est les proches. On a un nombre important de personnes âgées, et on observe aussi que nos personnes âgées reçoivent aussi le soutien de d'autres personnes âgées qui sont plus jeunes. Donc, on appelle ça le soutien transgénérationnel, et c'est important. On a aussi développé un outil pour évaluer les besoins des proches. On a aussi développé un outil pour mesurer le niveau d'épuisement de nos proches, et on s'aperçoit qu'il y a quand même à peu près 40 % des

proches qui sont à risque d'épuisement. Donc, à date, on met un comité de travail pour vraiment faire un état de situation sur le soutien aux proches et aussi de mieux partager les responsabilités entre le communautaire et le réseau de la santé. Bien qu'on a augmenté, on a investi en soutien aux proches et on a priorisé la clientèle avec des déficits cognitifs, il y a encore besoin de consolider davantage. Et je vous dirais que la fermeture des lits va nous permettre de réallouer cet argent-là vers le soutien à domicile et vers le milieu non institutionnel. Et, notamment en soutien à domicile, c'est le soutien aux proches et les services de réadaptation qu'on devra consolider.

Mme L'Écuyer: Merci. Je vais laisser mon collègue continuer.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Saint-Jean, il reste quatre minutes à l'échange.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Madame, messieurs, bienvenue. Bien, félicitations, parce qu'on parle de personnes âgées, on parle de services à domicile dans un territoire comme les Îles, la Gaspésie. J'imagine que ce n'est vraiment pas facile parce qu'il y a peu de population et le territoire est très, très grand, donc d'autres façons de faire que dans des grands centres comme Montréal, Québec ou peu importe... Rimouski. Et vous avez bien réussi, d'après ce que vous nous présentez dans votre rapport. Donc, chapeau!

Mais j'aimerais, madame, que vous nous parliez... Je crois comprendre que c'est vous qui avez piloté ce projet-là, le projet novateur à Grande-Vallée. J'ai saisi mais pas beaucoup. Ça m'intéresse, six places d'hébergement particulier, et j'aimerais vous entendre là-dessus, si c'est possible, avec des détails un peu plus complets.

Mme Godin (Angeline): Ce qu'on a fait, c'est ce qu'on appelle un projet AccèsLogis de logement communautaire de 20 places, qui est une nouvelle installation, là, très bien adaptée pour les personnes âgées. Ce qu'on a fait, c'est qu'on a rehaussé le budget de cette ressource-là pour avoir des préposés, et aussi on a financé au CSSS... on a donné un budget pour offrir les soins infirmiers et les services de réadaptation et les services psychosociaux en soutien à cette ressource-là. Donc, on a agi sur les deux plans: pour les services, là, plus d'assistance personnelle, les AVQ, les AVD, on a rehaussé le personnel, mais, pour les services professionnels, c'est l'établissement qui vient dispenser des services dans cette ressource-là.

M. Paquin: Ça vient régler un peu le problème que... les gens, exemple, de Grande-Vallée ne peuvent pas aller à Gaspé ou à Sainte-Anne-des-Monts, qui sont les deux villes principales. Entre les deux, il se fait... Puis ils restent dans leur milieu, en tout cas, si ce n'est pas à 100 %, à haut niveau, hein? Merci. Est-ce qu'il reste un peu de temps?

Le Président (M. Copeman): M. Michaud.

M. Michaud (Pierre): Je pense que vous touchez quelque chose de très important, là, qui est la distance. C'est qu'il y a une concentration aussi de ressources d'hébergement en longue durée. Bon. Vous donnez

l'exemple de Gaspé. Partir de Grande-Vallée et venir à Gaspé pour visiter un parent, c'est une distance d'à peu près... c'est 1 h 20 min, 1 h 30 min puis dans une route qui est quand même, tu sais, assez accidentée, et tout.

Et c'est un de nos défis, l'augmentation des personnes âgées, il va falloir qu'on rapproche résolument les ressources de la communauté puis des communautés. Puis ce sera des ressources plus légères, des moins grosses ressources, une moins grande concentration de personnes. Mais on a le défi réellement, là, de la diversification puis du redéploiement des ressources plus proches des communautés locales.

M. Paquin: Bien, c'est tout un défi, mais je suis convaincu que vous êtes bien partis pour bien le réaliser. Merci, M. le Président.

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

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, M. Michaud. Bienvenue aux personnes de votre équipe et à celles qui vous accompagnent. Je veux vous souhaiter la bienvenue au nom de mes collègues et particulièrement de Mme la députée de Rimouski, qui a la responsabilité de la problématique des services sociaux.

J'aimerais poursuivre notre échange, là — nous avons encore quelques minutes avant l'interruption, nous nous reverrons cet après-midi — sur cette question du vieillissement, qui est le cœur de votre présentation ce matin.

Alors, vous nous rappelez que, dès cette année... ou l'an prochain plutôt, les personnes âgées de plus de 65 ans équivaldront celles de 19 ans et moins, et vous êtes une des premières régions du Québec qui aura à vivre cela. Alors, moi, j'ai pris connaissance de votre proposition de plan d'action, plan d'action régional, soumis pour 2005-2006, concernant les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, de la réponse que vous avez reçue du sous-ministre, M. Iglesias. J'aimerais d'abord savoir quelle est la cible de diminution de lits en CHSLD que vous avez reçue du ministère.

M. Michaud (Pierre): Bon. C'est une cible qu'on avait proposée puis qui a été acceptée: on passe de 616 à 500 quelques — je vais vous le donner juste, là — à 519 places en 2010. Donc, de...

Mme Harel: Donc, d'environ une centaine de lits de soins de longue durée de moins pour la région de la Gaspésie—Les Îles.

M. Michaud (Pierre): Oui. Tout à fait.

Mme Harel: Combien actuellement avez-vous de lits en ressources intermédiaires? Actuellement?

Mme Godin (Angeline): Actuellement? On en a 124.

Mme Harel: Donc, actuellement, 124 lits en ressources intermédiaires, hein? Quel est le coût unitaire de cette ressource-là?

M. Michaud (Pierre): En ressources intermédiaires, madame?

Mme Harel: Actuellement, oui?

M. Michaud (Pierre): Actuellement, le coût unitaire, j'ai le chiffre...

Mme Godin (Angeline): On se situe entre 60 \$ et 65 \$.

Mme Harel: 60 \$ et 65 \$ par jour.

Mme Godin (Angeline): Par jour.

Mme Harel: Par jour, hein?

M. Michaud (Pierre): En ressources intermédiaires.

Mme Godin (Angeline): La moyenne régionale, c'est à peu près ça, oui.

Mme Harel: D'accord. Alors, quoi, c'est quelque chose comme 25 000 \$ annuellement? C'est bien cela?

Mme Godin (Angeline): Oui, excluant... incluant la contribution de l'usager, oui, à peu près.

Mme Harel: Excluant la contribution de l'usager. Alors, vous nous avez parlé de deux projets de ressources intermédiaires. Où sont-ils situés dans la région?

Mme Godin (Angeline): Actuellement, il y en a un dans la région de Pabok, Rocher-Percé, là, de sept places et il y en a un autre qui est en élaboration pour les personnes avec déficits cognitifs, de 12 places, sur le territoire de Côte-de-Gaspé.

Mme Harel: Sur le territoire de Gaspé. D'accord. Donc, 12 places et sept places; donc un total de 19, hein, comme projet. Et comment vous envisagez, disons, de compenser, là, la perte de près de 100 lits de soins de longue durée?

Bon. C'est une population vieillissante. J'ai pas mal de mes concitoyens d'Hochelaga-Maisonneuve qui ont des parents âgés en Gaspésie. Alors, j'imagine que, pour beaucoup de ces personnes âgées, une partie ou sinon toute leur famille a déjà quitté la région pour, disons, vaguer à d'autres emplois à travers le Québec ou ailleurs finalement dans le monde. Quel est le pourcentage de ménages d'une personne seule ou de ménages très âgés que vous avez?

M. Michaud (Pierre): Moi, je vous dirais qu'une des informations que j'ai, c'est qu'il y a 75 % des personnes âgées qui reçoivent le supplément, là, de revenu garanti. Donc, ça donne une moyenne indication, ça, sur la capacité financière des personnes âgées de se payer ou pas, là, des services à tout le moins, puis ça donne un profil. Est-ce que, le montant exact, Mme Godin, vous l'avez?

Mme Godin (Angeline): On a 55 % de personnes âgées qui ont un conjoint, et donc la balance, c'est des personnes seules.

Mme Harel: Des personnes qui sont seules, hein, c'est ça?

M. Michaud (Pierre): Oui, qui sont seules.

• (12 h 20) •

Mme Godin (Angeline): Par contre, quand on interroge les personnes âgées, ils nous disent qu'ils ont à peu près... 95 % des personnes disent qu'ils ont à peu près deux personnes sur qui ils peuvent compter pour avoir du soutien.

Mme Harel: Alors ça, j'imagine que c'est quelqu'un qui peut aller leur chercher une pinte de lait ou qui peut déneiger leur porte après une tempête de neige. Mais encore faut-il ne pas avoir de problème cognitif, parce que, quand le moindre s'ajoute l'errance ou d'autres problèmes, ça, c'est autre chose.

Je crois que, dans la présentation que vous avez faite, il y a un aspect que je retiens comme étant très important, c'est celui de servir en quelque part d'incubateur. Vous proposez aux institutions qui s'occupent de gériatrie et peut-être aussi au ministère, là, avant d'appliquer des règles qui peuvent apparaître dénuées, si vous voulez, du sens de la réalité, d'aller peut-être voir en région comment la réalité du vieillissement fait en sorte qu'on doive tenir compte et du revenu des gens et aussi d'une autre réalité.

Dans un communiqué de presse que nous avons retrouvé sur le site, je lis ceci... C'est du 19 juin, donc c'est assez récent, là, c'est au début de l'été. C'est une étude menée par l'agence régionale Gaspésie—Les Îles à l'effet que «3 % de la population occupe 50 % des lits d'hôpitaux». Et on vous cite, je pense, Dr Desjardins: «Selon le directeur des affaires médicales de l'agence, le Dr Michel Desjardins, la plupart de ces personnes sont des patients âgés de 70 ans et plus qui souffrent souvent de cinq maladies chroniques de plus.»

Donc, dans vos lits aigus, il y a des malades... c'est des personnes de plus de 70 ans. Alors, ces personnes qui souffrent de cinq maladies chroniques et plus constitueraient 50 % de l'occupation des lits de soins aigus. Et j'imagine qu'une fois qu'elles sont là la travailleuse sociale évalue leur situation et diagnostique la nécessité d'un hébergement plus de longue durée dans un milieu de vie plus propice, n'est-ce pas, que l'hôpital. Puis je constate qu'il y a 100 lits de moins en longue durée. Je ne sais pas comment vous allez réussir la quadrature du cercle, mais, voilà, la question est posée.

M. Michaud (Pierre): Moi, j'aimerais vous rassurer, c'est au niveau des ressources intermédiaires. Notre objectif, c'est de se rendre à 173, hein, en 2010. Donc, on ne se limite pas, là, aux deux projets que vous avez évoqués ou que Mme Godin a évoqués. Au niveau des ressources intermédiaires, c'est clair qu'en 2000... c'est-u en 2010? Je n'ai pas la donnée exacte. C'est en 2010, on devrait être à 173 places.

Mme Harel: 173 de plus que les 124 ou 49 de plus que les 124?

M. Michaud (Pierre): C'est plus 49.

Mme Harel: 49. D'accord.

M. Michaud (Pierre): Oui. Et, pour nous, c'est important, puis il y a l'accentuation au niveau du soutien à domicile. Maintenant, vous touchez quelque chose de très important quand vous parlez des proches aidants. C'est un gros défi pour nous. Le défi est beaucoup là. Puis, vous savez, on en est très conscients, c'est que tout ce qui est arrivé en Gaspésie—Les Îles depuis 10 ans porte effet, nous donne des coups difficiles, des coups durs.

Puis j'aimerais ça, tu sais, juste pour nous placer dans cette perspective-là... Si on prend toutes les usines qui ont fermé, bon, on pense à New Richmond, la Gaspésie, on pense à Murdochville, puis la région qui assiste à un exode des jeunes mais aussi des ménages actifs, hein, puis les proches aidants, là, s'en viennent plus âgés aussi, les personnes qui ont beaucoup de supplément du revenu, donc qui ne sont pas riches puis qui ont besoin de support puis qui n'ont pas une capacité financière très grande, puis ajoutons à ça la dénatalité, l'exode des jeunes, le départ des ménages actifs, la réalité socioéconomique régionale, ça ne facilite pas vraiment l'adaptation des réseaux d'entraide. Puis il va falloir qu'on soit capable, là, de répondre à ça. Puis ça fait partie de notre grand défi.

Mme Harel: Je comprends, M. Michaud, je comprends. Parce que, dans la lettre de M. Iglesias, en fait le reproche qui vous est fait, là, à la page 5 de la lettre, c'est de trop vous orienter vers le développement de ressources intermédiaires, «alors, dit M. le sous-ministre, que des avenues moins traditionnelles sont préconisées dans les orientations ministérielles». Là, je prends, disons, le témoignage que vous faites ce matin comme étant difficiles d'application ces avenues moins traditionnelles. Les avenues moins traditionnelles sont les aidants naturels, là...

M. Michaud (Pierre): Les aidants naturels...

Mme Harel: ...dont vous dites qu'ils ont quitté, pour plusieurs, la région.

M. Michaud (Pierre): Bien, c'est ce qui fait qu'actuellement on travaille beaucoup avec le réseau communautaire, qu'on travaille beaucoup avec les entreprises d'économie sociale. Et puis on va probablement devoir aussi explorer d'autres formes d'accueil pour les personnes âgées, puis on ne veut pas non plus tomber dans le créneau de l'hébergement à tout prix, parce que ce n'est pas la solution pour nous, l'hébergement à tout prix.

Mme Harel: Là, ce n'est pas à tout prix, ça va être 100 lits de moins. Ce n'est pas à tout prix.

M. Michaud (Pierre): C'est une...

Mme Harel: Là, vous avez à gérer la décroissance, vous n'avez pas en fait à gérer une augmentation. Mais vous avez eu une bonne nouvelle au mois de juin également, c'est celle du rétablissement, je pense, de votre budget, n'est-ce pas, parce que vous étiez considérés comme une région en surplus budgétaire, et, dans le cadre de l'équité interrégionale, vous étiez de ceux qui devaient en donner aux autres, n'est-ce pas?

M. Michaud (Pierre): Oui.

Mme Harel: Alors, est-ce que...

Une voix: ...trop riches.

Mme Harel: Vous étiez trop bien organisés, semble-t-il.

M. Michaud (Pierre): Oui.

Mme Harel: Bon. J'aimerais vous entendre là-dessus, là: Est-ce que c'est pour un an seulement ou c'est dans la base budgétaire, là, que le million vous a été finalement...

M. Michaud (Pierre): Bien, c'est sur une période, madame, c'est sur une période de sept, huit ans, je veux dire, que ça va se régulariser. Donc, nous, on est considérés, depuis l'an passé, comme une région qui est en demande, qui est sous-financée pour l'équivalent de 1 million... je ne sais pas...

M. Pelletier (Gilles): 1 050 000 \$.

M. Michaud (Pierre): 1 050 000 \$. Donc, au cours des années, ça va se rétablir au niveau du budget. Mais c'est tout un écart, voyez-vous, avec la situation dans laquelle on était avant ce correctif, parce qu'avant le correctif on était considérés comme une région riche à au-delà de 14 millions, puis on était une région qui contribuait, là, à l'équilibre.

Maintenant, c'est certain que l'étude a démontré clairement... les travaux ministériels auxquels on a été très étroitement associés ont démontré clairement qu'on peut tenir compte de la grandeur du territoire, un, du fait aussi que, bon, nos ressources sont disséminées sur l'ensemble de ce territoire-là, je veux dire, la Gaspésie étant une espèce de chapelet où toutes les ressources, je veux dire, sont...

Mme Harel: Mais ma question, c'est: Ce que vous avez réussi à obtenir de rattrapage par rapport à ce qui vous était, disons, soustrait pour votre budget de cette année, est-ce que ça va être récurrent à chaque année, vous allez...

M. Michaud (Pierre): Oui, oui, oui, c'est récurrent.

Mme Harel: Donc, on ne vous inclut plus dans l'équité interrégionale où le développement vous est retiré pour le motif que vous êtes en surplus.

M. Michaud (Pierre): Tout à fait.

Mme Harel: C'est pour toujours. Est-ce qu'on comprend ça?

M. Michaud (Pierre): Tout à fait. Ça, c'est réglé. Tout à fait, vous avez absolument raison.

Mme Harel: C'est réglé, définitif.

M. Michaud (Pierre): Puis on reçoit, nous, on reçoit du mécanisme de transferts interrégionaux. On est

plus une région qui reçoit maintenant en raison, n'est-ce pas... Cette année, c'étaient 50 000 \$ qui nous étaient donnés, en plus de notre budget, pour commencer à créer l'équilibre jusqu'à ce qu'on ait fait le rattrapage.

Mme Harel: O.K. Attendez: le rattrapage vers le moins ou vers le plus, là, dans...

M. Michaud (Pierre): Vers le plus.

Mme Harel: Vers le plus.

M. Michaud (Pierre): Oui.

Mme Harel: Bon. Alors, d'autre part, dans ce contexte-là, évidemment, il y a toute la question de la population estivale, hein, la population saisonnière. Quel est le facteur qui vous est attribué pour cette augmentation importante de population? Je pense aux Îles-de-la-Madeleine où je vais régulièrement, en Gaspésie où j'étais là l'été passé aussi. Mais les Îles, c'est 13 000 de population puis ça passe à 50 000 l'été. Alors, quel est le facteur, dans votre budget, qui tient compte...

M. Michaud (Pierre): À ma connaissance, on a toujours été capables d'absorber, je veux dire, cette affluence. C'est certain qu'il y a peut-être une concentration aux Îles-de-la-Madeleine, parce que c'est tout petit, là, puis c'est un centre. Le reste de la Gaspésie, c'est beaucoup plus important comme nombre de visiteurs, mais c'est réparti sur un nombre plus grand de ressources. Maintenant, peut-être que M. Pelletier peut nous donner plus d'information sur cette question-là.

● (12 h 30) ●

M. Pelletier (Gilles): Oui. En fait, c'est une dimension qu'on a essayé de documenter, d'évaluer. On a eu plusieurs représentations aussi, de la part des Îles-de-la-Madeleine, qui nous disaient: On a trois fois plus de population pendant la période estivale. Mais, en fonction de l'historique de la répartition budgétaire qu'on faisait sur le territoire, on a toujours pris en compte un peu, là, cette dimension-là, je vous dirais, dans l'allure globale du dossier financier en cours d'année. Donc, c'est donc dire qu'à certains égards, surtout en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, il y a des pics, au niveau de la fréquentation hospitalière, pendant certaines périodes, mais, à d'autres périodes, il y a un ralentissement important d'activité. Donc, l'un dans l'autre, au niveau d'une année complète, ça s'équivalait ou ça vient faire en sorte qu'il n'y a pas nécessairement de pression, je veux dire, qui... C'est sûr que, pour une période de deux mois, on peut effectivement noter... Et ce n'est pas l'apanage uniquement du côté des Îles-de-la-Madeleine, mais on se rend bien compte que, sur le territoire de la Gaspésie, on a le parc Forillon, on a la baie des Chaleurs qui attirent énormément de touristes pendant l'été et ce qui peut augmenter la fréquentation hospitalière jusqu'à un certain niveau, mais on ne voit pas nécessairement de pression induite sur les systèmes à ce moment-ci.

Mme Harel: L'Hôpital des Îles-de-la-Madeleine est en déficit de 1 million cette année. Et, sur le total, là, de vos établissements, quel est le déficit, à combien va se chiffrer le déficit budgétaire?

M. Pelletier (Gilles): Selon les projections qu'on a actuellement, tenant compte de ce qu'on s'attend d'avoir, de la part du ministère, comme rehaussement, comme compensation au niveau du transport des usagers et, je dirais, du changement de tarifs d'électricité, on devrait, cette année... ce qu'on projetait, c'était un déficit d'à peu près 1,8 million, mais pour lequel les établissements ont des mesures de redressement qui sont en cours actuellement et qui devraient nous amener à l'équilibre budgétaire.

Mme Harel: Entre autres, l'Hôpital de Maria qui va fermer des lits, des lits en CHSLD de longue durée et des lits de soins aigus également.

M. Pelletier (Gilles): Oui. Oui.

Mme Harel: Murdochville, quel est le redressement qui est envisagé?

M. Pelletier (Gilles): Bien, Murdochville, c'est un point de services du Centre de santé de la Côte-de-Gaspé, hein, donc...

Mme Harel: Quel est le redressement sur la Côte-de-Gaspé?

M. Pelletier (Gilles): La Côte-de-Gaspé, cette année, serait un établissement en équilibre budgétaire et même en surplus budgétaire cette année. Donc, on n'aurait pas de problème du côté de la Côte-de-Gaspé.

Le Président (M. Copeman): Ayant terminé ce bloc, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures et nous allons reprendre, pour l'heure qui reste, avec Gaspésie—Les Îles. Alors, oui, vous pouvez laisser vos affaires ici.

Alors, je suspends les travaux jusqu'à 14 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 32)

(Reprise à 14 h 3)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre! Alors, la commission poursuit ses travaux. Nous avons terminé un bloc d'échange à ma gauche. Alors, moi, je vais partir le bal pour la partie ministérielle. M. Michaud, j'aimerais peut-être juste revenir un bref moment sur la question des diminutions des lits en CHSLD. Je comprends que vous avez eu un échange avec le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le nombre de lits en décroissance. Je pense que c'est autour de 100 lits, c'est bien ça? Mais je crois que vous avez dit que c'est le nombre ou la cible que l'agence a proposée au ministère. Est-ce que je saisis bien le processus dans cette diminution de lits?

M. Michaud (Pierre): Oui. Évidemment, c'est toute... Vous posez toute la question... C'est difficile d'aborder ce dossier-là uniquement sous l'angle des lits. Ça, on peut se dire ça au départ, là, ça forme un tout. Le plan d'action, là, c'est quelque chose qui n'est pas statique, c'est quelque chose qui est dynamique. Et puis

ça porte sur cinq ans et ça touche tout le continuum de services dans tous ses volets. Donc, c'est certain que la diminution d'une centaine de lits, là, fait partie de ce projet-là, et il y a des répercussions ailleurs. Actuellement, je vous dirais que, même dans les lits existants, il y a des personnes, quant à nous, qui ne sont pas à la bonne place puis qui sont hébergées en CHSLD actuellement. Quand on regarde la norme du trois heures-soins, il y a beaucoup de personnes, dans certains secteurs, qui sont en bas de ce requis de trois heures-soins et puis qui sont quand même en CHSLD. Puis, à côté, vous allez avoir un phénomène où il y aura des personnes qui occupent des lits de courte durée en attente d'une place.

Donc, il faut corriger ça. Je veux dire, il faudrait que les personnes n'attendent pas dans des lits de courte durée, un, qu'elles puissent avoir accès à ces places-là beaucoup plus rapidement, mais ça, ça veut dire qu'il y a un effet. Je veux dire, quand tu sors du CHSLD, bien tu vas en ressources intermédiaires ou en ressources de type communautaire, puis, à la limite, aussi il y a des personnes qui devraient être mieux desservies même en maintien à domicile, en soutien à domicile, dans leur résidence. Donc, ça forme un tout, puis il faut regarder toute la trajectoire de façon dynamique.

Puis, nous, on est convaincus finalement... C'est certain que ça représente un sacré défi, un gros défi, d'autant plus que la population continue à être vieillissante. Et puis, pour les cinq prochaines années, on a la conviction que c'est la voie qu'il faut emprunter. Il faut replacer les clientèles à la bonne place, dans les bonnes unités, et développer des ressources intermédiaires, développer des projets novateurs, accentuer le soutien à domicile et travailler sur toutes les dimensions, remobiliser le communautaire puis l'économie sociale en soutien à l'action de soutien à domicile. Donc, il faut travailler sur toute la trajectoire.

Puis le seul recentrage des clientèles dans les bonnes ressources, pour moi, c'est quelque chose de très important parce qu'il y a des cultures un peu trop d'institutionnalisation ou d'hébergement actuellement. Ça fait que, quand on tient compte de tout ça, ça relativise finalement la diminution des lits, parce que c'est certain qu'avec ces argents-là on peut aussi déployer des ressources alternatives, des ressources plus légères.

Je ne sais pas si Mme Godin veut ajouter à l'énoncé que je viens de faire.

Le Président (M. Copeman): Mais l'essentiel, M. Michaud, vous êtes convaincu, l'agence est convaincue, avec le plan dans son ensemble, même avec la diminution de ces lits, qu'il n'y aura pas de bris de services. Au contraire, il faut placer la bonne personne au bon endroit pour recevoir les services les plus appropriés.

M. Michaud (Pierre): Je suis profondément convaincu qu'on peut optimiser puis qu'on peut optimiser l'argent qu'on investit déjà dans ce programme-là. Puis peut-être une donnée additionnelle: c'est un programme qui n'est pas sous-financé, si on regarde les données ministérielles. Au contraire, dans le partage, là, l'équité interrégionale, c'est même un programme qui a un surfinancement. Donc, vous voyez, on a aussi à composer avec ça. Ça fait que, pour nous, c'est ça, je

veux dire. C'est certain qu'il y a des inquiétudes, c'est certain qu'il y a du questionnement, c'est certain que le défi est très grand. Puis, si on ajoute à ça, je veux dire, la question des aidants naturels, qui vont être moins présents puis qui sont déjà moins présents, c'est un grand défi, puis il va falloir qu'on soit créatifs, puis qu'on diversifie, puis qu'on aille dans tous les champs, là, possibles pour offrir un service de qualité puis rendre les services encore plus accessibles. C'est certain.

Le Président (M. Copeman): Sur un autre sujet, M. Michaud, j'ai noté évidemment, comme tous les parlementaires — et, pour ceux qui connaissent la région, on n'est pas surpris — la présence importante d'une communauté anglophone, tout près de 10 %, 9 %, tout près de 9 000 personnes d'expression anglaise. J'ai par contre également noté, dans votre allocation, pas beaucoup de références aux questions d'accessibilité à des services en langue anglaise pour cette communauté. Également, dans la fiche de reddition de comptes, il n'y a pas une référence directe à l'accessibilité des services en langue anglaise. Je suis certain que ce n'est pas par une absence d'intérêt de la part de l'agence, mais pouvez-vous nous décrire un peu quel est le plan que vous avez mis en place afin d'assurer que la communauté d'expression anglaise, qui représente quand même plusieurs personnes, un nombre important dans la région, ait accès aux services de santé et services sociaux dans leur langue quand c'est approprié?

● (14 h 10) ●

M. Michaud (Pierre): Oui. Regardez, par rapport aux services à la population de langue anglaise, c'est toujours, là aussi, je veux dire, une préoccupation importante de l'agence, puis actuellement on est à réviser toute... c'est une belle occasion aussi, pour nous, là, de refaire le point, là, sur l'accessibilité des services à la population de langue anglaise que de réviser la politique qui régit finalement nos relations, le cadre de référence, là, sur les programmes d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise. Et c'est une obligation légale, hein? Je veux dire, chaque région doit positionner son offre de services puis s'assurer, là, qu'il y ait des programmes d'accès aux services de santé en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

Maintenant, on est en exercice actuellement. On doit déposer, pour le début de l'année qui s'en vient, notre projet révisé, et ce projet, qui est d'une durée... bon, qui devrait être révisé ensuite aux trois ans, devra être approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Donc, on est dans ce créneau-là actuellement, on est dans cet exercice-là actuellement. Donc, on fait l'inventaire des services accessibles au niveau local, régional. Ensuite, on regarde les programmes d'accès existants, parce qu'il y en a, des programmes d'accès existants pour la population de langue anglaise. Et on devrait transmettre, comme je vous dis, le programme d'accès au ministre. Ça nous prend des données populationnelles, des besoins de santé bien identifiés, le portrait de l'offre de services. On a des données démographiques qui sont de plus en plus précises, par territoire, puis on a un comité régional aussi qui est très actif sur le programme des services à la population de langue anglaise. Et, ce comité-là, j'avais l'occasion justement d'avoir écho, là,

de la satisfaction des gens qui y participent, et puis ça semblait être très positif.

Maintenant, il y a des actions plus ciblées qui ont eu lieu au cours de la dernière année suite à des subventions qui proviennent d'un programme fédéral. Puis on a profité largement, la région de la Gaspésie—Les Îles, là, de ce programme, on s'est inscrits là-dedans avec les communautés puis les organismes communautaires du milieu de la communauté anglophone. Et puis, bon, M. Lachapelle, qui connaît bien ce programme-là, me transmet des documents ici, composition, bon...

Une voix: Il y a des projets importants déjà en marche...

Le Président (M. Copeman): On va avoir de la misère à capter...

M. Michaud (Pierre): Regardez, je peux vous donner l'information, c'est qu'à la Côte-de-Gaspé on avait un beau projet ici avec concertation... Vision Gaspé-Percé Now, en tout cas, pour un montant de 247 000 \$ qui a travaillé très proche du CSSS de la Côte-de-Gaspé pour améliorer l'accès. Et la même chose avec le CSSS de la Baie-des-Chaleurs, où il y a une concentration aussi de personnes de langue anglaise, c'est le Committee for Anglophone Social Action puis qui ont eu 117 000 \$. Donc, ça a permis justement de mettre d'avant des programmes pour faciliter l'accès. Puis il y a aussi un programme de formation linguistique avec l'Université McGill qui est un projet de développement des compétences en langue anglaise des ressources humaines. C'est un projet dans lequel il y a eu un investissement, là, de 75 000 \$ qui a été partagé entre le CSSS de la Côte-de-Gaspé, et celui de la Baie-des-Chaleurs, et ainsi que celui des Îles, parce que vous savez qu'on a une petite communauté anglophone aux Îles-de-la-Madeleine.

Donc, en gros, ça illustre la relation finalement... ou l'intérêt, le grand intérêt, je dois vous dire, de l'agence pour la communauté anglophone. Et c'est aussi ce qui nous est transmis par les gens de la communauté anglophone, c'est que c'est plus difficile pour eux, vous savez, c'est plus difficile pour eux, surtout les personnes vieillissantes. Le support proche des milieux n'est pas si présent, et puis il y a vraiment un effort additionnel à faire pour se rapprocher de la communauté des personnes d'expression de langue anglaise.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Michaud. M. le député de Vimont, il reste cinq minutes d'échange.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. M. Michaud et toute votre équipe, bonjour. Merci d'avoir fait le chemin pour venir nous voir, venir nous rendre compte, si on peut dire ainsi, surtout que, pour moi, c'est beaucoup plus nous informer, nous dire qu'est-ce qui va bien, sur quoi vous êtes en train de travailler et sur les projets que vous êtes en train de tabler.

Un élément qui me touche beaucoup, que je vois, dans lequel vous avez fait vraiment un succès majeur, c'est au niveau des jeunes, au niveau de la toxicomanie. On voit que les cibles que vous aviez ont été non pas juste dépassées un petit peu, là, on parle de

cibles qui étaient, en 2005-2006, de 19 personnes, nombre de jeunes évalués et référés, et, tout d'un coup, vous avez passé à 87 donc en 2005-2006. Donc ça, on parle quand même d'une augmentation de plus de 350 %, c'est majeur. Je pense que, bon, les problèmes ont toujours existé malheureusement, et là, tout d'un coup, on réussit, du jour au lendemain, à traiter, à référer, évaluer ces gens-là. Pouvez-vous me dire comment vous pouvez expliquer cette hausse-là justement d'interventions dans le milieu?

M. Michaud (Pierre): Si vous permettez, M. le député, Mme Godin pourra répondre à cette question.

Mme Godin (Angeline): Je dirais que... Pour expliquer la hausse, dans le fond les jeunes étaient déjà desservis, sauf que, quand on lisait l'indicateur, c'était via un mécanisme d'accès. Comme on n'avait pas un mécanisme d'accès formel, on n'avait pas identifié nos jeunes, bien qu'ils étaient desservis en toxicomanie. C'est ce qui fait qu'il y a une fluctuation aussi importante dans la réponse aux besoins.

M. Auclair: O.K. Donc, c'est vraiment une nouvelle qualification qui a été...

Mme Godin (Angeline): Oui, c'est une clarification.

M. Michaud (Pierre): C'est beaucoup une question de comptabilité de données, là, que de grande progression dans l'offre de services.

M. Auclair: O.K. Parce que je me demandais si vous aviez fait quelque chose d'extraordinaire pour les rejoindre ou... En tout cas, vous avez débouché quelque part, là, parce que c'est quand même impressionnant. Donc, les écarts comme ça, c'est aussi dérangeant, je vous dirais, que des écarts contraires, là.

M. Michaud (Pierre): Il faut être capable de les expliquer, comme vous dites, là, et ça, c'est une question de cueillette de données.

M. Auclair: Également, au niveau des TED, des troubles envahissants, au niveau des TED, je vois qu'il y a des fluctuations. Est-ce que vous pouvez me dire un petit peu, dans la réalité des services et des gens qui sont desservis au niveau des TED, c'est quoi, les délais au niveau des listes d'attente, parce qu'on voit quand même qu'il y a une augmentation de personnes desservies? Est-ce qu'il y a une question de listes d'attente? Les délais pour obtenir les services? Et si vous avez réussi à les rejoindre maintenant de plus en plus en bas âge? Parce que le défi est là.

M. Michaud (Pierre): Oui, tout à fait. Mme Godin.

Mme Godin (Angeline): Je dirais qu'on a concentré les efforts sur la clientèle 0-5 ans, hein? C'est sûr qu'on a un petit nombre d'enfants qui présentent cette problématique-là, mais à date l'effort est sur cette clientèle-là. Il nous reste quand même à augmenter les services pour les enfants de plus de cinq ans et même

les adultes. Je pense qu'on a encore, bien qu'on a une clientèle desservie, on a encore des efforts à faire pour mieux desservir la clientèle avec des troubles envahissants du développement.

M. Auclair: En ce moment, est-ce que... Justement, vous avez parlé des jeunes ou des adultes, parce que vraiment le défi est au niveau aussi des adultes, parce qu'ils se retrouvent à 21 ans, si je ne me trompe pas, au niveau du système scolaire, et là ils tombent dans le système, comme on dit. Est-ce qu'il y a des projets, chez vous? Est-ce qu'il y a des choses qui se passent au niveau de l'encadrement de ces gens-là ou malheureusement c'est récupéré par le système, soit le système d'aide sociale ou autre, là, pour pallier pour... Parce qu'il faut les soutenir aussi, il faut leur donner un certain service, est-ce qu'il y a quelque chose particulier, chez vous, qui se fait?

Mme Godin (Angeline): Actuellement, cette clientèle-là est aussi suivie par la déficience intellectuelle dans le territoire. Si on observe, chez nous, il n'y a pas de liste d'attente, mais il reste que... Aussi, il faut mieux cerner, là. Je pense qu'on est... On s'est donné un plan d'action, hein, régional pour les troubles envahissants du développement. On est en implantation, mais il nous reste encore beaucoup à faire sur les outils de dépistage, les outils d'évaluation. Donc, c'est clair que, là-dessus, il faut poursuivre, là, l'implantation du plan d'action au niveau des troubles envahissants du développement pour mieux cerner, mieux dépister la clientèle adulte aussi.

M. Auclair: Merci.

Le Président (M. Paquin): Ça va? Parfait. Mme la députée d'Hochelaga et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. Michaud et toute l'équipe Gaspésie—Les Îles, peut-être juste pour terminer l'échange, là, que vous aviez avec le président de la commission sur l'hébergement, à combien évaluez-vous le nombre de personnes qui ne sont pas à la bonne place, là, dans les 616 places d'hébergement de longue durée actuelles?

● (14 h 20) ●

M. Michaud (Pierre): Regardez, j'aimerais ça vous donner, vous fournir une information plus juste, là, mais, suite à un échange sur un territoire puis à une analyse un petit peu plus fine, là, on a évalué à peu près à 20 % de personnes qui n'étaient pas à la bonne place, en CHSLD. Maintenant, je ne peux pas généraliser cette donnée-là pour l'ensemble des territoires, là, c'est un territoire. Mais on peut quand même s'y fier, là. Je veux dire, ça fait quand même un pourcentage intéressant, là, je veux dire. Puis dans le fond je me dis: Surtout s'il y a des personnes qui attendent des places et qui occupent un lit de courte durée, sachant qu'est-ce que ça coûte, un lit de courte durée, on a un double coût à ce moment-là.

Mme Harel: M. Michaud, la cible ministérielle de trois heures-soins est celle qui a prévalu pour établir votre plan d'action ou si vous-mêmes aviez décidé que c'était ce qu'il fallait pour votre région?

M. Michaud (Pierre): Bien, il y a une cible de trois heures-soins, puis, nous, si on applique notre plan de façon intégrale, c'est ce qu'on vise, trois heures-soins, pour le CHSLD, là, je veux dire, actuellement. Mme Godin peut peut-être donner une information additionnelle là-dessus, mais c'est la norme qu'on...

Mme Harel: Combien actuellement, en Gaspésie—Les Îles, d'heures-soins dans les CHSLD?

M. Pelletier (Gilles): On est aux alentours de 3,19 heures-soins actuellement dispensées au niveau des CHSLD.

Mme Harel: Donc, en diminuant de 97 places, en réduisant en fait de 97 places, vous êtes à combien d'heures-soins à ce moment-là?

Mme Godin (Angeline): Bien, on ne diminuera pas les heures-soins. Bien, c'est-à-dire que, nous, à date, notre critère d'accès, il était à peu près à 1,35, qui était le plus bas au Québec, je dirais, pour l'hébergement institutionnel. Donc, on se dit: Progressivement, il faut augmenter notre critère d'admissibilité pour aller à trois heures-soins...

Mme Harel: Actuellement, il est à 1,34? Actuellement?

Mme Godin (Angeline): Bien, c'est-à-dire, il l'est, mais la clientèle rentre quand même encore aux alentours de deux heures-soins. Et je vous dirais que la clientèle qui rentre en plus légère perte d'autonomie, c'est la clientèle avec des déficits cognitifs, qui rentre plus tôt.

Mme Harel: À combien d'heures-soins?

Mme Godin (Angeline): On a de la clientèle qui se situe à 1,5 actuellement, aux alentours de 1,75.

Mme Harel: En moyenne, là, 1,75 d'heure-soins?

Mme Godin (Angeline): Bien, c'est-à-dire, quand on parle du 20 %, là, qui est en bas de trois heures-soins, là, actuellement, oui.

Mme Harel: Non. Dans votre admission présentement, là, vous êtes à combien d'heures-soins, l'admission régionale?

Mme Godin (Angeline): Le critère?

Mme Harel: Oui. Vous administrez...

Mme Godin (Angeline): Le critère, c'est 1,35, et on veut tranquillement l'augmenter progressivement, au fur et à mesure qu'on aura développé nos ressources intermédiaires, pour le ramener à trois heures-soins, le critère d'admission.

Mme Harel: Alors, vous m'avez dit, à l'interruption, que vous m'identifieriez, aux Îles-de-la-Madeleine, la ressource intermédiaire. Quelle est-elle?

Mme Godin (Angeline): Bien, c'est-à-dire qu'il n'y a pas qu'une seule ressource intermédiaire, il y a des places de ressources intermédiaires. Je vous ferai parvenir l'information, là, c'est actuellement dans des ressources qui s'appellent le Foyer du lien où on a converti une ressource qui était une ressource de type familial en une ressource intermédiaire. Et aussi il y a d'autres places qui se sont développées dans d'autres milieux pour correspondre à l'équivalent de 20 places RI aux Îles-de-la-Madeleine.

Mme Harel: Alors, le Foyer du lien, c'est combien de places?

Mme Godin (Angeline): C'est 36 places, mais les 36 places ne sont pas des ressources intermédiaires.

Mme Harel: Combien y en a-t-il en ressources intermédiaires?

Mme Godin (Angeline): Bien, c'est que les ressources intermédiaires n'ont pas toutes été créées dans les Foyers du lien, il y en a une de huit places qui a été convertie en ressource intermédiaire. Les autres ressources ont été développées dans d'autres milieux, et ça peut être trois places à un endroit, quatre places. Donc, il faudra que je vous donne les noms et...

Mme Harel: Alors, vous le faites parvenir au secrétariat, hein, le plus tôt possible.

Mme Godin (Angeline): Oui.

Mme Harel: Alors, vous savez qu'aux Îles-de-la-Madeleine il y a actuellement une résidence qui avait besoin de rénovation, Plaisance. J'ai pu la visiter d'ailleurs au printemps dernier, et c'est une résidence actuellement de 72 places et qui va être transformée, après rénovation, en 64 places, hein, c'est bien ça?

Mme Godin (Angeline): C'est-à-dire le Plaisance est de 50 places, et le reste des places sont en USLD au CH des Îles-de-la-Madeleine.

Mme Harel: Oui, mais elles étaient quand même en hébergement de longue durée.

Mme Godin (Angeline): C'est ça.

Mme Harel: Donc, ça faisait un total de 72 places en hébergement de longue durée, là où vous faisiez de la référence d'admissions. C'est bien cela, 72 places. Alors, ce qui a été annoncé, c'est 64 places. Donc, on voit d'autant qu'il y a des prévisions pour 2015 qui sont assez surprenantes en termes de vieillissement aussi aux Îles-de-la-Madeleine, n'est-ce pas? Je pense qu'elles équivalent ou dépassent même celles de la Gaspésie—Les Îles.

Alors, revenons sur un certain nombre également de dossiers que l'on retrouve dans les fiches de reddition de comptes, notamment sur les urgences. Je vois que la situation des urgences ne s'est pas améliorée en fait, hein? Je fais référence à la fiche que vous avez transmise à la commission parlementaire, à la page 30, où on voit que les séjours moyens, durant les trois

dernières années, 2004, 2005, 2006, le séjour moyen augmente. Le séjour sur civière de 75 ans et plus augmente. Et le séjour de 48 heures et plus augmente, hein, de presque... pas tout à fait 1 %, c'est devenu 3,6 % en fait en trois ans. Donc, un problème aux urgences. J'aimerais ça, là, qu'on puisse en parler, parce que beaucoup de régions ont réussi à régler ce problème des urgences, ce qui ne semble pas le cas, là, en Gaspésie—Les Îles.

Également, sur le maintien à domicile, d'une part, il y aura 97 places d'hébergement en soins de longue durée de moins dans les années qui viennent, là, puisque c'est le plan d'action 2005-2010, puis en même temps ce qui est surprenant, c'est que le maintien à domicile diminue. Dans la fiche de reddition de comptes, je vous réfère à la page 8, Services dans la communauté — personnes âgées en perte d'autonomie, on retrouve ceci: Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS, les centres de santé et de services sociaux, alors ça diminue chaque année. En 2004-2005, c'était 3 408 personnes; 2005-2006, 3 313; puis, 2005-2006, 3 169; donc, pas loin de 250 personnes de moins qui reçoivent des services de soutien à domicile.

Alors, je me dis, si en même temps il y a un vieillissement comme celui que vous nous avez, à raison, décrit ce matin, ensuite fermeture de 97 lits d'hébergement de longue durée, puis diminution des services de maintien à domicile, du nombre de personnes recevant ces services par les CSSS, alors il y a un problème, il va y avoir un problème.

Alors, on lit en commentaire dans votre fiche de reddition de comptes: «Une baisse importante du nombre d'usagers desservis provient du Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs. Celle-ci a dû [ramener son budget] alloué par l'agence en soutien à domicile.» Donc, moins de gens desservis parce que moins de budget que l'agence a octroyé. Alors, on s'en va où avec tout ça?

M. Michaud (Pierre): Moi, je peux introduire, Mme la députée, que les réductions de volume qu'on voit même en soutien à domicile, c'est du replaçage de lourdeur de cas. Je veux dire, c'est quand, en soutien à domicile, je veux dire, on essaie de déplacer et de réserver l'intervention des CLSC à des clientèles qui sont plus lourdes puis qui nécessitent le plus de soins. C'est certain que les organismes du milieu puis l'économie sociale sont appelés à s'occuper des situations qui demandent ou qui requièrent le moins de soutien ou d'aide. Donc, c'est ça, notre plan. Notre plan, c'est d'essayer de revoir l'hébergement en diminuant le nombre de lits en longue durée et d'avoir un effet, je veux dire, sur toute la trajectoire, mais à l'inverse, puis de replacer les clientèles dans les bonnes ressources puis avec les bons services.

Donc, je ne sais pas, Mme Godin va probablement vouloir ajouter à ça, ou M. Pelletier, mais, pour moi, c'est ça, le projet. Et, sur une perspective de 2005-2010, la clientèle des personnes âgées en Gaspésie—Les Îles, je veux dire, va pouvoir avoir assurément un service mieux adapté puis qui correspond mieux à leurs besoins, quant à nous. C'est le pari que nous faisons. Je veux dire, on ne dit pas que c'est facile puis on ne dit pas que

ce ne sera pas sans heurts et sans un suivi très strict et très rigoureux de ce qui se passe sur toute la trajectoire de services. On ne dit pas que c'est ça qui va arriver, mais on est profondément convaincu que c'est la trajectoire, que c'est le plan qu'il faut suivre.

Maintenant, les diminutions, ce qui semble être une diminution de services en soutien à domicile, pour moi, c'est un ajustement de l'offre de services en soutien à domicile. Mme Godin peut peut-être ajouter là-dessus parce qu'il y a des situations particulières, là, qui touchent certains secteurs.

● (14 h 30) ●

Mme Godin (Angeline): Mais c'est sûr que, quand on a appliqué la politique de soutien à domicile, on a centré la clientèle modérée à sévère pour être desservie en soutien à domicile par les CLSC, et la clientèle en légère perte d'autonomie, qui n'avait besoin que des services d'aide domestique, a été réorientée vers les corporations d'aide à domicile ou les entreprises d'économie sociale. Donc, c'est une partie de l'explication de la réorientation de cette clientèle en légère perte d'autonomie vers... Donc, notre soutien à domicile a été d'abord et avant tout celui du réseau pour les clientèles modérées à sévères.

Mme Harel: Qu'est-ce que vous avez comme objectif de soutien à domicile, là, dans les années qui viennent?

M. Michaud (Pierre): Si vous permettez, peut-être M. Pelletier pourrait ajouter une information, puis aussi on tentera de répondre à votre question, Mme la députée.

M. Pelletier (Gilles): Bien, en fait, ce que je voulais ajouter, c'est que, concernant le commentaire que vous aviez par rapport au Centre de santé de la Baie-des-Chaleurs, évidemment il y a eu, au cours des dernières années, un redressement qu'on a été obligés de faire de ce côté-là parce que le Centre de santé Baie-des-Chaleurs avait dépensé, je veux dire, au niveau de son budget, beaucoup plus que ce qui lui était alloué. Donc, il y a eu des mesures de redressement budgétaire qui ont été appliquées là, mais ça ne s'est pas fait de façon telle que, là, les gens se sont retrouvés du jour au lendemain sans services.

Ce qu'on a fait, c'est un peu sous l'angle où M. Michaud le disait tout à l'heure, il y a un repositionnement qui s'est fait. Puis l'effet de réduire comme ça la couverture de clientèle, c'est que les gens qui n'avaient pas, à ce moment-là, je veux dire, besoin de services aussi intenses de la part des CLSC ont été dirigés vers les corporations d'aide à domicile. Mais ce choix-là, je veux dire, est tout à fait logique, en lien avec notre politique de soutien à domicile. Et peut-être de vous rappeler aussi qu'en entrée de jeu M. Michaud a positionné aussi le dossier du soutien à domicile en disant qu'on était, dans la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, la région qui octroyait le plus en soutien à domicile au per capita, et ça, je veux dire, je pense qu'au cours des 10 dernières années... Et je me réfère aussi à l'année 2001-2002, où on était pratiquement au double de l'investissement per capita dans notre région comparativement au reste de la province. Donc, cette espèce de volonté de maintenir à

domicile les gens de notre territoire, de les maintenir à domicile, de les maintenir dans leurs communautés fait aussi partie du plan de match qu'on a au niveau du plan d'action aux personnes âgées.

Mme Harel: Mais, la question des urgences, comment se fait-il, là, que la situation se soit dégradée dans les urgences?

M. Michaud (Pierre): La question des urgences, Dr Desjardins peut nous donner des explications sur cette question-là.

M. Desjardins (Michel): Certainement. C'est probablement qu'il y a un jeu de données là-dessus, puisque, jusqu'en 2004-2005, on ne demandait pas aux CSSS des Îles-de-la-Madeleine et de la Haute-Gaspésie, à cause du petit volume, de fournir les données. On les a, et c'est venu évidemment augmenter notre pourcentage par rapport aux chiffres que vous avez là parce que, dans ces deux urgences-là, bien là, avec les données qu'on a, on s'est aperçus qu'il y avait souvent des débordements. Alors, il y a eu deux visites, dans chacun des établissements, d'experts qui sont allés faire des recommandations sur l'organisation des services.

Mais j'aimerais quand même ajouter qu'en 2004-2005 il y a deux urgences en Gaspésie qui ont remporté la palme pour leur excellence, et c'était celle de Baie-des-Chaleurs et celle de Côte-de-Gaspé. Alors, c'est sûr que tout n'est pas noir et tout n'est pas rose, mais c'est ça qui a fait qu'il y a eu une légère détérioration en termes des indicateurs que vous avez sur vos tableaux. Mais c'est sûr qu'on s'en occupe.

Mme Harel: Les deux urgences où il y a plus de 48 heures sur civière, quels sont les moyens que vous allez prendre?

M. Desjardins (Michel): Actuellement, comme je vous ai dit, ces deux établissements-là, parce que ça touche surtout deux établissements, les Îles et la Haute-Gaspésie à Sainte-Anne-des-Monts, ont remis des plans de travail, et il faut absolument que ces plans de travail là soient appliqués dans les prochains mois. Il y avait des problèmes d'organisation médicale. Il y avait des problèmes de suivi de clientèle. Il y avait des problèmes aussi pour le suivi à domicile. Et il y avait aussi une culture, dans ces deux institutions-là, d'institutionnalisation des patients, un réflexe, autrement dit, de garder des patients et d'hospitaliser des patients, je ne dirais pas pour tout puis pour rien, là, mais un petit peu à outrance.

Mme Harel: Ça va.

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

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. M. Michaud, dans votre allocution, ce matin, vous disiez que la mission régionale d'alcoolisme-toxico est confiée à un CSS, en l'occurrence celui de la Haute-Gaspésie, puis les services en déficience intellectuelle, aux Îles-de-la-Madeleine, sont confiés au CSS de l'endroit. J'aimerais ça que vous me disiez comment s'organisent les gens qui

sont à l'extérieur de ces deux régions-là pour avoir accès à ces services-là, qui sont quand même des services très spécialisés. J'aimerais ça que vous me décriviez un peu votre mécanique, là, d'accès aux services pour ces deux types de problématique là.

M. Michaud (Pierre): Mme la députée, ici, la mission en toxicomanie, si je commence en toxicomanie, donc tout le dossier toxicomanie puis les autres dépendances, y compris la question du jeu pathologique, c'est une mission régionale qui est confiée au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie. Ce qu'ils font, c'est qu'ils doivent déployer leur offre de services dans tous les territoires. Donc, au lieu d'avoir un centre de réadaptation autonome qui a une mission régionale, bien la mission régionale est assumée par l'établissement. Donc, dans tous les territoires, il y a des points de services en toxicomanie puis une offre de services qui est partagée aussi avec les CLSC pour ce qui touche la première ligne. Puis il y a une entente, là, qui fonctionne très bien, il y a du personnel de réadaptation qui se retrouve dans chacun des centres de santé, y compris dans le cas de la toxicomanie et des autres dépendances, aux Îles-de-la-Madeleine.

Maintenant, le Centre de réadaptation de la Gaspésie couvre, comme organisme ou établissement à vocation régionale, l'ensemble des services en déficience intellectuelle et des services en déficience physique pour l'ensemble de la Gaspésie et les Îles selon le même principe, avec une desserte dans chacun des territoires. L'exception pour les Îles-de-la-Madeleine, c'est qu'en déficience intellectuelle la partie déficience intellectuelle a été confiée spécifiquement au CSSS des Îles pour desservir sa population, uniquement sa population. Là, comme vous voyez, en termes d'offre de services puis de déploiement des services sur le territoire, le territoire est très bien couvert, puis il y a la petite exception pour la déficience intellectuelle aux Îles qui est véritablement assumée, là, par le CSSS des Îles. Est-ce que ça répond à votre question?

Mme L'Écuyer: Oui, ça répond, mais j'ai une préoccupation parce que, je ne sais pas à quelle page, là, mais vous avez souligné que ce n'était pas évident, le recrutement des spécialistes... et, si les services sont éclatés et organisés un peu partout dans les différentes communautés, c'est quoi, votre secret pour recruter les spécialistes dont vous avez besoin, surtout en déficience intellectuelle, là? Comment vous arrivez à avoir le personnel nécessaire, là, pour...

M. Michaud (Pierre): Oui. En déficience intellectuelle... Tous les secteurs, là, de la déficience physique aussi, là, bon, notamment en orthophonie, bon, et tout ça, je ne vous cache pas que c'est assez difficile, c'est un grand défi, d'attirer des professionnels dans notre région, compte tenu qu'il y a pénurie, hein, de professionnels aussi, là, dans ces secteurs d'activité là, et surtout parce qu'il y a pénurie. S'il y avait amplement de personnes disponibles sur le marché, ce serait moins compliqué. Et puis le Centre de réadaptation de la Gaspésie a une approche, je dirais, assez agressive pour essayer d'attirer les jeunes sur notre territoire, mais je dois reconnaître qu'en orthophonie notamment, là, c'est

compliqué partout au Québec, je crois. Il n'y a pas qu'en Gaspésie—Les Îles qu'on a cette difficulté-là. La personne qui est responsable des ressources humaines réseau à l'agence, c'est M. Pelletier. Il pourrait peut-être échanger avec vous sur un peu les difficultés qu'on rencontre actuellement.

M. Pelletier (Gilles): Oui. Bien, en fait, oui, on rencontre des difficultés, mais je dois vous dire que la performance qu'on a en termes de recrutement, je veux dire, est due à l'originalité de notre modèle de dispensation de services. Je vous avouerai qu'à toutes les fois où on réussit à attraper un spécialiste on le garde parce que cette personne-là est en mesure de profiter d'une équipe autour d'elle, je veux dire, qui fait en sorte qu'on a une complémentarité entre la déficience intellectuelle, déficience physique dans l'interprogramme, on a aussi un maillage étroit avec nos centres de santé. Et ce qui nous sauve de plus en plus, c'est notre organisation du travail, qui va faire en sorte qu'on va optimiser le travail de nos professionnels et peut-être utiliser un petit peu plus nos techniciens en éducation spécialisée, nos techniciens en réadaptation physique pour justement faire en sorte qu'on ait une optimisation du travail de nos professionnels. Mais je vous avouerais que le modèle qu'on a développé sert aussi d'exemple au niveau du ministère quand on parle de régions périphériques, la façon dont les services sont dispensés. Je pense que, là, on a fait un bon coup, je veux dire, quand on a réussi à déployer ce modèle-là au sein de nos territoires.

Mme L'Écuyer: Merci. J'ai mon collègue...

Le Président (M. Copeman): M. le député de Vimont.

● (14 h 40) ●

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Moi, je vais vous amener un petit peu... Ça va un petit peu dans la continuité également de la question de ma collègue au niveau de l'obtention des spécialistes, parce que je suis en train de regarder les chiffres au niveau des nombres de chirurgies réalisées, chirurgies en orthopédie, celles de remplacement de la hanche, genou, cataracte, même chirurgies d'un jour réalisées et avec hospitalisation, ce que je remarque comme chiffres, c'est quand même un nombre impressionnant, avec tout ce qu'on dit toujours, et on dirait un nombre quand même en croissance, vous avez réussi à en faire plus. Et il y a toujours le défi aussi au niveau du personnel, parce que, bon, avec toutes les crises, qu'on entend, partout, il manque de personnel, vous avez quand même réussi à en faire plus dans les chiffres que nous avons là.

Est-ce que vous pouvez nous parler un petit peu... Je vais commencer avec l'orthopédie, remplacement du genou et de la hanche. Est-ce que vous avez des gens encore qui sont en attente? Et, si oui, quel est le délai de l'attente de ces gens-là, de ces services-là pour ces gens-là?

M. Michaud (Pierre): M. Desjardins, qui est le spécialiste du secteur.

M. Desjardins (Michel): Oui. Alors, c'est sûr qu'il y a eu une augmentation de production ou de productivité,

si on peut parler comme ça, en médecine et/ou en chirurgie. C'est dû au fait que les gens en ont fait plus malgré, dans certains cas... Et je vous le dis parce que, dans les années qui sont couvertes, il y a au moins deux chirurgiens qui sont tombés malades. Quand les gens tombent malades, on les remplace par ce qu'on appelle du dépannage, mais ces gens-là n'assurent pas nécessairement la continuité des services, et la productivité évidemment en prend pour son rhume.

Mais, pour répondre à la deuxième portion de votre question, par rapport à est-ce qu'il y a beaucoup de temps d'attente, si on regarde, par exemple, pour la chirurgie du genou au niveau hors délai, actuellement, au niveau... J'ai les derniers chiffres — c'est pour la période 4, c'est-à-dire 2006-2007 — il y en a 11 hors délai et il y en avait 22 en 2005-2006. Donc, il y a eu quand même une amélioration importante. Pour la hanche, bien la hanche, il n'y en a plus beaucoup en hors délai, il en reste un, puis on pourrait presque dire c'est qui. Ça fait que demandez-moi pas le nom, je ne vous le dirai pas.

Mais c'est sûr qu'on travaille sur des petits volumes aussi, hein, il faut le dire. Et, là où est-ce qu'on a un petit peu plus de difficultés par rapport en tout cas aux premières chirurgies qui avaient été ciblées, c'est au niveau des cataractes, et le problème, c'est un problème d'effectifs médicaux. On a 50 % de notre plan d'effectifs en ophtalmologie qui n'est pas atteint, c'est-à-dire deux sur quatre. Ce n'est pas les efforts qui manquent, parce qu'on a une stratégie très agressive au niveau du recrutement et de la promotion de la pratique médicale dans notre région, sauf que les effectifs ne sont tout simplement pas disponibles au Québec. Et évidemment vous savez qu'on peut aller chercher des médecins étrangers dans d'autres pays, on l'a fait pour un certain nombre de spécialités, et actuellement, dans notre région, il y en a 10 qui sont en évaluation seulement pour pouvoir venir travailler dans notre région. Pas tous des ophtalmologistes évidemment, mais on travaille effectivement beaucoup là-dessus pour diminuer ces chirurgies cataractes hors délai.

M. Auclair: Donc, si on continue... Merci pour la réponse très honnête, très claire. Est-ce que les chiffres que j'ai vus sont valables quand on dit que vous aviez, au niveau d'une chirurgie d'un jour... Parce que chirurgie d'un jour excluant les cataractes, donc ça inclut tellement d'événements, d'interventions, est-ce que les chiffres sont exacts quand on parle d'un résultat de près de 3 000 au lieu d'une cible de 2 200?

M. Desjardins (Michel): Oui, c'est ça, c'est exact.

M. Auclair: O.K. Donc, en d'autres mots, vous avez augmenté de façon marquée le nombre d'interventions?

M. Desjardins (Michel): Bien, juste pour vous dire, faire une comparaison de chiffres, là, pour l'année 2002 à 2003, la production pour la région en chirurgies d'un jour — évidemment, ça exclurait, comme vous l'avez dit, la chirurgie de la cataracte — on en avait fait 2 209 et, en 2005-2006, on en avait fait 2 900, donc une augmentation de près de 700 cas, et on se dirige vers le 3 000 pour l'année en cours. C'est sûr que ça prend beaucoup d'efforts parce qu'on n'a pas plus de monde pour les faire.

M. Auclair: Donc, à ce moment-là, vous avez ouvert plus longtemps les salles d'intervention, vous avez du temps supplémentaire? Comment vous avez réussi ce tour de force? Parce que c'est le même personnel. On sait que les anesthésistes, ça ne court pas les rues. Donc, pour faire toutes ces interventions-là, souvent il y a besoin quand même d'un anesthésiste. On pourrait toujours...

M. Desjardins (Michel): Curieusement, il n'y a pas de problème d'anesthésistes dans notre région. Il y en a dans d'autres spécialités, mais, en anesthésiologie, il n'en y a pas. Mais c'est sûr que ce qu'on a fait surtout au niveau des blocs opératoires, c'est au niveau de la gestion du temps opératoire, parce que, dans la majorité des CSSS, il n'y a pas eu d'augmentation du temps comme tel, c'est vraiment une meilleure gestion des cas.

M. Auclair: Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Auclair: Oui.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour le dernier bloc.

Mme Harel: Alors, je vais aller rapidement parce que ma collègue Mme la députée de Rimouski aimerait également pouvoir échanger avec vous. Je retrouve ici, dans le journal *Le Soleil*, un article parlant du redressement du Centre de santé de la Côte-de-Gaspé, hein? Tantôt, on se parlait du maintien à domicile, vous me disiez que c'était une question de recentrage d'heures-soins, hein? Ici, je lis l'article qui était paru dans *Le Soleil*, qui dit: «L'exercice d'équilibre budgétaire du Centre de santé de la Côte-de-Gaspé [...] se fait [...] aux dépens des soins à domicile.» Et, bon, il y avait un groupe d'infirmières, là, qui s'étaient présentées à l'assemblée, je pense, du conseil et une dame Henriette Morin qui disait ceci, je la cite: «Beaucoup de gens en perte d'autonomie ont besoin de soins à domicile.» Elle prévoit que certains patients se présenteront de nouveau à l'urgence après avoir reçu leur congé, faute de soins à domicile adéquats.»

Alors, je voudrais juste savoir si cette question-là est réglée, là, maintenant et en profiter aussi pour voir comment vous allez faire face à la situation des chirurgies d'un jour et d'hospitalisation en attente hors délai médicalement acceptable. Pour la Gaspésie, en date, ma foi, d'hier, je pense, hein, nous comptons 209 chirurgies d'un jour en attente depuis plus de six mois et 102 chirurgies avec hospitalisation en attente depuis plus de six mois, donc pour un total de 348 chirurgies d'un jour ou hospitalisation en attente depuis plus de six mois. Depuis plus de neuf mois, ma foi, il y en a presque autant. Alors, c'est une situation qui est assez généralisée. On voit bien que genou, hanche, cataracte présentent, presque dans toutes les régions, des listes d'attente qui ne sont presque à rien et on a un projet de loi qu'on étudie présentement pour ouvrir de l'assurance privée dans ces trois chirurgies où il n'y a pas de liste d'attente et finalement où les listes d'attente... Vous voyez, dans le cas de la Gaspésie—Les Îles, c'est 90 % de la liste d'attente hors délai médicalement acceptable

qui est constituée de chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation. Alors, comment vous allez faire face à cette situation?

M. Michaud (Pierre): Donc, on va commencer par votre première question, qui porte sur l'article du *Soleil*. Est-ce que je me trompe si c'est un article qui date d'à peu près un an?

Mme Harel: En novembre dernier.

M. Michaud (Pierre): Novembre dernier. Donc, effectivement, on a souvenance de cet événement-là. M. Pelletier, qui est au niveau des équilibres budgétaires, est au courant et a traité cette situation-là. Gilles...

M. Pelletier (Gilles): Oui. En fait, ce dont il était question dans cet article, c'était qu'il y avait, du côté du Centre de santé de la Côte-de-Gaspé, une récupération financière de l'ordre de 250 000 \$ qui était associée au programme personnes âgées, et cette récupération budgétaire là, je veux dire, était contestée du fait qu'on pouvait ou on allait s'en servir pour éprouver, ni plus ni moins, un déficit de fonctionnement. Donc, quand le plan nous a été présenté, ce qu'on a fait avec cet établissement-là, parce que, bien qu'avec le 250 000 \$, là, qui était récupéré on n'avait aucune attente de services et on n'avait pas non plus, malgré ce qu'on peut dire, de rupture de service à l'intérieur du centre de santé et auprès de la clientèle, l'agence a autorisé, je veux dire, que la récupération se fasse en autant que l'argent de ce programme-là, ce 250 000 \$ là, soit réinjecté lors de la prochaine année financière, soit celle 2006-2007. Et c'est ce qui a été fait, et, malgré cette réinjection-là de la part de l'établissement, du 250 000 \$, l'établissement se dirige, cette année, vers un surplus budgétaire.

Donc, on s'est rendu compte, à ce moment-là, que le choix qui avait été fait par l'établissement et entériné par l'agence avait été le bon choix, puisque, dans les faits, même aujourd'hui, on se rend compte qu'avec le 250 000 \$ qu'ils ont pu dégager ils vont même faire leur virage en longue durée de façon plus coûteuse, plus importante, et, ce que Mme Godin disait tout à l'heure, on va même envisager, à travers tout ça, de se donner des ressources alternatives pour justement supporter des clientèles à troubles cognitifs, entre autres. Donc, je pense que...

• (14 h 50) •

Mme Harel: ...une fermeture de lits de longue durée?

M. Pelletier (Gilles): C'était, ni plus ni moins, une diminution des heures de soutien à domicile qui s'était passée. Quand on parlait tout à l'heure du recentrage qu'on a fait, donc il y a eu un certain pourcentage de clientèle qui a transité vers les corporations d'aide à domicile, et là ça a libéré un certain montant d'argent, je veux dire, qu'on a pu réinjecter dans le programme des personnes âgées, à ce moment-là.

Mme Harel: Sur les chirurgies?

M. Michaud (Pierre): Maintenant, pour les questions des chirurgies, M. Desjardins.

M. Desjardins (Michel): Oui. Alors, la raison pour laquelle on n'a pas touché... en tout cas moins touché à la chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation, c'est qu'on avait ciblé comme prioritaires les hanches, les genoux puis les cataractes. C'est sûr qu'à l'heure actuelle on termine, cette semaine, le processus de ce qu'on a appelé l'épuration des listes d'attente. Parce que vous savez qu'au niveau des listes d'attente — en tout cas, j'imagine que vous le savez — c'est qu'il y avait une liste d'attente officielle, mais souvent les chirurgiens avaient une liste d'attente dans leurs poches, puis ça, c'était très fréquent. Et, moi, avant d'occuper la direction régionale, j'ai agi comme directeur des services professionnels dans un hôpital, puis je vous garantis qu'il s'en mettait beaucoup dans les poches. Alors, on a terminé l'épuration, donc, ça se termine cette semaine, et on s'est aperçu, dans ces deux listes-là, qu'elles ont chuté de 50 %. Ce n'est pas un petit peu, là, c'est 50 %. Ça veut dire des gens qui sont décédés, des gens qui n'ont plus besoin du service, des gens qui ont été opérés ailleurs, etc.

La deuxième chose, on a mis un mécanisme d'accès, depuis deux mois, avec une liste centralisée dans chacun des CSSS, avec un responsable, et ce mécanisme d'accès là va dire au patient quand il va être mis sur la liste d'attente. C'est-à-dire que, mettons que le chirurgien place le patient sur la liste d'attente, on va lui dire, au patient: Écoute, tu vas être opéré d'ici deux mois, trois mois, quatre mois, six mois. Et c'est sûr que, quand on va l'appeler, si, comme ça arrive souvent en Gaspésie et peut-être dans d'autres régions éloignées, dans le mois d'octobre, le patient répond: Je m'en vais à la chasse, bien qui va à la chasse perd sa place, alors le compteur va revenir à zéro. Puis on en a beaucoup, de ces cas-là, hein? Bon. C'est le temps de la relâche scolaire, c'est le temps des fêtes, non, je ne veux pas me faire opérer. Parce que, les listes d'attente, il y avait une espèce de gonflement, là, assez épouvantable. Alors, avec tout ça, on estime que, d'ici à peu près deux ans — parce que ça ne se fait pas à coups de baguette magique — les chirurgies hors délai, il ne devrait plus y en avoir.

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

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bienvenue, madame et messieurs. J'aimerais vous parler de la déficience physique en termes de soutien à domicile. Dans les objectifs des résultats de 2005-2010, là: améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe. Ça, c'est l'objectif, et ce que je me pose comme question: Comment se fait l'accès aux services de réadaptation en déficience physique aux Îles-de-la-Madeleine?

Mme Godin (Angeline): Les services de réadaptation de deuxième ligne?

Mme Charest (Rimouski): Oui.

Une voix: Aux Îles-de-la-Madeleine.

Mme Godin (Angeline): Oui. Comme on a expliqué tantôt, chaque territoire a des services spécialisés de

deuxième ligne, et les Îles-de-la-Madeleine ont une équipe de réadaptation qui est composée de d'un physiothérapeute, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'un travailleur social. Donc, c'est un point de services du CR de la Gaspésie qui dessert les Îles-de-la-Madeleine en services spécialisés de deuxième ligne.

Mme Charest (Rimouski): Ils sont là de façon permanente ou s'ils vont...

Mme Godin (Angeline): Oui, tout à fait.

Mme Charest (Rimouski): ...donner le service de façon régulière?

Mme Godin (Angeline): De façon permanente.

Mme Charest (Rimouski): De façon permanente. Donc, vous avez des spécialistes aux Îles-de-la-Madeleine que vous n'avez pas sur le reste de votre territoire?

Mme Godin (Angeline): C'est-à-dire que l'ensemble de la Gaspésie est desservi par des équipes, ce qu'on appelle des équipes de base, et c'est éclaté. Dans chacune des MRC, il y a la même composition d'équipes de services spécialisés en déficience physique.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Vous aviez des ententes avec l'InterAction pour recevoir des services en réadaptation physique. Qu'en est-il, là, des derniers développements dans ce secteur-là? Est-ce que vous avez maintenant les services chez vous et vous n'avez plus à réclamer des services avec l'InterAction? Parce que l'InterAction nous dit: Bien, nous sommes obligés de donner des services à la Gaspésie, donc on n'a plus autant de disponibilité pour le Bas-Saint-Laurent. Alors, c'est ça que je voudrais que vous me confirmiez, là, qu'est-ce qui se passe.

Mme Godin (Angeline): Nous sommes toujours en lien de service avec le Bas-Saint-Laurent.

Mme Charest (Rimouski): Précisément sur quoi?

Mme Godin (Angeline): Sur la réadaptation fonctionnelle intensive notamment, parce qu'on vient d'adopter notre plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive et on va se mettre en mouvement pour développer ces services-là dans notre région. Mais à date je dirais que c'est le seul pan de mur en déficience physique qui reste à développer, et on est toujours en lien avec le Bas-Saint-Laurent pour les services de réadaptation fonctionnelle intensive.

Mme Charest (Rimouski): C'est quoi, votre échéancier là-dessus pour que ce soit fonctionnel à partir de chez vous?

Mme Godin (Angeline): À date, on est en train de travailler les immos, parce qu'on va installer... C'est-à-dire que le plan prévoit 16 lits de deux unités, une de 10 lits et une de six lits. Une sera localisée à Gaspé, et l'autre dans la Baie-des-Chaleurs. À date, on est en train de travailler avec le CHSLD dans la démarche du plan

d'organisation ou du plan immobilier d'un CHSLD pour faire les espaces pour développer d'abord, dans un premier temps, les 10 lits dans la Côte-de-Gaspé. Il nous reste aussi le défi de trouver le financement parce que ça représente à peu près 1,8 million pour les services, là, récurrents, pour les ressources humaines, les services récurrents. Donc, il faut se mettre en mouvement pour trouver le financement pour développer ce dernier secteur de services dans la déficience physique.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que le ministère s'est engagé en termes d'immobilisations puis en termes de budgets récurrents ou si vous n'avez aucun engagement du ministère par rapport à ces deux éléments-là du dossier?

M. Michaud (Pierre): Sur ce dossier-là, Mme la députée, il n'y a pas d'engagement ferme du ministère. Maintenant, c'est certain que la dynamique qui se présente actuellement est la suivante. C'est que, dans certains programmes de la région, on est en surfinancement. Donc, en toute logique, on devrait dégager des marges de manoeuvre dans les programmes où on est en surfinancement pour financer une activité nouvelle comme celle de l'URFI. Donc, il y a un bout de chemin qui va se faire de cette façon-là, mais il y a sûrement un coup de pouce qui sera nécessaire, notamment au niveau des immos, pour être capables de bien installer notre projet de 10 lits à Gaspé puis l'autre de six lits à Maria. Maintenant, vous parliez de délai. Pour moi, c'est un projet qui devrait se réaliser dans les deux, trois prochaines années. Ce ne sera pas un projet, là, qui risque de voir le jour à très court terme. Je ne sais pas si ça répond à vos...

Mme Charest (Rimouski): Oui. Écoutez, ce que je comprends de vos explications: c'est à partir des budgets réguliers de l'agence...

M. Michaud (Pierre): Pour une partie.

Mme Charest (Rimouski): ...que vous allez devoir dégager des sommes à la fois pour les immobilisations et pour les budgets récurrents.

M. Michaud (Pierre): C'est surtout pour les budgets récurrents. Pour les budgets d'immobilisations, on s'attend d'avoir un support spécifique.

Mme Charest (Rimouski): ...les budgets d'immobilisations?

M. Michaud (Pierre): Je ne sais pas si l'évaluation est finie sur le budget d'immobilisations. On avait une bonne idée là-dessus parce que c'est proche aussi du dossier des personnes âgées en perte d'autonomie, puis il y a actuellement des travaux qui se font pour évaluer le besoin immobilisations à l'égard du dossier personnes âgées en perte d'autonomie, donc ce qui nous oblige à regarder... Bien, c'est ce qui a fait que Villa Plaisance a eu une reconnaissance, un projet. On regarde attentivement la situation au niveau de Gaspé, la même chose à Chandler et à Maria, et puis, lors des travaux Maria et Gaspé, on regarde l'aspect de l'URFI, c'est-à-dire de l'Unité de réadaptation fonctionnelle

intensive. Peut-être que Gilles... Sur l'ordre de grandeur, là, sur le montant...

M. Pelletier (Gilles): Bien, écoutez, l'ordre de grandeur comme tel au niveau des immobilisations, ça, ce sera à évaluer, parce qu'on part avec des scénarios qui sont un peu, je vous dirais, là, un peu grossiers, là. Donc, ce qu'on sait, c'est que...

Mme Charest (Rimouski): Sur les budgets récurrents, vous avez une idée quand même?

M. Pelletier (Gilles): Oui. Sur les budgets récurrents, on parle de 1,6 million, à peu près. Donc, on est dans cet univers-là. Mais, au niveau des immobilisations, ce qu'on va faire, nous, chez nous — puis c'est l'engagement qu'on a pris — c'est de regarder à partir des locaux déjà existants au Centre de santé de la Côte-de-Gaspé. On a le Pavillon Monseigneur-Ross qui pourrait nous libérer des espaces. Et on a aussi, du côté du Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs, une unité qu'on va probablement fermer pour reloger peut-être dans une construction neuve qui nous permettrait effectivement d'héberger nos six lits, là, du côté de la Baie-des-Chaleurs en URFI.

• (15 heures) •

Mme Charest (Rimouski): Je ne vous demanderai pas dans quel secteur vous avez des budgets en surplus, mais j'aimerais... Parce que je comprends très bien ce que ça donnerait chez vous. Par contre, j'aimerais savoir — c'est un autre dossier, mais ça touche toujours la déficience physique — dans les unités de soins de longue durée, dans les institutions comme telles, combien de personnes avec une déficience physique ou une maladie dégénérative vous avez, parmi la clientèle des moins de 65 ans, qui sont hébergées en soins de longue durée parce qu'il n'y a pas d'autre logement avec services médicaux et services à domicile adéquats pour eux. J'aimerais avoir le type de handicap — et peut-être pourriez vous l'acheminer à la commission, parce que c'est important de savoir ça — le type de traumatisme, l'âge des patients et le lieu où ils sont hébergés.

M. Michaud (Pierre): Si vous voulez une réponse complète, Mme la députée, je pense que c'est préférable de vous faire parvenir l'information ou de la faire parvenir à la commission, puisque vous avez plusieurs données, là.

Mme Charest (Rimouski): Mais grosso modo...

M. Michaud (Pierre): Donc, on s'engage à vous faire parvenir ça...

Mme Godin (Angeline): Actuellement, c'est à peu près 10 %. Je ne dirais pas que c'est toute une clientèle qui est capable d'être réorientée, mais certaines clientèles sont hébergées actuellement en CHSLD faute de places du secteur résidentiel bien développées en déficience physique. Actuellement, quand on réfléchit le programme personnes âgées dans l'organisation des services, on porte aussi une attention à la clientèle qui est actuellement hébergée en CHSLD et on va travailler conjointement le programme déficience physique et

personnes âgées pour trouver une réponse mieux adaptée, là, à la clientèle déficiente physique qui nécessiterait des ressources plus légères et qui sont actuellement en CHSLD.

Mme Charest (Rimouski): Vous avez, sur votre territoire, à desservir deux réserves d'autochtones, une à Maria et une à Pointe-à-la-Croix. J'aimerais savoir: En termes de services à la jeunesse et surtout pour des services de première ligne, est-ce que l'accès est là, est-ce qu'il est tangible?

Le Président (M. Copeman): Nous allons terminer malheureusement l'échange là-dessus avec la réponse de la façon la plus succincte possible, Mme Godin, s'il vous plaît.

Mme Godin (Angeline): Oui. Actuellement, dans les deux communautés autochtones, les services de première ligne sont dispensés par les communautés autochtones. Donc, ce n'est pas notre réseau qui dispense les services, et c'est des services financés par le fédéral. Et aussi, je dirais, même en protection de la jeunesse, on a décentralisé ou on a confié la responsabilité des services, sauf ce qui n'est pas déléguable, dans les communautés, et c'est eux qui assument actuellement les services de première ligne...

Mme Harel: Par délégation?

Mme Godin (Angeline): Bien, c'est-à-dire que les services de première ligne sont de la responsabilité des... Dans chacune de nos communautés autochtones, on a des centres de santé qui dispensent les services de première ligne et en jeunesse aussi, là. Nous, on n'est pas en entente tripartite, on est vraiment décentralisés. La totalité des services de première ligne sont sous la responsabilité des communautés autochtones.

Mme Charest (Rimouski): Et ceux de deuxième ligne sont sous notre responsabilité.

Mme Godin (Angeline): Ils sont sous la responsabilité du CJ, et une partie est assumée... ce qui est déléguable est assumé avec les services par les communautés autochtones aussi.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bien, je regrette, mais malheureusement nous avons déjà dépassé de quelque peu. C'est le temps qui a été déterminé par la commission pour ces auditions, je comprends que ça passe vite.

M. Michaud, merci beaucoup à vous et aussi à votre équipe d'avoir assisté à cette séance de contrôle parlementaire, de reddition de comptes fort importante pour les parlementaires, je vous remercie beaucoup.

J'invite la délégation de l'Agence de santé et de services sociaux de la Côte-Nord à prendre place à la table, et je suspends les travaux de la commission quelques instants.

(Suspension de la séance à 15 h 4)

(Reprise à 15 h 9)

Le Président (M. Copeman): Alors, la commission poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que... Bien, d'ailleurs, c'est un changement de mandat, hein? Alors, en fait on aurait, à la fin de la journée, accompli trois mandats dans la même journée. Je ne sais pas si c'est un record, on va faire vérifier...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bien... Ah! je ne suis pas sûr que, dans une commission, trois mandats dans la même journée... ne s'apprêtent pas à... on va demander à nos services de recherche de vérifier ça.

Alors, nous sommes réunis afin d'entendre l'Agence de santé et de services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005, en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mme la secrétaire, je crois qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve); Mme Champagne (Champlain) par Mme Richard (Duplessis). Voilà.

• (15 h 10) •

Le Président (M. Copeman): Très bien. Comme on le sait tous, chers collègues, c'est un troisième mandat statutaire aujourd'hui en vertu de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un exercice de reddition de comptes qui s'applique aux agences de santé et de services sociaux de chaque région. La dernière fois qu'on s'est vus, c'est-à-dire qu'on avait entendu la prédécesseure de l'agence, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, c'était le 18 octobre 2000 pour l'étude de son rapport 1998-1999.

Alors, c'est avec plaisir que nous accueillons la délégation de l'Agence de santé et de services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre de ses rapports annuels de gestion, rapports d'activité précités. Et évidemment nos échanges porteront également sur l'année courante et même les priorités à l'avenir pour l'agence. Ça fait partie toujours de nos objectifs.

Alors, je souhaite donc la bienvenue à Mme Demers, présidente-directrice générale de l'agence. Nous avons convenu, je crois, d'une période de présentation de 20 minutes et il y aura par la suite des échanges avec les parlementaires. Il est prévu qu'on ajournera nos travaux peut-être légèrement passé 17 heures afin de consacrer les deux heures complètes pour l'agence.

Je vous prierais, Mme Demers, de présenter les personnes qui vous accompagnent et d'enchaîner par la suite avec votre présentation.

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (ASSS—Côte-Nord)

Mme Demers (Nicole): D'accord. Alors, bonjour à toutes les personnes, tous les membres de la commission, M. le Président, Mme Richard, et merci de nous recevoir pour faire cette reddition de comptes sur les quatre dernières

années du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Alors, je vous présente les gens qui m'accompagnent, mon équipe de direction et les personnes clés dans l'organisation par rapport à des dossiers qui posent des enjeux majeurs. Donc, à ma droite, M. Réal Castonguay, qui est directeur de l'organisation des services.

M. Castonguay (Réal): Bonjour.

Mme Demers (Nicole): À mon... pas mon extrême droite mais mon immédiate droite, Dr Raynald Cloutier, qui est directeur de la santé publique et directeur des affaires médicales; M. Jacques Biron, qui est directeur des services administratifs, de la budgétisation et des immobilisations; et M. Denis Boudreau, qui est commissaire régional pour la qualité des services mais aussi responsable des dossiers de ressources humaines pour le réseau de la Côte-Nord.

Alors, ma présentation est inspirée en fait du document que vous avez reçu. Je vais souligner les faits saillants de ce document, et nous pourrions revenir, dans la période de questions, sur les éléments qui vous préoccupent.

D'abord, une brève présentation de la Côte-Nord, très brève, à l'effet que, vous le savez, la Côte-Nord — c'est la journée, pour vous, des régions éloignées — c'est un territoire immense et à faible densité de population, et c'est ce qui caractérise toute l'organisation des services de santé et services sociaux. La Côte-Nord s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, sur 1 200 km de côte, et elle comprend également les villes de Fermont, de Schefferville et la réserve naskapie de Kawawachikamach au nord. La Côte-Nord compte 94 813 habitants, elle est en déclin démographique. Et on compte plus de 8 % d'autochtones, qui, eux, sont en croissance démographique. On a également, au niveau de la population, 5 % de personnes anglophones, qui se regroupent principalement sur la Basse-Côte-Nord.

Outre le déclin démographique, ce qui caractérise la Côte-Nord, actuellement, au niveau démographique, c'est le vieillissement accéléré de la population. Vous pouvez voir qu'en 1981 la Côte-Nord comptait 3,6 % de personnes de 65 ans et plus. C'est un phénomène qui a complètement changé aujourd'hui. En 2006, on compte 12 % de personnes de 65 ans et plus et, en 2016, on aura rattrapé le Québec avec 18 %. Donc, vous pouvez comprendre que, sur la Côte-Nord, les services aux personnes âgées n'étaient pas très développés et que c'est notre principal défi au niveau de l'organisation des services: vieillissement accéléré de la population.

Au niveau de la santé, je soulignerai les causes principales de mortalité, qui ont une incidence évidemment sur l'organisation des services: le cancer est au premier rang, comprend plus du tiers des mortalités sur la Côte-Nord; les maladies cardiovasculaires au deuxième rang; et les traumatismes non intentionnels au troisième rang. Je le souligne, parce qu'au niveau des traumatismes non intentionnels la Côte-Nord est touchée par un grand nombre d'accidents de la route. Évidemment, ça a aussi des impacts au niveau de l'organisation des services et de ce qu'on veut développer.

On peut trouver aussi plusieurs problèmes de santé puis problèmes sociaux. On a des indicateurs pour nous en parler: évidemment le taux de mortalité par suicide qui

est à 24,7 par 100 000 habitants, alors qu'il est à 17,8 pour le Québec, et également les taux de signalements à la protection de la jeunesse, dont je vous parlerai plus amplement tout à l'heure.

Le réseau de la santé et des services sociaux est constitué de sept centres de santé et services sociaux, dont le territoire correspond, pour la plupart du temps, au territoire d'une MRC. Deux de ces centres de santé et services sociaux offrent des services médicaux spécialisés, l'un à Sept-Îles, l'autre à Baie-Comeau, avec une zone d'influence, pour tout l'est ou tout l'ouest du territoire, d'à peu près 50 000 personnes au niveau de la population.

Nous avons également un CLSC pour la population naskapie de Kawawachicamach. C'est un établissement qui a été créé en 2001, suite à une entente avec les Naskapis, l'entente du Nord-Est québécois.

Et finalement, au niveau des établissements, nous avons regroupé l'ensemble des missions relatives à la deuxième ligne pour la déficience physique, déficience intellectuelle, protection de la jeunesse, toxicomanie et dépendances et troubles envahissants du développement dans un seul établissement qui s'appelle le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord.

Alors, une fois ces éléments posés sur le plan de la description, je vous amène à la page 6 au niveau des résultats en ce qui concerne les services à la population.

Les jeunes en difficulté et leur famille, c'est sans contredit le projet qui nous a mobilisés le plus activement dans les dernières années, puisqu'en 2002 on pouvait constater que, sur la Côte-Nord, nous avions le portrait le plus catastrophique au niveau de la protection de la jeunesse, c'est-à-dire que nous avions trois fois plus de... deux fois plus de signalements qu'au Québec. Je dois dire que c'est deux fois, je l'ai écrit trois fois dans le texte, je me suis emportée, mais c'est deux fois plus de signalements. Les délais d'attente à l'évaluation étaient deux fois plus élevés que la province et les plus élevés du Québec, et le déficit d'opération de l'établissement était de 2 millions à cette époque.

Alors, on a fait une opération massive, trois mesures en fait qu'on a prises: d'abord on a analysé la pratique du centre jeunesse avec les gens de l'Université de Sherbrooke, M. Tourigny, qui a conclu que le centre jeunesse avait une pratique comparable aux autres centres jeunesse du Québec; il y a eu un rehaussement de la base budgétaire de cet établissement-là; et, à la suite de ça, on a mis en place un plan d'action régional pour la jeunesse composé de plusieurs éléments et dont les principales mesures visaient à rehausser l'offre de services psychosociaux de première ligne, appliquer des programmes pour les jeunes mères en difficulté, donc Naître égaux — Grandir en santé, programme PSJP également, créer des équipes d'intervention de crise dans les centres de santé et services sociaux, développer un programme d'aide aux familles négligentes — puisque, sur la Côte-Nord en tout cas, ce qu'on constate, c'est que c'est la négligence qui est le problème le plus évident — et on a ajouté aussi récemment le fait de supporter le déplacement des conjoints pour les accouchements pour les femmes qui vivent en milieu isolé, de telle sorte qu'on puisse, dès l'accouchement, supporter la famille dans le lien d'attachement.

On a eu des résultats intéressants par rapport à l'ensemble de ces mesures. D'abord, les services psychosociaux de première ligne ont été accrus de 1 808 jeunes, en 2003-2004, à 2 025 jeunes, avec une intensité de services

de 5,56 interventions, donc qui s'approche de l'objectif de sept qu'on vise en 2010. Les délais d'attente à l'évaluation ont diminué de 10 jours, de 41 à 31, et les délais d'attente à l'application des mesures ont diminué de 17 jours, de 49 jours à 32 jours. Alors, on trouve que ce sont des résultats intéressants et encourageants et qui vont continuer de s'améliorer.

● (15 h 20) ●

L'autre clientèle pour laquelle je voudrais attirer votre attention, c'est les aînés en perte d'autonomie. Dans notre région, je vous l'ai mentionné tout à l'heure, il y a un vieillissement accéléré de la population de 65 ans et plus. On consacre, année après année, 20 % de notre enveloppe de développement aux services à cette clientèle pour augmenter l'accès et l'intensité des services. Particulièrement en soutien à domicile, c'est le secteur où on a le plus investi. On sait qu'on rejoint actuellement 3 879 aînés de plus qu'en 2003-2004, donc on rejoint 12 % des personnes de 65 ans et plus, avec un objectif de 16 % en 2010. Et notre niveau d'intervention se situe à 24,82 interventions, alors qu'on était à 21,92, et nous n'avons pas de liste d'attente pour les services à domicile pour les aînés en perte d'autonomie.

Pour ce qui est des ressources intermédiaires, nous avons aussi tenté de diversifier l'offre de services parce qu'étant donné qu'il n'y avait pas de services pour les aînés dans notre région on n'avait pas vraiment développé des ressources alternatives à l'hébergement de longue durée. Donc, nous avons développé, depuis quatre ans, 43 nouvelles places en ressources intermédiaires, pour un investissement de 400 000 \$. Et récemment un projet novateur, à Sept-Îles, a été développé, avec 14 logements, pour un investissement de 407 000 \$. Et notre perspective est de continuer à diversifier l'offre de services aux personnes et à leur permettre le plus possible de rester chez elles, étant donné la dispersion de la population, éviter de regrouper les gens dans une seule ville avec un éloignement important de la famille et des amis.

Pour ce qui est des problèmes de santé mentale de nature sociale, ce que je voudrais souligner, c'est le développement du modèle régional d'intervention de crise. Début 2005, nous avons développé ce modèle d'intervention de crise supporté par Info-Santé. Donc, on a un modèle qui comprend une ligne téléphonique Info-Social, des intervenants de garde et de l'hébergement de crise. L'objectif de ce développement-là était évidemment de donner du support aux personnes en crise mais aussi de permettre aux personnes d'avoir un service plus adapté que de se présenter à l'urgence quand on est en situation de crise.

Au niveau des services médicaux, évidemment, pour nous, c'est un enjeu majeur, sur la Côte-Nord, la question des services médicaux. Vous le savez, on est toujours en difficulté, en recrutement continu. Donc, dans un contexte de pénurie de médecins, ce qu'on a tenté de faire, c'est vraiment d'améliorer l'accès à un médecin de famille surtout pour les clientèles vulnérables, les personnes qui ont des problèmes multiples et qui doivent avoir un suivi serré. Pour ce faire, nous avons implanté quatre GMF sur une possibilité de cinq, étant donné les territoires de la Côte-Nord. Là-dessus, il y a trois GMF à très petit volume, donc ça a été une adaptation du modèle GMF pour la Côte-Nord, et il y a un nouveau projet qui est à compléter en Haute-Côte-Nord.

Donc, à partir du moment où le projet de la Haute-Côte-Nord sera complété, la possibilité de développement de GMF sur la Côte-Nord sera terminée. On a couvert tout le territoire où c'était possible de le faire.

L'autre élément qu'on a aussi développé très récemment, l'année dernière, pour favoriser le fait d'avoir des services médicaux pour la population sur la Côte-Nord, c'est la création d'une unité de médecine familiale, une unité de formation pour les médecins, à Baie-Comeau, qui, lorsque son fonctionnement sera maximal, pourra recevoir 12 résidents.

L'évolution des effectifs médicaux. Évidemment, le recrutement, c'est un défi constant, je vous l'ai dit. En médecine actuellement, il y a 75 % des effectifs requis. Cependant, il y a des secteurs où il y a une problématique majeure, par exemple à Sept-Îles et du côté de la Haute-Côte-Nord.

La gestion serrée des PREM, depuis les dernières années, a permis d'éviter l'hémorragie, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire. Donc, par exemple, vous allez le voir dans les figures qu'on vous a remises, avec la diminution des nouveaux facturants en médecine, en 2002 et en 2003 on était en chute libre au niveau des nouveaux arrivants sur la Côte-Nord: trois arrivants en 2002, deux arrivants en 2003. La gestion serrée des plans régionaux d'effectifs médicaux nous a permis de recruter sept nouveaux facturants en 2004, et sept nouveaux facturants en 2005, six cette année. Donc, pour nous, c'est un enjeu très important, de maintenir cette gestion serrée en collaboration avec l'ensemble des agences du Québec.

En spécialité, on est à 60 % des effectifs requis, situation très différente d'un établissement à l'autre. Du côté de Sept-Îles, on est presque à la pleine capacité des effectifs en spécialité. Du côté de Baie-Comeau, on est à 30 %, 40 % des effectifs, donc c'est une situation très différente d'un endroit à l'autre.

Au niveau des urgences, les durées de séjour et les séjours de 48 heures et plus, actuellement on a des résultats qui sont supérieurs aux cibles. On a pris différentes mesures dans les années qui viennent de se passer, entre autres le rehaussement des services aux aînés, l'intervention de crises psychosociales. On pense que ces mesures-là vont avoir des effets sur la question de la consultation à l'urgence. Et récemment le Comité de coordination nationale sur les urgences a visité les deux centres hospitaliers qui sont concernés par les difficultés au niveau des urgences. Chacun d'eux a fait un plan d'action qui est en application. Et, du côté de Sept-Îles, déjà on sent une nette amélioration; du côté de Baie-Comeau, on a fait un groupe de travail avec l'agence et les gens du côté du CSSS de Manicouagan pour renforcer les mesures pour permettre de réduire l'attente à l'urgence.

Au niveau des services chirurgicaux, on a atteint les cibles de services, c'est-à-dire qu'on a augmenté la production de services et on a réduit les délais d'attente avec une concentration d'efforts particulièrement du côté de Sept-Îles. Cependant, c'est un secteur d'activité qui est très fragile: au moment où on a trois chirurgiens, la situation est confortable; quand il y en a deux, on est en crise. Donc, c'est ce qui nous est arrivé cet été: on avait deux chirurgiens, il y en a un qui est devenu malade, alors ça a été une situation très difficile. C'est certain que, pour nous, l'absence d'un chirurgien fragilise l'accès, et notre défi, ce n'est pas vraiment d'augmenter les temps opératoires, c'est vraiment d'avoir le personnel pour faire les opérations.

Du côté du déplacement des usagers, évidemment, comme nous offrons les services de première et deuxième ligne dans la région et que la couverture en deuxième ligne n'est pas complète, on utilise beaucoup les déplacements pour la population de la Côte-Nord pour avoir les services à l'extérieur de la région. On peut constater que, de 2002 à 2006, il y a eu une augmentation de déplacements de 25 000 à 29 000, donc une augmentation de 16 % des déplacements, avec une augmentation des budgets consentis aux déplacements de 32 %. Ceci est principalement dû aux déplacements par la route, qui ont été augmentés de façon majeure. Pourquoi? À cause de l'application d'une nouvelle politique où les gens ont eu une rétribution plus élevée pour leurs déplacements, comprenant de l'hébergement, les repas pour l'usager et pour l'accompagnateur, ce qui a fait que les gens qui autrefois ne réclamaient pas, parce que ça ne valait pas la peine, maintenant font des réclamations. Donc, pour une augmentation de 32 % de volume, on a eu une augmentation de 151 % de coûts par rapport aux frais de déplacement.

Au niveau du transport ambulancier, il y a eu une évolution très positive de 2002 à 2006, une augmentation de déplacements de 14 % mais une augmentation de budget de 60 %, de 4,8 millions à 7,5 millions. On a ajouté les véhicules à cinq endroits: Baie-Comeau, Port-Cartier, Sept-Îles, Havre-Saint-Pierre et tout récemment aux Escoumins. On a modifié, amélioré les conditions de travail des ambulanciers, mais surtout on a mis en place un programme d'assurance qualité pour rehausser la qualité du service offert par les techniciens ambulanciers. On a aussi développé des services de premiers répondants dans les territoires où l'accès est difficile, les distances sont très grandes.

Au niveau de la santé publique, plusieurs projets. La santé publique, je dirais que ce qui caractérise la Côte-Nord, c'est la concertation intersectorielle en santé publique, la collaboration étroite de plusieurs secteurs d'activité pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Donc, je citerais, par exemple, la table régionale en sécurité routière du ministère des Transports, à laquelle on participe, la table de concertation MSSS-MELS avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, la conférence régionale des élus, qui est un de nos partenaires privilégiés, la CSST et le ministère de l'Environnement.

Dans les collaborations qu'on a établies, je pense que ce qui est remarquable, c'est la question du partenariat, établi avec la conférence régionale des élus, sur le développement social. Sur la Côte-Nord, on a créé un réseau de partenaires en développement social. On a fait une entente avec la CRE pour embaucher une personne, un chargé de projet de développement social sur la Côte-Nord pour animer le milieu. On a fait deux colloques qui ont réuni 350 participants, des activités de mobilisation dans les MRC, un guide sur le développement social. Donc, c'est un secteur d'activité qui est très actif.

Écoles en santé. Là aussi, on a une longue histoire de concertation avec le ministère de l'Éducation et la Sûreté du Québec pour des projets de prévention en milieu scolaire et de promotion de la santé. Actuellement, on peut dire que 75 % des écoles primaires ont des projets à cet effet-là, 50 % des écoles secondaires, et il y a des intervenants formés sur toute la Côte-Nord avec une perspective vraiment coordonnée pour l'ensemble

des visions, que ce soit de l'éducation, de la santé et services sociaux et de la Sécurité du Québec.

● (15 h 30) ●

Finalement, un de nos fleurons, je dirais, en santé publique, c'est la question de la vaccination. 95 % des enfants de deux ans et des jeunes d'âge scolaire ont reçu tous les vaccins sur la Côte-Nord, et 100 % des vaccins du programme d'immunisation sont administrés par des infirmières. Alors, c'est un exemple concret du fait qu'on met tout en oeuvre pour libérer le plus possible les ressources médicales pour qu'elles soient utilisées à leurs fins propres.

Par ailleurs, récemment, le vaccin contre l'influenza, qui se donne à l'automne régulièrement, alors qu'on offrait aussi la vaccination en cabinet privé, on a fait une entente avec les médecins, et, à partir de maintenant, 94 % des doses sont administrées par les infirmières, ce qui est aussi, pour nous, une façon un peu de pratiquer, là, si on est dans une situation de pandémie, d'être en mesure de faire face à une vaccination de masse. Évidemment, quand on parle de masse sur la Côte-Nord, ce n'est pas la même chose qu'à Québec, mais quand même.

Outre la question des ressources médicales, un autre enjeu majeur, c'est la question des ressources humaines. Évidemment, sur la Côte-Nord, vous en avez probablement entendu parler par beaucoup de régions, c'est un objet de préoccupation, je pense, pour tout le réseau de la santé et des services sociaux, mais évidemment, sur la Côte-Nord, nous sommes dans la situation d'être à la limite de la difficulté, à savoir que nous sommes toujours les premiers touchés par des problèmes de recrutement et de rétention de la main-d'oeuvre. Donc, on a une difficulté croissante et majeure à cet effet-là. Ça a un impact financier important sur les établissements, parce que, de plus en plus, les établissements recourent à des agences privées ou à des personnes dans le privé pour des services de base. Que ce soient infirmiers, que ce soient des pharmaciens, des inhalothérapeutes, éducateurs spécialisés, orthophonistes, psychologues, physiothérapeutes, même ambulanciers, on est toujours à la limite des ressources disponibles, et on fait beaucoup appel à l'extérieur de la région. Alors, on estime qu'on aurait besoin d'outils spécifiques qu'on pourrait gérer en région sur cette question et on pourra vous en entretenir si ça vous intéresse.

Du côté des ressources financières, la reconnaissance des coûts de production-services avec la nouvelle méthode d'allocation des ressources, depuis trois ans, nous a permis de faire des gains importants sur la Côte-Nord, puisqu'enfin on a reconnu qu'on avait des problèmes de sous-financement. Le fait d'avoir élaboré une méthode qui repose sur les équipes minimales de travail, ça nous permet de reconnaître que, dans un milieu où il y a un petit volume de population, on a quand même besoin d'une même équipe pour donner les services. S'il y a une infirmière, un psychologue et un travailleur social, on ne peut pas faire autrement qu'avoir une infirmière, un psychologue et un travailleur social. Même si le volume de population est plus petit, ça cause des problèmes d'efficacité, mais il y aura toujours des problèmes d'efficacité dans des populations où il y a des petits volumes.

Donc, avec la nouvelle méthode d'allocation, on a reconnu... En 2001-2002, on estimait que la Côte-Nord était surfinancée de 15 millions. Maintenant, on reconnaît un sous-financement de 16 millions, en 2005-2006, ce qui

nous a permis d'avoir des budgets de développement depuis trois ans et un rehaussement du budget régional, là, de 2002 à 2006, qui est passé de 170 millions à 210 millions.

Le Président (M. Copeman): Mme Demers, nous avons déjà dépassé de quelque peu le temps, mais allez-y. Vous pouvez peut-être conclure.

Mme Demers (Nicole): Oui, excusez-moi, O.K. Je vais pouvoir conclure rapidement. Au niveau budgétaire, je vous soulignerais qu'on maintient l'équilibre budgétaire au niveau des établissements, ou on respecte les cibles budgétaires, et on a eu des augmentations importantes de budgets d'immobilisations, ce qui va nous permettre de faire les aménagements requis.

Une chose importante, je pense, qu'il faut que je vous dise avant de terminer, c'est la question des budgets qu'on a consacrés aux organismes communautaires. Les organismes ont passé de 86 à 102, mais le budget est passé de 5,3 millions à 8 millions dans les quatre dernières années. On consacre annuellement 10 % de notre enveloppe de développement aux organismes communautaires et on avait beaucoup de retard à reprendre: en 2002, on était la région où on finançait le moins les organismes communautaires.

Les défis et enjeux. Ce que nous pensons avoir encore comme grands défis dans les années qui viennent et même immédiatement, c'est relatif à la déficience physique, entre autres. Il faut développer, sur la Côte-Nord, la réadaptation fonctionnelle intensive. Puis je vous parlais des accidents de la route, qui est un problème majeur pour nous. Donc, c'est majeur de développer ce type de services là, et on est en démarche avec le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord pour un projet concret à cet effet-là.

Développer aussi des services en déficience auditive, puisqu'il n'y a pas de services dans notre région pour cette clientèle. Rehausser les services aux aînés, je vous en ai parlé. Et rehausser aussi encore la question de la compensation des frais de transport, ça nous apparaît important pour que la population de la Côte-Nord ait un accès équivalent à celui des autres citoyens du Québec.

Finalement, ce qui nous apparaît aussi majeur, pour nous, c'est de maintenir et développer les mécanismes qui ont été établis sur la répartition des effectifs médicaux. C'est majeur pour nous qu'on maintienne la pression sur le fait de faire en sorte qu'il y ait une meilleure répartition des effectifs médicaux au Québec. On souhaite aussi de meilleures conditions pour la question de la rétention et du recrutement des ressources humaines. Et finalement ça nous apparaît aussi essentiel, pour nous, de maintenir la méthode et même de renforcer la question de l'équité dans l'allocation des ressources.

Alors, voilà les principaux enjeux que nous voyons actuellement.

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme Demers. M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Mesdames messieurs, bienvenue et merci de votre présentation très intéressante. Je constate que, dans plusieurs secteurs, vous avez réussi de façon admirable, et je vous en félicite. Bien entendu aussi, il y a des secteurs qui sont plus difficiles

et que vous avez à poser des gestes importants. Je suis confiant et nous sommes confiants que vous allez le faire.

Dans tout ce que vous avez dit, il y a une chose qui m'a frappé plus que les autres, bien, c'est-à-dire, deux, mais qui sont peut-être reliées. Vous allez me le dire. C'est, premièrement, le taux de signalements au niveau de la DPJ qui est énorme chez vous, qui est vraiment effarant, et le taux de suicide qui est incroyable et inacceptable. Un suicide, c'est déjà trop, et là on nous parle de beaucoup, beaucoup chez vous.

J'ai une question à plusieurs volets dans ce sens-là. Premier volet: Est-ce que les suicides, chez vous, dû au fait qu'il y a beaucoup de signalements à la DPJ, c'est surtout des jeunes? Est-ce que c'est plus des filles ou si c'est plus des garçons? Et à quoi attribuez-vous ça, ce taux de suicide si élevé dans une population qui est de 94 000, qui n'est quand même pas beaucoup dans un territoire qui est très grand par exemple? Et qu'avez-vous fait ou que faites-vous pour enrayer ça? Est-ce qu'il y a eu une amélioration? Et quel est votre plan de match pour l'avenir dans ça? Comme je vous disais, c'est une question à plusieurs, plusieurs volets, mais je voulais la poser d'un trait pour que vous puissiez répondre en entier dans tout ça.

Le Président (M. Auclair): Mme Demers.

Mme Demers (Nicole): Oui. Alors, je vais commencer ma réponse et je demanderais à M. Castonguay de compléter. Lorsqu'on a fait l'étude des taux de signalements en protection de la jeunesse en 2002, ce qu'on a constaté, c'est que, sur la Côte-Nord, il y avait beaucoup plus de facteurs de risques sociaux que, en tout cas, dans l'ensemble du Québec, là, pour plusieurs problématiques. Au niveau de la toxicomanie, de l'alcoolisme, au niveau, on peut le dire, du jeu pathologique, on n'a pas de chiffres à l'appui, mais c'est quand même un problème important. Au niveau aussi des grossesses à l'adolescence, et le taux de naissances pour les jeunes mères de moins de 18 ans est très élevé sur la Côte-Nord, comparativement au Québec.

Dans cette dynamique-là, évidemment il y a la population allochtone, comme on le dit, mais la problématique de la population autochtone est très présente. Il y a beaucoup de grossesses à l'adolescence chez les autochtones et il y a aussi beaucoup de problèmes de toxicomanie. Donc, quand on regarde les taux de signalements sur la Côte-Nord, on a une participation des autochtones extrêmement importante dans ces taux de signalements. Cependant, même si on exclut les autochtones, il demeure que les taux sont importants à cause de l'ensemble des problèmes sociaux que l'on retrouve de façon plus importante sur la Côte-Nord.

Ce que nous faisons, bien, évidemment, nous avons été très proactifs, vous l'avez vu avec notre stratégie du plan d'action en jeunesse, pour donner des services de première ligne, intensifier les services de première ligne. On a développé aussi les services psychologiques à la jeunesse. On est au tout début quand même de cet exercice. Il va falloir continuer à le faire pour donner des services en santé mentale aux jeunes. Et, pour ce qui est de ce problème, là, de protection de la jeunesse, je pense qu'on est sur la bonne voie.

Maintenant, pour la question du suicide, là encore on a les mêmes facteurs de risque, et, comme ils se présentent davantage, c'est certain qu'on a plus de suicides. Les services

en santé mentale commencent à se développer sur la Côte-Nord, mais il y a encore beaucoup de développement à faire. Alors, je ne sais pas si M. Castonguay pourrait ajouter quelque chose à ce que j'amène?

• (15 h 40) •

M. Castonguay (Réal): Oui, peut-être une précision: nous avons misé aussi sur notre réseau communautaire. On a finalement injecté de l'argent de façon assez massive au niveau des maisons de jeunes et aussi au niveau de l'implantation de services de travailleurs de rue, justement où, l'an dernier, on a pris des décisions pour consolider le financement des travailleurs de rue. Il s'en retrouve dans plusieurs localités sur la Côte-Nord, et évidemment ces travailleurs de rue aident au dépistage des clientèles vulnérables.

Le Président (M. Auclair): M. le député.

M. Paquin: Mais — rapidement, oui — est-ce qu'il y a une amélioration au niveau du suicide? Est-ce que ça a progressé, régressé, je ne sais pas, si on recule quelques années en arrière avec aujourd'hui, ou si ça continue de façon apparente à progresser, le taux de suicide?

M. Castonguay (Réal): Je n'ai pas l'information statistique devant moi, mais l'impression qui se dégage, c'est qu'il y a une amélioration de la situation. Je pense que la dernière enquête Santé Côte-Nord nous amenait des précisions sur le fait qu'il y avait une amélioration de la situation, mais je ne pourrais pas vous la quantifier à ce moment-ci, là. On va faire la recherche.

M. Paquin: Ah! Vous avez les statistiques?

M. Castonguay (Réal): Le taux comparatif de mortalité annuel moyen de la région de la Côte-Nord surpasse de façon significative celui du Québec. Donc, 21,2 pour 1 000 habitants par rapport à 18,1 pour 1 000... pour 100 000 habitants, pardon, au niveau du Québec.

Une voix: Les écarts s'amenuisent.

M. Castonguay (Réal): Et les écarts s'amenuisent, oui, parce qu'on avait 24,7 pour 100 000 habitants et le Québec avait 17,8 pour 100 000 habitants.

Mme Demers (Nicole): L'autre élément peut-être que je voudrais ajouter par rapport à la question du taux de signalements, c'est que, sur la Côte-Nord, dans l'étude qu'on a faite en 2002, ce qu'on a constaté aussi, c'est qu'on signalait plus précocement sur la Côte-Nord qu'ailleurs au Québec. Et l'hypothèse qu'on fait, c'est que les gens connaissent les personnes qui sont à la protection de la jeunesse. Dans chaque milieu, ce sont des petits milieux, les gens savent qui sont les travailleurs et ils savent que, s'ils signalent, les gens vont être pris en charge par telle personne, etc. Donc, il y a un effet de confiance, je pense, par rapport à la protection de la jeunesse, qui n'est pas une institution virtuelle, une grosse institution, là. Ce n'est pas comme ça que c'est vu sur la Côte-Nord.

Et l'autre élément aussi que je voulais ajouter, c'est que souvent, en milieu autochtone actuellement, un des grands phénomènes qu'on voit, c'est que ce sont les

grands-mères qui signalent leurs petits-enfants. Parce que souvent, les mères ayant des problèmes de toxicomanie, les grands-mères doivent s'occuper des enfants et finalement elles font un signalement à la protection de la jeunesse. Ça, c'est un phénomène aussi qu'on voit beaucoup.

Malheureusement, en milieu autochtone, on n'a pas beaucoup de moyens d'agir en première ligne. Par rapport aux communautés innues, les Montagnais, il y a huit communautés montagnaises. Ces gens-là doivent gérer leurs services de première ligne dans leurs propres communautés. Il y a plusieurs communautés qui ont des problèmes financiers importants et qui ne consacrent pas les investissements requis à ce type de services. Cependant, nous n'avons aucune prise sur cette situation-là. Donc, ce qui se passe en général, c'est que les gens, pour faire en sorte qu'un enfant ne soit pas laissé tout seul chez lui, qu'il ne soit pas négligé ou qu'il n'ait pas de problème d'abus ou quoi que ce soit, ils vont le signaler à la protection de la jeunesse parce qu'ils vont dire: Au moins, il va être pris en charge quelque part. Donc ça, c'est un problème majeur. Les discussions qu'on a sont difficiles parce qu'il y a des niveaux d'autorité différents là-dedans. La communauté doit être autonome, les budgets viennent du gouvernement fédéral. En tout cas, c'est un réseau complexe pour nous permettre d'agir. Du côté des Naskapis, bien le CLSC, c'est un CLSC du réseau québécois. Donc, on a commencé à investir des sommes pour permettre d'avoir de l'intervention auprès des jeunes familles et auprès des jeunes, et c'est un travail qui commence.

M. Paquin: Merci beaucoup.

Le Président (M. Auclair): Merci. Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Mme Demers ainsi que votre équipe, bonjour et bienvenue parmi nous. À la lecture de votre présentation et à vous écouter, on sent que vous avez fait beaucoup de chemin et qu'il y a une volonté de réorganiser les programmes, et de développer cette région-là, et de rendre accessibles les services. C'est tout à votre honneur.

J'ai été impressionnée quand on regarde le chemin que vous avez fait, les difficultés rencontrées, mais que malgré ça on sent que les gens n'ont pas lâché et ont continué à se développer. Et vous le dites même, et c'est assez surprenant parce que vous êtes le premier groupe qui dit ça: «Même si la Côte-Nord ne présente pas un bilan positif indéniable quant à l'évolution des effectifs médicaux, nous jugeons crucial de maintenir les leviers [...] en place...» En plus de sentir cette volonté-là, vous êtes d'une honnêteté incroyable, parce que je pense que vous êtes le premier groupe qui le dit que peut-être que notre bilan, il n'est pas à 100 %, mais on a des leviers et on trouve que c'est important de les maintenir.

Il y a des grands enjeux, on le sent: la décroissance démographique, les problématiques engendrées par le fait que vous avez, sur votre territoire, des communautés autochtones qui sont des grands consommateurs de services.

Moi, je veux revenir un peu au niveau des jeunes parce que ça m'a réellement frappée d'abord de voir, bon, qu'il y avait un gros déficit d'opération au centre jeunesse, il y a eu des argents qui ont été réinvestis. Il y a eu un virage majeur qui a été fait là. Puis tantôt je veux vous

entendre là-dessus: le virage au niveau du budget, au niveau du nombre de jeunes rejoints, le nombre d'interventions. Et vous disiez, dans votre présentation, qu'il y avait souvent un problème d'effectifs parce qu'en région éloignée on sait toujours... on les recrute, mais on ne sait jamais combien de temps. J'aimerais ça que vous me parliez de ce virage-là, en tout cas que je perçois sur papier, dans un premier temps. Et en plus vous avez même réussi à diminuer les délais d'évaluation, là, sur la liste d'attente en protection. Qu'est-ce qui a fait que vous avez réussi ce virage-là, là, qui semble assez majeur, là?

Mme Demers (Nicole): En fait, d'une part, il y a une proximité, hein, des établissements, sur la Côte-Nord, qui facilite évidemment la collaboration. La protection de la jeunesse puis ce qui était à l'époque les CLSC, ce ne sont pas des étrangers; ce sont des gens qui travaillent en collaboration. Donc, quand on a mis les gens autour d'une table pour faire vraiment un plan d'action spécifique à la jeunesse, on n'a pas commencé à se discuter les rôles, là. Chacun connaissait son rôle. Et il y a eu vraiment un travail de collaboration pour définir quelles seraient les mesures les plus importantes à prendre, à court terme et à moyen terme, pour être capables d'agir sur ce problème-là. Donc, chacun a pris sa part de responsabilités, et je pense que ça, c'est tout à l'honneur des établissements de la Côte-Nord, d'une part.

Du côté de la protection de la jeunesse, évidemment il y a eu une augmentation des effectifs pour leur permettre de rencontrer les enjeux qu'ils avaient à rencontrer. Il demeure que c'est toujours difficile. Je pense à Schefferville, je pense à la Basse-Côte-Nord, le recrutement, la rétention des effectifs, c'est très difficile. Donc, ils ont mis en place des moyens spécifiques, comme par exemple une équipe volante de personnes qui ont un poste d'équipe volante, qui ne sont pas nécessairement attachées à Schefferville ou sur la Basse-Côte-Nord mais qui peuvent se déplacer, qui peuvent avoir la moitié de leurs tâches à Sept-Îles puis se déplacer à Schefferville pour être en support. Parce que c'est des milieux où c'est difficile de maintenir du personnel, c'est des milieux où il n'y a pas beaucoup de vie sociale pour des gens qui vont s'installer là-bas, et c'est très difficile de les garder. Donc, ils ont été assez imaginatifs, là, dans les moyens pour aller chercher du personnel. Mais il demeure que c'est difficile et qu'on est toujours... Le plan de postes n'est jamais au complet à cause de ce problème-là. Et, tant qu'on sera dans cette situation-là, on aura de la difficulté à vraiment redresser complètement cette situation-là.

Mme L'Écuyer: En même temps qu'il y avait des activités ou des actions bien précises auprès des jeunes soit en signalements... vous vous êtes aussi occupés des jeunes familles ou des jeunes mères. Vous disiez tantôt qu'il y en avait quand même beaucoup, et vous avez pu rejoindre plusieurs nouvelles familles: 78, qui est 47,8 %, c'est beaucoup. Mais ce que je remarque: que, partout où il y a eu de ces virages-là, il y a eu aussi des injections assez massives d'argent. Est-ce que c'est de l'argent neuf ou c'est des choix de réorganisation budgétaire qui ont été faits? Ou si c'est de l'argent neuf un peu partout, là?

Mme Demers (Nicole): C'est de l'argent neuf. Les investissements qui ont été faits en protection de la

jeunesse, c'est vraiment de l'argent neuf. Par exemple, du côté des programmes de soutien aux jeunes mères, on a investi 823 000 \$ dans les quatre dernières années, et 78 familles, c'est dans la dernière année, Réal?

• (15 h 50) •

M. Castonguay (Réal): 2005-2006, mais au total on parle de 219 familles qui ont été rejointes par ces investissements dans des suivis très intensifs, à savoir des suivis sur une période de temps de quatre ans minimalement et à plusieurs interventions par semaine pour ces familles-là puisqu'elles sont identifiées en fonction de facteurs de risque et de vulnérabilité.

Mme Demers (Nicole): Oui.

Mme L'Écuyer: Bon. Ça fait qu'un suivi à long terme, des augmentations du budget, de l'argent neuf, c'est dans le fond ce qui a permis de consolider vos différents programmes.

Mme Demers (Nicole): Oui.

Mme L'Écuyer: Je vais passer maintenant aux personnes âgées, est-ce qu'on peut voir à peu près la même situation? Je sais que vous dites: Il y a eu des services de répit. On va de plus en plus vers le soutien à domicile. On essaie de s'éloigner vers... l'hébergement dit conventionnel ou CHSLD. On voit aussi qu'il y a des argents, il y a des montants substantiels, 775 000 \$, 60 % aux activités de soutien à domicile. C'est de l'argent neuf ou si c'est des choix budgétaires qui ont été faits par l'agence?

Mme Demers (Nicole): Oui. Absolument. Dans les enveloppes de développement qu'on a eues dans les dernières années — je cherche le montant — on a eu 4,7 millions de développement dans les trois dernières années. Et les choix qu'on a faits, évidemment ça a été d'investir majoritairement du côté des aînés et du côté de la jeunesse. Ça a été vraiment les programmes qui ont bénéficié le plus des investissements.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, c'est tout le temps à ma droite. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, Mme Demers et l'équipe de direction de l'agence qui vous accompagne, bienvenue à cette reddition de comptes parlementaire. J'aimerais vous souhaiter également la bienvenue au nom de mes collègues. Évidemment, vous connaissez bien déjà la députée de Duplessis, mais également Mme la députée de Rimouski qui est responsable du dossier des services sociaux.

Alors, j'aimerais peut-être poursuivre l'échange que vous avez eu déjà avec Mme l'adjointe parlementaire du ministre et députée de Pontiac. D'abord, pour les fins de ma compréhension du rattrapage en matière d'équité interrégionale, pourriez-vous me ventiler, pour 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005, les montants que vous avez reçus?

Mme Demers (Nicole): Oui. Vous avez, dans les documents qu'on vous a remis, les tableaux qu'on vous a remis... Je vais les prendre. Malheureusement, on ne vous les a pas paginés, je vous prierais de prendre... C'est à la fin, c'est à la toute fin.

Une voix: Cinquième page.

Mme Demers (Nicole): Cinquième page à partir de la fin. Quatrième... Excusez-nous, il y a des choses qui nous ont échappé, entre autres la pagination des tableaux, on s'en excuse. Alors, vous avez l'évolution des enveloppes récurrentes de crédits régionaux et vous avez également, à la page suivante, l'évolution dans chacun des programmes. Donc, vous pouvez voir, par exemple, à l'exercice financier, pour chacun des exercices, l'enveloppe initiale de base, l'indexation de base et les autres ajustements. Et, à partir de 2003-2004, vous avez, en plus de l'indexation de base, les indexations spécifiques pour les médicaments et les fournitures médicales, et le développement initial, 853 000 \$, par exemple, pour 2003-2004, et d'autres ajustements et annualisations ça, en vertu, là, des coûts des conventions collectives, etc.

Mme Harel: Ça, c'est la page où c'est titré Évolution des enveloppes récurrentes, là?

Mme Demers (Nicole): C'est ça. C'est ça.

Mme Harel: Donc, je vois, pour 2002-2003, par exemple, 179 485 \$?

Mme Demers (Nicole): C'est ça. Oui.

Mme Harel: C'est ça. O.K.

Mme Demers (Nicole): Avec une enveloppe de développement de 835 000 \$.

Mme Harel: Où la voyez-vous, l'enveloppe de développement?

Mme Demers (Nicole): Vous continuez un peu plus bas, au niveau de cette colonne-là, Développement initial 853 915 \$.

Mme Harel: Ah! Attendez, je n'ai pas la bonne.... Je ne dois pas avoir...

Mme Demers (Nicole): Pour 2002... 2003-2004, excusez-moi, 2003-2004. On ne regardait pas le même...

Mme Harel: Et 2002-2003, c'est... Sur la même page?

Mme Demers (Nicole): Le total de l'exercice était de 179 000 \$.

Mme Harel: D'accord.

Mme Demers (Nicole): On arrive avec...

Mme Harel: En fait, pour 2002-2003, vous avez 179 000 \$; 2003-2004, 188 000 \$; 2004-2005, 199 000 \$, et ainsi de suite, hein?

Des voix: C'est des millions, hein?

Mme Demers (Nicole): C'est des millions.

Mme Harel: Des millions. Oui. Excusez-moi.

Mme Demers (Nicole): C'est ça. Alors, 1,4 million, en 2004-2005; et, en 2005-2006, 800 000 \$. Non, ce n'est pas ça, ce n'est pas ça, ce n'est pas ça du tout.

Mme Harel: Ce n'est pas ça du tout, là. Non. On n'est pas dans les millions, là. Oui. Mais ça, c'est le budget, c'est le budget total, là.

Mme Demers (Nicole): Ah! Je pense que ce serait plus clair, pour vous, la page suivante. Vous avez...

Mme Harel: Qui s'intitule?

Mme Demers (Nicole): Qui s'intitule Évolution des crédits de développement par programme pour les exercices financiers 2003-2004 à 2005-2006.

Mme Harel: Oui, et vous ne l'avez pas mis, 2002-2003. Ça, c'est l'équité interrégionale. Oui?

Mme Demers (Nicole): Oui. À partir de 2002... En fait, en 2002-2003, on n'avait pas eu d'allocation pour l'équité interrégionale parce qu'à cette époque-là on était considérés en surfinancement.

Mme Harel: En surfinancement?

Mme Demers (Nicole): C'est ça, et les travaux ont été faits pour... À partir de 2003-2004, on a reconnu le sous-financement de la Côte-Nord: 1 million en 2003-2004, 6 millions en 2004-2005 puis 16 \$ millions en 2005-2006, parce que les travaux ont été progressifs. Sur la question des équipes minimales de travail, on a commencé par les équipes en CLSC, après ça on a travaillé sur les services spécialisés en jeunesse, en déficience physique et on a continué avec l'ensemble des services pour reconnaître la base de services nécessaires à offrir dans un territoire.

Mme Harel: D'accord. Assez rapidement, parce que je sais que mes collègues veulent échanger également avec vous. Dans votre présentation, vous parlez d'une centaine de nouvelles places nécessaires en hébergement, hein? C'est à la page 8 de votre présentation. Alors, cette centaine de nouvelles places, vous la prévoyez où et comment? Et la question, c'est: Combien y a-t-il de lits actuellement de longue durée en CHSLD dans la région et combien d'heures de soins? Est-ce que j'ai bien compris que c'est déjà 2,75 heures de soins?

Mme Demers (Nicole): Oui.

Mme Harel: Vous êtes quasi à la limite.

Mme Demers (Nicole): Oui.

Mme Harel: Qu'est-ce que vous prévoyez avoir besoin comme lits d'hébergement de longue durée, heures de soins, à trois, là? Vous comprenez ce que...

Mme Demers (Nicole): D'accord. Oui. Alors, je...

Mme Harel: La cible que le ministère vous a fixée, à trois, compte tenu du vieillissement dont vous nous parlez, combien de lits supplémentaires seront nécessaires?

Mme Demers (Nicole): Alors, je vais laisser M. Castonguay, qui a travaillé intensivement au plan d'action pour le vieillissement de la population, répondre à cette question-là.

M. Castonguay (Réal): On dispose de 380 places en hébergement de longue durée. Il va falloir développer 107 places, mais 59 sont de type CHSLD et 48 de type ressources intermédiaires. Des 59 places à développer, nous voulons en développer 25 dans le réseau institutionnel et 34 dans des projets de développement de ressources dans la communauté, que l'on appelle projets novateurs, et ces places-là, les places de type CHSLD, sont prévues pour des personnes qui requièrent environ trois heures-soins par jour.

Mme Harel: Donc, vous dites: Ça, c'est pour d'ici 2010. Est-ce que c'est ça?

M. Castonguay (Réal): Exactement.

Mme Harel: Bon. Vous nous dites: D'ici 2010, nous avons besoin de 59 places de longue durée de trois heures et plus de soins.

M. Castonguay (Réal): Oui, tout à fait.

Mme Harel: C'est ce qu'on comprend. Et vous dites: Et on aura aussi besoin de 48 places en ressources intermédiaires.

M. Castonguay (Réal): Tout à fait.

Mme Harel: C'est ça, hein, qu'il faut comprendre?

M. Castonguay (Réal): Oui. Oui.

Mme Harel: Donc, pour un grand total de 107 places nécessaires pour faire face au vieillissement, de nouvelles places?

M. Castonguay (Réal): Tout à fait. Tout à fait.

Mme Harel: Et là vous nous dites: Sur les 59, nous avons besoin de 25 places en CHSLD public.

M. Castonguay (Réal): Tout à fait.

Mme Harel: Où est-ce qu'elles seront, disons, développées, ces places en CHSLD public?

M. Castonguay (Réal): 14 dans le secteur de la Manicouagan et 11 dans le secteur de Sept-Îles.

Mme Harel: Alors, faut-il des investissements immobiliers pour cela?

M. Castonguay (Réal): Tout à fait.

Mme Harel: Qui sont déjà consentis ou qui sont en demande?

M. Castonguay (Réal): Non, qui sont actuellement en développement, quoiqu'on a eu les budgets consentis qui vont nous permettre de procéder à des rénovations, des mises à jour de certains édifices et d'autres budgets qui vont être requis pour faire des améliorations majeures.

Mme Harel: Mais avez-vous les budgets pour les ajouts de 25 places?

M. Castonguay (Réal): Les budgets de fonctionnement, non.

Mme Harel: Non. D'accord.

Mme Demers (Nicole): Pas encore, non.

Mme Harel: Bon. Puis, pour les 34 autres places, qu'est-ce que vous envisagez comme ressources intermédiaires?

M. Castonguay (Réal): On...

Mme Harel: Excusez-moi. 34 autres, c'est toujours en CHSLD. Mais où le...

Mme Demers (Nicole): Toujours, toujours de la longue durée.

Mme Harel: C'est toujours de la longue durée.

Mme Demers (Nicole): C'est ça.

Mme Harel: Et où est-ce que ce sera, là?

Mme Demers (Nicole): Alors, en fait, notre perspective, c'est de diversifier l'offre de services étant donné l'étendue du territoire. Je vous donnerai à titre d'exemple les villages de la Basse-Côte-Nord, par exemple, où il y a deux centres d'hébergement, un à Blanc-Sablon, un à Harrington Harbour. Il y a 400 km de côte, et les gens ne font le voyage qu'en hiver parce qu'ils peuvent prendre la route de neige. C'est certain que, quand on a une personne qui est hébergée en centre d'hébergement et qu'on ne peut pas la visiter, c'est problématique. Donc, l'idée est de développer des petites ressources, de faire en sorte que les gens aient des logements adaptés et qu'on puisse leur donner une intensité de services pour leur permettre de rester chez eux, de faire en sorte que les personnes continuent à avoir une vie active dans leur milieu même s'ils ont des besoins de soins élevés.

● (16 heures) ●

Mme Harel: Donc, on doit comprendre que les 34 places, c'est pour la Basse et Moyenne-Côte-Nord?

Mme Demers (Nicole): Non. Il y a des places en Manicouagan, il y a des places... C'est réparti... Oui, tu peux le dire.

M. Castonguay (Réal): Je peux le mentionner, il y a 19 places en Manicouagan, 10 places à Port-Cartier et cinq places à Sept-Îles.

Mme Harel: Bon. Alors, dites-nous, le maintien à domicile, vous le faites aussi avec l'appui du soutien à domicile des économies sociales ou allocations directes? Qu'est-ce qui est principalement utilisé?

Mme Demers (Nicole): Veux-tu répondre?

M. Castonguay (Réal): Bien, on des a entreprises d'économie sociale qui fonctionnent sur mode coopératif. Sur la Côte-Nord, ils ont adopté le mode coopératif. Et finalement, par l'allocation directe que les gens reçoivent, ils achètent des services au niveau de ces coopératives-là, des services d'assistance qui leur permettent, là, pour l'entretien ménager...

Mme Harel: ...des problèmes de financement ont été portés à votre connaissance de la part des entreprises d'économie sociale qui considèrent que le programme, là, gouvernemental qu'on appelle du beau nom de PEFSAD, là... Je ne pourrais pas vous dire exactement qu'est-ce que ça signifie, mais tout le monde a l'air de savoir ce que c'est. Mais ce programme fait vraiment difficulté dans les régions, disons, ressources.

M. Castonguay (Réal): Il y a eu des ajustements qui ont été apportés par le ministère l'an dernier, et la méthodologie utilisée nous apparaît respecter les besoins des entreprises. Le changement qui s'est effectué sur la Côte-Nord, où c'étaient des organismes communautaires qui géraient les entreprises d'économie sociale, en changeant sur le mode coopératif, ce changement de structure là a permis une meilleure rentabilité, une meilleure productivité au niveau de ces ressources-là, de ces entreprises-là.

Mme Harel: Donc, il n'y a pas de problème porté à votre connaissance...

Mme Demers (Nicole): Non, il y a un problème.

Mme Harel: ...parce qu'il y a beaucoup de régions en grande difficulté.

Mme Demers (Nicole): Il y a quand même un problème qui est de l'ordre de la rémunération des travailleurs qui... Sur la Côte-Nord, on offre le salaire minimum aux travailleurs au niveau des entreprises d'économie sociale. Ça pose un problème tant pour le recrutement que pour les budgets des entreprises. Et nous avons, cette année, rehaussé le salaire, cependant on n'a pas atteint l'objectif. Mais, à partir des enveloppes de développement, on s'est donné un plan de cinq ans pour développer au même niveau que les régions les plus nanties du Québec. C'est ça.

Mme Harel: Je pense que ma collègue de Duplessis veut peut-être poursuivre sur cette question.

Le Président (M. Copeman): Il reste quatre minutes. Évidemment, on va revenir, bien sûr. Alors, allez-y, Mme la députée de Duplessis.

Mme Richard: Merci, M. le Président. Mme Demers, messieurs, bienvenue à l'Assemblée nationale.

Et je vais commencer tout d'abord en disant que je vous félicite pour tout le travail accompli. Je sais combien ça peut être difficile de desservir tout un territoire comme la Côte-Nord, de Tadoussac à Blanc-Sablon, incluant l'île d'Anticosti et Schefferville. Je le dis, c'est le deuxième plus grand comté au Québec. Et je sais que desservir des services en santé et en services sociaux, ce n'est pas facile, sauf que, vous le reconnaissez vous-mêmes, on a des lacunes, des lacunes fort importantes, et vous savez qu'on a fait là une de certains médias d'information.

Là, je vais terminer le bloc que Mme Harel a commencé, parce que vous savez que j'ai une attention toute particulière pour les personnes âgées, surtout les personnes âgées qui sont hébergées en soins de longue durée. Et j'ai vu que, M. Castonguay, bon, vous avez parlé du développement de nouvelles places en soins de longue durée, vous avez parlé pour la région de la Haute-Côte-Nord, MRC des Sept-Rivières, mais vous n'avez pas parlé de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord. Est-ce que je dois comprendre que, dans votre plan, il n'y a pas de perspective de développement de nouvelles places en soins de longue durée pour ces régions-là plus particulièrement?

M. Castonguay (Réal): Tout à l'heure, on a distingué, dans les places de services de longue durée, c'étaient des places de type CHSLD, projet novateur et dans le réseau public. Les places requises pour le territoire de la Basse-Côte-Nord et pour le territoire de la Minganie sont des places qui correspondent à des besoins de type ressource intermédiaire, donc pour des clientèles qui requièrent moins d'heures-soins services que les clientèles qui sont normalement référées en CHSLD, en hébergement de longue durée. Donc, le projet que nous avons dans notre plan consiste à développer 13 nouvelles places en Basse-Côte-Nord de type ressource intermédiaire, il y a un projet qui est en cours actuellement, et, en Minganie, de transformer des places de type CHSLD en places de type ressource intermédiaire.

Mme Richard: J'ai encore un petit peu de temps? Bon. Vous l'abordez... Malheureusement, je n'ai pas beaucoup de temps pour l'aborder, puis vous savez que le dossier est extrêmement complexe, je ne peux pas l'aborder ici, toute la problématique du projet, appelons-le innovateur ou partenariat public-privé, en Minganie... n'a pas pris preneur. Donc, je crois qu'on va avoir de la difficulté, même au niveau d'augmenter le nombre de places en ressources intermédiaires. Je crois que ça va être extrêmement difficile de le faire au niveau de la Minganie. Vous savez également que nous avons fait là une de certains quotidiens par rapport à la vétusté du foyer de Havre-Saint-Pierre. Des sommes très importantes, presque 3 millions de dollars pour soit la reconstruction du foyer ou la rénovation. Le problème va peut-être devenir urgent à très, très court terme, et ça, c'est autant pour une clientèle en soins de longue durée qui est hébergée à cet édifice qui est le foyer, autant pour une clientèle de type intermédiaire.

Mme Demers (Nicole): C'est certain, les problèmes de vétusté et de fonctionnalité sont majeurs du côté du foyer de Havre-Saint-Pierre actuellement. Nous avons un projet de partenariat, vous le savez, avec un organisme communautaire pour de l'hébergement privé du côté

communautaire. En fait, de l'hébergement communautaire, je devrais plutôt dire...

Mme Richard: Ce que je voulais juste savoir, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps, je m'excuse, c'est... Bon. Le PFT n'est pas fait encore au moment où on se parle, mais on a quand même une estimation des coûts. Est-ce que vous pensez qu'on peut avoir... disons, assez rapidement, être capables de monter le PFT et de faire en sorte... Bon. Je le sais que vous allez devoir revendiquer, peut-être aller au ministère de la Santé et des Services sociaux, peut-être aller... ça va être au Conseil du trésor, mais c'est majeur, et le temps ne nous est pas alloué, là, de façon indéfinie.

Mme Demers (Nicole): Oui. En fait, on est en train de travailler sur une alternative au projet qu'on a amené en proposition dans un premier temps, le projet de partenariat avec la Corporation des aînés de la Minganie, pour permettre que les personnes qui sont actuellement dans... qui ne sont pas des personnes en... qui sont en perte d'autonomie mais qui ne sont pas suffisamment lourds, là, pour être hébergés par le réseau de la santé... ils ont accès quand même à des soins à domicile. Bon. Ce partenariat-là semble causer des difficultés et apeurer les gens. Maintenant, nous avons une autre hypothèse à l'effet de maintenir l'édifice tel qu'il est là en corrigeant les problèmes de vétusté puis en corrigeant les problèmes de fonctionnalité. Cependant, ça va amener une diminution de places. Donc, il faut regarder les possibilités qu'on a, parce que c'est sûr que, si on agrandit les chambres, qu'on agrandit les encadrements de portes pour passer avec des chaises roulantes, qu'on élargit les aires communes pour être capables... il faudrait possiblement réduire le nombre de places de deux à trois. Donc, il faut discuter avec les gens du milieu sur ce qu'ils sont prêts à faire, là, en fonction de ça.

Donc, tout est ouvert, on est en train de... En fait, lundi matin, j'en discutais avec les gens chez nous à savoir quels étaient les hypothèses les plus constructives pour ce projet-là.

Mme Richard: Je comprends très bien, Mme Demers. Je ne voulais pas qu'on prenne... Parce vous savez qu'on n'a pas beaucoup de temps sur tout le dossier de la Minganie, parce que je... Moi, je couvre le comté de Duplessis, mais la région Côte-Nord, c'est aussi jusqu'à Tadoussac. Vous venez ici, aujourd'hui, j'ai une chance inestimable. Ça fait que j'ai d'autres questions, est-ce qu'il me reste du temps?

Le Président (M. Copeman): Non. Non.

Mme Richard: Non. Bon. Je reviendrai dans l'autre bloc.

Le Président (M. Copeman): Il faut que je sois plus explicite, semble-t-il, non.

Mme Richard: ...

Le Président (M. Copeman): Mme Demers, vous êtes la deuxième agence aujourd'hui qui nous indique que vos régions étaient dans une situation de,

semble-t-il, surfinancement, hein, d'une année, et je crois que les deux agences ont donné la même année de référence, c'est-à-dire 2002-2003. Et assez rapidement, après, j'imagine, un processus que j'aimerais que vous décriviez, il y a une réalisation auprès du ministère, j'imagine, que vous avez passé d'une région en surfinancement à une région sous-financée. Pour un laïc comme moi, c'est assez intéressant que... Comment est-ce qu'on passe, d'une année à l'autre, d'une région surfinancée à une région sous-financée qui a besoin de bénéficier de l'équité interrégionale? Pouvez-vous nous décrire un tout petit peu comment ce phénomène s'est produit?

• (16 h 10) •

Mme Demers (Nicole): Oui. D'autant plus que je suis au cœur de ce changement puisque j'ai été responsable du comité de la table d'allocation des ressources sur la question des dimensions régionales. En fait, en 2002, lorsqu'on nous a annoncé que dorénavant le financement se ferait selon le per capita au Québec, évidemment les régions éloignées, nous avons presque paniqué parce que c'était majeur comme changement pour nous et ça représentait une menace très importante. Alors, nous avons rencontré le ministère à cette époque-là. Comme sous-ministre, M. Pierre Malouin arrivait en poste. Il a été très sensible à la situation parce que lui-même, du côté de l'Éducation, avait fait une démarche de ce type-là et finalement il avait conclu la rencontre en nous disant: Je sais très bien que ça coûte deux fois plus cher, un étudiant au cégep de Gaspé qu'à Québec.

Alors, évidemment, ça nous a donné du vent dans les voiles, vous comprendrez, et ça nous a permis... Il y a eu, à la suite de ça, mise en place d'une table sur l'allocation des ressources. Et nous avons participé très activement à ces travaux-là parce que notre prétention était que, dans un établissement où il y a peu de volume de population, il faut quand même un plancher de ressources. Il faut absolument, pour que la population ait un accès équitable aux services, il faut avoir la diversité des intervenants requis et il faut avoir la présence des personnes. C'est certain que, dans un dispensaire sur la Basse-Côte-Nord, l'infirmière qui est à Kegaska ne sera pas occupée toute la journée, c'est certain, sauf qu'il faut qu'il y ait une infirmière là. On est en milieu isolé, et il faut qu'il y ait un service.

Donc, on ne peut pas parler d'efficience, on ne peut pas regarder les choses de la même façon. Alors, on a développé une méthode où on a regardé, dans chacun des programmes, quelles étaient les ressources minimales requises pour offrir les services. Et évidemment ces travaux-là se sont faits petit à petit. On est à la quatrième année de ces travaux, mais je dirais que les changements ultérieurs vont être à la marge. On est vraiment dans une perspective, là, où on a fait les changements les plus importants. Par exemple, en protection de la jeunesse, comment ça prend, une équipe? Il faut faire l'évaluation, il faut faire l'application des mesures. On est à Schefferville, ça prend combien de monde pour faire ça? Théoriquement, ça prendrait 0,2 personne peut-être. Donc, on a établi vraiment une modalité qui permet d'évaluer les ressources requises. Et c'est ce qui fait que curieusement, maintenant, on est assez contents d'être en sous-financement, parce qu'il y a une reconnaissance des coûts de production de services, et ça nous permet de développer les services dans la région, où il y avait du retard dans plusieurs secteurs d'activité.

Le Président (M. Copeman): Et la première année budgétaire où ce redressement a commencé était quelle année?

Mme Demers (Nicole): En 2003-2004.

Le Président (M. Copeman): 2003-2004. Très bien. M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Madame, messieurs, bonjour. Merci de nous faire part de vos commentaires et de vous être déplacés, dans le fond, pour venir nous présenter tout ça.

Écoutez, la question que je vais vous poser, c'est que... Et c'est quelque chose, en passant, que je suis certain que malheureusement on pourrait vivre dans n'importe quelle région du Québec. Vous l'avez vécu, j'aimerais savoir comment vous l'avez géré, c'est-à-dire ce qui a défrayé aussi les nouvelles, le fameux Centre de santé de Sept-Îles, quand il y a eu certains abus, en tout cas certains éléments qui ont été soulevés par les journalistes et par un rapport que vous avez fait d'ailleurs, que vous aviez commandé. Au moment où on se parle aujourd'hui, donc on est à peu près huit mois après l'événement, sept mois après l'événement, qu'est-ce qui a changé, qu'est-ce que vous avez posé comme gestes concrets pour justement éviter qu'une telle situation puisse se reproduire dans l'avenir?

Mme Demers (Nicole): Évidemment, là, on est dans une situation de mauvaise gestion, de problèmes de gestion, dans plusieurs cas, de méconnaissance même des règles de gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Les événements ont débuté par le fait que le centre hospitalier a procédé à des réaménagements majeurs et à des achats d'équipement sans autorisation, comptant sur le fait qu'ils auraient des budgets de développement qu'ils n'ont pas eus, et ils étaient en situation financière difficile. Donc, on est allés voir ce qui se passait avec la Corporation d'hébergement du Québec, on nous a dit: Il y a plusieurs façons de faire qui ne sont pas respectées dans cet établissement, et on croit qu'il y aurait lieu d'avoir un redressement majeur. À la suite de ça, on a demandé une vérification ministérielle, ce qui a été fait, et le conseil d'administration a manifesté son intérêt et sa grande détermination à faire en sorte d'améliorer la situation. Donc, on a demandé un plan d'action au conseil d'administration effectivement, et le ministre a nommé un observateur ministériel qui a accompagné l'établissement depuis le mois de février, je pense, et il a été reconduit pour permettre de terminer sa tâche, là, avec les gens de l'établissement.

Donc, évidemment, ce sont des problèmes qui ont été ponctuels dans un établissement. Je dois dire que les autres gestionnaires d'établissement ont réagi de façon... ont été très surpris de la façon dont les choses étaient gérées et je ne crois pas qu'une situation comme ça pourrait se présenter dans un autre établissement actuellement sur la Côte-Nord. Cependant, il est certain qu'il faut renforcer la question de la fonction de suivi financier, et je viens de procéder justement, dans mon organisation, à une réorganisation pour permettre de renforcer cette fonction de suivi financier, de telle sorte qu'on soit plus présents dans les établissements pour nous permettre de voir venir éventuellement des

situations comme celle-là ou d'être capables d'agir de façon précoce.

M. Auclair: Donc, si je comprends bien, le message que vous passez, c'est que dans le fond c'est au niveau manque... Vous avez souligné en partant que c'est un manque de connaissance des règles donc de la part du ministère, de la part... autant de chez vous qui l'avez vécu sur le terrain. Ça nous lance un message quand même de dire: Écoutez, il y aurait peut-être une façon aussi d'aviser les gens, de les informer d'abord, dire: Voici les règles à suivre et voici... J'aime bien votre approche de dire: On va faire un suivi maintenant, hein? Il faut maintenant réagir. Puis, comme je vous dis, c'est arrivé chez vous, mais ça peut arriver n'importe où ailleurs, là, ce n'est pas limité à votre région.

Mme Demers (Nicole): Absolument.

M. Auclair: L'objectif, c'est que les gens... On part pour acquis que les gens qui s'investissent de ça sont de bonne foi. Donc, le fait de les informer et de les tenir informés de ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire, c'est des gestes concrets. Donc, vous avez déjà quand même un bon bagage que vous pouvez transférer à tous vos collègues, à tous les niveaux, des autres régions pour éviter que justement des événements comme ça surviennent.

Mme Demers (Nicole): C'est certain.

M. Auclair: Merci. Écoutez, maintenant, ce que j'aimerais voir avec vous, c'est... Là, on va regarder un petit peu dans l'évolution des services que vous avez donnés. J'aimerais que vous me parliez un petit peu de la réalité des TED, des troubles envahissants, que vous me parliez un petit peu de qu'est-ce qui a été fait par rapport justement aux besoins. C'est des réalités qui sont difficiles. Quels sont les services qui existent chez vous? Je sais qu'à certains endroits... Hier, on recevait des gens du Saguenay—Lac-Saint-Jean qui nous faisaient part qu'eux font une clinique qui vient justement pour déterminer et aider à établir la situation. Est-ce que, chez vous, vous avez le même type d'approche pour justement, là, permettre, en plus bas âge en plus, là, d'identifier?

Mme Demers (Nicole): Je vais demander à M. Castonguay de vous répondre.

M. Castonguay (Réal): Bon. On a d'abord développé une ressource spécialisée, un lieu d'hébergement et d'intervention spécialisée de façon intensive pour les personnes qui sont aux prises avec un trouble envahissant de développement. Cette ressource régionale est située à Baie-Comeau. C'est une ressource d'hébergement donc pour laquelle il y a une intensité de services de réadaptation, là, conforme aux besoins de la clientèle. Il y a eu aussi l'implantation du programme d'activité Intervention comportementale intensive, un programme qui attribue à la clientèle de zéro à quatre ans jusqu'à 20 heures de services de stimulation et de réadaptation par semaine selon la capacité évidemment de l'enfant et des parents, là, de pouvoir suivre ce programme, mais jusqu'à 20 heures de services sont attribués à la clientèle. Le personnel a été formé par

l'Université Laval à cet effet. Et je pourrais dire qu'à ce jour il n'y a aucune liste d'attente pour la clientèle TED, là, pour ce type de services. Nous avons aussi amélioré nos services au niveau du soutien en milieu scolaire et les services aux adultes.

Mme Demers (Nicole): Le soutien à domicile en particulier.

M. Castonguay (Réal): Le soutien à domicile évidemment, chez nous, est une caractéristique particulière à l'effet qu'il n'y a aucune personne en liste d'attente au niveau du soutien à domicile. Et les parents d'enfants TED bénéficient d'allocations pour du répit ou du gardiennage donc dans différentes ressources. Et il faut ajouter notre réseau communautaire de répit et gardiennage, là, nos ressources communautaires de répit et gardiennage qui peuvent attribuer à ces familles-là du séjour de répit.

M. Auclair: Donc, votre centre est situé à Baie-Comeau, et, avec les commentaires que vous m'avez donnés... Parce je revenais un peu avec la logique de ma collègue qui disait: Bon, nous autres, on a un immense territoire, ce n'est pas facile. Le fait qu'il soit à Baie-Comeau, pour les parents qui viennent de Schefferville ou autres, ça doit être beaucoup plus difficile. Comment vous fonctionnez à cet égard-là? Est-ce que c'est justement votre réseau communautaire qui permet justement de pallier? Comment vous fonctionnez à cet égard-là?

• (16 h 20) •

M. Castonguay (Réal): Le centre de réadaptation, qui s'appelle le Centre de réadaptation l'Émergent, a des points de services déconcentrés sur la Côte-Nord avec plus grande densité évidemment, compte tenu de la population, à Baie-Comeau et à Sept-Îles et, soit par itinérance, s'assure d'offrir les services, là, aux différentes localités avec des points de services dans les centres de santé et de services sociaux de tout le territoire. Pour les clientèles qui pourraient provenir de localités isolées, la ressource d'hébergement dont je vous parlais tout à l'heure nous permet d'assurer, à ce moment-là, une intensité de services de façon précoce pour permettre à ces clients-là de recevoir effectivement ce qu'ils requièrent.

M. Auclair: Merci beaucoup.

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

Mme Richard: Merci, M. le Président. Je voudrais faire référence, Mme Demers, à un article qui a paru à Radio-Canada, dans l'Est du Québec, où on dit ceci. On dit: «La situation du recrutement médical se détériore dans la région. L'agence de santé de la Côte-Nord demande à Québec de revoir ses calculs. Non seulement il y a moins de médecins que prévu qui viennent sur la Côte-Nord, mais en plus Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens utilisent une méthode de calcul qui désavantage la région.» Et, plus loin, on voit le chef du département de médecine régionale, M. Roger Dubé, qui vient confirmer en tout cas ce que j'ai dit plus haut, et que ces gens-là sont au courant que, comme région, on est désavantagé, et qu'on n'a pas l'intention d'y remédier. Je voudrais avoir votre point de vue, Mme Demers.

Mme Demers (Nicole): Oui. Je vais vous faire un petit bout de réponse puis je vais passer la parole au Dr Cloutier. Dans un premier temps, il y a deux choses qu'il faut distinguer. D'une part, la gestion serrée des plans d'effectifs médicaux, pour nous, c'est une façon de faire qui nous apparaît être porteuse, là, vraiment de changements et de modifications par rapport à ça.

Par rapport à la question de la méthode, il y a eu un développement de la méthode récemment qui repose plus sur la question pas d'un per capita, mais plutôt des équivalents temps plein médecine. Sur la Côte-Nord, les médecins travaillent plus qu'ailleurs. Chaque médecin travaille au moins 1,10 %, 1,20 % d'équivalent temps plein. Donc, la méthode nous amène devant une situation où on dit aux gens: Vous travaillez plus fort, donc vous avez assez de ressources. Et c'est là-dessus qu'on veut intervenir. J'ai interpellé le sous-ministre, Dr Bureau, sur cette question-là la semaine dernière en conférence téléphonique, et il m'a assuré qu'on allait faire des travaux spécifiques pour permettre justement à la Côte-Nord — mais pas juste à la Côte-Nord, aux régions éloignées de façon générale — de pouvoir adapter la méthode, comme on l'a fait dans le fond pour la question des crédits, aux situations particulières. Il faut avoir un plancher de ressources.

Peut-être que le Dr Cloutier voudrait compléter cette information-là.

M. Cloutier (Raynald): C'est vraiment ça, le sens de la réponse. C'est qu'autrement dit la méthode en soi ne pouvait pas être parfaite, puisqu'elle représente des régions de 100 000 et de 2,5 millions, grosso modo Montréal, et donc il fallait trouver un moyen d'introduire un nouvel élément à l'intérieur qu'on appelle les masses critiques. Donc, autrement dit, oui, il faut arrêter de prendre comme acquis que les médecins vont travailler 20 % de plus sur la Côte-Nord. Puis toutes nos données donnent ça, là, hein? C'est universel comme donnée, c'est reconnu. Donc, on n'a pas 138 médecins, mais bien 114 noms différents... à ce moment-là, identifier une méthode supplémentaire. Autrement dit, on va se mettre à travailler, sur la Côte-Nord, en Gaspésie, à trouver une méthode pour effectivement faire valoir cette célèbre masse critique qui fait qu'on a des populations... on a un médecin pour 300 personnes ou 400 personnes, mais c'est le plancher pour avoir 24 heures de services, sept jours par semaine. C'est uniquement ça.

Mme Richard: Je vous remercie de votre explication. Je me rends compte d'un certain phénomène. Écoutez, vous savez, je viens d'un petit milieu, je viens de la Minganie. J'ai démenagé à Sept-Îles, je n'ai pas accès plus à un médecin de famille. Et ce que je me rends compte: j'ai travaillé au-delà de plus de 20 ans dans un petit centre de santé, on avait une certaine stabilité au niveau de nos effectifs en termes de médecins, c'était assez facile d'avoir des médecins de famille. Ce qui se passe maintenant à Baie-Comeau et à Sept-Îles: le phénomène des médecins itinérants, on voit ça de plus en plus. Puis d'ailleurs vous en faites la remarque à la page 11, vous dites: Notons ici que la situation est différente pour les territoires isolés, la Côte-Nord, dont Fermont et la Basse-Côte... Puis c'est particulier parce que, même moi, je me fais dire souvent ici, à Québec: Ça doit être très difficile de recruter des médecins pour aller à Fermont, pour aller en Basse-Côte. Je leur dis: Non,

parce que le médecin qui va en Basse-Côte, souvent il y va pour s'établir pour plusieurs années.

Et je trouve ça dommage — c'est une remarque que je vous fais — c'est qu'on a tendance à vouloir tellement voir le nombre d'effectifs de médecins requis qu'on est prêt, je dirais, presque à tout. Et, moi, je l'ai vécu en Minganie, où les gens venaient pour plusieurs années, et maintenant c'est du trois semaines, je quitte et je m'en vais. Mais, moi, ça fait que, comme cliente, je n'ai pas accès à un médecin de famille parce qu'il ne prend pas de nouvelles patientes. Et ça, je trouve qu'au niveau des statistiques on peut dire: On avait tant de médecins, mais ça ne fait pas un service direct à la population, et vous le savez, Mme Demers, qu'à Sept-Îles la situation est extrêmement dramatique pour...

Mme Demers (Nicole): Absolument.

Mme Richard: Je ne sais pas si vous avez... J'essaie de... J'ai lu votre document, je vois que vous avez certaines mesures. Bien, est-ce que vous pouvez me dire si vous êtes confiante que — je ne vous dirai pas à court terme, je vais essayer de ne pas être si optimiste que ça — à moyen terme on puisse vraiment trouver une façon de faire pour amener des médecins de famille en région qui s'établissent de façon permanente et qu'on puisse faire en sorte d'offrir à notre population un médecin de famille?

Mme Demers (Nicole): Je pense que je vais laisser le Dr Cloutier...

M. Cloutier (Raynald): O.K. Si on prend l'exemple de Sept-Îles, où dans le fond le problème perdure depuis 2002, là, une grande sortie de médecins à cette date-là, depuis cette date-là, ce sur quoi on a travaillé — puis je pense que c'est le rôle d'une agence, là — c'est de structurer les choses, donc effectivement de travailler à avoir une GMF. Donc, les médecins sur place ont collaboré pour tout réunir les médecins à la même place, comme tels ceux qui voulaient demeurer à Sept-Îles. Donc, on a créé une GMF qui couvre l'ensemble des médecins. Malheureusement, il y en a juste 16 ou 17 à la GMF et 19 au total. Donc, il reste maintenant que ce qu'il faut faire, c'est recruter. C'est sûr qu'on a le cycle des entrées universitaires. Donc, plus il va y avoir de finissants, plus on devrait être capables d'en recruter. Mais l'autre élément, c'est l'élément de la première réponse finalement, il faut donc avoir des objectifs de croissance, des capacités de recrutement qui vont nous permettre de le faire au détriment des autres régions du Québec pour empêcher que cette situation-là perdure et non pas remplacer ces médecins-là, comme vous dites, par des médecins dépanneurs.

Mme Richard: Ça, je suis d'accord avec vous, et, là où, moi, je mets un petit bémol, c'est que... En tout cas, concrètement, sur le terrain, moi, ça ne m'apparaît pas en tout cas avoir créé une diminution de la liste d'attente des personnes, qu'on pourrait dire, qui sont en attente de voir un médecin de famille, avec les GMF. Ce qu'on me dit des groupes de médecine familiale, c'est: Ça peut désengorger les urgences parce qu'il y a un meilleur suivi, surtout au niveau de la clientèle âgée, nos aînés, bon, qui font des maladies cardiovasculaires ou du diabète, mais ça ne fait pas en sorte... Qu'on fasse des groupes de

médecine familiale à Sept-Îles ou en Minganie, là — excusez-moi l'expression, mais on est un petit peu partis là-dessus — ne fait pas en sorte que, moi, là, j'aie accès à un médecin de famille. Puis je trouve ça particulier pour notre région, parce que vous savez comment ça a une incidence sur tout, hein? Vous savez comment c'est difficile d'emmener en région des professionnels.

Moi, je vais vous parler de Sept-Îles. Écoutez, l'aluminerie Alouette... Moi, j'ai vu des personnes vouloir s'installer puis des fois avoir de la difficulté à recruter, ces entreprises-là, du personnel. Et ils ont un enfant qui a un problème de santé, et, écoutez, s'ils ne sont pas chums avec le médecin d'Alouette, là, ils ne viennent pas s'installer chez nous.

En tout cas, je sais que vous faites un travail en ce sens-là, puis je voulais vous en sensibiliser, et je pensais que le ministre allait être ici, aujourd'hui, sensibiliser tout le monde; moi, je ne fais pas partie de la Commission des affaires sociales, je sais qu'ils font un bon travail, mais les sensibiliser aux problématiques de notre région.

J'ai encore du temps, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Oui. Pour votre...

Mme Richard: Je m'excuse...

Le Président (M. Copeman): Oui, oui. Non, non, mais pour votre...

Mme Richard: ...j'ai complètement oublié, je ne dois pas souligner...

Le Président (M. Copeman): Non, mais ce n'est pas grave, mais, pour votre gouverne, le ministre n'est pas membre de la commission.

Mme Harel: Sur cette question-là, il reste combien de temps à peu près?

Le Président (M. Copeman): Il reste huit, neuf minutes.

● (16 h 30) ●

Mme Harel: Peut-être juste sur cette question-là. Les PREM, là, vous insistez beaucoup sur la nécessité d'une application rigoureuse, hein, d'une répartition interrégionale. C'est en les maintenant rigoureusement, dites-vous. Bon. Ça, c'est en décembre 2002 finalement que la loi est adoptée, hein, pour obliger, l'imposer. Ça n'a pas été sans douleur, comme vous le savez. Alors, on voit bien que la pratique souvent suit l'argent. Ce n'est pas moi qui le dis, je n'aurais pas, disons, cette prétention-là; ça a été un porte-parole de la Fédération des médecins spécialistes lors de l'étude du projet de loi n° 33. Je m'autorise à le répéter: La pratique souvent suit l'argent.

C'est donc dire que, si c'est très payant, être dépanneur, il va y avoir plus de dépanneurs que de médecins résidents. Si c'est très payant être dans une agence privée, comme on le voit dans *Le Journal de Montréal* et *Le Journal de Québec* aujourd'hui, il va y avoir plus d'infirmiers et d'infirmières en agences privées. Ça veut donc dire que, vous, vous avez une grande responsabilité, par exemple, d'ouvrir des postes permanents. C'est ce que nous disait le directeur général de l'agence de l'Abitibi-Témiscamingue ce matin, en disant: Il faut

aller de l'avant, plus ouvrir de postes permanents, et, comme ça, ça a une incidence. Ça ne coûtera pas aussi cher qu'on le pense puis ça va retenir du personnel. Je ne sais pas, par rapport aux médecins dépanneurs, là, avec tout ce qui s'est développé comme pratiques, là, qu'est-ce qu'il faut faire. Parce que, moi, ce qui m'a surprise, d'abord, en Gaspésie, Lac-Saint-Jean, aux Îles-de-la-Madeleine, aucun problème de recrutement. Puis là je vous lis, mais je n'en revenais pas, je montrais ça tantôt à ma collègue de Duplessis, dans les régions les plus éloignées, Fermont, Basse-Côte-Nord, Naskapi, Kawawachikamach, pas de problème de recrutement. C'est très étrange, problème de recrutement où il y a des aéroports, et finalement il y a quelque chose qui... il y a un paradoxe, là.

M. Cloutier (Raynald): Oui. Effectivement, c'est un paradoxe, mais le paradoxe est relativement facilement explicable, compte tenu du fait qu'avec le temps on a réussi à trouver un équilibre qui permet d'installer des médecins dans les trois zones périphériques qu'on a nommées, Blanc-Sablon, Schefferville et Fermont. Schefferville était une exception à lui seul, puisque c'est une approche bien particulière. Pour réussir à laisser des médecins là, ce n'était pas évident. Du côté de Minganie, déjà les installations étaient un peu moins élevées. On a comme une certaine stabilité depuis plusieurs années, environ neuf médecins, donc neuf sur 12, là.

L'autre problématique qu'on trouve, donc: Comment on va retrouver le même équilibre à Baie-Comeau, Sept-Îles et en Haute-Côte-Nord? Là, effectivement, c'est très délicat à faire, hein? Parce qu'on pourrait dire: Ce n'est pas compliqué, on va augmenter de 10 %. Mais, nous, comme telle, notre vision des choses — puis c'est un peu une vision que partagent aussi le département de médecine générale, le DRMG, le Dr Dubé, là, et son équipe — c'est qu'il ne faut pas non plus en faire une question de mercenaires, donc une course aux plus hauts salaires possible pour être le plus fins possible. Ça, sur la Côte-Nord, on n'achète pas ça. J'espère que mes collègues des régions éloignées n'achètent pas ça non plus. C'est une course à la qualité de vie, à la qualité professionnelle. Et c'est celle-là qu'il faut rendre intéressante, et c'est pour ça que je vous ramène sur le premier point des primes. Il faut que la méthode nous permette de les rentrer, les médecins. C'est pour ça que le DRMG insistait, je pense, c'est dans ce sens-là. Peut-être que le journaliste a interprété les propos à sa façon, mais c'est dans ce sens-là qu'on voulait que le message... Le DRMG voulait passer son message à l'agence — effectivement, il est conseiller à la P.D.G. — et c'est dans ce sens-là qu'on va travailler.

Mme Demers (Nicole): Il y a peut-être un autre élément aussi que... Il y a une question de pratique aussi. C'est certain qu'à Baie-Comeau et Sept-Îles... Bon. Sept-Îles, c'est une pratique qui est plus difficile. C'est une pratique qui demande plus d'expérience. Et souvent ça fait peur aux nouveaux diplômés, à l'effet que les gens, parce qu'il n'y a pas un bassin de spécialistes maximal, ils doivent, comme omnipraticiens, avoir une pratique plus avancée. Ça va rejoindre certaines personnes qui vont vouloir ce type de pratique, mais ça va aussi rebuter plusieurs personnes qui vont avoir peur de se lancer dans une situation comme celle-là. Donc, il y a aussi cet aspect-là qui est assez important, qu'on ne retrouvera

pas nécessairement dans des milieux comme Fermont et la Basse-Côte-Nord.

Mme Harel: Je pense qu'il y a quelques minutes qui restent.

Mme Richard: Juste pour poursuivre sur le même problème en fait, je me pose la question, là, comme ça. Je n'ai pas fait d'analyse scientifique, mais on le disait: Plus notre région est éloignée, plus la stabilité au niveau des effectifs des médecins est stable. Bon. Est-ce que ce ne serait pas pour la qualité de vie? Parce que, si je compare toujours... En tout cas, je vais encore faire référence à ma vie antérieure. Écoutez, un petit centre de santé où vous n'avez presque pas d'urgences qui débordent, où le bip-bip, il ne sonne pas souvent, c'est plaisant, là, d'élever des enfants, c'est très plaisant de faire la chasse, la pêche. Vous n'avez pas cette pression-là. Donc, vous dites: On veut fonder une famille, on s'en va quatre ans que ce soit en Basse-Côte, ou en Minganie, ou à Fermont, tandis qu'à Sept-Îles ou à Baie-Comeau, où il y a un achalandage plus accru au niveau des urgences ou au niveau de certains cas qui sont plus complexes parce qu'on vous les transfère à Sept-Îles et à Baie-Comeau, donc le médecin, là: Plus avantageux pour moi d'aller faire du dépannage trois semaines. C'est très payant, puis après, bien, il se prend une semaine, s'il veut, de vacances, là.

Mme Demers (Nicole): C'est sûr, c'est un effet pervers du dépannage, hein?

Mme Harel: Avez-vous envisagé ce que l'Abitibi-Témiscamingue... ce dont ils nous parlaient ce matin: les infirmières praticiennes, les infirmières cliniciennes? Alors, semble-t-il, là, que la Fédération des omnis soit sur le point de s'entendre avec les infirmières et que tout ça serait annoncé dans les semaines qui viennent.

M. Cloutier (Raynald): Il faut dire que j'ai commencé ma pratique sur la Côte-Nord, à Blanc-Sablon, O.K., avec les gens de la place pour mettre en place ce qu'on appelait un dossier de télé-médecine dans tous les dispensaires. O.K.? Je suis le père du dossier avec le D.G. du temps. Donc, c'était notre volonté, et effectivement... Mais c'est excessivement dispendieux de le faire quand le bateau avance; autrement dit, former les gens. Actuellement, on est en discussion avec l'Université McGill. Ça va commencer parce que... Pourquoi McGill et non pas l'Université Laval? C'est uniquement une question de langue anglaise. Vous comprendrez bien que, pour la Basse-Côte-Nord, là, il faut avoir des professionnels anglophones. Mais effectivement il va falloir y penser aussi dans nos zones comme la Haute-Côte-Nord, Minganie, à des dispensaires... donc augmenter les compétences de nos infirmières en dispensaire de façon à en faire de véritables alliées des médecins.

Donc, quand on a moins de support médical, ce n'est pas le patient qui a moins de services. C'est-à-dire, l'infirmière est capable d'appeler un médecin, je dirais, quasiment n'importe où sur la planète, là, c'est un peu... Il pourrait être à Québec, là, mais on essaie d'être autonomes dans ce domaine-là, dans l'omnipraticque. Mais effectivement il y a une voie d'avenir là. Il s'agit que les corporations professionnelles s'entendent, après ça peut-être les

fédérations, et aussi de s'affilier, ce qui était le grand problème dans le temps, des universitaires. Autrement dit, ces formations-là, ce n'est pas de la médecine à rabais, hein, qu'on parle, là, c'est vraiment de rendre les infirmières aptes à faire les choses. Ça fait que, si ça, ça existe, la Côte-Nord s'est toujours positionnée avec la télésanté pour être en tête de liste. Mais, quand on parle des chiffres, on parle, pour une Basse-Côte-Nord, d'un demi-million récurrent, là, mais ça augmenterait énormément la qualité des services.

Mme Demers (Nicole): Évidemment, maximiser la pratique infirmière, on vous a parlé de la vaccination, toutes les voies qu'on a prises pour faire en sorte que ce ne soient pas des médecins qui vaccinent sur la Côte-Nord. Ça nous apparaît une utilisation qui n'est pas judicieuse des ressources médicales, donc on a maximisé cette activité-là par les infirmières. Il y a certains projets, par exemple des urgences mineures, là, dans des centres hospitaliers, des expériences qui sont en cours. On essaie toujours, là, de maximiser dans le fond l'effectif qui peut faire le travail et soulager finalement le besoin pour la ressource médicale. Ça, c'est notre objectif.

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Harel: Est-ce qu'il reste encore du temps? Nous reste-t-il encore du temps?

Le Président (M. Copeman): Non.

Mme Harel: Il ne nous reste plus de temps. On vous reviendra. C'est qu'on fait des 15 minutes, hein, par alternance.

Le Président (M. Copeman): Au moins quand le président fait attention. Mme la députée Pontiac.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Rebonjour. Je vais rester sur médecins, difficultés de recrutement et je vais continuer dans la veine de ma collègue. On parlait tantôt des infirmières praticiennes, et vous avez dit, à un moment donné, qu'il y avait beaucoup de jeunes mères célibataires et surtout beaucoup de jeunes mères célibataires autochtones. Je pense, entre autres, aux sages-femmes et je vais revenir avec ce que ma collègue disait tantôt. En Abitibi, ils ont réellement développé le concept d'interdisciplinarité où dans le fond ils semblent pousser au maximum des gestes posés par des professionnels de la santé pour justement pallier à ces pénuries soit de médecins ou d'infirmières.

L'autre chose aussi qui m'a frappée, puis j'ai regardé, puis j'ai même vérifié, nulle part dans votre présentation ou dans les documents vous nous parlez... Je comprends que vous avez dit que vous avez travaillé beaucoup sur la télé-médecine, mais on sait qu'aujourd'hui ces méthodes-là avancent de plus en plus. On sait aussi qu'il y a de la télé-radiologie. Il y a des endroits que c'est déjà branché pour de la réadaptation, où il y a une spécialiste en réadaptation qui va faire le plan, et après c'est des techniciens, dans les milieux éloignés, qui vont l'appliquer, parce qu'on est toujours en manque de psychologues et d'ergos, physios et orthos. Je n'ai pas vu ça ni dans votre présentation ni dans les documents, et ça semble être une façon... J'ai été longtemps à la direction d'un établissement,

d'un centre de santé en milieu rural, et c'est une direction qui pallie dans le fond souvent au manque de ressources, mais pas seulement qu'au niveau médical, dans différents domaines. Je ne sens pas beaucoup ça dans votre volonté.

Je sais que vous étiez en redressement, il y a eu différentes difficultés. Puis on sait aussi qu'un centre médical qui est en difficulté puis qui fait les manchettes, ce n'est jamais facile, le recrutement, à ce moment-là, parce que ça fait peur, entre autres, aux médecins, qui vont dire: Aïe! on n'ira pas là parce que déjà, en partant, ça ne semble pas... Et ça, des fois, ça prend une couple d'années aussi à rebâtir, là. Ça, je suis bien, bien consciente de ça.

Mais j'aimerais ça vous entendre, Mme Demers, là-dessus, là, qu'est-ce que vous pensez ou qu'est-ce que la région pense d'avoir des sages-femmes, d'avoir des infirmières praticiennes, d'avoir des techniciennes en pharmacie, dans le fond tout ce qui peut supporter l'absence de différentes ressources très, très spécialisées mais qui donne des services extraordinaires en région plus éloignée? J'aimerais ça vous entendre là-dessus et les moyens aussi informatiques, là, qui existent.

● (16 h 40) ●

Mme Demers (Nicole): En fait, il y a des services qui existent déjà. Les infirmières qui sont en dispensaire font une pratique avancée avec téléconsultation avec les médecins en Basse-Côte-Nord. C'est parce que ça fait partie de notre quotidien, c'est pour ça qu'on n'en parle pas, mais en fait c'est déjà quelque chose qui existe. Je dois dire cependant que, la question des sages-femmes, on n'a pas de projet concret là-dessus actuellement, sur la Côte-Nord. C'est un secteur d'activité à développer effectivement et auquel on doit s'intéresser à court terme. Tu voudrais ajouter quelque chose?

M. Cloutier (Raynald): Tu as fini?

Mme Demers (Nicole): Oui.

M. Cloutier (Raynald): O.K. C'est parce qu'il faut dire que... Prenons juste l'exemple des sages-femmes — parce que les infirmières cliniciennes en Basse-Côte-Nord, on en a parlé. Je parlais avec notre chef de la table des chefs de médecine spécialisée qui nous dit: Écoute, l'intérêt comme tel, pour nous, médecins, qu'il y ait des sages-femmes qui se mettent en place, c'est évident, je veux dire, on n'est pas... Tu sais, plus il va y avoir de monde, professionnels qui vont travailler, plus nous, comme gynécologues, on va aller s'occuper des malades qu'il faut opérer, les infirmières n'opéreront pas à notre place. Donc là, l'intérêt est là. Maintenant, il faut mettre en place les structures, il faut avoir des finissantes, il faut avoir une stabilité du service. Il faut donc l'inclure dans nos moeurs, parce qu'on le sait, nous-mêmes, que des médecins omnipraticiens qui font de l'obstétrique, c'est de plus en plus difficile à trouver. C'est une charge de travail qui est très exténuante. Des médecins qui faisaient 150 accouchements comme dans le temps de nos parents, c'est très rare. Les gens, ils trouvent ça épuisant. Ça fait qu'il reste quelques médecins qui sont dédiés à ce genre de tâche là. Ça, c'est une chose.

L'autre élément technique, parce qu'on fait aussi... En psychiatrie, il y a de la consultation

psychiatrique sur la Côte-Nord, il y a des choses comme ça qui existent déjà. Mais l'autre problème, si on essaie de connecter plus de télé Santé avec la Basse-Côte-Nord, là on rentre dans des problèmes de bande passante, on va vous ramener tous les problèmes technologiques qui font que ces régions-là peuvent être mal desservies parce que, bien, ce n'est pas rentable au niveau privé, il faut bien le comprendre, là. Donc, techniquement, oui, il y a une volonté de le faire avec... C'est tout ce qui se fait actuellement avec Infoway Canada, bien Inforoute Canada, tout ce qui se fait actuellement, qui se met en place, les projets qui s'en viennent, mais effectivement on va commencer par mettre en place la capacité technologique et la capacité professionnelle.

Il faut dire qu'on a tout relié nos centres en termes de formation de télé Santé, c'est-à-dire que tout le monde, dans tous les centres de santé de la Côte-Nord, peuvent se brancher soit avec Montréal, Laval, McGill sur de la formation médicale continue. Ça, c'est tout fait, là, on a tout mis ça en place. Comme disait Mme Demers, on l'a fait, on ne s'en est pas vantés, là. Mais il fallait le faire sur la Côte-Nord. C'est les coûts de déplacement puis le temps de déplacement de nos médecins. Même s'ils ont cet avantage-là, ce n'est pas rentable. Il n'est pas dans la région quand il va aller à sa formation, il faut qu'il reste sur place.

Mme L'Écuyer: Je comprends que vous n'en avez pas parlé, sauf que c'est quand même des réalisations, et quand même c'est important de le dire, ce qui se fait, pas juste pour nous, mais aussi pour d'autres régions qui des fois... Je regarde un peu ce que nous disait l'Abitibi ce matin, et c'est intéressant parce qu'en plus ça donne des idées. On va dire: Bon, regarde, ils ont essayé telle chose ou telle chose, et ça semble marcher.

L'autre chose, on parle des liens avec l'Université McGill. Je pense que vous avez dit que vous aviez des liens avec l'Université McGill. L'Université McGill est en train actuellement de travailler avec l'Abitibi à la formation pour les infirmières cliniciennes, et je sais qu'il y a d'autres régions qui sont en lien avec eux aussi. Est-ce que vous êtes en lien avec ce qui est en train de se faire? Et ça avance assez rapidement, là, ce projet-là, au niveau du lien pour la formation des infirmières cliniciennes avec l'Université McGill.

M. Cloutier (Raynald): O.K. C'est qu'évidemment, pour nous, notre premier réflexe, ça a été, avec notre RUIS, d'aller à l'Université Laval, mais dans le domaine qu'on... Puis McGill, notre lien vient du fait que notre population de l'est est anglophone, là, Blanc-Sablon, et donc nos infirmières, en partant, souvent leur langue maternelle, leur capacité, leur habileté est beaucoup plus en anglais. Et l'autre chose, ils couvrent le territoire cri où il y a donc 13 500, donc le triple de population que celle de la Basse-Côte-Nord, et donc là ils vont développer une expertise dans ce domaine-là, et c'est très complexe, hein? Et l'autre chose, c'est toujours une question de langue anglophone, c'est d'aller chercher ailleurs la technologie, parce que c'est une technologie qui peut être canadienne, là. C'est-à-dire, on n'est vraiment pas en vase clos, là, télé Santé devient vraiment un partenaire incontournable dans les

protocoles, les choses à développer, parce que c'est très lourd. Donc, c'était la meilleure façon, selon nous, de se brancher sur le leader dans le domaine de la formation continue, et McGill l'a développée à partir... Vous ne le saviez peut-être pas, mais une des personnes qu'ils ont engagées, c'est une infirmière de la Basse-Côte-Nord. Ils ont été chercher les ressources là où elles étaient compétentes, et je les félicite pour ça.

Mme Demers (Nicole): Et on est effectivement dans le projet.

Mme Harel: Allez-vous donner la formation?

Mme L'Écuyer: C'est McGill. C'est l'Université McGill qui va le faire.

M. Cloutier (Raynald): C'est McGill qui va le faire, mais, nous, on veut le brancher chez nous pour être capables de former nos infirmières.

Mme L'Écuyer: Bien, tantôt, vous disiez: Oui, c'est vrai qu'il y a toutes sortes de nouveaux moyens informatisés, ça prend la large bande. Il y a quand même... Je ne sais pas où vous en êtes rendus au niveau des villages branchés dans vos régions, je ne sais pas si ça se fait. La large bande, c'est l'équivalent de l'électrification des villages. Je ne sais pas si, chez vous, ça a commencé ou pas, c'est une entente de MRC... Bon. J'ai ma collègue qui me fait signe que non, non, non.

Mme Demers (Nicole): Bien, jusqu'à maintenant... Jusqu'à Sept-Îles, on a quand même un accès, sur le plan du réseau RTSS, là, avec une bande passante élargie, là. On a fait des travaux récemment parce qu'on avait des problèmes spécifiquement à Sept-Îles. Maintenant, il faut continuer, évidemment. Le problème est le faible volume et la rentabilité, et il y a aussi des obstacles physiques et géographiques majeurs. Entre autres, c'est anecdotique, là, mais, par exemple, la Basse-Côte-Nord, ils ont des pannes assez souvent. Et, bon, parfois c'est parce qu'il ne fait pas beau, d'autres fois c'est parce qu'il y a un problème spécial de transmission, mais à un autre moment... Et il y a des relais par satellite. Donc, quand il y a des relais, bien il y a des temps d'antenne qui ne fonctionnent pas. Et, à un moment donné, les gens nous disaient: Bien là, aujourd'hui, on a eu un problème parce que le relais satellite, ça n'a pas pris parce qu'il faisait trop beau, parce que la mer était calme, puis là ça faisait des reflets. Donc, il y a tellement d'obstacles qu'à un moment donné on se demande si on va y arriver. Mais disons qu'on y travaille. Mais ce n'est pas simple, ce n'est pas simple.

Mme L'Écuyer: Je voudrais revenir au recrutement des médecins. On sait que — puis ce n'est pas juste dans la région de la Côte-Nord, je pense que c'est à la grandeur du Québec — les médecins de famille, on a une féminisation de la pratique médicale de plus en plus, les heures sont très différentes, et tout le monde se plaint du manque de médecins de famille. Dans ma région, moi, j'ai un secteur d'à peu près 40 milles où il n'y a à peu près pas de médecins de famille. Est-ce que vous avez pensé à un moyen pour

tenter de le régler ou bien ça ne va être que par le recrutement et par les PREM qu'on va y arriver?

M. Cloutier (Raynald): L'idéal, c'est le recrutement et les PREM, de façon à avoir suffisamment de ressources médicales, puisqu'une partie de la formation de l'infirmière clinicienne et son fonctionnement est aussi reliée aux... Autrement dit, je ne veux pas de médecine à rabais sur la Côte-Nord. On s'entend tous là-dessus?

Mme L'Écuyer: On s'entend, tout le monde.

M. Cloutier (Raynald): Et donc on se dit... Mais en même temps je discute avec... Justement, j'étais en Haute-Côte-Nord, hier, à former ce qu'ils appellent, eux autres, des infirmières capables — en l'absence de GMF, même avec GMF — de prendre en charge nos clientèles vulnérables, puisqu'il faut y aller par priorités. La première chose, il ne faut pas qu'un patient malade n'ait pas de services ou pas de porte. Pas de porte, je pense, sur la Côte-Nord, on l'a réglé avec notre réseau de services. Quelqu'un qui rentre, il va avoir des services. Maintenant, il faut être capables d'avoir des infirmières pour s'occuper des diabétiques, s'occuper des gens anticoagulés, des gens qui ont des maladies pulmonaires, des gens... Il faut que ces gens-là n'aient pas de conséquences parce qu'on a de la difficulté à avoir des médecins.

Ça fait que ça, on travaille là-dessus actuellement avec l'ensemble des moyens dont on dispose. Autrement dit, les grands centres, on dit: Essayez de former des infirmières cliniciennes capables de mieux gérer les patients à l'urgence, donc capables de les sortir. Parce que ce n'est pas anecdotique, là, on voit des expériences comme ça partout, que ce soit en ville ou en région, là, où les gens sont capables de rencontrer l'infirmière, même pas voir un médecin. Mais, à un moment donné, le médecin dit: Oh! je n'ai plus de diabétiques à l'urgence. Je comprends que tu n'aies plus de diabétiques à l'urgence, il ne viendra pas te voir, le patient, il prend ses médicaments, il contrôle son insuline avec l'infirmière, puis, une fois par année... Mais le patient, lui, il est sûr, sûr, sûr qu'il a un médecin traitant. Bien, il en a un aussi dans les faits, mais il est sûr qu'il en a un. Parce que, quand on dit que les patients, en Basse-Côte-Nord, disent qu'ils ont un médecin traitant puis qu'il y a un médecin qui va à Chevery une fois par cinq semaines, ça veut dire que la perception de la personne — puis il a raison — c'est qu'il a vraiment un médecin traitant. Donc, il y a quelqu'un qui a pris en charge et qui a la responsabilité. Pas de GMF, là. Donc, autrement dit, les GMF, on les a concentrés dans les grands centres, mais, dans les autres centres comme Blanc-Sablon, Fermont, on ne mettra pas de GMF, on va mettre des infirmières cliniciennes. C'est la même chose, là, hein, on parle...

Mme L'Écuyer: Je ne sais pas combien vous avez de médecins à Blanc-Sablon, mais vous saviez qu'il est en train de plus en plus d'y avoir des GMF en milieu rural avec des médecins qui sont éparpillés un peu partout sur le territoire. Parce qu'on sait que les premiers GMF qui ont vu le jour, c'étaient des médecins regroupés dans une même bâtisse. Maintenant, il y a des médecins un peu partout dans un territoire qui ont soit

leur propre bureau... et ils créent des GMF, ce qui leur permet d'avoir des ressources, de s'informatiser, ces choses-là. Est-ce que ça, c'est quelque chose que vous envisagez dans votre région?

• (16 h 50) •

M. Cloutier (Raynald): Dans notre région, avec le ministère, on a été l'une des premières régions à décrire ce qu'on appelle la GMF à petit volume. Parce que le ministère disait: Ça prend 15 000 personnes pour avoir une GMF, nous, on en avait 7 000 en Minganie, 7 000 à Port-Cartier. Mais on dit: Écoutez, là, c'est des populations captives, il y a du privé, mais des fois il n'y a pas de privé comme médecins. La seule condition que le ministère nous donne, c'est: Écoutez, il faut que tous les médecins embarquent. Autrement dit, pour avoir une homogénéité, hein, la question de porte d'entrée au réseau, il faut que tout le monde embarque dans le même réseau, donc le CSSS, et c'était la seule condition.

En Basse-Côte-Nord, c'est déjà un mode GMF. Autrement dit, c'est déjà l'infirmière clinicienne, c'est déjà informatisé. J'ai beau demander au ministère d'avoir des sous, ils vont me dire: Oui, mais tu vas faire quoi de plus? Je n'ai rien de plus à offrir à la population, j'ai mon accès, ce qui est très, très différent de la Haute-Côte-Nord où, là, on va travailler à en mettre un, puisqu'effectivement c'est une population qui est dispersée, j'ai des médecins en privé, en public. Donc, tous les médecins travaillent sur le même but, la prise en charge. Ça se module très bien, le GMF.

Mme L'Écuyer: Merci.

Le Président (M. Copeman): Nous allons terminer cet exercice avec un bloc à ma gauche. Alors, Mme la députée de Duplessis.

Mme Richard: Merci, M. le Président. Mme Demers, monsieur... Ça peut être le Dr Cloutier, mais là je pense que ça va être Mme Demers qui va répondre à ma question. Ma collègue tantôt parlait des sages-femmes. Bon. Vous le savez, vous le savez aussi bien que moi, Mme Demers, sur notre territoire, on avait des madames qui accouchaient à Blanc-Sablon, qui accouchaient en Minganie et qui accouchaient à Fermont. Malheureusement, nous ne faisons plus d'accouchements dans ces secteurs-là. En tout cas, moi, je trouve ça extrêmement navrant. Ça fait que je vois mal comment on pourrait faire la promotion des sages-femmes sur mon territoire quand, si je suis à Blanc-Sablon, je n'ai pas accès — je ne peux pas accoucher chez moi — à un médecin qui voudra m'accoucher.

Et je voudrais, Mme Demers, vous entendre au sujet de... Vous savez que les collectifs de Sept-Îles ont eu un projet que je trouve vraiment merveilleux. Je veux vraiment souligner leur travail. Puis je vais le dire pour les membres de la commission, parce que, écoutez, on vous pose des questions aujourd'hui, mais, moi, je sais combien on a un territoire complexe et que... Et, Dr Cloutier, vous l'avez démontré, souvent on fait des choses en région qui devraient être exportées, hein, avec le peu de moyens que nous avons.

Mais de Fermont, Sept-Îles, c'est 810 km; Havre-Saint-Pierre—Sept-Îles, 250; Natashquan—Sept-Îles, 374; Basse-Côte-Nord, ils ne peuvent malheureusement

pas le faire par la route, mais c'est au-delà de 800 km. Donc, ces mamans-là, qui attendent souvent un premier enfant, doivent quitter leur coin de pays. Surtout quand c'est la Basse-Côte, des fois elles sont unilingues anglaises. Elles arrivent dans un milieu qu'elles ne connaissent pas. Et quelquefois on s'imagine qu'on a de la parenté partout sur la Côte-Nord, ce n'est pas toujours le cas. Ils étaient laissés à eux-mêmes. Et la Maison du Collectif à Sept-Îles a mis sur pied un projet pour une maison d'hébergement, pour héberger ces mamans-là qui vont recevoir tout un support, tout un encadrement. Mais j'ai regardé, Mme Demers, plus particulièrement à la page 7 — et c'est là où je vais vous demander des explications — vous parlez, bon, que vous avez un budget totalisant 42 465 \$ pour aider... bon, que ce soit pour le conjoint ou pour une personne qui pourrait être significative pour la mère lors du déplacement pour la naissance de l'enfant.

Ce que je voudrais savoir, c'est: Est-ce que ce montant-là... Je vous donne un exemple. Je viens de Fermont, je vais accoucher à Sept-Îles, est-ce que, dans ce montant-là, est-ce qu'on considère le billet d'avion de mon conjoint ou de la personne qui peut être...

Mme Demers (Nicole): En fait, ce qu'on a apporté comme modification à la politique, c'est de permettre au conjoint... Parce qu'on ne défrayait pas un montant pour le conjoint ou une personne accompagnatrice, parce que, comme on a beaucoup de très jeunes mères adolescentes, ces jeunes mères là, c'est la famille qui assumait le transport, là. C'est important, un billet d'avion, c'est 1 000 \$. Donc, c'est un impact financier important. C'est ce qui fait qu'on a voulu mettre en place cette mesure-là. L'année dernière, on a investi des montants pour la clientèle qu'on appelle à risque, là, des programmes PSJP, NEGS, tout ça, et, cette année, on a ajouté encore des montants puis on va continuer à le faire, de telle sorte que... Les mères, qui doivent partir à 37 semaines parce que les avions ne prendront pas les madames sur... à cause des risques et qui doivent passer trois semaines à Sept-Îles en attendant l'accouchement, c'est assez angoissant. Donc, on voulait au moins que ce soit possible pour le conjoint de se déplacer également.

Mme Richard: Donc, si je comprends bien, même le papa de Blanc-Sablon, le coût du billet d'avion est payé pour qu'il assiste à la naissance de son enfant?

Mme Demers (Nicole): Oui. Ça, c'est une initiative régionale.

Mme Richard: D'accord. Pour ce qui est de la Minganie, est-ce qu'ils ont un montant forfaitaire au niveau du...

Mme Demers (Nicole): C'est la même chose.

Mme Richard: C'est la même chose?

M. Castonguay (Réal): Il y a un montant forfaitaire qui est disponible pour le père pour l'accompagnement.

Mme Richard: Ah! Mais c'est bien.

M. Castonguay (Réal): Mais il faut apporter comme précision que notre financement actuellement ne couvre pas toute la clientèle. Comme Mme Demers l'a mentionné, on a commencé par les clientèles les plus vulnérables, et notre plan s'étend sur quatre ans afin de viser éventuellement toutes les jeunes mères, toutes les jeunes familles.

Mme Richard: Bon. Comme je trouve que ce projet-là est très, très important et je veux aider ces gens-là de la Maison du Collectif, vous savez, Mme Demers, on attendait un montant de l'agence, j'avais une résolution de l'agence, mais ce que j'ai lu dans la résolution... Parce que c'est beau, les madames, elles vont être hébergées à cette maison-là, mais on va leur amener un support. Des fois, c'est la naissance d'un deuxième enfant. Donc, s'ils sont trois semaines, un mois hébergés à Sept-Îles, bien papa peut venir en visite avec l'aîné de la famille. Et il y a des supports qui se font avec L'Envol, des haltes-garderies, mais ça prend du personnel, souvent de l'encadrement, elles ont besoin de réconfort. Et ce que je voyais, c'est que le 10 000 \$, malheureusement on dit: C'est pour une année, il ne sera pas récurrent, là.

Mme Demers (Nicole): Bien, en fait, quand on finance un organisme communautaire, on va toujours en fonction aussi de s'assurer de la crédibilité de l'organisme. Dans un premier temps, on fait du financement non récurrent pour s'assurer que... et puis on suit la façon dont les sommes sont gérées et sont utilisées. Et, dans l'année qui suit, si effectivement les sommes ont été utilisées à bon escient puis... Parce qu'il y a des organismes qui naissent et qui meurent, donc il faut aussi avoir une vigilance par rapport à ça. C'est notre façon de fonctionner avec les organismes communautaires, mais peut-être que Réal voudrait ajouter.

Mme Richard: Bien, si je comprends bien, Mme Demers, s'ils gèrent bien leur budget, s'ils atteignent leur objectif...

Mme Demers (Nicole): C'est certain que, pour nous, c'est une ressource qu'on estime très importante.

Mme Richard: ...je pourrai leur donner de l'espoir qu'ils vont être financés...

M. Castonguay (Réal): Si je peux me permettre une précision, Mme Richard, effectivement le 10 000 \$ a été versé de façon non récurrente parce qu'ils avaient besoin de monter leur plan de faisabilité, leur étude de faisabilité, ce qui devrait être déposé en septembre, octobre. Le montant a été accordé en avril justement pour leur donner ce coup de main là. Et notre intention, sur la base de leur étude de faisabilité, c'est de trouver une modalité de financement récurrent qui leur permettrait d'assumer minimalement des coûts de fonctionnement. Comme vous le savez, la ressource est ouverte maintenant. Donc, ils sont en démarrage, et on va tenter de les appuyer sur la base du rapport qu'ils vont nous déposer.

Mme Richard: D'accord. C'est pour ça que je vous le demandais, parce que j'ai assisté récemment à

l'inauguration de la maison. Et on a d'autres demandes qu'on fait aussi au ministère parce que, vous savez... Souvent, moi, je dis: On a une région extraordinaire. La population et les entreprises ont contribué beaucoup, hein, au niveau de l'aménagement des chambres, du mobilier, et il va se faire aussi d'autres choses.

Juste pour terminer avec ce dossier-là — après, j'ai deux dernières questions si j'ai du temps — je vous demanderais, je vous demanderais, Mme Demers, de faire une certaine vérification parce que ce que j'ai appris, et ça, je trouve ça vraiment inéquitable... Moi, je me dis: Que je vienne de Fermont, que je vienne de Havre-Saint-Pierre, que je vienne de Caniapiscau... Et, moi, j'ai toujours dit: Peu importe l'endroit où on se trouve sur mon territoire — c'est ce que je défends — on doit avoir les mêmes services et les mêmes droits. Et ce que j'ai appris, c'est que les montants pour les per diem qui viennent directement des centres de santé ne sont pas les mêmes d'un endroit à l'autre. Je ne vous dirai pas nécessairement les chiffres, parce que je ne les ai pas eu officiellement, comme j'aurais voulu, là. Je les ai eus de quelqu'un du réseau, mais je... Et je vous avoue que ça me questionne beaucoup, Mme Demers, il y a une inéquité qui est là. Et on m'a déjà répondu que ça dépendait de la situation financière de certains centres de santé. Mais, moi, si je suis une maman, je ne pense pas que... ce qui est important pour moi, c'est que, écoutez, j'aie les mêmes avantages. Déjà, c'est difficile de quitter son milieu pendant trois semaines. Et, vous le savez, souvent on a quand même... c'est des fois des jeunes filles qui sont démunies aussi financièrement. Donc, je compte sur vous pour...

Mme Demers (Nicole): Nous sommes au courant de cette situation-là. En fait, toutes les personnes sur la Côte-Nord bénéficient minimalement de la politique de transport des bénéficiaires, qui est la même pour l'ensemble du Québec. Il y a certains établissements qui ont bonifié leurs allocations, alors c'est ce qui a créé les inéquités. C'est une situation sur laquelle on peut se pencher de façon plus importante pour essayer de... Effectivement, c'est une situation qui n'est pas facile. Et, tu sais, au niveau de la périnatalité, il y a eu des grands pas au Québec qui ont été faits au niveau de la mortalité infantile, au niveau de la morbidité infantile, au niveau de la mortalité maternelle, et tout ça parce qu'on a regroupé les gens dans des centres hospitaliers où il y avait un volume d'activité qui permettait une pratique qui était plus efficace et qui permettait de ne pas avoir de mortalité puis de morbidité infantile.

● (17 heures) ●

C'est sûr que ça a eu des effets dans des régions comme les nôtres. Et malheureusement les femmes doivent partir de chez elles. Puis, quand on évoque un peu les facteurs de risque au niveau des difficultés familiales, bien ça peut faire partie des facteurs de risque, la période où la mère est partie de la famille, l'attachement à l'enfant, du père, etc. Donc, c'est sûr que ce sont des préoccupations pour nous, et nous, en tout cas, nous retenons votre commentaire et nous allons tenter d'améliorer la situation.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, il nous reste cinq minutes pour terminer le bloc. Je présume qu'il y a consentement pour dépasser 17 heures

afin de terminer le bloc? Consentement. Allez-y, Mme la députée.

Mme Richard: Merci beaucoup, M. le Président. Mme Demers, tantôt je vous entendais parler, vous avez parlé du transport ambulancier, où vous disiez, puis c'est sûr, je le conçois avec vous, que des efforts ont été faits pour améliorer les services. J'ai déjà travaillé quelques dossiers avec vous, d'ailleurs. Mais récemment vous savez que, bon, dans votre secteur, où vous habitez, vous avez eu des problématiques — moi, j'en ai aussi du côté de Sept-Îles et Port-Cartier — par rapport aux horaires de faction. Et, si je lis en page 14, je comprends que vous avez fait des efforts, mais en tout cas, pour moi, c'est comme si le dossier était réglé, et en tout cas ce n'est pas nécessairement le même son de cloche que j'ai de la part des ambulanciers. J'aurais aimé...

Mme Demers (Nicole): Tout n'est pas réglé en termes de services ambulanciers sur la Côte-Nord. C'est certain qu'avec les distances qu'on a à parcourir avec les véhicules ambulanciers, avec le fait qu'il y a de très petits volumes, c'est difficile de maintenir des personnes constamment dans le véhicule ambulancier, des choses comme ça. On a, dans cette dernière année, là, fait des priorités au niveau de la région, ce qu'on estimait être le plus important en termes de développement. Et ce qu'on a privilégié, ça a été d'avoir un véhicule ambulancier aux Escoumins parce qu'on trouvait qu'il y avait des risques de découverte de zones lorsqu'il y avait un transfert interétablissement, ce qui fait qu'on avait identifié nos priorités. C'est certain que la situation de Baie-Comeau, par exemple, c'est aussi une situation qui nous préoccupe, mais ça nous préoccupait moins que Les Escoumins. Donc, c'est sûr qu'il faut faire des choix.

L'autre élément aussi, c'est qu'on a voulu maintenir les conditions spéciales de travail en Minganie pour avoir des techniciens ambulanciers de l'extérieur parce qu'on a de la difficulté à avoir des techniciens dans ce coin-là, ce qui fait qu'on a prolongé les conditions particulières qu'on donnait de rehaussement des conditions de travail des ambulanciers qui font du dépannage dans ce coin-là. Donc, bon, on avait des priorités, puis le dernier contrat a attribué les deux premières priorités. Ça a marché. La troisième, bien là ce sera pour une autre fois. C'est un peu comme ça qu'on peut voir les choses. Pour le moment, on est allés vraiment au plus pressant dans notre avis, dans l'avis qu'on a exprimé au ministère, sur les priorités dans notre région.

Mme Richard: D'accord. Mais est-ce que vous faites d'autres... Parce que, vous le savez, pour ce qui est de Baie-Comeau, le problème n'est pas réglé. Est-ce que vous continuez à faire des revendications? Je comprends qu'on avait... le problème était majeur. On a réglé, je pense, aux Escoumins?

Mme Demers (Nicole): Oui.

Mme Richard: Bon. Mais il demeure quand même le même pour la région de Baie-Comeau. Moi aussi, j'ai le même dans ma région.

Mme Demers (Nicole): Oui. Puis la télécommunication aussi. On a aussi réglé la question de

télécommunication parce qu'il y avait des bris de télécommunication sur la Haute-Côte-Nord puis en Minganie. Donc, c'est sûr qu'on a concentré beaucoup nos énergies là-dessus.

Les travaux par rapport aux services ambulanciers, ça continue, c'est selon des travaux continus, hein? Il y a un groupe de travail, avec le ministère, continu pour évaluer les besoins puis faire des priorités dans l'attribution des ressources. Donc, évidemment, ce sont des revendications qui continuent, mais notre préoccupation première est vraiment l'accès aux services pour la population, de faire en sorte de ne pas augmenter le temps, de ne pas réduire la prestation de services. Et, dans la proposition actuelle pour Baie-Comeau, il y avait un problème de volume de services. Donc, il faut retravailler ça pour que ça marche mieux.

Mme Richard: Mme Demers, on me fait signe, le temps va tellement vite, et vous savez comment j'aime ça parler des problèmes de ma région avec vous, on en a souvent discuté. Je vais juste terminer sur une petite question, Mme Demers, mais je veux vous le dire avant que je manque de temps: Je tiens vraiment à vous féliciter, vous et votre équipe, parce que je sais que le travail que vous faites n'est pas facile. On a besoin de ressources financières, on a besoin aussi de ressources humaines, et, desservir un territoire comme la Côte-Nord, je sais à quoi vous avez à faire face et, quand je parle, j'en parle en connaissance de cause.

Mais, Mme Demers, je l'ai dit d'entrée de jeu puis je ne veux pas beaucoup revenir sur ce dossier-là, mais je vais vous laisser là-dessus. Pensez-y, pensez-y avant de penser, en Minganie, à diminuer le nombre de places en soins de longue durée. Vous savez comment c'est complexe, offrir des services. J'ai fait part tantôt à mes collègues des distances. Vous savez qu'on a, à Natashquan, à Aguanish, des gens qui vivent en HLM, qui sont rentrés là il y a plusieurs années, qui maintenant... le couple a 80, c'est la madame qui s'occupe de son mari qui en a 83, où ce n'est pas adapté. On a un travail à faire là. Et c'est vraiment Havre-Saint-Pierre qu'on peut dire qui est la plaque tournante, au niveau de la Minganie, des petits villages de l'est et de l'ouest. Et Rivière-au-Tonnerre, Rivière-Saint-Jean, Longue-Pointe... Je ne veux pas tous les nommer, je manque de temps. Mais je vous le dis, Mme Demers, et je ferai cette bataille-là avec vous, soyez-en assurée, parce que je pense que notre population... Vous avez démontré très clairement le vieillissement de la population sur la Côte-Nord, et on devra y faire face. Donc, je ne pense pas que c'est en diminuant des ressources qu'on va y arriver. Je vous remercie beaucoup.

Mme Demers (Nicole): Ça m'a fait plaisir.

Le Président (M. Copeman): Mme Demers, merci beaucoup, au nom de tous les membres de la commission, à vous et à votre équipe d'avoir assisté à cette activité de contrôle parlementaire et de reddition de comptes. Je vous remercie beaucoup.

Et, sur ce, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'au 17 octobre, mardi le 17 octobre, à 9 h 30, afin d'effectuer un autre mandat. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 6)