ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mardi 2 février 2010 — Vol. 41 N° 22

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Yvon Vallières**

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 de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 $
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 $
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 $
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 $
Commission de l'économie et du travail	100,00 $
Commission des finances publiques	75,00 $
Commission des institutions	100,00 $
Commission des relations avec les citoyens	25,00 $
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 $
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 dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 2 février 2010 — Vol. 41 N° 22

Table des matières

Auditions 1
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale (ASSS-Capitale nationale) 1
Documents déposés 30
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik 30
Documents déposés 52

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Bernard Drainville
M. Germain Chevarie
M. Patrick Huot
Mme Danielle Doyer
M. André Drolet
M. Michel Pigeon
Mme Agnès Maltais
M. Gerry Sklavounos
M. Luc Ferland
M. René Gauvreau

* M. Michel Fontaine, ASSS-Capitale nationale
* M. Marco Thibault, idem
* M. François Desbiens, idem
* M. Jacques Fillion, idem
* Mme Jeannie May, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
* Mme Eva Weetaluktuk, idem
* M. Gilles Boulet, idem
* M. Silas Watt, idem
* Mme Johane Paquette, idem
* Mme Lisa Mesher, idem
* M. Serge Déry, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 2 février 2010 — Vol. 41 N° 22

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)

(Neuf heures trente-neuf minutes)

Le Président (M. Kelley): Bonjour, Mmes et MM. les membres de la commission. Je constate quorum des membres de la Commission de la santé et des services sociaux. Je déclare la séance ouverte en rappelant le mandat de la commission.

La commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2008-2009 en application de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Pigeon (Charlesbourg) remplace M. Lehouillier (Lévis); M. Huot (Vanier) remplace Mme Rotiroti (Jeanne-Mance—Viger); M. Drolet (Jean-Lesage) remplace Mme St-Amand (Trois-Rivières); et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

● *(9 h 40)* ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup et bienvenue à tous ces membres à notre commission. On a un grand défi ce matin, qui est d'essayer de comprendre en trois heures l'énorme défi pour nos agences. Comme vous le savez, dans la loi sur la santé et des services sociaux, cette commission a l'obligation d'entendre chacune des agences une fois par trois ans au moins. Alors, aujourd'hui, ça va être le tour de l'Agence de la Capitale nationale de faire une présentation d'une trentaine de minutes sur son travail, ses priorités, ses orientations, sa performance, et ça va être à nous, les députés, d'essayer de comprendre et de poser des questions sur cette présentation. Et c'est un défi qui n'est jamais facile.

Et peut-être, d'entrée de jeu, rappeler à l'ensemble... Peut-être les députés s'intéressent avant tout aux tendances, aux directions, c'est quoi, les défis, est-ce qu'il y a des choses qui vont bien, est-ce qu'il y a des choses qu'il faut améliorer? C'est un petit peu dans cette optique qu'on va commencer cette semaine de travail avec six de nos 19 agences. Alors, il y aura une série de ces genres de discussions tout le long de la semaine pour essayer de comprendre le défi de gérer un système de santé moderne, cet avant-midi, dans la question de la région de la Capitale-Nationale et son agence.

Auditions

Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole aux représentants de l'agence de la santé et des services sociaux, représentée entre autres par M. Michel Fontaine, son président-directeur général. M. Fontaine, la parole est à vous.

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale (ASSS-Capitale nationale)

M. Fontaine (Michel): Alors, bonjour, M. le Président. D'abord, vous remercier, M. le Président, ainsi que tous les membres de la commission, de nous accueillir ce matin pour dresser le bilan de la performance et de l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux de notre territoire, de la Capitale-Nationale.

Je suis accompagné ce matin du comité de direction de l'agence. Donc, je vous présente rapidement, à ma gauche, Dr Monique Saint-Pierre, qui est la directrice médicale des affaires hospitalières et universitaires; M. Marco Thibault, qui est le directeur de la main-d'oeuvre et des partenariats avec l'éducation; M. Pierre Lafleur, qui est le directeur régional de la planification, des affaires corporatives, des communications et de l'infocentre. À ma droite, M. Jacques Fillion, qui est le directeur général adjoint et le directeur des programmes clientèles; Monsieur... le Dr François Desbiens, qui est le directeur de la santé publique; et M. François Dion, qui est le directeur des finances, des immobilisations et de l'informatique.

Alors, M. le Président, c'est sûr que, dans 30 minutes, c'est un peu difficile de dresser un portrait complet des actions des cinq dernières années, mais cependant vous avez reçu au cours des derniers jours un bilan plus exhaustif. Vous avez déjà en main nos résultats depuis notre dernière présence ici, devant vous, le 13 septembre 2006. Notre base de comparaison donc se situera au 31 mars 2005 qui a constitué notre dernière année de reddition de comptes. Et le document contient des données pour chacune des cinq dernières années. Donc, moi, ce sera naturellement un résumé de ce document. Et comme on n'aura peut-être pas l'occasion de passer l'ensemble des dossiers, il nous fera plaisir, à la période d'échange, de répondre à toutes les questions, surtout pour lesquelles on n'aura pas eu la chance de présenter dans ce résumé.

Dans un premier temps, permettez-moi, M. le Président, de vous mentionner quelques éléments de contexte pour qu'on puisse se mettre à niveau. Donc, au point de vue populationnel, la population de la Capitale-Nationale est de 683 000 personnes, soit une augmentation de 3 % par rapport à la population de 2004, et notre population de desserte, qui réfère à la population qu'on dessert dans nos spécialités et ultraspécialités, est de 1,2 million, donc comprend tous les territoires de l'est de la Capitale-Nationale et du Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Un autre élément de contexte est le vieillissement de la population, un élément qui nous concerne particulièrement dans la région de la Capitale-Nationale. Depuis 2004, il y a eu une augmentation de 17 % de la population âgée de 65 ans et plus. Lorsqu'on regarde les projections, le nombre de personnes de 75 ans et plus aura augmenté de 15 % entre 2004 et 2011, et, pour la même période, les personnes âgées de 85 ans et plus auront augmenté de 32 %. Toutes ces données représentent des croissances supérieures aux prévisions de 2000, c'est pour ça qu'on vous le donne dans les éléments de contexte, et s'accompagnent évidemment des besoins de services additionnels en santé et services sociaux, bien sûr une pression supplémentaire sur notre réseau.

Concernant les accouchements, nous notons une croissance, c'est une heureuse nouvelle, une croissance dans la région de près de 28 %. Cependant, là aussi, c'est une

pression sur le système de santé. Il s'agit d'une augmentation considérable puisqu'il y a eu 8 460 accouchements en 2008-2009 par rapport à 6 611 en 2004-2005. On le sait, c'est une bonne nouvelle, mais en même temps tout le monde sait que ça amène des services additionnels aussi.

Au point de vue financier, notre région, en 2008-2009, on avait un budget de 1,8 milliard par rapport à 1,4 milliard en 2004-2005, une augmentation de 28 %, soit un financement additionnel de 403 millions de dollars. De ces crédits supplémentaires, 84,7 millions, soit 21 %, ont servi à la consolidation et au développement de services pour faire face à la pression exercée sur le réseau, due comme on vient de voir à l'augmentation de la population, le vieillissement de cette dernière et l'émergence de nouveaux besoins.

Parmi les investissements réalisés à ce chapitre, la santé physique a entraîné des investissements de 36,3 millions, des crédits supplémentaires de 12,9 millions ont été consentis pour les personnes en perte d'autonomie alors que le budget consacré consacré aux clientèles en déficience intellectuelle, en trouble envahissant du développement et en déficience physique a augmenté de 6,6 millions.

L'autre part de l'augmentation des crédits régionaux, soit près de 79 % de ces crédits, a servi à couvrir l'augmentation de certains coûts qui malheureusement ne se traduisent pas en nouveaux services. Ainsi, à titre d'exemple, près de 250 millions ont servi à financer l'indexation et l'équité salariale, 35 millions, la hausse des coûts des médicaments et des fournitures médicales, et près de 30 millions pour l'augmentation des coûts du système de santé.

Si on regarde maintenant, on sort du contexte et on regarde maintenant la performance de notre réseau, de notre région. Lors de notre dernier passage, nous avions mentionné que l'accès aux services du réseau constituait notre principal enjeu et notre défi majeur. Donc, voici donc, sous cet angle, un portrait de nos principales réalisations des dernières années.

Nous avons poursuivi... En santé publique d'abord, nous avons poursuivi la mise en place des services de prévention des infections. Le pourcentage du nombre de postes équivalents temps plein d'infirmières en prévention des infections nosocomiales requis pour respecter les normes provinciales est passé de 67 % à 93 % de 2007-2008 à 2008-2009. Pour cette dernière année, il s'agit d'un total régional de 38,5 postes d'infirmières en prévention des infections titularisés, et le résultat obtenu en 2008-2009 nous permet de conclure que la cible ministérielle de 100 % en 2009-2010, soit 41 postes d'infirmières équivalents temps plein, sera effectivement atteinte au 31 mars 2010.

En dépistage du cancer du sein, le taux de participation des femmes de la région au Programme québécois de dépistage du cancer du sein a augmenté de 10 % entre 2005 et 2008, passant de 58,7 % à 64,8 %. Au total, pour la dernière année d'observation, 61 291 femmes ont participé au programme. Donc, on a une amélioration dans les cinq dernières années.

L'opération vaccination massive de la population contre la grippe A (H1N1), à l'automne dernier, est difficile à passer sous silence puisque les préparatifs en vue de faire face à cette pandémie, qui ont d'ailleurs porté des fruits importants, ont eu lieu avant le 31 mars 2009. D'ailleurs, les opérations de vaccination massive que nous avions faites ici, à Québec, depuis les cinq dernières années, à titre de préparation à une éventuelle pandémie, nous ont été fort utiles pour assurer le succès de l'opération vaccination de la grippe A (H1N1).

En santé physique, concernant notre centre d'appels Info-Santé 8-1-1, le nombre d'appels a augmenté de 24 %, soit 148 140 à 183 263 appels. La ligne 8-1-1 a été améliorée de façon significative. Sa performance au cours des dernières années, ça nous a permis de diminuer le délai moyen d'attente de 33 %. On est passés de six minutes à quatre minutes.

À l'égard des groupes de médecine de famille, le nombre a carrément doublé de 2004-2005 à aujourd'hui, passant de 13 à 26, et un 27e groupe de médecine de famille a été accrédité la semaine dernière.

Pour compléter l'offre de services de première ligne, nous avions annoncé, en 2006, la mise en place progressive de huit cliniques-réseaux pour la région métropolitaine de Québec afin d'aider, entre autres, à désengorger les urgences. Actuellement, la région compte sept cliniques-réseaux. Ces cliniques ont donné des résultats fort intéressants. Elles accueillent au sans rendez-vous toute personne inscrite ou non inscrite présentant un problème de santé. En moyenne, chaque clinique-réseau reçoit une centaine de patients par jour; c'est à peu près l'équivalent du volume d'activité d'une petite urgence, ceux qui connaissent notre région, comme l'urgence de l'Hôpital de Chauveau ou l'Hôpital Jeffery-Hale, ici, à Québec. Les infirmières y jouent un rôle de premier plan. 20 % des patients sont pris en charge par l'infirmière, permettant au médecin de se concentrer sur des cas nécessitant obligatoirement une intervention médicale.

Finalement, les médecins participant aux cliniques-réseaux ont pris en charge plus de 3 000 patients vulnérables orphelins, c'est-à-dire sans médecin de famille. Comme ce sont habituellement ces patients qui ont recours très souvent aux urgences des hôpitaux, on peut dire que les cliniques-réseaux nous ont aidés grandement à diminuer la pression sur les salles d'urgence.

Parlant d'urgence, le volume d'achalandage s'est accru de 1,7 % par année depuis 2004-2005. Concrètement, le nombre de patients traités dans nos urgences est passé de 337 179 visites à 352 190 en 2007-2008. Près du tiers de cette hausse d'achalandage, autour de 31 %, est enregistré chez les personnes de 65 ans et plus. Donc, ça correspond à ce que je disais tout à l'heure, au vieillissement de la population.

● *(9 h 50)* ●

Le nombre de patients sur civière s'est accru de 8 438, pour atteindre 126 950 en 2008-2009. De ce nombre, 14 % sont des personnes de 75 ans et plus, encore là une preuve du vieillissement accéléré de la population dans notre région.

La hausse globale d'achalandage, l'augmentation marquée des personnes âgées sur civière et les travaux importants effectués dans deux des urgences majeures de la région ont eu un impact négatif sur la performance de la région, et n'eût été de ce que je vous disais tout à l'heure, de l'implantation de nos cliniques-réseaux, certainement que cet impact aurait été davantage marquant, cet impact négatif. Le séjour moyen sur civière est passé de 12,7 heures à 15,2 heures, et, malgré cette augmentation, la région de la Capitale-Nationale demeure malgré tout en dessous de la moyenne provinciale qui se situe, elle, à 17,5 heures. Le pourcentage de patients ayant séjourné plus de 48 heures sur civière a conséquemment augmenté, passant de 2,69 % à 4,99 %. Même si cette augmentation est sensible, la région est toujours en deçà de la moyenne nationale, qui se situe à 7,2 %.

La région compte également le seul centre hospitalier à désignation universitaire de la province qui continue à garder un taux de 0 % de 48 heures: il s'agit de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec,

soit anciennement l'Hôpital Laval. En plus de l'achalandage accru, il faut souligner que deux urgences de la région, comme je le mentionnais tout à l'heure, ont dû composer, au cours des dernières années, avec des travaux de rénovation majeurs. On a complètement rénové ces deux salles d'urgence. Il s'agit de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus et de l'Hôpital Saint-François-d'Assise. Bien sûr, ça a été difficile d'arrimer toutes les visites, malgré ces rénovations majeures. L'agence a également ouvert, depuis quatre ans, pour diminuer la pression à l'urgence et éviter les reports de chirurgies, 250 places d'hébergement de transition permettant de libérer dans les hôpitaux des lits de courte durée occupés par des patients en attente d'hébergement. Donc, cette mesure, plus la mesure de tout à l'heure, je parle des cliniques-réseaux, a aidé, là, à faire en sorte que notre diminution, je dirais, de... la situation de nos urgences aurait pu être beaucoup plus dramatique, compte tenu des deux urgences en rénovations majeures, si on n'avait pas eu ces deux mesures en parallèle.

Toujours en santé physique, les établissements de la région et l'agence ont unanimement fait de la gestion des maladies chroniques une priorité régionale, et nous savons très bien que les malades chroniques qui n'ont pas accès à un médecin de famille et à un suivi régulier sont susceptibles de se trouver fréquemment à la salle d'urgence. Concrètement, les équipes ont travaillé, au cours des derniers mois, à des modèles visant l'intégration de la coordination des activités en matière de gestion de maladies chroniques et ont dressé la liste des grands utilisateurs de nos urgences sur qui porteront les premières actions concrètes. La première retombée de ce projet et de ces travaux: neuf infirmières gestionnaires de cas complexes ont été embauchées afin de piloter et coordonner avec les médecins de famille les actions auprès d'une première cohorte de 450 patients chroniques identifiés grands utilisateurs des urgences. Ces activités permettront à ces patients de diminuer de façon importante cette utilisation des services d'urgence. Ces actions coordonnées sont effectivement de nature, selon les expériences menées ailleurs, à améliorer la qualité de vie des malades chroniques et leur éviter de nombreuses visites aux urgences.

Concernant maintenant la production chirurgicale, nous avons marqué des points depuis 2004-2005. De façon générale, actuellement, 95 % des personnes opérées dans la région ont un délai d'attente inférieur à six mois. La production et les délais d'attente pour les chirurgies ciblées par le mécanisme d'accès se sont largement améliorés au cours des cinq dernières années. On parle ici de la hanche, du genou et des cataractes. Pour les prothèses totales de hanche, le nombre de chirurgies a augmenté de 28 %, passant de 478 à 610. 87,9 % des patients ont été opérés à l'intérieur des délais prescrits de six mois. Cette proportion se rapproche largement de la cible qui était de 90 %. D'ailleurs, vous avez, en page 25, un histogramme, là, qui illustre bien cette situation. Pour les prothèses totales du genou, le nombre de chirurgies a augmenté de 31 %, passant de 639 à 837, et 85,3 % des patients ont été opérés à l'intérieur des délais prescrits de six mois, encore là largement proche de la cible qui se situe à 90 %, et vous avez l'histogramme en page 26. Pour les cataractes, le nombre de chirurgies a augmenté de 30 %, passant de 6 546 à 8 533. 98,4 % des patients ont été opérés à l'intérieur des délais prescrits de six mois. Cette proportion, cette fois, dépasse largement la cible qui, elle, était de 90 %. On peut voir les histogrammes en pages 27 et 28. Les chirurgies d'un jour ont également connu une augmentation de 11 %, alors que les chirurgies avec hospitalisation ont connu une baisse de 3 %. Ce n'est pas une baisse négative en ce sens que c'est le projet de faire un virage vers la chirurgie d'un jour. Donc, on rencontre les objectifs à cet égard-là. Par ailleurs, le total de toutes ces chirurgies, incluant les chirurgies cardiaques, pour la région est passé de 53 444 à 57 588, soit une augmentation globale de 7,8 %.

En obstétrique, comme je le mentionnais dans les éléments de contexte tout à l'heure, le nombre d'accouchements a connu une hausse marquée de 1 849 accouchements depuis 2004-2005. Il s'agit d'un secteur d'activité en forte croissance, et on peut le voir là aussi avec... à la page 29, on a un histogramme qui montre ce portrait. Et, si la tendance se maintient, sans parodier M. Delorme, la région devra revoir l'organisation des services d'obstétrique tant sur le plan des immobilisations que sur le plan des ressources humaines. C'est sûr qu'on attendait de voir un trois ou quatre ans, là, enlignés pour savoir si cette tendance est lourde ou si c'est juste un effet d'une année. Et là on peut constater, là, avec une autre année, on devra être en mesure, là, peut-être de réviser notre organisation de services dans ce domaine.

Pour le cancer, même si les normes prescrites étaient déjà atteintes à l'égard de l'attente en radio-oncologie, la proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-onco a continué de s'améliorer. Ce taux est passé de 95,7 % en 2006-2007 à 97,5 % en 2008-2009. Ces résultats dépassent autant l'engagement que la norme ministérielle qui est fixée à 90 %. Pour les chirurgies du cancer, les délais médicalement acceptables se situent habituellement autour d'un mois. Ce n'est pas... Ça dépend aussi des sortes de chirurgie, mais, règle générale, c'est autour d'un mois, et là aussi on rencontre largement les objectifs lorsque le patient naturellement est prêt. Ça veut dire qu'il y a des clients qui doivent avoir des préparations soit d'hormonothérapie, de radiothérapie ou de chimiothérapie. Mais, à partir du moment où il est prêt à être opéré, nous respectons les délais médicalement acceptables d'un mois, règle générale.

En services sociaux, la perte d'autonomie liée au vieillissement et soutien à domicile. Chez les personnes de 75 ans et plus, le soutien à domicile a augmenté de 18 % au cours des cinq dernières années, passant de 17 518 à 20 632 personnes desservies. Le nombre total d'interventions a également augmenté de 14 %. Actuellement, 88 % des usagers potentiels sont rejoints. Les objectifs visés ont été en majeure partie atteints. Le soutien à domicile devra par ailleurs faire face à des enjeux de taille au cours des prochaines années: le vieillissement de la population, comme on l'a mentionné tout à l'heure, et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de certaines maladies comme l'Alzheimer obligeront le réseau à augmenter son offre de service en soins à domicile soit avec du nouveau financement, si c'est possible. Et, dans le contexte connu actuel, on pense plutôt à des projets d'optimisation dans d'autres secteurs pour dégager des marges de manoeuvre. On vous donnait comme exemples la centralisation des laboratoires, la centralisation de l'informatique. On peut penser aussi à des projets de recherche pour identifier la pertinence de certains traitements comme les pompes VAC ou des choses de cette nature-là qu'on pourra élaborer, si vous le voulez, tout à l'heure.

La santé mentale. Le nombre d'usagers ayant reçu des services ambulatoires de première ligne a augmenté de 41 %, passant de 4 425 personnes à 6 228 usagers. Ces résultats respectent la tendance souhaitée. Le nombre d'usagers ayant reçu des services de deuxième et de troisième ligne en centre hospitalier a considérablement diminué et rejoint

maintenant 14 552 personnes par rapport aux 16 276 en 2004-2005. Nous observons une baisse de 12 %, mais c'est une baisse qui est conforme aux tendances régionales souhaitées, qui privilégient un rehaussement des prises en charge à la première ligne, tout comme tout à l'heure, là, les chirurgies d'hospitalisation, qui est une baisse mais qui est une baisse souhaitée. Plusieurs services ont été développés ou bonifiés: service de crise, création de guichets d'accès, création du Département régional de psychiatrie, etc.

● *(10 heures)* ●

Malgré des améliorations à plusieurs égards, quelques cibles n'ont pas été atteintes, notamment au chapitre des services de première ligne. De plus, la dimission, en 2009, de plusieurs psychiatres... la démission, excusez-moi, en 2009, de plusieurs psychiatres et la crise interne à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ont eu un impact certain sur les services offerts. Le défi des prochains mois sera pour nous et l'institut d'améliorer l'accès aux services de deuxième et troisième ligne, notamment par la mise en fonction des modules d'évaluation-liaison et de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Saint-Sacrement. Naturellement, pour ce faire, il faudra réussir des recrutements de nouveaux psychiatres pour la région, et à cet égard l'institut a présenté, la semaine dernière, son plan d'action.

En jeunesse, les objectifs ont été atteints à plusieurs égards: 10 773 usagers ont reçu des services, soit une croissance de 3 % par rapport à 2004-2005. Le délai d'attente pour l'évaluation à la protection de la jeunesse est passé à neuf jours; la cible nationale est de 12 jours. Le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse a décru de 24 % depuis 2004-2005 et se situe à 6,94 jours, alors que la cible nationale, elle, est de 30 jours. Ça, c'est assez spectaculaire.

En dépendance, là, le nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie a augmenté de 13 % pour totaliser 403 jeunes. Par ailleurs, le nombre de joueurs compulsifs traités a diminué de 2 % pour la période observée. C'est une première diminution après trois années de croissance marquée. D'ailleurs, cette tendance à la baisse est observée actuellement à l'échelle du Québec.

En 2007-2008, un projet pilote visant la mise en place d'une équipe de liaison du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, à l'urgence du CHUL, a été réalisé ─ c'est le centre, là, qui est spécialisé en toxico et jeu. Ce projet avait pour objectif d'assurer un dépistage directement sur le terrain et une prise en charge proactive de la clientèle présentant des problèmes de dépendance et de santé mentale directement à l'urgence. Ce modèle a donné d'excellents résultats et a été étendu à l'urgence de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus et de l'Hôpital Saint-François-d'Assise en 2008-2009. Plusieurs régions du Québec actuellement s'intéressent à ce modèle en raison de ses résultats probants.

En déficience intellectuelle, les troubles envahissants du développement: une augmentation importante de l'offre de services de première ligne; 64 % plus de personnes rejointes et 18 % plus de familles depuis 2004-2005. Le nombre d'interventions a également connu un accroissement total de 46 %, passant de 7 467 à 10 865. D'ailleurs, ce nombre d'interventions a dépassé les engagements.

En troubles envahissants du développement, ma région a connu une hausse d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensifs. Le nombre d'enfants rejoints est passé de 35 à 54 entre 2004-2005 et 2008-2009. Il demeure encore des défis importants en matière de délai d'accès, un élément sur lequel nous travaillons, notamment par la mise en place du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience tant en déficience intellectuelle qu'en déficience physique.

D'ailleurs, en déficience physique, la région enregistre une hausse de 13 % de l'offre de service en première ligne. Le nombre d'interventions a connu un accroissement de 43 % depuis 2004-2005. Le nombre moyen d'interventions par usager a également augmenté, pour la même période, de 20,17 à 25,59 interventions par usager, sur une base annuelle.

Au niveau des organismes communautaires, on nous a souvent entendu déclarer, à plusieurs reprises, en séance publique du conseil d'administration, que ce sont des partenaires de premier plan du réseau de la santé et des services sociaux, et, à preuve, le Programme de soutien aux organismes communautaires regroupe 235 organismes soutenus financièrement en grande partie par l'agence. Le budget affecté à ce programme a progressé de 19 % depuis 2004-2005. Le budget annuel aux organismes communautaires est conséquemment passé de 32,4 millions en 2004-2005 à 38,5 en 2008-2009.

L'agence a maintenu, depuis cinq ans, l'indexation du budget des organismes communautaires et a également consacré aux organismes communautaires de la région 5 % de son enveloppe totale de développement. L'agence entend poursuivre dans cette voie au cours des prochaines années, dans le cadre de l'évolution du Programme de soutien aux organismes communautaires.

Au niveau des ressources financières: en plus des éléments de contexte que je vous donnais en début, nous vous confirmons que nos cibles budgétaires prescrites par le ministère ont toutes été respectées par l'ensemble des établissements du réseau. En immobilisations, c'est plus de 314 millions en projets de construction, de rénovation majeure ou d'équipements spécialisés qui se sont réalisés dans la région de la Capitale-Nationale entre 2004 et 2009.

Voici quelques exemples. Dans le progrès... Perte d'autonomie liée au vieillissement, 73,2 millions ont été investis pour relocaliser ou rénover à 100 % six CHSLD vétustes pour 411 places d'hébergement toutes neuves. 41,8 millions pour la rénovation complète des urgences de l'Hôpital Saint-François-d'Assise et de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, comme je le mentionnais tout à l'heure. 8,6 millions pour trois unités de médecine familiale, soit celles de l'Hôpital Laval ─ l'institut actuellement ─ l'UMF de Maizerets et du CHUL. 20.4 millions pour le centre universitaire de l'oeil de Québec; et 103 millions pour les centres de recherche répartis dans les trois centres hospitaliers universitaires, celui du CHUL, de L'Enfant-Jésus, de l'Hôtel-Dieu de Québec. On sait que celui de l'Hôtel-Dieu aussi est un centre de recherche clinique; donc, il reçoit aussi des clients. Plus de 66 millions en acquisition d'équipements, entre 2004-2005 et 2008-2009, notamment pour la radio-oncologie, la cardiologie tertiaire et l'imagerie médicale.

À l'égard des ressources humaines: entre 2004-2005 et 2008-2009, une décroissance du ratio d'assurance salaire de 2,7 % pour l'ensemble du réseau de la Capitale nationale; celui-ci passe de 5,84 à 5,68. Pour la même période, le nombre d'heures en temps supplémentaire pour l'ensemble des employés du réseau de la Capitale nationale a connu une progression de 53 %, passant de 496 856 à 761 135 heures. Cet indicateur est utilisé pour rendre compte d'une main-d'oeuvre insuffisante. Plus le pourcentage est élevé, plus un établissement est en difficulté puisque les heures régulières effectuées par l'effectif ne suffisent pas à la demande.

Maintenant, à l'égard des enjeux et perspectives. L'accès à un médecin de famille et aux services de première ligne constituent, comme pour toute la province, une priorité pour la région de la Capitale-Nationale. L'agence, je vous le mentionnais tout à l'heure, a doublé le nombre de GMF au cours des cinq dernières années. C'est un pas fort important pour l'accès à un médecin de famille. Nous avons de plus développé une offre complémentaire aux GMF, soit les cliniques-réseaux — je vous en parlais tout à l'heure aussi; ces cliniques ont donné de bons résultats, notamment en termes de prise en charge de patients vulnérables sans médecin de famille.

Tout en continuant de développer quelques GMF et cliniques-réseaux supplémentaires sur le territoire, il nous faut maintenant pousser ce concept encore plus loin en y intégrant d'autres professionnels que spécifiquement les infirmières, donc des équipes multidisciplinaires pour compléter ces équipes et mettre en place certains plateaux techniques de base dans ces cliniques-réseaux. L'objectif: permettre aux médecins de famille de se consacrer exclusivement à des tâches médicales et ainsi leur redonner du temps de prise en charge de patients, particulièrement pour les personnes dites vulnérables.

Au niveau des services spécialisés: bien que l'accès aux services médicaux spécialisés s'est beaucoup amélioré au cours des dernières années — c'est le cas en chirurgies de toute nature, en radio-oncologie et en radiologie où le nombre de patients hors délai a diminué de façon très importante — il faut naturellement aussi renforcer l'appui des services spécialisés aux services de première ligne, soit par des corridors faciles d'accès pour les omnipraticiens, les spécialistes répondants, pour avoir accès rapidement aussi à la consultation pour que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle. De plus, comme la région le fait depuis quelques années, nous avons le défi de poursuivre les démarches visant à accroître la concentration des services spécialisés qui, en vertu du principe de masse critique, a pour effet d'améliorer la qualité et permettre d'augmenter les volumes en optimisant les équipes surspécialisées. Les deux exemples les plus éloquents à cet égard sont le centre de l'oeil de Québec, qui est maintenant regroupé sur un seul site pour toutes les activités d'ophtalmologie chez l'adulte, et les services d'obstétrique et gynéco, qui est maintenant regroupé sur deux sites plutôt que quatre et même cinq, six antérieurement.

Concernant maintenant le défi de faire face au vieillissement accéléré de la population, le réseau devra adapter son offre de service. Le soutien à domicile, qui a connu une progression importante depuis quelques années, devra encore s'intensifier. L'offre pour l'hébergement devra se diversifier pour permettre aux personnes âgées d'avoir accès à des milieux de vie qui répondent adéquatement à leurs conditions. Le recours à l'hébergement en CHSLD devra être le dernier recours, et l'agence a d'ailleurs commencé à diversifier son offre pour l'hébergement en y intégrant des ressources non institutionnelles. Également, les premiers résultats du nouveau modèle d'organisation, Perte d'autonomie liée au vieillissement, qui permet la prise en charge hâtive des personnes âgées en milieu hospitalier, dès leur arrivée même à la salle d'urgence, par un travailleur social du centre de santé et services sociaux, nous permettra d'atteindre cet objectif plus rapidement, nous croyons.

● *(10 h 10)* ●

Par rapport au défi de la main-d'oeuvre: l'enjeu de la main-d'oeuvre est au coeur de nos préoccupations et sera déterminant dans l'atteinte de nos objectifs. Des ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant sont la pierre angulaire de l'accès aux services et du fonctionnement optimal de notre réseau. Quelques éléments nous permettent de mieux orienter nos actions afin d'y faire face. Les réseaux régionaux de santé et de l'éducation ont élaboré une planification régionale de la main-d'oeuvre par secteurs d'activité, et une meilleure documentation des phénomènes liés aux absences ont été mis en place. À cet égard, le partenariat développé avec l'Éducation au cours des deux dernières années est promoteur. Nous collaborons plus étroitement que carrière et des programmes de formation.

Le Centre de formation professionnelle le Fierbourg a même déconcentré son offre de formation. À titre d'exemple, les futurs préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires suivent maintenant leurs cours dans les locaux de l'Institut universitaire en santé mentale, bénéficient des installations de cet établissement, en plus d'avoir à l'oeuvre sur place des modèles de leurs métiers.

Maintien de la population en santé. La promotion de la santé et la prévention des problèmes constituent des moyens pour diminuer la pression sur les services, diminuer les coûts et améliorer la qualité de vie des individus, tout en contribuant à diminuer les inégalités sociales de santé. Donc, c'est un objectif pour nous aussi.

En conclusion. Les défis des prochaines années sont importants. Notre mission pour les cinq prochaines années sera de protéger globalement l'accès aux services dans un contexte de changement démographique et de resserrement des ressources humaines et financières. On dit «globalement», parce que protéger, pour nous, n'égale pas le statu quo, là, mais, dans le contexte où on a une augmentation de population, de vieillissement, etc., on devra augmenter nos services, même si on utilise le mot «protéger».

À cet égard, la région de la Capitale-Nationale, l'agence et ses établissements prennent les cinq engagements suivants pour 2010-2015, qui sont enlignés aussi avec la planification stratégique ministérielle: agir en amont de certains problèmes de santé publique et contribuer à réduire les inégalités de santé et de bien-être dans la région; protéger les niveaux de services de première ligne par une plus grande efficience et une meilleure intégration des modes d'organisation pour faire face aux enjeux populationnels — on a vu tantôt tout le programme de gestion des maladies chroniques, entre autres; maintenir ou améliorer les délais d'accès aux services spécialisés et faciliter, pour les médecins de famille, l'accès à des spécialistes répondants; exercer le leadership d'une région universitaire en matière d'innovation, de performance et d'évaluation. Et je vous donnais l'exemple tantôt des pompes VAC: bien, on a des équipes d'évaluation, parce qu'on est une région universitaire, qui nous permettent de prendre des meilleures décisions de pertinence à cet égard. Prendre soin de la dimension en ressources humaines, relève, présence au travail, organisation du travail, développement et mise en réseau, ainsi que l'encadrement sur les juniors dans ce domaine.

Alors, merci, M. le Président, à vous et aux membres de la commission, pour votre écoute.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup pour ce survol de toutes les activités des dernières années pour l'agence de la Capitale nationale. Il nous reste environ 1 h 10 min, les deux côtés de la table, pour les questions, un échange avec les membres de la commission. Alors, on va

essayer de respecter l'alternance, mais c'est vraiment... Il y a beaucoup de sujets, alors, si on peut poser des questions d'une façon la plus simple possible, laisser le temps pour une réponse, et favoriser l'échange le plus ouvert avec les membres de la commission.

Alors, est-ce que j'ai quelqu'un qui veut briser la glace? M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Bienvenue, merci d'être là. La capitale nationale a été choisie pour faire l'objet d'un projet pilote par le ministre Couillard. On a ici une lettre datée du 13 juin 2008, signée par Philippe Couillard, dans laquelle il présente à votre région — ou enfin il présente à la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, là, mais on devine que c'était une proposition qui s'appliquait dans les mêmes termes à votre région, celle de la Capitale-Nationale... il parlait d'une nouvelle approche budgétaire qui allait modifier profondément la culture de l'administration des établissements de santé, induire des nouvelles modalités d'allocation budgétaire fondées auparavant sur une base historique mais qui devaient... selon ce projet pilote pour lequel ils avaient été choisis, qui devaient être dorénavant fondées sur les besoins de votre... de vos patients, de «votre clientèle», que je mets entre guillemets.

On est un peu étonnés de ne trouver nulle part, en tout cas à ma connaissance, un bilan de ce projet pilote qui était... qui nous avait été présenté comme étant quelque chose de pratiquement révolutionnaire. Et ça fait référence, bien entendu, ou ça nous permet de faire un lien avec les travaux du Vérificateur général, le Vérificateur général qui a calculé ce que représenterait une différente approche dans l'allocation des budgets, si on y allait sur les besoins de la population plutôt que sur les bases historiques. C'est ce qui amenait le Vérificateur général à calculer qu'il y aurait une différence de 48 millions dans les budgets qui sont accordés à votre agence de santé et de services sociaux si on y allait sur la base des besoins de la population plutôt que sur la base historique.

Première question: Est-ce que vous avez l'intention de nous... de nous dire comment ce projet pilote s'est-il déroulé? Est-ce que vous avez un document à nous déposer qui nous permette d'en juger les fruits? Et, si vous n'avez pas l'intention de le faire, je vous signale tout de suite que je souhaite ardemment, comme membre de cette commission, que vous le fassiez, parce que... un projet qui avait suscité beaucoup d'espoir, et profitez-en donc pour nous faire un peu le bilan de ça et de commenter, par le fait même, ce chiffre que le Vérificateur général a inscrit dans son rapport, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Et, M. le Président, peut-être remettre un petit peu le contexte, très rapidement. Probablement que nous avons été ciblés comme région dans le contexte où nous appliquions déjà une... une mesure au niveau du financement. Les trois situations qui nous étaient ciblées dans cette lettre-là étaient l'achat de places nouvelles, etc. Et, comme la région de Québec avait déjà commencé, depuis deux ans, ce genre de situation, on peut imaginer que le ministre Couillard, à l'époque, avait ciblé la région de Québec comme... comme projet pilote à cet égard-là. Et, nous, effectivement, M. le Président, nous n'avons pas présenté de bilan de ce projet pilote parce qu'on a été comme en continuité de notre démarche habituelle.

Nos trois plus grands centres hospitaliers, qui sont des centres hospitaliers universitaires qui accaparent — je dirais, quatre avec l'Institut universitaire aussi — qui accaparent presque 60 % du budget, avaient déjà fait l'objet de vérification. Ceux qui ont un petit peu d'histoire se souviennent qu'on avait même été jusqu'à la tutelle dans ces milieux-là, et on avait rétabli les budgets de base à ce moment-là. Et on a déjà des autorisations spécifiques, comme vous savez, on appelle ça les cibles déficitaires autorisées. Donc, déjà dans ces milieux-là, le budget était... n'était pas nécessairement à 100 %; donc, dans un nouveau contexte, il n'était pas question, pour nous — on avait discuté de ça à l'époque avec M. Couillard, il était d'accord — de retirer des budgets dans ces milieux alors qu'il y avait déjà un certain déficit budgétaire autorisé. Donc, dans ce contexte-là, on s'est inscrits en continuité.

C'est curieux à dire, là, qu'on a été ciblés comme projet pilote, mais, si vous vous souvenez les trois... les trois... qui nous étaient identifiés clairement comme projets pilotes, parce que chacune des trois régions avait sa cible, nous, c'était surtout de négocier des achats de places et des services pour... ou à un coût le plus bas possible, c'était déjà en lien depuis trois ans.

Ceux qui connaissent un peu notre région, nous avions diminué nos listes d'attente en résonance magnétique, à titre d'exemple, par de l'achat de places, en attendant d'installer nos résonances magnétiques dans nos six centres hospitaliers. À terme, on a maintenant mis fin à ces ententes parce qu'on a effectivement nos résonances magnétiques dans nos six centres hospitaliers. Et ça a été très spectaculaire: on est passés d'un an et demi à deux ans d'attente à trois mois maximum dans ces milieux-là, à titre d'exemple. Donc, on n'a pas fait de bilan spécifique de cette situation-là parce qu'on était dans ce genre de continuité. On a inscrit au ministère à chaque année où on en était, mais sans en faire un bilan ciblé par ce projet pilote. Mais on pourrait en faire un si vous le souhaitez, M. le Président.

M. Drainville: M. Fontaine, on a essentiellement quatre blocs de 15 minutes, donc, si... je demanderais votre collaboration si vous pouvez donner des réponses qui soient le plus courtes possible. En tout respect, là, je sais que vous avez beaucoup de choses à nous dire, mais on a beaucoup, beaucoup de choses aussi sur lesquelles on veut vous poser des questions.

Donc, vous êtes en train de nous dire que, dans le fond, le projet pilote, ça ne change rien, là. Ça n'a rien changé à ce qui se faisait déjà. Et ce qui nous a été présenté comme quelque chose de... de révolutionnaire, qui allait changer la façon d'allouer les budgets au système de santé, finalement, c'était, c'était de l'esbroufe, ça, là, c'était de la poudre aux yeux. Il n'y avait... il n'y avait rien là-dedans, là.

M. Fontaine (Michel): ...ça, là, puisqu'on a accentué ce qui nous était demandé de faire. Dans ce contexte-là, c'est... c'est... ce n'était pas de la frime, là, on a poursuivi la démarche, parce qu'on était une région qui avait déjà enclenché ce genre de... d'autonomie, entre guillemets, donc on a poursuivi.

● *(10 h 20)* ●

M. Drainville: Mais est-ce que vous... est-ce que je peux vous demander clairement: Pouvez-vous nous déposer — je veux dire, à cette commission — une évaluation du projet pilote qui vous a été demandée par l'ancien ministre

de la Santé? Est-ce que vous pouvez le faire dans des délais qui soient assez courts pour qu'on puisse assez rapidement se baser sur quelque chose de concret, là, un document, quelque chose d'écrit?

M. Fontaine (Michel): Oui, M. le Président. On pourra faire un document synthèse de cette situation-là.

M. Drainville: Bon.

Le Président (M. Kelley): C'est noté.

M. Drainville: Merci beaucoup. Qu'est-ce que vous pensez des calculs du Vérificateur général qui dit qu'en fonction du mode d'allocation budgétaire actuel vous recevez 1,8 milliard... enfin, 1 854 000 000 $ — ça, c'est pour 2008-2009 — et que, si vous receviez le budget en fonction des besoins de la population, donc en fonction de ce qu'on appelle l'approche populationnelle, vous auriez droit à 1 805 000 000 $, donc une différence de 48 millions? Enfin, il dit que la Capitale-Nationale est, avec Montréal, la région qui reçoit une, comment dire, une part plus grande que ce à quoi elle a... que ce qu'elle obtiendrait si on faisait le calcul sur une base populationnelle. Comment vous voyez... Vous avez dû... vous avez dû en entendre parler, là, comment est-ce que vous avez réagi quand vous avez vu ça, que, dans le fond, l'écart pour la capitale nationale est positif dans un ordre de 48 millions?

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Bien, M. le Président, comme on l'expliquait à notre conseil d'administration, Montréal a exactement la même... à peu près le même modèle. Puis c'est pour ça que je l'ai mentionné au début: en termes populationnels, c'est ce qu'on mentionnait au Vérificateur, aussi. Nous, on a une desserte aussi de surspécialisation qui n'est souvent pas prise en compte, puis Montréal a la même situation. Je vous disais tout à l'heure qu'on est 685 000 de population, alors qu'on a une desserte de population, pour les services spécialisés et surspécialisés, de 1,2 million. Donc, nous, on attribue cette différence à ce genre de situation. On est un milieu, une région universitaire surspécialisée. Donc, on ne peut pas juste attribuer, à notre point de vue, un budget populationnel dans ces circonstances-là.

M. Drainville: Très bien. Sur la question des agences privées, tout le problème de la main-d'oeuvre indépendante, j'ai, à plusieurs reprises, dans plusieurs entrevues, souligné l'engagement que votre agence de la Capitale nationale et que, vous, à titre de directeur, aviez pris de réduire et d'éliminer éventuellement le recours à la main-d'oeuvre indépendante, ce dont nous nous félicitons. Et, pour moi, vous étiez vraiment et vous restez une référence pour le reste des régions du Québec qui ont, dans certains cas, beaucoup, beaucoup, recours aux agences privées.

Par contre, je suis très déçu de voir que, dans les documents en tout cas qui nous ont été remis, 40 % des établissements qui relèvent de vous n'ont pas atteint leur objectif quant au recours à la main-d'oeuvre indépendante en personnel infirmier, quant au recours donc aux agences privées d'infirmières, et j'imagine que ça inclut les infirmières auxiliaires et les auxiliaires dans les chiffres qu'on a ici.

Comment vous expliquez que vous n'avez pas été en mesure d'atteindre les objectifs que vous vous étiez donnés d'éliminer le recours à la main-d'oeuvre indépendante?

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, c'est toujours notre objectif. Nous sommes tout autant déçus que M. le député, et on s'est réengagés, en forum D.G., d'aller encore plus loin. Mais il y a une chose qu'il faut dire: on a stoppé l'hémorragie. On a réussi... On n'a pas atteint notre objectif, mais on a réussi à stopper l'hémorragie. Et, M. le Président, si vous êtes d'accord, je demanderais à notre directeur de la main-d'oeuvre de donner quelques explications si la Chambre... pas la Chambre, mais la commission le souhaite.

Le Président (M. Kelley): Oui. Si elles peuvent bien s'identifier en faisant la réponse, s'il vous plaît. Monsieur...

M. Thibault (Marco): Marco Thibault, directeur régional de la main-d'oeuvre et des partenariats avec l'éducation.

Comme l'indiquait M. le P.D.G., effectivement la région a réussi, au cours des dernières... des derniers mois, à stopper l'hémorragie du recours à la main-d'oeuvre indépendante dans l'ensemble des types d'emplois, infirmières auxiliaires, infirmières, infirmières cliniciennes et préposés aux bénéficiaires...

M. Drainville: Est-ce qu'il y a des chiffres... Pardonnez-moi de vous interrompre, mais est-ce qu'il y a des chiffres...

M. Thibault (Marco): Plus récents?

M. Drainville: ...que vous pourriez déposer...

M. Thibault (Marco): Oui, je pourrais.

M. Drainville: ...qui nous indiqueraient l'évolution de la situation...

M. Thibault (Marco): Tout à fait.

M. Drainville: ...qui nous permettraient de conclure, comme vous le faites...

M. Thibault (Marco): Tout à fait.

M. Drainville: ...que vous êtes sur la bonne voie?

M. Thibault (Marco): Nous pourrions vous déposer, subséquemment, là, au secrétariat de la commission, ces informations-là, pour... qui sont plus contemporaines que les données fermées au 31 mars 2009. Ça fait suite à de multiples travaux.

D'abord, de la promotion auprès des jeunes pour qu'il y ait davantage d'inscriptions; plus d'inscriptions, plus de main-d'oeuvre qu'on puisse recruter, qui diminue le recours à la main-d'oeuvre indépendante; beaucoup de réorganisation du travail, qui commence à se traduire par des effets. Je donnerais, à titre d'illustration, pour les préposés aux bénéficiaires: on avait, dans des milieux d'hébergement, des heures coupées. Les employés rentrent, retournent à la maison, reviennent. Le fait de ramasser ces gens-là avec des heures plus étendues permet de réduire le recours à du personnel.

D'autres mesures: d'introduire des quarts de travail de 12 heures, permettre de la flexibilité dans l'introduction des quarts de travail ont eu de l'effet de réduire de la main-d'oeuvre... le recours à la main-d'oeuvre indépendante de même que le recours au temps supplémentaire. Ça fait que ça vous donne une illustration de genres de mesures sur lesquelles on travaille, mais il faut introduire davantage de flexibilité dans la façon de constituer les horaires; c'est une mesure qui est gagnante.

M. Drainville: Alors, votre base historique, c'est quoi, c'est quelle année, vous partez de quelle année?

M. Thibault (Marco): Compte tenu que, comme région, on s'est donné une cible qui est beaucoup plus ambitieuse et qui est de stopper tout recours à la main-d'oeuvre indépendante, notre base, pour nous, c'est zéro. Donc, sur cette base-là, tout ce qui est de la main-d'oeuvre indépendante en matière clinique, notre objectif, c'est de la réduire à zéro.

M. Drainville: O.K. Bien ça, je comprends ça, mais, quand vous dites, par exemple, on a réduit de tel pourcentage pour tel corps d'emploi, vous vous basez sur une année, j'imagine, à partir de laquelle vous calculez?

M. Thibault (Marco): Ah! non, non. On se base sur l'année de référence 2008-2009 où, lorsque l'engagement a été pris, comme l'indiquait le P.D.G. en forum D.G., c'est de faire en sorte qu'au cours des 18 mois qui suivaient on... le recours. Donc, on a l'évolution, l'utilisation par période financière qui nous permet de dire que nous avons stoppé l'hémorragie.

M. Drainville: Donc, 2008-2009, vous vous êtes donné l'objectif et vous... l'objectif que vous vous étiez donné, c'était d'éliminer, dans les 18 mois suivants, tout recours à la main-d'oeuvre indépendante.

M. Thibault (Marco): Clinique.

M. Drainville: Ça veut dire quoi, ça?

M. Thibault (Marco): Bien, exemple, agent de sécurité, ça peut être un type de main-d'oeuvre indépendante, mais ce n'était pas...

M. Drainville: Donc, c'est quoi? C'est infirmière...

M. Thibault (Marco): Infirmière, préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire ainsi qu'infirmière clinicienne.

M. Drainville: Bon. L'objectif, c'est 0 %, il vous reste quoi? Vous êtes à quoi, là?

M. Thibault (Marco): On est aux alentours de 3 % présentement.

M. Drainville: 3 % de l'ensemble des heures travaillées?

M. Thibault (Marco): De l'ensemble de... des heures travaillées par le personnel...

M. Drainville: Par le personnel clinique?

M. Thibault (Marco): ...oui, dans ces catégories d'emploi là.

M. Drainville: Et vous partiez d'où?

M. Thibault (Marco): On partait de...

M. Drainville: ...

M. Thibault (Marco): Dans certains types d'emploi, on était à plus de 3 %, dans d'autres, on était à moins de 3 %. Donc, dépendamment des types d'emploi, je pourrais vous donner le détail par catégorie de façon très précise, mais au global, au niveau infirmier, on a réussi à le stopper.

M. Drainville: O.K. Mais, sur une échelle de zéro à 10, 10 étant le maximum et zéro étant l'élimination complète...

M. Thibault (Marco): Oui, tout à fait.

M. Drainville: ...vous êtes où sur l'échelle de zéro à 10?

M. Thibault (Marco): Comme je l'évoquais tout à l'heure, on a réussi à stopper la progression. Donc, à ce moment-ci, on est demeurés à trois, donc... parce qu'on avait une progression année après année, donc la tendance était lourde en progression d'utilisation au recours à la main-d'oeuvre indépendante. Là, ce que nous avons réussi à effectuer, comme région, c'est de stabiliser cette croissance-là.

M. Drainville: À 3 %.

M. Thibault (Marco): À 3 %. Pour certains établissements, la tendance est à la baisse, à ce moment-ci.

M. Drainville: O.K. Alors, vous vous donnez combien de mois pour arriver à 0 %, compte tenu du fait que vous vous étiez donné 18 mois en 2008-2009 pour arriver à zéro, et, quoi, deux ans plus tard grosso modo, vous êtes encore au même niveau?

M. Thibault (Marco): Oui. Mais, ce qu'on s'était donné comme cible, elle était ambitieuse, on le savait. Dès le moment que nous l'avions prise, on savait que ce serait une cible qui serait difficile à atteindre, mais c'est pour ça qu'on a souhaité donner un signal fort comme de quoi le combat au recours à la main-d'oeuvre indépendante était une priorité. Conséquemment, est-ce que nous réussirons dans les 18 prochains mois, pour fins de discussion, à y arriver? C'est dans ce sens-là qu'on compte pouvoir travailler. Est-ce qu'on y arrivera? On pourra en rendre compte lors de notre prochaine reddition de comptes. Mais, pour nous, c'est un combat de tous les instants, et ça fait partie de l'objet de discussion régulière de l'ensemble des directeurs des ressources humaines du réseau.

M. Drainville: Donc, si je vous comprends bien, l'objectif que vous vous donnez, c'est d'atteindre la cible zéro d'ici 18 mois.

M. Thibault (Marco): Qui serait... qui pourrait être une cible plus réaliste, là, compte tenu des travaux et des mesures qui commencent, au moment où on se parle, à donner des fruits.

M. Drainville: O.K. Dernière question pour ce bloc-ci, là: Le projet pilote pour le Dossier de santé du Québec, projet pilote qui devait avoir lieu sur votre territoire, M. le P.D.G., comment est-ce que vous qualifieriez l'état d'avancement de ce projet pilote dont on n'entend que des mauvaises nouvelles... à propos duquel on n'entend que des mauvaises nouvelles?

M. Fontaine (Michel): Bien, nous, on pilote la démarche. Donc, sur l'ensemble du dossier, c'est une situation nationale qui n'appartient pas à la Capitale nationale, mais, pour la partie qu'on pilote, c'est-à-dire qu'on teste des logiciels qui sont concernés par ce projet-là, je vous dirais qu'on est dans... on est dans la mire, tu sais, on a un retard d'à peu près six mois sur nos échéanciers. Ça fait maintenant deux ans qu'on pilote ce système-là.

Dernièrement, il y a eu une difficulté avec les pharmacies, et c'est... on aime mieux connaître cette difficulté-là au moment d'un pilotage qu'après. Donc là, l'équipe qui... la compagnie qui a des... qui a eu cette situation-là ont corrigé les bogues actuellement, entre guillemets, qu'on appelle, là, et on recommence, là. Dans les prochaines semaines, on réintroduit trois nouvelles pharmacies, on fait une montée en charge des... du nombre de patients qui sont pilotés et du nombre de professionnels qui travaillent avec ce logiciel-là.

Donc, je pourrais qualifier, là, c'est... Pour le moment, au niveau national, moi, je ne peux pas me prononcer, mais, sur le pilotage qu'on fait de l'essai des logiciels qui sont mis en ligne avec nos pharmaciens, on est à... on pilote le projet de la pharmacie, des laboratoires et de la radiologie, on est dans les... peut-être à six mois de retard, là, mais on est dans les cibles qui étaient visées. Puis on a utilisé actuellement autour de 600 000 $, là, dans les deux dernières années à cet effet-là.

● *(10 h 30)* ●

M. Drainville: M. Fontaine, vous me parlez de six mois de retard?

M. Fontaine (Michel): Oui, pour nous, pour le pilotage.

M. Drainville: Le projet pilote, le projet pilote, selon les échéanciers qu'on nous avait donnés, il devrait être beaucoup plus avancé maintenant. En fait, il devrait être terminé. Il devrait être terminé, puis on devrait être en mode implantation, là.

Moi, je... écoutez, je m'impatiente un peu sur ce dossier-là, M. Fontaine, parce que, moi, je pense que c'est une des façons d'accroître la productivité de notre réseau, de soigner plus de patients. Quand j'ai des médecins de famille qui me disent: Si on avait l'informatisation du réseau des cabinets — je sais que ça déborde le projet DSQ, mais c'est lié, entre autres, au projet DSQ — je pourrais soigner 20 patients de... 20 % de patients de plus chaque jour...

Écoutez, là, je comprends que je vous en demande peut-être beaucoup, là, mais donnez-moi une évaluation critique, là, un peu critique, là, de l'évolution de ce dossier-là. Comment ça se fait que ça ne va pas mieux? Et comment ça se fait que ça ne va pas plus vite?

M. Fontaine (Michel): Bien, M. le Président, c'est clair, là, en cours de pilotage, puis c'est fait pour ça, un pilotage, là, on a eu des situations où on a dû refaire des systèmes, etc., et c'était ça qui était prévu dans le pilotage, dans le... Donc, moi, je ne peux pas parler en termes d'échéancier précis, là, parce qu'un pilotage, quand on rencontre des difficultés, on doit les faire corriger au fur et à mesure, et ça peut prendre, à certains égards... Comme en pharmacie, ça a pris jusqu'à six mois, corriger certaines difficultés. L'identification du patient, on a demandé plein de changements au niveau de la RAMQ, etc.

Donc, moi, je considère... Personnellement, là, je... j'aimerais ça, moi, je suis comme M. le député, j'adorerais que ce soit terminé, qu'on soit en montée en charge, mais en même temps on est mieux de prendre une année de plus, dans une situation comme celle-là, puis avoir un système qui fonctionne, parce que, nous, sur le terrain, notre spécialiste du pilotage DSQ parle avec nos cliniciens à tous les jours, les médecins, les pharmaciens, ce qu'ils souhaitent le plus, c'est, quand ça va fonctionner puis qu'on va être en montée en charge pour le déploiement total... c'est qu'il y en ait zéro, bogue, puis qu'on puisse avancer. Donc, ils se disent... eux-mêmes nous confirment qu'ils souhaitent faire quelques mois additionnels à chacun des pilotages qu'on fait, quand on introduit un nouveau logiciel, pour ne pas faire en sorte, après ça, de revenir en arrière.

Mais je suis tout à fait d'accord, M. le Président, que ça pourrait être un pilotage terminé, si on n'avait pas eu de bogue, mais ça, ce n'est pas nous qui... qui décidons de cette situation-là. Puis, au niveau national...

M. Drainville: ...pilote devait être terminé quand?

M. Fontaine (Michel): Bien, on n'avait pas de délai précis, nous autres, du pilotage. On pilotait les systèmes qui nous étaient donnés pour faire avancer le DSQ. L'introduction de la pharmacie...

M. Drainville: Mais M. le ministre de la Santé, M. Couillard, quand il a annoncé le projet pilote, là, il y en avait un, délai, là, il y en avait un, échéancier.

M. Fontaine (Michel): Probablement que lui...

M. Drainville: Ce n'était certainement pas 2010, M. Fontaine, là, ce n'était pas 2010. C'était quoi, la date où ça devait être terminé?

M. Fontaine (Michel): Bien, moi, je n'ai pas vu de date précise de fin d'un délai. Quand on fait du pilotage, on ne travaille pas comme ça, parce que ça pourrait... Ce qu'on souhaiterait, c'est que ça prenne six mois, un an, mais, quand on rencontre des bogues, à chaque fois le délai est augmenté. On n'a pas le choix. C'est ça, un pilotage.

M. Drainville: ...rendu à un retard de combien, vous dites?

M. Fontaine (Michel): Pour nous, la région de la Capitale, le pilotage, c'est autour de six mois, là, qu'on a retardé la mise en application sur tous les logiciels de pharmacie.

M. Drainville: On est à six mois de retard en plus de ce qui va s'ajouter, là.

M. Fontaine (Michel): Bien, pour le reste, c'est au niveau national, là. Ça, c'est un dossier qui ne nous est pas attribué, à la région de la Capitale-Nationale.

M. Drainville: Non, mais le projet pilote, là, il a six mois de retard, selon votre évaluation?

M. Fontaine (Michel): Oui.

M. Drainville: Il va être terminé quand?

M. Fontaine (Michel): M. le Président, je m'excuse, mais, en pilotage, on ne peut pas donner de délai. Si on a un nouveau bogue dans un logiciel demain, il va falloir y faire face puis demander aux compagnies de le corriger, puis ce sera le délai que ça prendra. Je ne peux pas l'identifier.

M. Drainville: Si ça prend encore un an, par exemple?

M. Fontaine (Michel): Je ne suis pas un expert de l'informatique, là.

Le Président (M. Kelley): M. le député, juste...

M. Drainville: Si ça prend encore un an, par exemple, pour déboguer, on se reparlera dans un an, puis vous me direz: On a un an et demi de retard.

M. Fontaine (Michel): Effectivement. Nous, on n'a pas... honnêtement, on n'a pas le contrôle sur ces situations-là. S'il y a des problèmes dans le déploiement des systèmes, il faut les corriger avant. Il n'y a rien de pire que de mettre ça en place à des cliniciens qui, après, voudront ne plus... ils ne voudront plus faire de retour sur ces systèmes-là. Pour avoir été clinicien moi-même, là, je sais que, ce genre de système là, il ne faut pas que ça nous embûche, il faut que ça nous aide. Donc, il faut que ce soit parfait quand c'est mis en place au niveau clinique.

Le Président (M. Kelley): Juste parce que vous avez donné un indice sur comment vous voulez partager le temps, et on a largement dépassé le premier bloc, alors malheureusement je vais couper ça là. Je vais céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. M. Fontaine, ma première question va être plutôt d'ordre général. J'aimerais ça que vous nous disiez comment est-ce que vous qualifiez la performance globale de votre agence en lien avec les quatre éléments suivants: d'abord, l'atteinte des cibles du ministère par le biais des ententes de gestion; le deuxième élément, je viserais le bilan, le bilan de santé globale de la population, comment est-ce que vous le qualifiez; le troisième élément, c'est en ce qui concerne la satisfaction de votre clientèle ou de la population de la région de la Capitale, nombre de plaintes, ainsi de suite; et le quatrième élément, ce seraient les... en termes de résultats financiers de vos établissements au cours des dernières années. Après ça, on aura quelques questions plus spécifiques.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, le document plus exhaustif qu'on a déposé fait état justement de l'atteinte de nos cibles des ententes de gestion. Pour reprendre une expression qui a été utilisée tout à l'heure, sur une échelle de zéro à 10, je vous dirais que la région de la Capitale-Nationale rencontre toutes ses cibles autour de huit, huit sur 10 à l'échelle, là. On a des... certaines difficultés en santé mentale, on ne le cache pas, on l'a dit tout à l'heure, mais, de façon générale, vous avez vu au niveau des chirurgies, des... on a aussi des difficultés aux salles d'urgence, mais tout le reste est atteint presque à 100 %, donc ça nous ramène, sur une échelle de zéro à 10, autour de huit.

Le bilan de la santé de la population, M. le Président, si vous me le permettez, je passerais la parole à notre directeur de santé publique, qui est un expert dans ce domaine.

M. Desbiens (François): Oui. M. le Président, en 2008, j'ai publié un rapport sur l'état de santé de la population de la région, en comparant son état de santé avec celle du rapport précédent que j'avais publié en 2004. Et je vous donne les grandes traces des conclusions par rapport au bilan, et il me fera plaisir de transmettre une copie, là, du rapport 2008 aux membres de la commission, là, si vous le désirez.

La région de la Capitale-Nationale a un bilan de santé global, je dirais, identique ou meilleur, dans certains aspects, que l'ensemble de la province. Les choses qui se sont améliorées puis qui se sont diminuées, en termes d'amélioration, il y a une diminution des maladies cardiovasculaires en termes de décès et de mortalité. Le changement des habitudes de vie relié à la diminution du tabagisme, légère augmentation de l'activité physique et augmentation importante de la qualité des soins lors des épisodes d'infarctus et autres ont fait en sorte que la mortalité a beaucoup diminué, ce qui fait qu'entre 2004 et 2008 ce sont les cancers qui sont devenus la première cause de mortalité, au-devant des maladies cardiovasculaires.

Diminution aussi importante des mortalités par suicide dans la région de la Capitale-Nationale, qui avait été, en 2004, un des constats importants qu'on avait faits. Donc, il y a eu beaucoup d'interventions en termes de programmes de prévention et de sensibilisation, et aussi des améliorations dans la... je dirais, la situation économique de la région fait en sorte que... davantage d'emplois, moins de gens sur le bien-être social fait en sorte de donner moins de détresse psychologique et moins de suicides.

L'autre élément important qui... l'élément moins important, excusez-moi, qui... Excusez-moi. Les éléments qui se sont... qui sont moins positifs, c'est la persistance d'un pourcentage important d'obésité dans la région de la Capitale-Nationale, une tendance qui avait été constatée en 2004 et qui se poursuit en 2008, ainsi que présence importante d'infections transmises sexuellement qui... à des niveaux très, très élevés, qui a amené l'agence à prendre des orientations en termes de prévention.

Donc, autre élément particulier, c'est toute la question de l'espérance de vie. Entre 2004 et 2008, il y a eu une amélioration de l'espérance de vie des citoyens de la région, autant chez les hommes que chez les femmes puis autant dans les quartiers favorisés que dans les quartiers défavorisés. Mais un élément qui nous préoccupe, c'est que l'écart entre l'espérance de vie des quartiers favorisés de Sainte-Foy—Sillery et défavorisés de la Basse-Ville—Limoilou—Vanier... les deux situations, ça s'est amélioré, mais l'écart entre les deux est plus grand qu'il ne l'était en 2004. Donc, nos programmes de prévention semblent amener une meilleure amélioration de la santé chez les clientèles favorisées que les clientèles défavorisées, et cet élément-là a soulevé beaucoup de questionnements présentement dans l'offre de services préventifs que nous faisons à l'égard des quartiers défavorisés dans la région de la Capitale-Nationale.

Donc, un bon bilan, en termes de directeur de santé publique. Des éléments qui se sont améliorés, d'autres qui sont encore préoccupants, et des actions régionales relativement à ce constat-là qui sont en cours depuis deux ans.

● *(10 h 40)* ●

M. Chevarie: Le volet de l'espérance de vie, ce qu'on a comme information, c'est que l'espérance de vie de la population de la Capitale-Nationale est supérieure à la moyenne québécoise. Quelles sont les conditions qui font en sorte que c'est... on se retrouve avec ce genre de résultat là?

M. Desbiens (François): L'espérance de vie est calculée en considérant toutes les causes de mortalité, et on sait qu'une population qui est plus scolarisée, avec un niveau d'emploi adéquat, avec moins de pauvreté et des facteurs de risque qui diminuent, puis là je mets l'élément de tabagisme qui a diminué, fait en sorte que notre région de la Capitale-Nationale, malgré un bassin de défavorisation important dans le secteur Basse-Ville—Limoilou—Vanier, a des meilleurs contextes de conditions de vie que la moyenne de la province, ce qui fait en sorte qu'on a une meilleure performance que la province. C'est une multitude de facteurs différents en lien avec les habitudes de vie puis le contexte socioéconomique et la scolarité de notre région qui fait en sorte qu'on a un bon bilan, mais avec certains défis particuliers, comme pour l'ensemble de la province, sur les ITSS, l'obésité, qui sont des phénomènes importants, et un grand défi en ce qui concerne la défavorisation.

Quand on prend un secteur comme Basse-Ville—Limoilou—Vanier, et c'est la même situation pour mon collègue le Dr Lessard, de Montréal, quand il regarde les quartiers défavorisés d'Hochelaga-Maisonneuve et de ce coin-là, bien le cumul de pauvreté, de faible scolarité, de beaucoup de monde sur le bien-être social et moins d'employabilité fait en sorte d'avoir un milieu propice à des problèmes de santé pour des très jeunes enfants, des adolescents ou des adultes. Donc, il faut agir avec une plus grande intensité en ce qui concerne la lutte aux inégalités sociales de santé dans notre région pour ces quartiers-là, mais, globalement, notre région, effectivement, a une meilleure performance que la moyenne provinciale.

M. Chevarie: Merci.

M. Fontaine (Michel): Alors, monsieur le...

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine, oui.

M. Fontaine (Michel): M. le Président, pour la troisième question, à l'égard de la satisfaction des clientèles, toutes les enquêtes de satisfaction de clientèle dans chacun de nos établissements démontrent, là, une satisfaction au-delà de 90 %. Je n'ai pas les chiffres envers moi, là, mais toutes ces enquêtes-là ont démontré une satisfaction de clientèle plus élevée que 90 % dans chacun de nos établissements de la région. Puis là on parle de la satisfaction des soins reçus, naturellement.

Par rapport aux résultats financiers, je le mentionnais tout à l'heure, on confirme l'atteinte de tous nos résultats financiers dans les cinq dernières années pour tous les établissements de notre région et naturellement pour l'agence, qui doit donner l'exemple au départ.

M. Chevarie: En ce qui concerne le vieillissement accéléré de la population... D'ailleurs, vous en faites un jeu... un enjeu au niveau de l'agence. Évidemment, se retrouver avec... Je pense que vous parliez de 17 % en termes de croissance de nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, et il y a une partie de cette clientèle-là qui occupe les lits de courte durée.

J'aimerais savoir c'est quoi, les tendances, au cours des trois dernières années, par rapport aux personnes âgées qui se retrouvent en lit de courte durée soit en attente d'hébergement ou en attente de services de soutien à domicile et qui devraient être ailleurs.

M. Fontaine (Michel): En fait, on l'a mentionné un petit peu, M. le Président, dans notre présentation, on a déjà commencé à diversifier le moyen d'hébergement, là, qui ne pourra plus être exclusivement en CHSLD, avec le nombre... l'augmentation du vieillissement. Donc, on a commencé à aller en ressources non institutionnelles. On avait commencé d'ailleurs dans ce qu'on parlait tout à l'heure, du projet d'autonomie de région, à acheter des places pour faire en sorte de facilement, de façon plus concrète, là, libérer les soins, les lits de courte durée dans nos hôpitaux, et aussi à domicile, parce qu'il y a des clients aussi qui sont en attente à domicile, soit avoir des alternatives, où la tendance lourde, là, c'est vraiment d'accentuer le maintien à domicile, parce qu'on sait que nos personnes âgées, ils souhaitent tous vivre le plus longtemps possible à domicile. Ce n'est pas un objectif pour personne, là, de s'en aller en institution, en CHSLD, donc il faut que ce soit vraiment le dernier recours. Donc, nous, notre objectif, on le disait dans la présentation, on l'a dans nos documents, c'est vraiment d'accentuer d'abord le maintien à domicile, les méthodes alternatives à l'hébergement institutionnel dans des milieux plus conviviaux, des milieux de vie, etc.

Si vous souhaitez une réponse plus pointue, là, si M. le Président nous le permet, M. Fillion, qui est le directeur général adjoint qui a ce secteur, pourrait compléter, si vous le souhaitez.

Le Président (M. Kelley): Oui, M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Alors, règle générale, au cours des dernières années, M. le président-directeur général en faisait état, avec l'achat de certaines places en résidence privée, ça a permis de diminuer le nombre de personnes qui sont en milieu hospitalier en attente d'hébergement. À titre indicatif, à l'heure où on se parle, on dénombre 75 personnes âgées en attente d'hébergement qui occupent des lits de courte durée. Ce nombre-là, si on recule de 12 mois, était aux alentours de 150. Donc, on voit qu'il y a... il y a du travail à faire, là, à ce niveau-là, mais la situation est à la fois préoccupante... Les perspectives, c'est vraiment d'y aller avec une diversification au niveau de l'offre de services. L'hébergement institutionnel ne peut pas être la seule réponse. Et ce qu'on constate aussi, c'est que le... on maintient globalement le séjour moyen des personnes qui sont en attente d'hébergement, on est aux alentours d'une quarantaine de jours. Ça, c'est une tendance qui se maintient, c'est-à-dire: le nombre a pu augmenter au cours des dernières années, ça se module, mais le délai moyen d'attente pour avoir... excusez l'expression, pour sortir du milieu hospitalier est aux alentours d'une quarantaine de jours.

M. Chevarie: Par rapport justement à cette recherche de solutions au niveau du soutien à domicile puis, bien sûr, que les personnes âgées veulent rester le plus longtemps

possible à domicile ou encore dans des ressources dans la communauté, est-ce que vous êtes en recherche de projets novateurs? Est-ce que vous avez fait des explorations avec, par exemple, d'autres pays, entre autres la Suède, qui est assez développée à ce niveau-là, pour tenter de trouver quel type de ressource qui pourrait mieux répondre encore ou bonifier l'offre de services du soutien à domicile?

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Si vous permettez. Bien, effectivement, le... il y a là un défi, là, important. Je pourrais vous donner un exemple intéressant: avec le CSSS Vieille-Capitale, de concert avec les communautés religieuses, il y a un complexe d'habitations qui s'est développé, qui... à l'heure où on se parle, là, qui existe, qu'on appelle Vivre chez soi, qui, à l'intérieur d'un complexe très normalisant, c'est-à-dire où on retrouve des familles, où on retrouve des personnes de tout acabit, il y a une quarantaine de personnes en perte d'autonomie qui sont dans ce milieu de vie là, considérés comme s'ils étaient dans leur propre résidence, mais c'est des clients qu'en temps normal on aurait retrouvés en centre d'hébergement de soins de longue durée.

L'autre élément aussi qu'il faut peut-être mentionner en lien avec la diversification de l'offre de services, puis ce n'est pas neutre, c'est l'introduction du processus de certification des résidences privées. Il a eu pour effet, je vous dirais, d'améliorer, il y a encore du travail à faire, mais il a eu pour effet d'améliorer le partenariat entre les centres de santé et de services sociaux, notamment via le maintien à domicile et les résidences privées, qui, eux aussi, offrent un certain niveau de services. Et historiquement c'étaient souvent des réalités qui étaient en silos, et, par la certification, ça force le partenariat davantage et donc une amélioration de l'offre de services du réseau public, qui devient en appui au réseau privé de résidences. Puis, dans la région de la Capitale-Nationale, lorsqu'on parle du réseau de résidences privées, on parle quand même de 10 000 unités locatives. C'est beaucoup.

Le Président (M. Kelley): J'ai le député de Jean-Lesage, également le député de Vanier. Est-ce que c'est sur le même sujet, M. le député de Vanier?

M. Huot: Bien, oui...

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait.

M. Huot: ...j'aimerais faire du pouce sur cette question-là. Je ne sais pas combien de temps il nous reste au bloc, on...

Le Président (M. Kelley): Environ six, sept minutes.

M. Huot: O.K. Bien, je vais commencer. Bien, bonjour. Très heureux d'être ici aujourd'hui avec vous.

Moi, j'aimerais... pour continuer un petit peu sur le même sujet, là, moi, je voulais parler beaucoup de la question des CHSLD, le public, les privés, privés conventionnés, toutes ces choses-là, mais avant, là, je veux clarifier des choses.

Vous avez parlé de diversification de l'offre, entre autres de ressources non institutionnelles. On le sait, le réseau de la santé a un langage assez particulier qui... Ce n'est pas... ce n'est pas toujours évident de se retrouver. Pour les gens qui nous écoutent aussi, quand vous parlez de ressources non institutionnelles, c'est quoi, ça?

M. Fontaine (Michel): M. le Président...

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Excusez. C'est tout ce qui n'est pas un établissement de santé, là, qui n'est pas un service public, là, une institution. C'est pour ça qu'on utilise ce terme-là. L'exemple que M. Fillion donnait tout à l'heure, Vivre chez soi, ce n'est pas une institution, c'est un... c'est un milieu d'habitation régulier auquel on s'est associés avec toutes les... Il y a cinq, six partenaires dans ça qui... Nous, on a pu, par le biais d'amener des services cliniques, introduire un certain nombre de clients qui sont en perte d'autonomie, tout en n'étant pas dans une institution, en demeurant dans un milieu très normalisant, etc.

● *(10 h 50)* ●

M. Huot: Nos résidences de personnes âgées autonomes, avec... ou en légère perte d'autonomie, avec petits services, c'est ce que vous considérez, donc tout... Il y a beaucoup de... il y a de plus en plus de constructions, de plus en plus d'offres dans ce sens-là. Vous considérez ça des ressources non institutionnelles, auxquelles vous vous associez parce qu'il peut y avoir une infirmière sur place, une visite à domicile de médecin. Donc ça, il y a des ententes avec les agences?

M. Fontaine (Michel): Oui. Ça peut être un peu plus que ça, là. Ça peut être que, nous, nous entrons avec le centre de santé pour offrir les services cliniques. Il y a des... Il y a des milieux qui veulent rester complètement autonomes, ils ont leurs propres infirmières, comme vous le mentionnez, mais, même si, nous, on s'associe pour aller offrir des services cliniques, ça ne devient pas une institution, dans ce contexte-là. Il y a des ententes qui peuvent être faites, des contrats de travail, mais on ne considère pas ça comme une institution.

M. Huot: O.K. Maintenant, je veux juste... j'aimerais ça aborder la question des immobilisations. Vous avez parlé, là, dans votre présentation, M. Fontaine, de 73,2 millions qui a été mis dans les... pour six CHSLD, 411 places neuves. Moi, ce que je comprends, là, ce n'étaient pas six nouveaux CHSLD, c'étaient plutôt des rénovations. Bon, je sais qu'il y a des nouvelles normes qui ont été mises en place sur des standards de chambre, qu'est-ce qu'on doit retrouver comme services, des largeurs de corridor, d'ascenseur, etc., là, il y a toutes sortes de normes puis il y a une mise à jour à faire de nos CHSLD. Là, vous nous avez présenté... vous nous avez dit qu'il y en a eu six dans les dernières années.

Peut-être nous rappeler c'étaient quoi, les CHSLD. Est-ce que c'est seulement des publics? Parce que, même quand il y a un privé, un privé conventionné, l'agence doit faire un bout, doit mettre certaines sommes. Même si c'est le privé qui y va, il y a des garanties, c'est assez complexe, là, comme mécanisme. Vous me voyez peut-être venir avec un CHSLD en particulier. Mais ça, j'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce que ce n'est pas simple, se retrouver dans la mécanique des CHSLD, privés, privés conventionnés, publics. Donc, qu'est-ce qui a été fait dans les six... Vous nous avez parlé de six. Est-ce que c'est juste des publics? Ou faites... Je veux avoir le portrait un petit peu, là, des immobilisations.

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): En fait, si on se réfère, M. le Président, à la page 17 de la présentation synthèse, là,

on revoit les six centres, ils sont mentionnés. Dans ces groupes-là, il y a des deux, il y a des privés conventionnés, qu'on appelle, et des publics. Donc, dans le contexte, lorsque c'est marqué «relocalisation», c'est vraiment un nouveau CHSLD tout à fait neuf, et, lorsque c'est marqué «réaménagement», c'est parce qu'on a... Dans le contexte, si on prend le Centre d'hébergement de Charlesbourg, qui est un public, on a, pendant deux ans, réussi à relocaliser les patients pour rénover à 100 % le... ce CHSLD qui était vétuste. Donc, c'est le même exemple pour tous les autres, là. Quand c'est une relocalisation, on n'a pas besoin de faire ces transferts-là, parce qu'on construit à quelque part puis, un bon matin, on fait les transferts.

Et, pour la distinction, c'est un peu complexe effectivement à faire, mais ce n'est pas parce que je ne voudrais pas le faire, mais c'est un petit peu long. Je peux prendre au moins 30 secondes pour l'expliquer, là. Si on veut prendre ça très simple, là, entre un privé conventionné puis un public, c'est... on pourrait dire que c'est, à toutes fins pratiques, la même chose. C'est juste qu'au niveau des immobilisations, lorsqu'on construit, c'est le propriétaire lui-même qui fait son emprunt, donc ce n'est pas dans les états financiers gouvernementaux pour la section immo, mais tout le service clinique est public, c'est nos services cliniques qui sont là. Et, au public, bien, c'est les deux, autant l'immo, lorsque... Si on prend l'exemple à la page...

M. Huot: ...construit ou rénove, là, on ne fait pas de distinction, là.

M. Fontaine (Michel): Oui, dans les deux cas. Lorsqu'on parle... Si on prend l'exemple de la page 17, si on prend le CHSLD de Limoilou, qui est un public, bien, dans les deux cas, là, c'est une autorisation d'emprunt gouvernementale et en plus tous les services cliniques. Si on prend l'exemple, par exemple, là, ici... Est-ce qu'on en a? Oui.

Le Centre d'hébergement du Boisé, là, pour prendre cet exemple-là, c'est un privé conventionné. Donc, normalement, dans ces situations-là... Là, c'est encore très complexe parce que c'est une exception, celui-là, pour mal faire, parce que c'est la CHQ qui a pris charge de l'immobilisation. Mais, en temps normal, c'est le propriétaire qui réinvestit, et on lui accorde une cote pour refaire son remboursement hypothécaire.

Donc, à toutes fins utiles, là, pour le public, un privé conventionné puis un privé, c'est la même chose. C'est juste que...

Une voix: ...public.

M. Fontaine (Michel): Pardon?

Une voix: Un privé conventionné et un public.

M. Fontaine (Michel): Un privé conventionné et un public, c'est la même chose, c'est notre personnel qui est là, ils sont syndiqués, du public, etc. La vraie différence, c'est le... ce qu'on appelle un CHSLD privé-privé. Ça, c'est vraiment un pur privé, auquel des fois on s'associe pour acheter des places. On appelle ça comme ça, des achats de places. Mais ce qu'on voit ici, là, c'est... on n'a pas de privé dans ça, là, c'est vraiment des publics et un privé conventionné, tous les autres sont des publics. Ils ont été réaménagés à 100 % ou reconstruits à 100 %.

Et actuellement, si je veux compléter, vous avez deux grands chantiers à Québec: l'Hôpital de Saint-Augustin de Courville, qu'on appelle encore «hôpital», mais c'est un CHSLD, et l'hôpital général, qui sont en train d'être refaits, là, en grande partie au niveau... sont remis aux normes, si on peut appeler ça comme ça. Et ce n'est pas banal, là, parce qu'on parle de projets, là, encore de... à terme, de 15, 20 millions pour chacun. Donc, vous vous souvenez, on avait la situation des chambres triples et quadruples même dans ces milieux-là, et là, minimalement, quand on n'est pas capable d'avoir juste des chambres simples, c'est des chambres de deux et des chambres simples. Et ces deux grands centres là, là, sont en rénovation. C'est deux de nos plus gros CHSLD de la région, publics.

M. Huot: Dans... Si on prend dans les cinq prochaines années, je présume, on veut... il y a de la mise aux normes à faire dans d'autres types d'établissement, donc on a des projets à plus moyen terme ou à plus long terme, si on veut. Il y a également d'autres projets, je présume?

M. Fontaine (Michel): Bien, nous, en fait, on a déjà déposé — on avait un objectif il y a déjà cinq, six ans — l'ensemble de tous nos projets, et, de façon générale, à part d'un CHSLD déjà neuf, là, ça incluait tous nos CHSLD. Et il y avait des priorités, naturellement, absolues qui sont indiquées, dont entre autres Sainte-Monique des Saules.

M. Huot: Je ne sais pas pourquoi vous dites ça. Parfait. Peut-être...

Le Président (M. Kelley): Peut-être une dernière question?

M. Huot: Une dernière petite question. La réalité de ce qu'on appelle les adultes en centre d'hébergement, on en parle très peu, mais c'est une réalité qui est là quand même. Bon, je sais, il y a des projets, là. Moi, par chez nous, il y a un projet dans ce sens-là. Est-ce qu'on commence à avoir des ressources pour... Bien, pour peut-être faire une histoire pour les gens, c'est, par exemple, des personnes en perte d'autonomie assez lourde qui ont 40 ans et qui vont se retrouver en CHSLD pendant... même plus jeunes des fois que 40 ans, qui peuvent se retrouver là une quarantaine d'années, dans un CHSLD, parce qu'il y a... on a de la difficulté à leur offrir un service à domicile, ils ont besoin de soins assez importants. Donc, est-ce qu'il y a... est-ce qu'on est en train de développer des services pour cette clientèle-là?

M. Fontaine (Michel): Je vais demander, M. le Président, à M. Fillion de compléter, mais juste vous dire que, de façon générale, oui, c'est parti, là, pour des projets de cette nature-là pour regrouper des clients qui ont cette difficulté-là d'être hébergés dans des CHSLD où c'est des personnes âgées en perte d'autonomie, alors que des fois, comme vous dites, ils peuvent avoir 30 ans. Mais au moins on les a...

De façon générale, vous avez un bel exemple dans votre comté, à Vanier, au Christ-Roi, où il y a une unité qui a été regroupée pour des jeunes. On en a une à... on a une unité à Saint-Jean-Eudes aussi et on a travaillé comme ça en attendant, mais, effectivement, ce qu'on souhaite, c'est ramener ces personnes-là dans des milieux plus normalisants. Puis l'exemple que M. Fillion parlait tout à l'heure, comme

vivre comme chez soi, on a d'autres dossiers comme ça sur la table où on voudrait, cette fois-là, regrouper des adultes de cette nature-là.

M. Fillion, si M. le Président le permet.

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Bien, peut-être en complément. Effectivement, il y a des adultes qui requièrent des services de longue durée mais dont le milieu gériatrique n'est pas indiqué. Donc, la perspective, outre le fait, dans l'intervalle, de regrouper dans les CHSLD les adultes, la perspective, c'est davantage d'y aller dans des projets. Et je pourrais vous donner l'exemple d'un projet présentement sur la table, qui consiste essentiellement, encore là, par le logement social, dans le secteur de Vanier, que vous connaissez bien, donc de développer des studios ou des appartements avec un service plus intensif de maintien à domicile, où on pourrait avoir là probablement une quarantaine de personnes handicapées physiques dont le maintien à domicile pourrait être compromis s'il n'y avait pas une concentration, là, de ce service-là. Mais ce ne seront pas que des personnes handicapées physiques, il y aura là aussi une garderie, des familles en général, etc., donc un concept le plus normalisant possible.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Prochaine demande d'intervention, un petit peu d'intendance: j'aurais besoin du consentement pour permettre à la députée de Matapédia de participer, parce qu'elle n'est pas membre de la commission. Il y a le consentement qui est donné.

Alors, Mme la députée, je vais vous faire signe à environ 15 minutes pour respecter les deux autres blocs. Alors, Mme la députée de Matapédia.

● *(11 heures)* ●

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Et je vais demander aux gens de me donner des réponses très courtes, je vais essayer d'être courte, moi aussi, parce que je voudrais avoir des informations.

Je vais... Mon premier bloc, ça va toucher la santé mentale. Les résultats pour les différents indicateurs qu'on a pour juger de l'accès aux services, de l'intensité des services, pour les indicateurs relatifs aux divers services, par exemple soutien dans la communauté, services d'urgence, de première ligne, services de deuxième ligne, sont en recul, n'atteignent pas la cible 2008-2009, sont très loin des cibles 2010. Le suicide est responsable de 120 décès par année dans la Capitale nationale, la tendance récente est à la baisse chez les adolescents et les adultes. Malgré ces progrès, il s'agit du taux le plus élevé des grandes régions canadiennes. Et je veux mettre ça en relation avec les difficultés à l'Hôpital Robert-Giffard, là, que tout le monde connaît. Le rapport vient d'être déposé avec 20 recommandations, et j'ai des articles — dégradation des services en santé mentale — où les gens qui représentent des organismes communautaires disent: Bien, ça exerce une pression évidemment sur la demande de services qui est faite.

Alors, au niveau du Plan d'action en santé mentale, qui s'appelait La force des liens, est-ce que vous pourriez nous déposer un état de situation qui concerne l'application du Plan d'action en santé mentale dans votre région, incluant le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action et les défis pour les atteindre, le cas échéant, d'ici 2010? Et est-ce qu'il se terminait en 2011 ou 2010? 2010? Bon. Alors, des engagements concrets, résumés en une page ou deux.

Et, par rapport au Plan d'action en santé mentale ou aux difficultés à Robert-Giffard, comment vous voyez la situation? Parce que c'est quand même un immense défi pour vous. Et d'ailleurs M. Luc Vigneault, là, de l'organisme, le dit, c'est 18 psychiatres qui manquent aux plans d'effectifs. Alors, je sais que vous avez eu... Parlez-nous de ça. Et comment vous allez faire pour mieux, comment je dirais ça, mieux atteindre vos cibles?

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

Mme Doyer: ...plus, en termes d'accès, ça peut aller, mais, en termes d'intensité des services, c'est une tout autre chose.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, moi, je vais répondre surtout sur la situation de Robert-Giffard, je laisserai à M. Fillion, qui est le directeur des programmes, parler de la situation, des normes, etc., des indicateurs.

D'emblée, je vous le répète, là, on le disait dans notre présentation, il y a des cibles qui ne sont pas atteintes en santé mentale, puis on en convient, puis on travaille fort là-dessus, puis M. Fillion vous donnera le plan et comment on peut s'améliorer encore davantage, bien qu'il y a certains indicateurs que, nous, on discute souvent, parce que ce n'est pas toujours évident.

Donc, pour ce qui est de Robert-Giffard, en santé mentale, notre plan, dans le fond, c'est le rapport de l'accompagnateur. Probablement que, si vous ne l'avez pas, M. le Président, on pourra en faire un dépôt. Il y a quelques vingtaines de recommandations qui sont là. Pour nous, l'agence et le ministère, on avait deux recommandations... trois ensemble pour les deux; elles sont déjà mises en place, et on avance. Demain encore, nous sommes en réunion avec un certain nombre de médecins, des exécutifs, des CMDP du département régional pour réussir à faire avancer, là, la discussion.

Parce que, quand on dit qu'il y a un manque de 18 médecins, il faut relativer tout ça. Parce que, si on prend la province, on est la région la plus riche en effectifs médicaux en santé mentale. Donc, c'est relatif, c'est par rapport aux PREM identifiés. C'est vrai qu'on avait 96 postes aux PREM — étant le plan régional des effectifs médicaux — en santé mentale pour cet exemple-là; c'était 96 postes. Actuellement, on a 82 personnes aux PREM et autour de 78 en action, là, soit qu'il y a des congés de maternité ou des choses comme ça. Malgré ça, on nous dit, quand on s'assoit au niveau provincial, qu'avec ces 76 là... je vous dis ça entre guillemets parce que, moi, je ne confirme pas ça, là, mais c'est ce qu'on nous dit relativement avec les autres milieux. Ce n'est pas pour rien qu'on a eu une obligation de ne pas remplacer nos départs puis d'avoir un projet, année après année, de trois départs, indépendamment du nombre de remplacements, jusqu'à temps que, dans l'ensemble de la province, les autres régions qui sont en souffrance réussissent à recruter des psychiatres.

Donc, on ne peut pas dire d'emblée qu'on manque de psychiatres par rapport à la norme qui est établie; le chiffre, oui, il y a moins 10 psychiatres, mais, par rapport à... le poids relatif de la province, on est encore les plus riches à cet égard-là. Donc, moi, je rencontre avec l'accompagnateur, là, les médecins pour expliquer toutes ces situations-là, il y a un plan d'action, puis le plan d'action c'est les recommandations qui sont là. On les installe une en arrière de l'autre, il y a des recommandations à court terme, trois mois, et six mois, un an, et, si on ne passe pas à travers, bien là, il va falloir poser des gestes différents.

Mme Doyer: Il y avait eu des pressions sur le centre du suicide de Québec où est-ce qu'il y avait vraiment une hausse du nombre d'appels dans la dernière année, je dirais même dans les deux dernières années, puis on vous avait demandé un rehaussement de budget, une rencontre. Et est-ce que vous les avez rencontrés? Et comment est-ce que vous allez agir par rapport à cette question particulière du suicide? Et on est dans la Semaine de prévention du suicide, puis vraiment, là, il y avait eu 20 % de hausse du nombre d'appels.

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Oui. Alors, effectivement, on a eu des échanges avec le Centre de prévention du suicide où effectivement on constate, là, une augmentation de l'offre de service. Sans rentrer trop dans le détail, pour être court, cette pression-là, la façon dont on le travaille, nous, avec le Centre de prévention du suicide, c'est de s'assurer qu'il puisse y avoir une réponse aux situations dites aiguës, ce qu'on... pour lesquelles on a l'assurance.

Le Centre de prévention du suicide a une multitude d'activités. Devant un accroissement d'une demande particulière, ça amène ces organisations-là, comme toute autre organisation, à revoir, des fois transitoirement, l'ordre de priorisation des activités, parce qu'il ne peut pas y avoir toujours un financement, là, associé à une augmentation de services. Donc, c'est plus dans cette perspective-là qu'on le travaille. Et, s'il y a une tendance, je vous dirais, davantage qui s'installe, bien là, effectivement, il faudra voir comment est-ce qu'on peut ajuster le niveau de ressources.

Mme Doyer: Je veux bien, M. le Président. Là, je comprends qu'au niveau du président-directeur général vous allez nous déposer tantôt ─ je reviens à ma première question ─ un état de la situation par rapport au Plan d'action en santé mentale, hein? Vous vous engagez à faire ça? Oui? Bon. Merci.

Et je viendrais sur les questions des places d'hébergement. J'aimerais que vous nous déposiez à la commission, si c'est possible, M. le Président, le nombre de places par rapport... en CHSLD qui ont été fermées depuis 2005. Prenons l'horizon 2005-2010: j'aimerais qu'on ait suffisamment d'information pour voir l'évolution dans le temps et la situation actuelle par rapport au nombre de places en CHSLD qui ont été fermées, par rapport au nombre de places en ressources intermédiaires qui ont été ouvertes depuis 2005, puis l'objectif à terme avec échéancier; le nombre de places en ressources de type familial qui ont été ouvertes depuis 2005 puis votre objectif aussi avec échéancier.

Parmi les personnes aussi qui sont à domicile, qui reçoivent des soins à domicile, combien de personnes ne reçoivent pas le nombre d'heures-soins qui est recommandé par le médecin? Si vous avez des statistiques, déposez-nous-les, j'aimerais ça.

Est-ce que vous avez des statistiques qui concernent le nombre de personnes en attente de soins à domicile? Combien d'aînés en attente? Parce que vous avez une population, dans la capitale, qui est particulièrement vieillissante. Aussi, le nombre d'aînés en attente d'une place d'hébergement, mais qui occupent présentement un lit de courte durée dans un hôpital.

Puis le bilan des projets de CHSLD qui ont été construits en mode PPP, dresser un bilan des projets projetés en mode PPP.

Est-ce que vous pouvez nous déposer ces informations-là? Oui.

M. Fontaine (Michel): Oui, M. le Président, c'est facile, là, c'est toutes des informations qu'on a. Déjà, peut-être d'emblée, dire à Mme la députée que, concernant les places d'hébergement en CHSLD, quand on indiquait tout à l'heure 250 places additionnelles, c'était au net. Ça veut dire que, même s'il y a des places qui ont pu être fermées en cours de route, on a, à Québec, 250 places additionnelles, depuis 2004-2005, en CHSLD.

Mme Doyer: Alors...

Le Président (M. Kelley): Merci, M. Fontaine, pour les précisions. Mme la députée.

Mme Doyer: Oui. Merci, M. le Président. Dans le fond, avec le plan d'action 2005-2010, vous aviez des cibles par rapport aux aînés en perte d'autonomie. Alors, par rapport à tous ces engagements concrets qui avaient été pris par l'agence de la capitale, c'est un état de situation, un bilan où vous en êtes rendus.

Là, je toucherais, M. le Président, la question de toxicomanie-dépendance. Parce que, quand on regarde l'ensemble des documents qui nous ont été remis, on a de la misère à juger de... de... comment je dirais ça, des clientèles, des... de tout ce qui a été pointu comme données qui pourraient nous donner un portrait meilleur de la capitale.

Alors, moi, j'aimerais avoir un portrait complet des actions et résultats liés à ce programme services en toxicomanie, O.K., les services de première ligne. Quelle est la problématique, par exemple, du jeu pathologique dans votre région, les conséquences de l'arrivée d'un Ludoplex à l'hippodrome de Québec? Quel type de services sont offerts en matière de dépendance, que ce soient les services offerts par des partenaires, les organismes communautaires? Est-ce qu'ils sont accessibles sur l'ensemble de votre territoire, les services, particulièrement aux femmes, en toxicomanie?

Aussi, il y avait une cible ministérielle, une priorité qui était la consolidation des lits de désintoxication au CRPAT; alors, j'aimerais que vous nous donniez des informations là-dessus. Et la mise en place du Programme régional d'évaluation spécialisée qui était aussi une priorité ministérielle. Alors, dans le fond, un bilan quinquennal de là où vous en êtes avec des clientèles un petit peu plus détaillées et quels ont été les services dispensés. Est-ce que vous êtes capables de nous donner ces informations-là?

● *(11 h 10)* ●

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine ou...

M. Fontaine (Michel): Oui, M. le Président. Aussi, déjà, à titre d'information immédiate, là, quand on mentionnait tout à l'heure, dans le bilan synthèse, la situation de la mise en place d'équipes du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve dans les salles d'urgence, c'était pour capter des clientèles à double problématique, toxico et santé mentale. Ça n'existait pas avant. Donc ça, ça a été... c'est vraiment des données probantes, là, puis on peut vous envoyer des rapports là-dessus. On peut déposer, M. le Président, si vous le souhaitez; c'est très parlant.

Mme Doyer: Oui, puis d'ailleurs, je pense que ça a eu de l'effet, les infirmières spécialisées en santé mentale et

aussi justement les problématiques de toxicomanie qui souvent engorgent et on ne sait pas trop.

Par rapport... M. le Président, combien il me reste de temps?

Le Président (M. Kelley): Quatre minutes.

Mme Doyer: Oh! C'est beau. Par rapport aux organismes communautaires, comment qualifieriez-vous, par rapport à un horizon de cinq ans, l'équilibre? Parce que, moi, j'ai le dossier des organismes communautaires et, dans toutes les régions du Québec, on me dit que, bon, il y en a qui sont financés adéquatement, il y en a même qui ont atteint 95 %, 100 %, 105 %, dépendamment des clientèles... du type de clientèle, et il y en a d'autres qui sont à 65 %, 70 %... Comment vous qualifieriez l'équilibre général versus les besoins et les ressources communautaires? Comment... Vous trouvez-vous, je dirais, en équilibre ou vous manquez d'argent, ou... Comment... comment que vous pourriez dire ça, là?

M. Fontaine (Michel): Peut-être globalement, M. le Président, puis je laisserai, si vous le permettez encore une fois, la parole à M. Fillion, qui est le directeur de ce programme. Mais, si on prend ça du point de vue des organismes communautaires... Parce qu'on se parle beaucoup, là, on a quand même des relations assez harmonieuses avec l'ensemble des organismes communautaires de la région, et, pour eux, il y a comme un manque à gagner, là, d'autour de 2 millions de dollars pour les services. Mais il faut rappeler que, nous, on est un des groupes qui subventionnent les organismes communautaires. On n'est pas exclusifs, là, on a tout un programme de... pas d'accréditation, mais de reconnaissance d'organismes communautaires, dans notre réseau, en lien avec la Santé et les Services sociaux, et on participe au financement.

Donc, dans ce contexte-là, c'est difficile d'établir... dépendant de l'angle qu'on se place, là. C'est sûr que, si j'étais du côté des organismes communautaires, c'est ce que je déposerais, mais en même temps, nous, on n'a pas non plus à financer les organismes communautaires à 100 % de leurs besoins. Donc, je pense qu'on se situe à un pourcentage très élevé dans notre région par rapport à l'ensemble de la province, mais je suis d'accord avec eux quand ils nous disent: On aimerait ça avoir plus, mais on est un des organismes financiers. M. Fillion pourrait compléter.

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Alors, effectivement, là, juste pour vous donner un ordre de grandeur: si on appliquait, demain matin, le cadre de financement reconnu et négocié avec le Regroupement des organismes communautaires, on aurait un déficit, si on veut, de 1,5 million sur ce qui est versé présentement puis qui est de l'ordre de 38,5 millions. Donc, par rapport aux besoins reconnus, et ça, ce n'est pas les besoins exprimés, c'est les besoins reconnus en fonction d'un cadre de gestion, un cadre de... une logique de financement négocié avec le Regroupement des organismes communautaires, le financement devrait être aux alentours de 40 millions; on est à 38,5 millions.

Mme Doyer: Et une dernière avant de laisser la parole à d'autres. Vers quelle cible, sans... Je sais que c'est une question peut-être qui va vous embarrasser, mais, coudon, hein, vous n'en êtes pas à un embarras près, j'imagine, à travers votre carrière, c'est: Quels sont les besoins qui sont les moins répondus ou qui pourraient être mieux ciblés par rapport aux organismes communautaires, si vous... Hein? Oseriez-vous dire un... nous décrire un certain nombre de clientèles qui auraient avantage à avoir du rehaussement de budget — sans dire le nom d'organismes, je n'en veux pas, mais juste au pif, comme ça, là.

M. Fillion (Jacques): Oui. Par les grands secteurs, je vous dirais, au cours des quatre dernières années, on avait une préoccupation particulière au niveau du soutien à domicile, les organismes plus personnes âgées. Il y a eu un rattrapage mais qui reste à consolider.

L'autre élément qui est peut-être un petit peu plus fragile ou sensible, c'est les organismes qui oeuvrent au niveau des personnes handicapées.

Mme Doyer: D'ailleurs, M. le Président, ça me permet de dire, avec ce qui s'est passé au niveau du PEFSAD, du programme d'exonération financière pour le soutien à domicile, ça, là, j'espère que vous allez faire des représentations, en ce sens que c'est crucial, hein, qu'on puisse répondre... Vous avez ciblé deux types de clientèles: personnes handicapées et personnes à domicile — nos aînés. Il faut agir sur les salaires, les salaires de ces personnes, qui sont souvent des femmes, mais aussi la capacité financière qu'ont certains types de clientèle d'aller se chercher ces services-là, qui sont parmi les clientèles les plus vulnérables.

Alors, moi, je pense que les agences, au Québec, ont un rôle de conscientisation au ministère, là, qui est extrêmement important. J'ai terminé. Bien, est-ce que vous voulez réagir là-dessus?

Le Président (M. Kelley): Un court commentaire, M. Filion?

M. Fillion (Jacques): Bien, juste en 30 secondes, Mme la députée ou M. le Président: Lorsqu'on fait référence au PEFSAD, on est davantage dans l'univers des entreprises d'économie sociale. Tantôt, je faisais référence plus aux organismes communautaires, c'est deux univers. Par ailleurs, la préoccupation que vous soulevez, elle est réelle, là, c'est-à-dire ça fait partie de l'offre de service de maintien à domicile, toute l'activité qui est portée par les entreprises d'économie sociale. Dans la région de Québec, on a huit entreprises d'économie sociale qui font une offre de service très significative au niveau du maintien à domicile.

Mme Doyer: ...M. le Président, de la coupure de 3,5 millions dans ce budget-là, mais ça a des effets, ça a des effets domino parce que les organismes communautaires sont obligés souvent de compenser et les familles, et c'est tout ça, là, tout ça se tient, fait partie d'une espèce de casse-tête, de puzzle qu'on a pour maintenir à domicile des personnes, là, qui le veulent... qui le peuvent et qui le veulent, et que, nous, comme parlementaires et que, vous, comme gestionnaires, vous avez aussi à participer à cet objectif commun qu'on a au Québec. Voilà, je vous remercie, monsieur.

Le Président (M. Kelley): Merci, Mme la députée. Avant de céder la parole à mon collègue de Jean-Lesage, juste un petit peu de complément sur le programme PSOC. Parce que, comme députés, on a tout... deux groupes qui viennent nous voir et il y a toujours les groupes qui sont déjà

à l'intérieur du programme de financement, qui plaident pour une augmentation de leur financement. Il y a un deuxième groupe, c'est les besoins émergents, peut-être les choses qui ne sont pas couvertes, et, juste chez vous ou dans toutes les régions du Québec, comment est-ce qu'on fait l'arbitrage entre les besoins qui sont déjà financés, qui veulent toujours voir une augmentation, mais d'autres groupes qui sont peut-être... vous avez évoqué les personnes handicapées, mais peut-être un autre groupe de dépendance, le jeu compulsif par exemple, des groupes qui travaillent dans ce domaine, comment est-ce qu'on fait l'arbitrage pour évaluer le... couper la tarte dans les morceaux fins?

M. Fillion (Jacques): Bien, ce n'est pas toujours simple. Ceci étant dit, l'arbitrage, le mécanisme qu'on s'est donné, c'est un mécanisme paritaire avec le milieu communautaire. Il y a une historique, à l'agence de la Capitale nationale, où est-ce qu'on travaille tout le Programme de soutien aux organismes communautaires vraiment en partenariat avec le regroupement, notamment, des organismes communautaires. On s'est donné deux objectifs.

Premier objectif, c'est de consolider ce qui existe déjà. Par ailleurs, il existe effectivement des besoins émergents, des fois; je pourrais vous donner un exemple: Voilà deux ans, il a été reconnu que toute la problématique de l'homophobie au niveau des jeunes, ça, ce n'était pas couvert, il y avait un organisme en émergence, dans la région de Québec, qui présentait, qui voulait faire des activités de promotion puis de prévention dans le milieu scolaire, et ça, il y a eu comme un consensus avec le regroupement des organismes communautaires sur... Au-delà de l'objectif de la consolidation des 235 organismes qui existent déjà, il y a des besoins des fois qui émergent, qui doivent être, je dirais, priorisés dans la logique de Programme de soutien aux organismes communautaires. C'est un exemple.

Une voix: On le fait avec eux.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et, comme je dis, moi, quand ces groupes arrivent dans nos bureaux de comté, ce n'est jamais évident non plus parce que souvent ils disent que le regroupement des groupes communautaires devient un certain establishment, et, vu qu'ils ont un besoin émergent, ils ne sont pas toujours reflétés. Alors, je sais que c'est un casse-tête qui n'est pas évident, mais je veux juste refléter, avec mes quelques années d'expérience comme député, à notre niveau aussi, ces arbitrages ne sont jamais faciles parce qu'on veut consolider, et, je pense, ça, c'est une priorité très importante.

Cette commission a fait... regardé le phénomène de l'itinérance dans notre société, il y a beaucoup de groupes ici, à Québec et dans d'autres régions du Québec, qui font un travail extraordinaire, qui ont des besoins parfois croissants qu'il faut composer avec, mais, je pense, votre exemple d'homophobie et d'autres besoins qui peut-être étaient moins évidents ou moins présents dans notre conscience il y a 25 ans sont plus évidents aujourd'hui. Alors, comment partager les ressources qui sont plutôt rares, c'est toujours un casse-tête. Alors, merci beaucoup pour ces précisions.

Je vais céder la parole maintenant à mon collègue député de Jean-Lesage.

M. Drolet: Merci beaucoup, M. le Président, mais bienvenue à toute l'équipe. M. Fontaine, c'est encore un plaisir de vous rencontrer cette semaine. J'ai eu le plaisir, avant de vous poser des questions, de vous rencontrer, la semaine passée, avec les annonces de beaux projets. Il faut quand même le citer, avec l'Hôtel-Dieu de Québec et puis naturellement l'entente avec L'Enfant-Jésus, le dossier de génie tissulaire, qui a été une annonce importante; quatrième au monde, qu'il faut quand même se vanter des fois des beaux projets qui sont réalisés. Félicitations à toute l'équipe.

De mon côté, je voulais vous parler de revenir sur les urgences. Vous avez mentionné tantôt, naturellement, que les urgences fait en sorte que, malgré les agrandissements et les améliorations de L'Enfant-Jésus, qui ont été annoncés d'ailleurs l'année passée, et puis, malgré les ajouts en cliniques-réseaux... des cliniques-réseaux que... vous avez parlé de 3 000 clients et plus qui étaient sans médecin de famille puis qui finalement ça les aide à... naturellement, à dégorger peut-être, ou avoir un lien... ou au moins un endroit qu'ils peuvent aller, comment peut-on évaluer avec, naturellement, le 31 % de clientèle 65 ans et plus qui est là, et tout ça, comment peut-on voir l'avenir avec les urgences devant cette considération-là à court et à moyen terme?

● *(11 h 20)* ●

M. Fontaine (Michel): Bien, M. le Président, je dirais que la majeure, là, c'est vraiment notre... ce qu'on met en place actuellement pour la gestion des maladies chroniques. Parce que, quand on a fait les travaux, puis c'est pour ça que ça ne paraît pas encore dans nos salles d'urgence, là, c'est parce qu'on est en émergence là-dessus. Je vous parlais des neuf infirmières qui ont été titularisées pour faire la gestion des cas complexes de maladies chroniques qui se retrouvent — on pourra déposer ça, si vous le souhaitez — qui se retrouvent... on a même des clients qu'on a identifié jusqu'à 30 visites à l'urgence par année. Donc, vous comprenez que la première cohorte quand on parlait de 450 personnes, c'est les plus grands utilisateurs de salles d'urgence. Et ce qu'on met en place avec des gestionnaires de cas, des infirmières de cas complexes, on devrait normalement je ne dis pas éliminer, là, mais diminuer, de façon majeure, ces... ces... cette utilisation des urgences qui pourrait se régler d'une autre façon. On pense à faire des cliniques spéciales, des cliniques spécifiques. On va donner des mandats à certaines cliniques de notre réseau, soit les GMF et autres, et ça, là, ça va être... ça devrait normalement être un point majeur, là, de désengorgement des urgences, parce qu'on a la preuve, on a fait... on a même identifié client par client que l'utilisation... Donc ça, c'est reconnu, là, c'est des données probantes qui sont déjà faites ailleurs. On pense à la région des Laurentides qui ont installé ça depuis déjà deux, trois ans. Et on va de l'avant à notre tour, et ça, ça devrait être très aidant.

La consolidation aussi des cliniques-réseaux. Tout à l'heure, je vous ai dit: On souhaiterait, dans les prochaines années, avoir des équipes plus multidisciplinaires que juste médecins, infirmières. Ça veut dire nutritionnistes probablement, qui est un des problèmes de la société actuellement, qui amène beaucoup de patients aussi avec des troubles d'hypertension, etc., aux urgences. Si on pouvait régler ces situations-là par des cliniques spécifiques où le client qui est mal pris a un numéro de téléphone avec une infirmière gestionnaire de cas qu'il appelle, qui le rassure, qui l'amène avec un traitement spécifique, il n'y a pas besoin de visiter les urgences à ce moment-là. L'objectif serait d'utiliser nos urgences pour vraiment des grands cas de traumatologie ou l'ensemble des cas d'urgence, là, qu'il n'y a pas d'autre avenue en première ligne. Mais ça, ce serait la... ce serait comme, je n'oserais pas dire, la deuxième ligne parce que c'est une porte d'entrée, là, mais ce serait avant.

Il y a une série de priorités qu'il faut régler pour que ces clients-là n'aient pas besoin d'aller aux urgences. Pas de leur bloquer la salle d'urgence s'ils en ont besoin, mais on pense que, de façon pertinente, on peut trouver d'autres alternatives à la salle d'urgence, et c'est ce qu'on fait actuellement.

M. Drolet: Merci, M. Fontaine.

Le Président (M. Kelley): Et, M. Fontaine, vous avez évoqué la possibilité d'un dépôt d'un document à ce sujet. Il y a un intérêt de notre collègue de Marie-Victorin, c'est surprenant, mais... Non, non, blague à part, mais, si vous avez des précisions sur cette question, il y a un intérêt des membres de la commission à ce sujet.

M. Fontaine (Michel): Sur la gestion des maladies chroniques, là.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Fontaine (Michel): O.K. Oui. On a un beau document là-dessus, oui.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup.

M. Drainville: ...la visite, là, du même patient 30 fois... 30 visites à l'urgence par année, là, c'est...

M. Fontaine (Michel): On a même... Je n'ai pas osé exagérer, mais on en a même un de 72 visites, là.

Le Président (M. Kelley): Mais... mais je pense qu'on a vécu ça dans... quand nous avons regardé le phénomène de l'itinérance aussi, parce que souvent ce n'est pas le bon endroit, si je peux dire ça ainsi, que ces personnes sont dans une crise ou un problème de toxicomanie, ils arrivent à la salle d'urgence, et on cherche des centres de répit, des centres de dégrisement et d'autres modèles où peut-être ça va être un service plus approprié à leurs besoins que la salle d'urgence où on veut la conserver pour la traumatologie, et tout le reste, si j'ai bien compris.

M. Fontaine (Michel): D'ailleurs, si je peux croiser, M. le Président: justement le modèle aussi de mise en place de l'équipe du centre de désintoxication, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, c'est un autre élément où les clients se situaient à l'urgence, n'étaient pas à la bonne place. Ils sont captés immédiatement puis ils ne sont pas nécessairement... c'est-à-dire, ou, s'ils doivent l'être pour être désintoxiqués, ça va, mais, immédiatement après, ils sont pris en charge par cette équipe-là et ramenés dans le giron du secteur qui connaît cette spécialité-là, et on évite beaucoup de retours à l'urgence. Là aussi on a un document bilan qui, depuis la mise en place, au CHUL, de cette équipe-là, nous dit combien on a pu éviter de visites à l'urgence par ce genre de clientèle là, parce que maintenant captée par le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Ou, si on peut regarder ça aussi, ce serait intéressant.

M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. M. Fontaine, j'aimerais qu'on s'entretienne sur la jeunesse et particulièrement sur nos jeunes qui sont en difficulté.

Ce que j'ai compris dans votre rapport, c'est que vous êtes particulièrement satisfait en ce qui concerne les signalements et en ce qui concerne les délais de réponse sur les volets de l'application... l'application des mesures qui sont prises par le centre jeunesse.

Alors, j'aimerais ça que vous nous parliez un peu de la nature de ces signalements-là. Est-ce qu'on parle de négligence, de violence, d'abus envers ces jeunes-là? Et quelles sont les conditions ou les actions qui sont mises en place par votre région pour avoir des résultats aussi intéressants?

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, je vais demander à M. Fillion, si vous acceptez de répondre à cette question.

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Alors, M. le Président, pour le secteur jeunes en difficulté, notre région se comporte, je vous dirais, à peu près comme toutes les autres régions du Québec, là, c'est-à-dire qu'au niveau de la protection de la jeunesse les problématiques de négligence sont au premier rang, à peu près 30 % de l'activité qui concerne la situation de négligence. Suite à ça, on retrouve les troubles de comportement et les situations d'abus, abus physiques, abus sexuels, là, au troisième lieu.

Il faut dire que, dans la région de la Capitale-Nationale, le centre jeunesse a pris des mesures quand même intéressantes et structurantes pour rencontrer la demande de service qui peut être fluctuante. Donc, eux, de façon systématique, ils mettent en réserve un niveau de ressources pour être capables d'ajuster l'offre de service en fonction de la demande de service, donc ce qui fait en sorte qu'on n'a jamais de situation de liste d'attente au niveau de l'évaluation et au niveau de l'application des mesures.

L'autre élément aussi, c'est qu'il y a un historique de collaboration très grande qui existe entre les centres de santé et services sociaux et le centre jeunesse. À titre illustratif, il s'est implanté, depuis trois mois, une équipe conjointe centre de santé et services sociaux et centre jeunesse pour faire de l'intervention de crise dans le milieu pour des situations vraiment, là, de crise auprès des jeunes, dans une perspective de prévenir le placement. Et c'est intéressant de voir que c'est des équipes travailleur social-CSSS-éducateur centre jeunesse, sous une gouverne unifiée, qui assurent toute cette couverture de service là et qui permettent une réponse 24/7, sept jours par semaine, au niveau de l'intervention. Ça, c'est possible parce qu'il existe un historique de collaboration puis de coordination au niveau de la région, dans le programme jeunesse.

M. Chevarie: Bravo, c'est extrêmement intéressant. Je vais vous amener sur un autre volet qui a fait souvent les manchettes au Québec, les infections nosocomiales: C. difficile, SARM et les autres, et là je pense que je vais m'adresser plus particulièrement à la Direction de la santé publique.

On fait le constat que les résultats s'améliorent mais que les cibles ont de la difficulté à être atteintes. Et j'aimerais savoir comment est-ce que vous voyez l'évolution de vos interventions et des résultats pour les prochaines années. Est-ce qu'il y a des actions particulières vis-à-vis cette problématique-là?

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, le directeur de la santé publique pourrait répondre à cette question.

M. Desbiens (François): Oui.

Le Président (M. Kelley): Dr Desbiens.

● *(11 h 30)* ●

M. Desbiens (François): Oui. M. le Président, je vais répondre, dans un premier temps, sur toute la question des cibles atteintes ou pas.

Dans la présentation que M. Fontaine a faite, il a bien précisé que présentement nous avons 38,5 postes titularisés sur une possibilité de 41. Et, lorsqu'on fait une statistique régionale, nous, on dit: On est à 97 point quelques comblés. Mais, pour le ministère, vu que l'objectif c'est 100 %, on a, dans certains établissements, des absences de 0,2 poste, 0,4 poste. Ça, c'est une journée, deux journées — pour des raisons d'affichage, pour des raisons d'absence maladie ou de congé de maternité — qui fait en sorte que, si un établissement n'a pas 100 %, on n'a pas atteint notre objectif.

Donc, on préfère regarder la situation globale régionale qui fait en sorte qu'on n'a pas... on est passés d'un nombre très... beaucoup plus faible d'infirmières en présence des infections. On l'a doublé en cinq ans, et il reste juste quelques fractions de postes à combler dans l'un ou l'autre des établissements, et c'est pour ça, comme M. Fontaine le mentionnait, qu'en 2010, au 31 mars, nous devrions avoir 100 % des postes comblés. Ça, c'est pour la question des postes.

En ce qui concerne l'action régionale, je vous dirais, depuis les cinq dernières années, l'agence a animé, suite aux orientations ministérielles, une table régionale de prévention des infections nosocomiales où chaque établissement est représenté par son infirmière-cadre ou coordonnatrice des autres infirmières et d'un médecin microbiologiste infectiologue pour faire en sorte d'ajuster l'ensemble des interventions régionales et locales. Cette table est coordonnée par la Direction de santé publique, plus spécifiquement par Dr Jasmin Villeneuve, chez nous, et ça a fait en sorte de faciliter l'entraide entre les organisations, d'harmoniser nos façons de faire, et on a des bons résultats entre autres en ce qui concerne les éclosions de C. difficile dans nos établissements.

L'objectif, ce n'est pas de ne plus en avoir, parce que c'est un pathogène qui sera toujours présent; ce qu'il faut faire, c'est qu'il soit le plus faible possible, et on a eu une diminution importante, là, depuis les deux, trois dernières années, en termes d'éclosion de C. difficile. Et les avancées qu'on a faites, avec le nombre d'infirmières qui a été augmenté, permettent aussi d'être plus proactifs à l'égard d'autres pathogènes que sont le staphylocoque résistant à la méthicilline ou l'entérocoque résistant à la vancomycine.

Donc, ce sont des actions régionales qui vont de l'avant. Les établissements sont très mobilisés. Ils ont tous accepté... adopté des politiques internes à l'égard des... nosocomiales, mis en place un comité qui relève soit du directeur général ou de la Direction des services professionnels. Ces comités siègent régulièrement. La Direction de santé publique est observatrice sur ces comités-là. Nous sommes présents et nous sommes satisfaits de leur fonctionnement. Donc, je vous dirais, il y a eu une mobilisation importante dans la région et ce qui fait en sorte que nos taux sont bas, mais il ne faudrait pas que vous pensiez que c'est un zéro qui devrait apparaître dans tous ces taux-là. Il y aura toujours des infections nosocomiales. L'objectif, c'est d'avoir le taux le plus bas possible, le plus près de zéro. Mais on est très satisfaits, là, de la mobilisation. Les établissements ont... se sont investis, et ça paraît dans les actions régionales.

M. Chevarie: Merci, Dr Desbiens. Je vais laisser le reste du temps à mon collègue de gauche.

Le Président (M. Kelley): Oui. M. le député de Charlesbourg.

M. Pigeon: Je dispose, M. le Président, de combien de minutes?

Le Président (M. Kelley): Environ cinq minutes.

M. Pigeon: Environ cinq minutes. Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs dames, et merci d'être là aujourd'hui pour répondre à nos questions. J'ai quelques petits points à soulever. Tout d'abord, la question de la formation professionnelle, M. le président directeur général a parlé de l'école de formation professionnelle Fierbourg, qui est dans mon comté de Charlesbourg, et la question simplement que je voudrais vous poser: Est-ce que... Avec les politiques qui sont en route actuellement et la valorisation de la formation professionnelle, est-ce que l'école réussit à fournir suffisamment de diplômés dans le domaine de la santé, en formation professionnelle, ou s'il y a encore des défis, là, qui nous attendent pour attirer plus de jeunes dans ces professions-là?

Le Président (M. Kelley): M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, je pense que, oui, il y a encore des défis, mais je peux vous dire qu'autant la commission scolaire des Premières-Seigneuries que Fierbourg eux-mêmes, là, ont fait des efforts immenses dans les deux dernières années pour nous aider à cet égard-là. Il s'agit qu'on émette nos besoins — M. Thibault pourrait compléter — et on nous a demandé même de participer avec eux. C'est pour ça — tout à l'heure, je vous donnais l'exemple des nouveaux locaux — qu'on amène les étudiants directement en milieu hospitalier maintenant, et ça nous aide beaucoup parce qu'il y aura... il y a une cohorte de 60 étudiants additionnels qui sortiront à cause de cette situation-là. Mais, si vous voulez une réponse plus complète, là, M. Thibault pourrait compléter.

M. Thibault (Marco): Oui. Merci, M. le Président. En réponse, je vous dirais qu'on a, de la part des partenaires de l'éducation, peu importe le niveau, une très bonne collaboration pour adapter, être dans une approche comme si on était le client dans ce cas-ci. On est aussi un demandeur de main-d'oeuvre, on fournit à la formation via une multitude de stages, mais on a, de la part du réseau de l'éducation, une approche qui est très soutenante dans notre capacité à répondre à nos besoins, donc d'où l'émergence de projets novateurs, de formation d'élèves dans nos milieux.

M. Pigeon: Merci. Un autre point, M. Fontaine, que j'aimerais soulever. Vous avez mentionné... dans le cadre de toutes les difficultés que les gens ont à se trouver un médecin de famille, d'avoir accès, là, à des soins de première ligne, vous avez parlé des cliniques-réseaux. Vous savez que je suis sensibilisé à cette problématique, et je voulais simplement mentionner que j'étais heureux que ça entre dans le cadre, là, de vos projets de favoriser le déploiement des cliniques-réseaux qui permettent d'avoir un accès direct au sans rendez-vous et je pense qu'il y a là, là, un élément important. Je veux simplement souligner que j'étais heureux que vous l'ayez mentionné.

Un point qui m'apparaît aussi probablement un de vos défis majeurs, j'imagine, mais je voudrais vous entendre brièvement là-dessus, c'est sur la question des services à

domicile pour les personnes âgées. Alors, vous avez beaucoup parlé, je pense, de toute cette question et, je pense, de la philosophie qui vous anime de faire en sorte que les gens puissent rester à domicile le plus longtemps possible, mais ça demande des soins. Comment se situe la région de Québec dans ce sens-là? Réussissez-vous grosso modo à satisfaire à tous les besoins? Est-ce qu'il y a de gros défis? Où en sommes-nous précisément, M. le Président?

M. Fontaine (Michel): O.K. M. le Président, je vais demander à M. Fillion de compléter, mais avant je voudrais faire un point sur les cliniques-réseaux, vu que vous en avez parlé. Parce qu'on pourrait, pour les membres... pour le bénéfice des membres de la commission, on pourrait penser que c'est juste du sans rendez-vous, mais ce qui est majeur dans ces cliniques-là, c'est qu'on s'est donné un objectif de 70 % aussi d'évaluation, réorientation du client pour ne pas qu'il reste orphelin comme ça, qu'il passe son temps dans la porte tournante du sans rendez-vous. Il y a un niveau de prise en charge important. Ça, c'est aussi majeur que la partie du sans rendez-vous pour nous, c'est ça qui va faire en sorte qu'un jour les gens vont avoir une éducation, là, par rapport au fait qu'on peut se retrouver dans une situation de prise en charge au lieu de toujours attendre le sans rendez-vous. Donc ça, c'est un de nos grands objectifs au niveau des cliniques-réseaux aussi.

Pour ce qui est du maintien à domicile, bien je répète juste qu'effectivement ça nous anime beaucoup, la philosophie — puis Jacques va compléter, là, mais — de la situation de maintenir les clients à domicile le plus longtemps possible. Parce que des fois les gens pensent que, nous, notre objectif, c'est de développer des CHSLD, là, mais, quand on est... puis je disais tantôt que c'était une instance de dernier recours, si on ne peut pas faire autrement, parce que les gens ne peuvent plus vraiment rester à domicile, ça va, mais sinon, avant, ce qui nous anime le plus, c'est d'«upgrader», là, entre guillemets, les services de soins à domicile pour garder ces clientèles-là à domicile le plus longtemps possible.

M. Fillion (Jacques): Peut-être en complément, M. le Président. Les stratégies de maintien à domicile, ça interpelle aussi la collaboration de plusieurs acteurs, la famille proche dans un premier temps, on parlait de l'univers des entreprises d'économie sociale tantôt, qui sont un acteur clé, les organismes communautaires et la contribution bien sûr du réseau public. Ce qui est intéressant de voir... À votre question «est-ce qu'on répond à l'ensemble des besoins?», la réponse: Non. C'est clair. Est-ce qu'il y a par ailleurs une tendance vers une augmentation de l'offre de service et de l'intensité de service pour les clientèles davantage ciblées? Assurément, oui.

Les analyses qu'on fait principalement pour les personnes de 75 ans et plus, ce qu'on constate, c'est que la perte d'autonomie, elle est vraiment à partir de 75 ans et plus. Donc, on a un niveau de desserte de l'ordre de 88 %. On rejoint 88 % de la population de ce groupe d'âge là dans la région, ce qui est quand même très significatif, avec un niveau d'intensité de service pour ce qu'on capte, nous. Parce que ce qu'on capte, c'est les services dispensés par le centre de santé et de services sociaux. Il y a une partie de la réalité qui n'est pas captée en termes statistiques mais qu'on connaît, par ailleurs. Donc, c'est pour ça que c'est difficile de dire c'est quoi, le niveau de réponse complète de besoins, ce serait hasardeux d'établir un chiffre. Mais assurément que ça demeure un défi parce que, on le voyait en mise en contexte, il y a un accroissement de la population âgée, principalement les 75 ans et plus et les 85... 85 ans et plus, et c'est là que la demande de service est présente. Mais les tendances qu'on voit, c'est qu'on est dans la bonne cible.

M. Pigeon: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. Avant de céder la parole à ma gauche, il reste environ 32 minutes à ma gauche et 24 à ma droite. Sans plus tarder, Mme la députée de Taschereau.

● *(11 h 40)* ●

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames messieurs de l'agence. C'est un plaisir de vous retrouver. Je sais que vous faites votre possible pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux dans la région, mais on a toutefois un sérieux problème en santé mentale dans la région. Je pense à la situation de crise qu'on vit au Centre hospitalier Robert-Giffard qui, depuis deux ans, est devenu l'institut régional de santé mentale. Nous sommes la seule région où s'est implanté véritablement un institut régional qui couvre tout le territoire, et je me questionne parfois sur cet essai qui a été... de vision, d'implanter une vision dans la région où le résultat est, disons-le, catastrophique. Actuellement, je me fie non seulement sur les déclarations des intervenants, mais je me fie sur le rapport de M. Paquet, que j'ai entre les mains, qui est disponible pour tout le monde. Il n'y a plus d'évaluation, il n'y a à peu près plus d'accès pour le module évaluation-liaison, ce qui veut dire, peut-être, parfois des huit à neuf mois avant de connaître ce qui nous arrive, avant de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. On dit huit à neuf mois, là, mais, dans le rapport, on dit carrément que, depuis le mois de juin, il n'y a plus d'accès. Il y a 342 patients en attente. L'objectif régional, normalement, devrait être d'à peu près 40. C'est pour montrer le déficit, là, actuel.

On dit qu'il y a une pénurie de 18 psychiatres. Vous venez de nous dire que le ministère le conteste. Ça va être difficile parce que c'est ça qui est perçu dans le rapport comme étant une des choses à régler à court terme. Alors, si le ministère conteste les solutions à court terme de l'évaluateur, on a quelques petits problèmes. Saint-Sacrement a fermé son unité psychiatrique. Il y a des citoyens qui ont téléphoné qui veulent des accès de service. À Saint-Sacrement, on leur a dit: Appelez à l'Enfant-Jésus. À l'Enfant-Jésus, on leur a dit: Oui, oui. Vous pouvez appeler à Saint-Sacrement. Alors, on tourne en rond, comme on dit de cette belle expression.

Il n'y a plus de chef de département régional. Il manque plusieurs responsables clinico-administratifs. Et là il y a eu un accompagnateur qui a été nommé, M. Paquet, qui a transmis un rapport. Ce rapport décrit des solutions à court terme. Mais vous m'avez étonnée, M. Fontaine. Et pourtant je vous connais bien. Vous avez dit: On avance. Or, depuis ce rapport, la responsable, la présidente du CMDP de l'institut, qui était la chef de département régionale par intérim, a démissionné. On recule, à mon sens. Alors, moi, pour moi, on recule. À moins que vous me disiez que la démission de la CMDP et chef de département régionale soit une avance, là, moi, je trouve... Et ça, ça s'est fait après le dépôt du rapport.

Alors, je voudrais d'abord que vous nous disiez si vraiment vous considérez toujours qu'on avance. Moi, je pense que, dans ce dossier-là, ce qu'on a évité, c'est de nommer les problèmes. Là, il y a un problème, et je voudrais vous entendre. Ce qu'on voit, c'est que le problème, il se perpétue,

puis ça va prendre une action énergique. Alors, est-ce que cette démission est un bon augure ou mauvais augure? Moi, je trouve que c'est un mauvais augure. Deuxièmement, est-ce qu'il va y avoir des gestes énergiques de posés?

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, très honnêtement, là, on ne veut vraiment pas se défiler dans ce dossier-là. Ça va mal en santé mentale. C'est clair. Les choses sont nommées dans le rapport de l'accompagnateur. Et concernant... Il y a juste une distinction que je veux faire, là, par rapport aux démissions des psychiatres de l'hôpital du Saint-Sacrement. Il faut quand même... Il faut quand même, pour le bénéfice des membres de la commission, que vous sachiez que, ça, ça s'est fait avant, bien avant la situation de crise qui s'est passée, donc, quasiment une année avant, en cours de route, en préparation, etc. On travaillait ce dossier-là même avec le Collège des médecins, là. Je ne peux pas donner d'indications claires, ici, mais juste pour vous dire que c'était une situation qu'on avait pris en main. Et, dans ce contexte-là, ça a amené à la démission de plusieurs personnes.

Je mets ça de côté parce que je ne veux pas que ce soit un faux-fuyant, là. On a un problème majeur. Puis, quand je disais qu'on avançait, il faut dire... il faut dire, bien, à ce moment-ci, que la démission de la présidente du CMDP, pour nous, on a connu cette décision-là lundi, donc vous avez vu ça dans les journaux samedi, et même la direction générale n'était pas au fait, ni le conseil d'administration. C'est une démission qui s'est faite à l'intérieur même du CMDP. Probablement qu'on va recevoir la lettre, là, aujourd'hui ou demain.

Donc, c'est pour ça que, tout à l'heure, je disais que ça avançait, dans le contexte qu'il y a des actions que, nous, on avait portées. Moi-même, là, je me suis déplacé à toutes les rencontres pour rencontrer les psychiatres. Avec l'accompagnateur, on lui a demandé de continuer à travailler pour aider. Et la situation de remettre le MEL en place, c'est une priorité absolue. On parle de trois mois maximum. La situation de la reprise de la salle d'urgence: moi, j'ai rencontré personnellement trois psychiatres, la semaine passée, pour redonner un minimum de services dès les trois mois du court terme, et un service progressif à remettre à 100 % en place dans les six à neuf mois. Et c'est pour ça que je dis que ça avance, parce que, moi, j'ai des indications de ces gens-là qui sont d'accord à aller de l'avant.

Sans nommer de noms, ici, je pourrais vous dire qu'il y a une psychiatre clairement... qui s'est clairement identifiée, qui veut prendre en charge... reprendre en charge l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement. Elle est d'accord avec cette situation-là. Elle ne conteste pas du tout l'activité de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Saint-Sacrement, contrairement à un certain nombre des membres du département régional de psychiatrie. Donc, oui, c'était honnête, quand je disais qu'on avançait avec les dossiers que, moi, j'avais. La démission de la présidente du CMDP, c'est un moins. C'est clair. Je veux dire, c'est... on ne peut pas penser que ça nous aide, là, quand on n'a pas de tête qui nous aide à avancer au niveau médical.

Et, comme vous disiez tout à l'heure, c'est sûr qu'on travaille les recommandations une à la fois, là, dans le court terme, et, si on n'a pas de résultats, je vais utiliser votre expression, là, il va falloir poser des gestes énergiques. Il faudra le faire, si c'est nécessaire, mais avant on veut donner la chance au coureur. On a un rapport en main qui constitue le plan d'action, le conseil d'administration l'a adopté, a mis en place un certain nombre de mesures, et déjà le départ pour remettre en place un chef de département, la consultation avec les partenaires obligatoires dans ce contexte-là parce que c'est un département régional, l'université, et tout ça, est parti aussi. C'est pour ça que je disais que, ça, c'est un point positif.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Maltais: Merci. Merci de cette franchise. Je pense qu'on a un problème, puis il faut aborder le problème de front, M. Fontaine. Mais ce qui m'a étonnée aussi, c'est que vous nous avez dit que le ministère considère que la région est bien pourvue. Or, si la région est bien pourvue d'après les chiffres, je vais commencer d'abord à m'inquiéter pour les autres régions, parce qu'ici il n'y a plus d'accès aux services, là. On n'est pas dans les considérations de logistique, d'organisation. Il n'y a plus d'accès, à peu près, aux services. Il y a vraiment une difficulté. Il n'y a plus d'accès aux services d'évaluation, ce qui entraîne, après ça, des impacts sur tout le reste. Alors, ou bien c'est faux, que la région est bien pourvue, auquel cas c'est le ministère qui erre, ou bien c'est vrai, que la région est bien pourvue, et, à ce moment-là, est-ce que l'institut régional en santé mentale est une erreur magistrale? Nous sommes la seule région où il y a un institut régional en santé mentale qui couvre toute, toute, toute la région, et, excusez-moi, là, c'est le bordel! Alors, il n'y a plus de services aux clients. Est-ce que c'est parce que l'institut a provoqué un tel engouement pour l'idée d'université de recherche et de développement qu'on n'a pas assez mis d'attention sur les services? Mais il y a un problème.

Alors, ou bien le ministère se goure et on manque de psychiatres ou bien on a un gros problème d'organisation dans la région, puis il faut faire des mouvements vite. Alors, est-ce qu'on va rester, d'après le ministère, à 76 psychiatres en service?

M. Fontaine (Michel): Bien, je ne sais pas si je me suis mal exprimé tout à l'heure. Ce que je disais, c'est qu'en fonction du nombre relatif de médecins dans toute la province nous sommes la région la plus riche. Je ne peux pas dire si le ministère nous conteste parce qu'on va avoir notre rencontre demain soir avec le sous-ministre et notre accompagnateur pour une des recommandations que vous voyez dans le rapport, là. La rencontre en question, vous voyez que ça ne retarde pas. On a eu ce rapport-là au retour des fêtes et, déjà, on est dans l'actualisation. Mais ça, je ne sais pas, mais je vous faisais le portrait... C'est parce que...

Je vais prendre ça autrement, là, rapidement. Que ce soit n'importe quelle spécialité, il y a 1 000 spécialistes, supposons, en vasculaire dans la province, puis, nous, à titre d'exemple, on en aurait — je vais exagérer, là, juste pour me faire comprendre rapidement — on en aurait 600, puis il manquerait encore des services, supposons, parce qu'il y a des gens qui contestent, il y a toutes sortes de choses de même, ça ne voudrait pas dire qu'il en manque au total.

Là, je reviens à mon exemple dans la psychiatrie. Moi, je ne suis pas en mesure aujourd'hui... parce qu'il y a une recommandation qu'on met en force aussi, la semaine prochaine, qui dit qu'il faut faire une analyse de tâches parce que ça fait des années qu'on a... En psychiatrie, on dit que la couverture de la psychiatrie générale, malgré notre 96, puis ça, c'est pour ça que j'amène cet exemple-là — pourtant on avait 96 psychiatres à l'époque — était mal couverte, entre guillemets, parce qu'on a développé de la psychiatrie très spécialisée, surspécialisée, que ce soit au niveau des troubles

alimentaires... mettez-les toutes... on les a toutes à Québec, mais ça, ce n'est pas la prise en charge de psychiatrie générale pour aider les omnipraticiens de première ligne, etc., l'ensemble des services qu'on reconnaît, le MEL et compagnie.

Donc, c'est pour ça que, moi, tant qu'on n'aura pas ce portrait-là final... Est-ce qu'on manque vraiment de médecins? Ça se peut qu'on manque de médecins. Un peu comme on donnait l'exemple d'organismes communautaires, nous, on pense qu'on a fait l'optimal dans les circonstances et on se dit: Il y a quand même un manque à gagner de 1,5 million, mais, si on se compare après avec le reste de la province, on demeure une des régions les plus nanties à cet égard-là. Ça ne veut pas dire qu'on rencontre toutes les situations pour autant.

Mme Maltais: M. Fontaine, vous dites que vous allez avoir une évaluation du nombre de...

M. Fontaine (Michel): De la tâche...

Mme Maltais: ...de la tâche...

M. Fontaine (Michel): ...de la tâche parce que, dans le fond, c'est comme...

Mme Maltais: Et quand est-ce qu'on va avoir cette évaluation-là puis est-ce qu'elle va être disponible?

● *(11 h 50)* ●

M. Fontaine (Michel): Bien, on voit la recommandation, là... je n'ai pas... vous l'avez, je l'ai ici, là, mais vous pouvez regarder, je pense que c'est six mois, celle-là, c'est une recommandation à moyen terme, de mémoire. Et ça amène à mettre une équipe neutre en place pour dire: Bien, il y a une offre, et c'est l'offre et la demande, là. S'il y a une demande de service de x, ça prend combien de psychiatres habituellement? Pas nécessairement ce que les psychiatres disent, que, nous, on veut être plus, mais, normalement, dans toute société qui a évalué son nombre...

Mme Maltais: Ma question est vraiment sur: Quand est-ce qu'on risque de voir...

M. Fontaine (Michel): Bien, nous autres, on va respecter la recommandation. C'est parce que je ne me souviens pas si c'est trois mois ou six mois.

Mme Maltais: Elle, c'est trois mois? Six mois. O.K.

M. Fontaine (Michel): Six mois. Bon. Ça va être dans six mois.

Mme Maltais: Parfait. Une dernière... une petite situation importante pour bien du monde, qui est sur un autre sujet, simplement, rapide. L'organisme Point de repères a organisé... à cause de la demande, a organisé un nouveau service qui s'appelle le bas seuil. Ce service fait que les personnes qui ont à vivre de très graves problèmes de toxicomanie reçoivent là des services qui s'apparentent... ce n'est pas ça, là, mais c'est de la réduction des méfaits. Ils reçoivent des soins de santé, il y a des infirmières sur place. Et, depuis, on guérit des hépatites C, il y a des résultats extraordinaires. Il y a déjà 40 personnes qui sont là, c'est des résultats assez solides. Ils ont mis le service sur pied avec un tout petit montant, avec 50 000 $. Le service coûte 130 000 $. Il y a une demande qui a été déposée à l'agence. Il manque un 80 000 $. Entre nous, on peut s'amuser, c'est ce qu'a coûté le forum à Lévis, 82 000 $. Alors, c'est un 80 000 $, qui pourrait être bien utilisé, par année, même si ce n'est pas dans vos budgets de l'agence, c'est quand même intéressant de savoir ça.

Alors, ce service va fermer le 1er avril, si on n'a pas les sous; ils vont être obligés de mettre à pied le monde. Est-ce que l'agence va regarder attentivement ce dossier rapidement? Parce que l'agence n'a pas de personne répondant au dossier en matière de réduction des méfaits. Alors, comment on va traiter ce dossier-là? Puis il y a une urgence. Je voudrais juste savoir si vous allez regarder ça attentivement puis s'il va y avoir un répondant direct sur ce dossier-là.

Le Président (M. Kelley): M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Oui. Alors... Bien, juste pour vous dire, M. le Président, Mme la députée, que le service qui a été développé avec Point de repères, c'est un travail conjoint qu'on a fait avec l'organisme et avec les autres partenaires du milieu. Donc, on est très au fait. On a un répondant, à l'agence, qui s'occupe particulièrement de ce qu'on appelle les services à bas seuil, qui est un petit peu un nouveau concept dans la région puis qui va effectivement dans le sens que vous disiez, vous l'avez très bien résumé: réduction des méfaits, un accès aux services. Il y a les centres de santé, le Centre de santé de la Vieille-Capitale qui fournit du personnel infirmier à l'intérieur des services.

Quant à votre préoccupation d'assurer la pérennité des activités, on est en contact... hier, encore, j'ai été en contact avec l'organisme Point de repères, et on doit se rencontrer dans les prochains jours dans la perspective effectivement de maintenir le niveau de service.

Mme Maltais: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée. Oui.

M. Drainville: Je voudrais terminer le bloc de Mme la députée.

Le Président (M. Kelley): O.K. Il reste deux minutes. Alors... O.K. Parfait. Courte question.

M. Drainville: Sur le projet pilote du DSQ, je ne vous l'ai pas demandé tout à l'heure, mais j'aimerais ça que vous nous soumettiez un rapport de suivi qui fait l'état de situation, qui nous dit pourquoi ça a bogué, c'est quoi, les causes, qu'est-ce qui n'a pas fonctionné, quel geste vous allez prendre pour faire fonctionner le projet pilote et quels sont les échéanciers qu'on peut espérer sur ce dossier-là. Par ailleurs... Vous l'avez déjà?

M. Fontaine (Michel): Oui.

M. Drainville: Bien, si vous pouviez le déposer, ce serait très apprécié.

Je vais vous poser deux questions sur la situation dans Charlevoix au nom de la députée de Charlevoix et chef de l'opposition officielle. L'été dernier, les services d'obstétrique de l'Hôpital de La Malbaie ont fermé du 27 juillet au 10 août, faute de médecins. Les femmes enceintes de Charlevoix devaient donc se rendre au CHUQ pour accoucher, le cas échéant.

Quel est le plan de l'agence pour qu'une telle situation ne se reproduise pas à l'été 2010? Et, deuxièmement, le secteur de Charlevoix connaît plusieurs problèmes liés au manque d'effectifs médicaux. Il y a eu plusieurs discussions avec les gens du milieu pour tenter de trouver une solution à ce problème d'effectifs.

Alors, Mme la députée de Charlevoix aimerait savoir, de votre part, quelles sont les solutions préconisées pour pallier le plus possible au manque d'effectifs médicaux dans Charlevoix. Quels gestes avez-vous posés, déjà posés auprès du ministère de la Santé pour tenter de trouver une solution? Merci.

M. Fontaine (Michel): Alors, M. le Président, concernant l'obstétrique, il faut savoir que ce n'est pas en lien directement juste avec un accoucheur, ça nous prend en place un chirurgien général et un anesthésiste au cas où il y aurait une situation de gravité, de césarienne, etc.

Donc, c'est assez complexe parce que, dans Charlevoix, la situation de l'Hôpital de La Malbaie, on tente de regrouper la chirurgie générale pour sortir de cette situation-là, et en même temps ce n'est pas accepté non plus par la population, puis peut-être avec raison, mais en même temps on n'est pas capables d'attirer directement des médecins quand l'activité ne permet pas, là, d'avoir des temps plein. Donc, c'est souvent des itinérants ou des gens, dans le bon sens du terme, là, pour la situation des obstétriciens dans ce cas-ci, des omnipraticiens accoucheurs et autres, mais surtout d'avoir en arrière-plan, au cas où il nous arrive une situation dangereuse, un anesthésiste et un chirurgien général pour faire une césarienne.

Donc, ce qu'on a fait, nous, parce que ça pourrait arriver encore, très honnêtement, mais ce qu'on a fait, c'est plutôt de tenter une entente avec le CHUQ à l'année plutôt que d'avoir toujours, entre guillemets, des boutures comme ça parce que le seul chirurgien prend ses vacances, puis tout à coup, dans cette période-là, on n'est pas capables d'avoir de médecin remplaçant. Parce que la solution ne serait pas d'en amener un troisième puis un quatrième, ils ne seraient pas en mesure d'exercer leurs fonctions, là, avec assez de volume et de masse critique.

Donc, c'est de tenter plutôt une entente spécifique entre le CHUQ et le CSSS de La Malbaie pour avoir une couverture dans toutes les situations quand ça arrivera. Et on est en discussion, on n'a pas réussi cette entente-là encore. On pense que, nous, c'est la vraie solution, parce que, des médecins remplaçants, on peut en trouver quand ça adonne, mais, s'il n'y en a pas, bien on est pris avec la situation qui a été vécue à l'été 2009.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de... on commence avec les Îles-de-la-Madeleine ou Jean-Lesage? Les Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci. En obstétrique toujours, vous avez mentionné plus tôt que le nombre d'accouchements avait considérablement augmenté. On parle depuis 2004-2005 d'un pourcentage de 28 %, c'est passé de 6 600 à plus de 8 000 accouchements. J'aimerais savoir... Évidemment, c'est des très, très heureuses nouvelles, cette situation-là, mais j'aimerais savoir quels sont les changements qui sont prévus à votre offre de services pour être capables de répondre, si la tendance se maintient au cours des prochaines années, à cette situation extrêmement intéressante pour le Québec.

M. Fontaine (Michel): Bien, écoutez, en attendant, comme je disais tout à l'heure, d'avoir une situation un peu plus costaude, là, dans le contexte est-ce que, oui, ça va être maintenu, nous nous étions donné, là, au moins quatre ans pour visualiser si la croissance se maintenait, et en attendant, bien sûr, on a mis quand même les services en place, là, de façon plus temporaire, non récurrente à chaque année. Si on pense aussi, parce que des fois on oublie, après les accouchements, c'est quand même autour de 15 % des bébés qui des fois vont en néonatalogie, ça, c'est les soins intensifs de néonatalogie, donc il faut tout se rééquiper à cet égard-là. C'est ça que je vous disais tout à l'heure.

Si toutefois on pouvait faire la preuve que c'est maintenant notre nouveau volume d'accouchements, tous les collatéraux autour, la néonatalogie, les services diagnostiques, etc., bien il faut revoir l'ensemble de l'organisation des services parce qu'on avait prévu, très honnêtement, au Centre mère-enfant, la possibilité de 3 500 accouchements et la même chose à Saint-François-d'Assise qui est dans le même établissement, là, c'est le CHUQ à Québec, autour de... au maximum 3 500. Ça devait devenir progressif, parce qu'au moment où on a fait nos planifications l'Institut de la statistique nous donnait pour la région de Québec maximum 6 000 accouchements par année. Donc, ce n'est pas parce que c'est une mauvaise planification, mais on se fiait aux analyses qui avaient été faites, et, dans ce contexte-là, bien il faudrait aller aussi loin que de voir les lieux physiques aussi, peut-être un étage additionnel sur le Centre mère-enfant ou une réorganisation à Saint-François-d'Assise de d'autres activités.

Parce qu'à Saint-François-d'Assise on a un pavillon qui s'appelle l'Aile D, qui actuellement est un CHSLD temporaire. On parlait tantôt des lits de transition, 250 lits, il y en a 100 dans ce pavillon-là qu'on pourrait relocaliser éventuellement. Donc, pas nécessairement faire l'obstétrique là, mais des choses autres dans l'hôpital à ramener là pour libérer un nouvel étage, un deuxième étage pour l'obstétrique, par exemple, si c'est nécessaire.

M. Chevarie: Est-ce qu'il y a des choses qui sont prévues aussi avec la collaboration, par exemple, des CLSC, l'équipe enfance-famille?

● *(12 heures)* ●

M. Fontaine (Michel): Vous avez vu dernièrement, l'année passée, l'inauguration d'une maison des naissances, là, que Mme Maltais avait, à l'époque, contribué à mettre en place. Donc, vous l'avez vue venir au monde pour le vrai, là, sans jeu de mots. Et c'est un milieu qui nous aide, là, qu'on prévoit faire 400 à 500 accouchements, à terme, dans ce milieu-là. On est déjà autour de 200, si je ne me trompe pas. Donc, oui, c'est des outils additionnels qui viennent nous aider dans ce domaine-là.

M. Chevarie: O.K. En ce qui concerne l'accès aux chirurgies, là aussi, il y a eu des améliorations importantes, et, depuis environ cinq ans, on constate également que près de 95% des personnes opérées dans la région sont à l'intérieur des délais d'attente de six mois. Pouvez-vous nous parler davantage de ces améliorations-là puis comment est-ce que vous avez fait pour finalement parvenir à ces résultats?

M. Fontaine (Michel): Bon, pour avoir moi-même fait les visites des blocs opératoires, d'abord on a essayé de dégager, là, qu'est-ce que serait le temps opératoire additionnel possible dans les circonstances, parce que, là, pour

la première fois, on avait du nouveau financement pour tout volume additionnel en chirurgie. Donc, c'est sûr qu'au niveau des établissements, pour une fois, il y avait un incitatif majeur à les faire, ces chirurgies-là. Puis le fait qu'on a ciblé un certain nombre de chirurgies qui avaient un délai d'attente si important aussi, ça a aidé.

Vous avez vu, quand je parlais tantôt de quand on regroupe des spécialités puis on réussit à faire des masses critiques qui permettent d'optimiser autant la qualité que les volumes, au niveau de la cataracte, par exemple, le fait d'avoir mis tout le monde ensemble dans un milieu, une institution, on a été en mesure d'améliorer les processus de façon importante et presque de... quasi doubler la production chirurgicale. Mais ce n'est pas étranger à du financement aussi.

M. Chevarie: Est-ce qu'il y a d'autres mesures qui sont prévues pour encore s'améliorer et vraiment atteindre la cible du six mois pour toute clientèle?

M. Fontaine (Michel): Bien, écoutez, pour nous, l'amélioration du processus est constante, là. Donc, ce qu'on demande, nous, comme on travaille avec... Vous avez... Peut-être vous êtes au courant aussi du nouveau logiciel, qui est un guichet unique, là, pour qu'on puisse cibler l'attente de nos patients de chirurgie par établissement, par chirurgien, etc. Donc ça, c'est un outil majeur qui nous aide à suivre la situation et surtout d'intervenir plus régulièrement, parce que les établissements, très honnêtement, là, sont intéressés à faire la production de chirurgies, parce qu'il n'y a pas un chirurgien au monde, là, qui ne veut pas faire de la chirurgie. Donc, il s'agit d'avoir l'outillage, les processus sont améliorés.

Maintenant, comme le ministère nous accorde du financement en fonction des volumes, on va l'atteindre, nos objectifs, à 100 %. Mais vous voyez que 95 %, là, c'est quand même une atteinte très optimale, là, déjà.

M. Chevarie: Tout à fait. En ce qui concerne l'accès aux services généraux, là aussi votre performance est bonne. Je pense qu'on peut la... on peut la qualifier comme ça et je pense que l'offre de services répond à l'ensemble des besoins de la population.

Il y a cependant l'accès aux médecins de famille. D'ailleurs, vous en faites un enjeu pour les prochaines années. Quel genre d'action concrète? Vous avez parlé des GMF évidement qui... on poursuit la mise en place des GMF, mais j'aimerais savoir: Est-ce que, dans votre lecture... est-ce qu'il y a beaucoup de clientèles orphelines de médecin, même s'ils sont... de médecin de famille, même s'ils ne sont pas rattachés à... Il y a le taux d'inscription aux GMF qui est bas, mais ça ne veut pas dire que le client comme tel n'a pas accès à un médecin quand même. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Fontaine (Michel): Bien, d'abord vous dire que, nous, on parle de plus en plus, dans un discours, d'une équipe santé plus qu'un accès à un médecin de famille spécifiquement, parce que je vous mentionnais tout à l'heure qu'on veut aller encore plus loin, autant dans nos cliniques-réseaux que dans nos GMF, d'avoir accès à une équipe, donc une équipe multidisciplinaire, aux médecins quand c'est nécessaire bien sûr, là, mais on le voit, là, 20 %, je vous disais tout à l'heure, 20 % de nos clients qui se présentent en clinique-réseau n'ont pas nécessairement besoin d'une intervention médicale, c'est réglé au niveau déjà de l'infirmière qui fait l'orientation et l'évaluation. Donc, on va aller encore plus loin dans la mise en place d'équipes multidisciplinaires. Ça va aider beaucoup. Quand on va parler d'accès maintenant pour la population à un service, là, au lieu de parler de juste d'un service médical, on va parler de l'équipe santé, et il se peut que la personne soit réorientée dans... à travers nos professionnels, là, que ce soit un psychologue ou autres, au lieu d'être spécifiquement l'omnipraticien, qui, lui, va être dégagé vraiment pour faire ses interventions médicales quand c'est nécessairement... quand c'est requis.

Donc ça, c'est un point majeur qu'on... c'est un objectif qu'on se donne, là, pour les deux, trois prochaines années, de réussir à mettre en place ces équipes-là. Ça n'existe pas actuellement. Là, on a des équipes qui sont composées d'infirmières et médecins, donc on veut élargir cette situation-là pour améliorer encore l'accès puis laisser de la place au médecin pour faire ses activités exclusivement médicales, là, pour aider à le libérer davantage, compte tenu de... Ce n'est pas... On ne peut pas nécessairement parler d'une pénurie, mais le nombre de médecins, là, il est restreint quand même.

M. Chevarie: O.K. Merci. Puis je reviendrai s'il reste du temps après.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le député. M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet: Merci, M. le Président. Est-ce que je pourrais voir le temps qu'il nous reste, s'il vous plaît, pour M. Fontaine?

Le Président (M. Kelley): Pour... Il reste à peu près 15 minutes des deux côtés de la table.

M. Drolet: O.K. En tout cas, du moins pour ce qui est de M. Fontaine, vous avez fait état tout à l'heure, dans votre conclusion de rapport... en fait de votre allocution, des enjeux pour 2010-2015. Je ne les nommerai pas parce que ça serait peut-être un peu long de les nommer. J'aimerais mieux peut-être que vous les élaboriez, vous, de votre côté, et que vous nous précisiez davantage ces défis-là de conclusion en fait de votre... de vos engagements que vous avez, en fait les cinq que vous avez dans votre rapport peut-être en...

M. Fontaine (Michel): Bien, M. le Président, si vous êtes d'accord, je passerais la parole au directeur de la santé publique pour le premier engagement, qui est vraiment un engagement de santé publique, là, qui est l'expert.

M. Desbiens (François): En ce qui concerne le premier...

Le Président (M. Kelley): M. Desbiens.

M. Desbiens (François): Oui, excusez-moi, M. le Président. En ce qui concerne le premier, en juin dernier, le conseil d'administration a adopté la mise à jour du plan d'action régional de santé publique, puis, à l'intérieur de ce plan d'action régional de santé publique, on identifiait l'ensemble des programmes et activités de nature préventive à offrir autant aux jeunes enfants, aux familles, aux adolescents, aux adultes qu'aux personnes âgées. Et on est dans la... dans le processus, avec nos CSSS, de faire en sorte que ceux-ci élaborent maintenant leur plan d'action local de santé publique pour faire en sorte qu'on offre des services préventifs et de promotion de la santé à l'ensemble de notre population.

On avait identifié, par le portrait de santé qu'on a rendu public en 2008, des inégalités sociales de santé importantes qui semblent augmenter, j'en ai parlé tantôt. Donc, on a identifié des défis relativement à la... pour contribuer à la réduction des inégalités de santé, de travailler en intersectorialité avec le milieu de l'éducation, les services de garde, les entreprises pour faire en sorte que tous ces milieux-là... la ville de Québec et les autres villes, pour faire en sorte que tous les partenaires puissent prendre, dans leurs juridictions respectives, des décisions propices à la santé. Et le défi qu'on a retenu, c'est que, pour les cinq prochaines années, on puisse continuer avec nos partenaires, réseau et intersectoriels, de mettre en place des services préventifs, des décisions de politiques publiques favorables à la santé qui vont faire en sorte de diminuer les problèmes de santé et de maintenir notre population en bonne santé.

Donc, c'est le défi que nous avons, et je vous dirais que la région est très mobilisée à l'égard de l'actualisation de l'un ou l'autre de ces programmes-là.

M. Fontaine (Michel): Pour le point 2, je vais demander à M. Fillion. Mais, juste avant, juste vous confirmer, là, que, quand ces engagements-là... Encore hier, nous étions à ce qu'on appelle, nous, le forum D.G., avec l'ensemble de nos D.G., pour discuter de ces engagements, et c'est unanime, là, les engagements pour notre planification stratégique au niveau de tous les D.G. de la région. M. le Président, est-ce que vous acceptez?

Le Président (M. Kelley): Oui. M. Fillion.

M. Fillion (Jacques): Alors, M. le Président, en lien avec les services de première ligne, et là j'inclus l'ensemble des services de première ligne, autant l'organisation médicale de première ligne, les services sociaux de première ligne, il y a une croyance fondamentale, dans la région, sur le fait que le réseau doit s'appuyer sur une première ligne forte, bien organisée, bien structurée. Puis vous avez pu voir les résultats, là, au cours des cinq dernières années, où c'est qu'il y a une tendance marquée, et on voit les effets.

La première ligne, par ailleurs, ne peut pas fonctionner sans un appui très clair, très réel des spécialités. On faisait référence tantôt au secteur de la santé mentale, il y a là quelque chose, un enjeu particulier, mais c'est vrai aussi dans le secteur de la santé physique. Donc, la... pour nous, il y a un enjeu majeur, c'est de s'assurer que ce qui peut se faire en première ligne, avec l'appui des spécialités, puisse se faire là, et comment est-ce qu'on peut mieux organiser, consolider toutes ces trajectoires et ces corridors de services là dont faisait référence M. Fontaine tantôt au niveau des équipes de première ligne.

Parce que les équipes de première ligne, c'est beaucoup plus large que ce qu'on va retrouver dans les cabinets privés de médecin, c'est aussi les équipes qu'on retrouve dans les services courants des CLSC, dans les services généraux, et ça, pour le citoyen, il faut que ce soit fluide, il faut que ce soit transparent. Il ne faut pas que le citoyen ait à vivre des ruptures entre la première ligne, et c'est l'engagement qui a été pris effectivement par le réseau pas plus tard qu'hier.

● *(12 h 10)* ●

M. Fontaine (Michel): ...M. le Président, c'est... le picot 3, là, que M. Fillion vient de parler, là, les corridors, etc., c'est aussi une de nos solutions pour la santé mentale, dans le contexte où on veut absolument mettre en place des psychiatres répondants pour nos omnipraticiens. Parce que c'est souvent la difficulté qui est amenée par nos omnipraticiens: on veut référer un patient parce qu'on est mal pris avec, c'est un peu une situation qui dépasse leurs compétences, et on n'est pas capable d'avoir un accès. Donc ça, c'est un des points majeurs, et on va travailler, dans le rapport Paquet, là, à faire en sorte de... que des psychiatres répondants puissent s'engager dans cette situation-là, d'autant plus qu'il y a eu une négociation avec la FMSQ qui permet maintenant, là, de... une rémunération pour une activité de psychiatre répondant, qui n'existait pas avant.

Pour le quatrième point, exercer le leadership d'une région universitaire, etc., ici, ce à quoi on fait référence, on a la chance, nous, dans une région universitaire, d'avoir, entre autres, des chercheurs, des enseignants, etc., mais particulièrement des chercheurs, puis pas juste au niveau santé, parce qu'on pense souvent au niveau santé, on a des équipes de chercheurs au niveau social aussi.

Et ce qu'on veut dire par là, c'est que, comme on est un peu la tête de pont du RUIS de l'Université Laval, le RUIS étant le Réseau universitaire intégré de santé, on veut, dans ce contexte-là... Quand on dit: Exercer le leadership, c'est de faire profiter à nos régions qui sont membres du RUIS, les autres régions, que ce soit tout l'Est de la province, Chaudière-Appalaches et Saguenay, ce qui a été analysé ici, évalué, on fait de la... de l'évaluation aussi de hautes technologies, etc., pour ne pas qu'encore là, en termes de masse critique, eux autres aient à doubler ces situations-là. On veut faire le transfert des connaissances, etc. C'est ce qu'on veut dire par ce biais-là. On ne peut pas avoir... être nantis comme nous, être une région universitaire puis ne pas aider les autres régions, là, à faire ce transfert de connaissances au besoin.

Même au niveau de la pertinence des choses, là, il y a des évaluations qui se font par nos centres d'évaluation, que ce soit dans le CHUQ ou au centre de santé de la Vieille-Capitale, au niveau social, qui nous disent clairement avec des données probantes: Non, ce n'est pas une... ce n'est pas une pratique correcte, etc., donc ça lui coûte des sous. Donc, ça peut aller jusque-là, là, prendre les bonnes décisions, avec cette situation de région universitaire qui peut être transférée comme connaissance.

Le dernier, rapidement, si vous le permettez, M. le Président, M. Thibault le commenterait.

M. Thibault (Marco): Pour ce qui est de l'aspect ressources humaines, vous le constatez, le réseau de la santé, comme plusieurs autres secteurs de l'activité économique, fera face à un défi de main-d'oeuvre important au cours des prochaines années. Pour vous le traduire peut-être de façon plus concrète, quand on parle de relève, on parle de la promotion. D'ailleurs, on est en campagne présentement avec une campagne qui est quand même assez percutante, sur les ondes et sur le Web.

Développer l'emploi étudiant, c'est la meilleure façon de faire connaître aux jeunes la réalité du réseau, du travail et de diminuer le choc entre le passage du statut d'étudiant à travailleur, faire vivre des stages plus concluants et d'y aller avec des programmes d'intégration à l'emploi beaucoup plus costauds, parce qu'on a un taux de roulement qui est important dans les premières années de la pratique. Donc, il faut intervenir de ce côté-là.

Quand on parle de la présence au travail, c'est d'implanter différentes stratégies probantes qui ont fait leurs preuves dans différentes organisations de santé au niveau des stratégies d'employeur de choix.

L'organisation du travail, ce sera un défi de mieux utiliser nos compétences, de faire en sorte qu'on développe une culture donc de... On va vouloir soutenir et accentuer une culture d'organisation du travail par de la formation, mais aussi des gens dédiés à soutenir les équipes pour pouvoir le faire.

Quand on parle de développement et de mise en réseau, on en faisait référence notamment avec les cliniques-réseaux, tout à l'heure, on voudra des équipes multidisciplinaires. Ça veut dire donc d'appeler les professionnels à davantage travailler ensemble et de pouvoir bénéficier des expertises de tous. Donc, on va travailler sur le travail collaboratif.

Puis l'encadrement, c'est bien beau de penser toutes ces stratégies-là, mais c'est d'abord et avant tout des humains qui animent des humains. On aura à faire face à un défi de renouvellement de notre personnel d'encadrement important au cours des prochaines années, donc on souhaite pouvoir les soutenir dans leurs nouvelles fonctions par un programme d'accompagnement intensif, parce que ça ne s'apprend pas sur les bancs à l'école. Oui, on peut apprendre les concepts, mais c'est beaucoup en le vivant qu'on y apprend. Donc, on souhaite pouvoir les soutenir de façon costaude à ce niveau-là.

Le Président (M. Kelley): Ça va ou... Une dernière... oui, une dernière question.

M. Drolet: Bien, j'ai une question pour... suite à ce que vous venez de dire, moi, qui m'intéresse un petit peu, parce que vous venez de vous comparer au milieu en général de l'économie, en fait de l'embauche et du travail et le roulement de personnel qui coûte cher aux entreprises: Est-ce que vous le sentez plus qu'avant qu'au départ d'un nouveau stage ou au départ d'une fonction... que souvent il y a un roulement plus... par rapport aux heures, par rapport à l'appartenance, qui n'est peut-être plus autant que c'était le cas avant?

M. Thibault (Marco): Bien, il y a... peut-être, parce que c'est un marché d'employés d'abord qu'un marché d'employeurs. Et, face à ce phénomène-là, on a un défi à nous, comme organisation, de s'ajuster pour essayer de répondre justement à ces préoccupations-là de conciliation travail-famille, conciliation travail-études, etc.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. Il reste 15 minutes. On aurait besoin d'un consentement pour un léger dépassement pour terminer vers 12 h 35, 12 h 36 ou quelque chose comme ça, pour équilibrer le temps. Il y a consentement? Merci beaucoup.

M. le député de Marie-Victorin, pour un bloc de 15 minutes.

M. Drainville: Oui. Encore une fois, plusieurs questions, des réponses courtes, si c'est possible. Combien y a-t-il d'infirmières praticiennes spécialisées de première ligne qui pratiquent sur le territoire de l'agence actuellement?

M. Thibault (Marco): Six.

M. Drainville: Vous en auriez besoin de combien?

M. Thibault (Marco): Le plan de déploiement est en élaboration en fonction des nouveaux paramètres qui vont être établis, ça fait qu'on fait ça de concert avec la Direction des programmes clientèles et les CSSS de la région. Donc, on est en train d'élaborer ce plan-là.

M. Drainville: Combien approximativement, là? Il doit y avoir une fourchette, là.

M. Thibault (Marco): À ce moment-ci... Peut-être mon collègue est plus à même de pouvoir y répondre, là, mais, à ce moment-ci, moi, ce serait difficile pour moi de vous donner un chiffre, là, il serait... il serait aléatoire.

M. Drainville: O.K., mais c'est... ça risque d'être plus 30 que 50, plus 50 que 100? Donnez-moi une fourchette, là, puis jouez... jouez conservateur, si vous voulez, là, hein?

M. Thibault (Marco): Je ne suis pas capable d'être... Non, c'est...

M. Drainville: On parle de quelques dizaines ou de quelques centaines?

M. Thibault (Marco): On parle de quelques dizaines, de quelques dizaines.

M. Drainville: Quelques dizaines.

M. Fontaine (Michel): Peut-être juste en complément: Est-ce que votre question est liée spécifiquement aux infirmières praticiennes de première ligne?

M. Drainville: Oui.

M. Fontaine (Michel): O.K. Parce qu'on en a d'autres, infirmières praticiennes, en milieu spécialisé actuellement. On a...

M. Drainville: Non, non, mais, moi, c'était vraiment en première ligne, là.

M. Fontaine (Michel): La première ligne. O.K.

M. Drainville: Et elles iraient surtout dans des cliniques-réseaux, ou dans des GMF, ou...

M. Thibault (Marco): Essentiellement au niveau de l'organisation des services, des services médicaux généraux, donc collaboration avec les médecins, GMF, cliniques-réseaux. Ça devra s'articuler autour de cette offre de services là.

M. Drainville: O.K. Je tiens à vous dire que, nous, de notre côté, on appuie très, très, très fort la venue des infirmières de famille et on ne comprend pas pourquoi est-ce que ça prend tant de temps avant de les faire atterrir dans notre réseau de santé.

Je vais passer à un autre sujet. Extrait du Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques, comité créé par l'actuel ministre des Finances. Je vous cite, page 33 du dernier rapport, déposé il y a quelques jours: «...le système de santé québécois juxtapose une structure centrale importante et une structure régionale elle-même fort développée.

«La structure centrale — le ministère — compte environ 900 fonctionnaires[...].

«La structure en région comprend 15 agences de la santé et des services sociaux, auxquelles s'ajoutent trois autres organisations régionales. Des responsabilités régionales sont également confiées aux 95 centres de santé et de services sociaux — CSSS.

«Cette double structure — cette double structure, dis-je bien — a un coût direct non négligeable, estimé en 2009 à près de 600 millions de dollars par année.»

Sur ce 600 millions de dollars par année de coûts directs, quel est le pourcentage ou le nombre de millions qu'on peut attribuer à l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale nationale?

M. Fontaine (Michel): Pour l'agence, c'est 6 millions, auxquels il faut ajouter 5 millions pour l'ensemble de la Direction de la santé publique; donc, au grand total, 11 millions. Mais, moi, je n'ai pas... je n'ai pas fait ces études-là, là, mais juste pour vous dire: D'emblée, je ne sais pas, le 600 millions, il est appuyé sur quoi, là, parce que la... Nous autres, on est une des plus grosses agences de la province. Quand vous multipliez... Supposons que tout le monde aurait 10 millions, là, multiplié par les 14, je n'arrive pas à 600 millions, là. Je ne comprends pas ce chiffre-là.

M. Drainville: Toujours dans le rapport, je cite: «[Cette double structure] — donc double structure, donc, centrale et régionale, si je comprends bien, et locale par ailleurs — a surtout un impact sur le fonctionnement du système, qu'elle alourdit de façon considérable: les rôles respectifs ne sont pas clairement répartis, et il existe des chevauchements entre l'administration centrale et les agences régionales.»

Alors, la double structure, là, là c'est clair, c'est vraiment le ministère versus les agences. On parle de chevauchement ici. Est-ce que vous pouvez nous donner des exemples de chevauchements qui existent entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et votre agence?

M. Fontaine (Michel): C'est sûr que, moi, comme président-directeur général de l'agence, vous ne pourrez pas me faire dire que cette structure intermédiaire est une double structure parce que c'est clair pour nous, nos orientations. Je vais vous le dire très globalement, là: Nous, on fait atterrir dans une région les orientations ministérielles. Donc, ce n'est pas une double structure, c'est normal qu'on ait les mêmes orientations, mais la mise en opération et l'application, la coordination, l'harmonisation entre les établissements, à notre avis, il y aura toujours besoin d'une structure intermédiaire, puis ce n'est pas une double structure.

M. Drainville: Toujours l'extrait du rapport: «Comme le souligne le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé, de façon générale, les pays de l'OCDE ont opté pour un ministère fort et des structures régionales légères, ou à l'inverse pour un ministère léger et une structure régionale plus élaborée. Le Québec fait les deux.»

Comment vous réagissez quand vous entendez ça?

● *(12 h 20)* ●

M. Fontaine (Michel): Bien, j'ai la même réaction. Moi, je n'ai pas fait partie de cette étude-là, mais je prends ça de notre angle à nous. On a... Encore hier, on était en forum D.G. puis on se faisait dire que... du moins pour notre région, je ne parlerai pas pour les autres, comment c'était important, la structure régionale, pour recréer la coordination et l'harmonisation des services entre les... l'ensemble des établissements qu'on a, qui ne pourrait pas se faire directement par le niveau central, compte tenu de l'ampleur des 15 régions.

Donc, moi, je dis: Cette structure-là a sa... a son importance, et, nous, on y croit. Je ne pourrais pas vous dire autrement, de toute façon, placé dans mon rôle, là.

M. Drainville: Non, mais avec l'expérience que vous avez. Ça fait combien de temps que vous travaillez à l'agence de la Capitale nationale, M. Fontaine?

M. Fontaine (Michel): 10 ans, 10 ans.

M. Drainville: Et ça fait combien de temps que vous travaillez dans le réseau de la santé et des services sociaux?

M. Fontaine (Michel): 35 ans.

M. Drainville: Et on ne souhaite pas que vous preniez votre retraite, mais vous allez quand même la prendre à un moment donné. Est-ce qu'on a une idée du temps qu'il vous reste?

M. Fontaine (Michel): Je ne penserais pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Fontaine (Michel): Pourquoi? Vous...

M. Drainville: Il vous reste quelques années, quelques années.

M. Fontaine (Michel): Je n'ai pas de... Je n'ai pas d'objectif de retraite. Pourquoi? Vous voudriez que je quitte?

M. Drainville: La raison pour laquelle... la raison pour laquelle je vous pose cette question, c'est qu'à mon avis quelqu'un qui a autant de connaissances et qui a un tel bagage dans le réseau pourrait profiter de l'occasion qui lui est donnée aujourd'hui de faire une évaluation de l'état de notre réseau et de nous dire si effectivement il n'y a pas un petit peu de structures, pour ne pas dire de structurite, dans notre réseau de la santé.

Est-ce qu'on a effectivement besoin de trois paliers tels que nous les avons actuellement? Est-ce que, lorsque l'actuel gouvernement a créé les CSSS, l'idée n'était pas justement de rapprocher les centres de décision et la gestion du local, du terrain, et donc éventuellement d'aplatir, si je peux utiliser ce terme, d'aplatir la structure mitoyenne, la vôtre, et de décentraliser vers le terrain la gestion, les budgets et tout le reste? Est-ce que, dans le fond, l'objectif, ce n'était pas d'amincir la structure, ces trois paliers, et de nous rapprocher d'un état où il y en aurait deux, c'est-à-dire le ministère et les CSSS, qui devraient donc assumer une partie des responsabilités, des budgets et des effectifs qui sont les vôtres, avec l'idée, bien sûr, d'éventuellement diminuer les coûts reliés à cette gestion? Est-ce que ce n'était pas ça, l'idée? Et, si c'était ça, l'idée, comment ça se fait que ça ne s'est pas fait?

M. Fontaine (Michel): Je ne peux pas retourner à l'origine où je n'étais pas, je travaillais dans les hôpitaux. Mais, moi, ce que je vais vous dire aujourd'hui: Avec

l'expérience que j'ai, je continue à croire que la structure intermédiaire a son utilité et ne vient pas doubler les situations, parce que, malgré la situation de responsabilité populationnelle maintenant des centres de santé à travers la province, on parle d'au-dessus de 250 établissements, il y aura toujours besoin d'une structure intermédiaire pour faire l'harmonisation, la coordination puis l'organisation des services...

M. Drainville: Est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir...

M. Fontaine (Michel): ...un peu plus uniforme.

M. Drainville: ...est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir... Je m'excuse de vous interrompre, mais il me reste peu de temps. Est-ce qu'on ne pourrait pas avoir une structure mitoyenne beaucoup plus légère que celle que nous avons actuellement avec les agences?

M. Fontaine (Michel): À mon point de vue, non. Moi, je ne la souhaite pas, du moins.

M. Drainville: Est-ce que vos budgets... Depuis la création des CSSS, est-ce que le budget de l'agence de la Capitale nationale a augmenté, diminué ou s'est maintenu?

M. Fontaine (Michel): Le budget interne de l'agence?

M. Drainville: Oui, le budget interne, oui.

M. Fontaine (Michel): C'est à peu près maintenu. En gros, là, on était... on a toujours été autour de 5, 6 millions, là, depuis que je suis là.

M. Drainville: Donc, la création des CSSS n'a pas mené à quelque, je dirais, cure d'amaigrissement que ce soit, au sein de l'agence de la Capitale nationale en tout cas.

M. Fontaine (Michel): Non. Non, parce que, si vous retournez à la loi, non seulement on n'a pas diminué les obligations que nous avons dans la loi, mais, avec la création, en 2003, des CSSS, on nous a donné une série d'obligations additionnelles et de responsabilités additionnelles.

M. Drainville: O.K. Alors, les gains d'efficience et d'efficacité, là, qui devaient découler de la création des CSSS, ils sont où?

M. Fontaine (Michel): Il faudrait que je puisse savoir à quoi vous référez exactement. Moi, quand il y a eu la création des CSSS, c'était pour une prise en charge populationnelle, de s'assurer du réseautage, que les services se donnent d'une façon plus organisée, de façon territoriale, plus près, à proximité. Ce n'était pas dans un objectif de gains d'efficience économique, là, si c'est à ça qu'on fait référence. Moi, je n'ai jamais entendu parler de ça. Ce n'était pas l'objectif.

M. Drainville: L'objectif, quand on a créé les CSSS, ce n'était pas de diminuer les coûts investis dans la gestion et l'administration pour les investir plutôt dans la livraison des soins et dans la qualité des soins?

M. Fontaine (Michel): Pas à ma connaissance. Moi, c'était vraiment pour une prise en charge de façon... à proximité de la population, mieux connaître les besoins de la population, etc. Il n'y avait pas d'objectif d'efficience économique dans ça. Ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas travailler à optimiser, là, mais ce n'était pas l'objectif premier de cette réforme-là. C'était vraiment...

M. Drainville: Bien là, écoutez, vous me parlez d'objectif premier, là. Mettons que c'était l'objectif deuxième, mettons que c'était l'objectif second ou l'objectif troisième. Bien, en tout cas, pour la population, en tout cas, il y a pas mal de monde qui suivent ce réseau-là puis qui ont toujours pensé que l'idée de créer les CSSS, c'était éventuellement de faire descendre vers le terrain la gestion à des fins de qualité de soins, bien entendu, à des fins de prise en charge, à des fins de prévention, et tout ça, mais également à des fins de mieux gérer, de gérer plus efficacement et à moindre coût. Là, ce n'est plus ça, là?

M. Fontaine (Michel): Bien, c'est le cas, c'est le cas aussi, parce que, si vous prenez ça sous l'angle de... Tantôt, on vous parlait: Sur le bilan de nos cinq ans, nous, on a une augmentation de la population, une augmentation du vieillissement de la population, etc. De faire en sorte de réussir à maintenir les services et même les développer, parce que ça a été le cas, vous le voyez dans notre bilan, bien il faut, dans ce contexte-là, avoir des structures qui nous permettent d'optimiser les situations, puis je pense que ça a été aidant effectivement, la situation des CSSS.

M. Drainville: O.K. Est-ce que le nombre de cadres sur le territoire de l'agence de la Capitale nationale a augmenté ou diminué depuis la création des CSSS?

M. Fontaine (Michel): Est-ce qu'on a cette statistique-là?

Une voix: ...

M. Fontaine (Michel): A augmenté, qu'on me dit.

M. Drainville: De combien?

M. Thibault (Marco): Je pourrais vous donner la donnée précise. Toutefois, il faut avoir une analyse plus particulière. Avant l'introduction de la loi n° 30, il y avait des employés qui avaient le statut de syndiqué non syndicable, SNS. Or, avec l'arrivée de la loi n° 30, tu es soit syndiqué soit cadre. Donc, il y a une partie de notre effectif qui avait un statut de non-syndiqué qui sont devenus cadres, ce qu'on appelle des conseillers-cadres, conseillers cliniques, sans nécessairement supervision. Donc, il y a eu une partie de l'effectif encadrement qui a été accrue de par l'effet de l'application des mécanismes de la loi n° 30.

M. Drainville: M. Thibault, hein, c'est bien ça?

M. Thibault (Marco): Oui.

M. Drainville: Alors, des cadres sur le territoire de l'agence, en incluant ceux des CSSS, là, on s'entend, là, il y en a combien approximativement?

M. Thibault (Marco): De mémoire, on est aux alentours de 1 200.

M. Drainville: 1 200?

M. Thibault (Marco): Oui.

M. Drainville: Puis il y en avait combien avant la création des CSSS, approximativement, là, je ne vous en voudrai pas si vous vous trompez de quelques...

M. Thibault (Marco): Pas loin de 1 000.

M. Drainville: O.K. Donc, on passe de 1 000 à 1 200. C'est une augmentation de 20 %, ça.

M. Thibault (Marco): Si on introduit l'effet du passage des syndicables non syndiqués au statut de cadre, on serait beaucoup moindres. Donc, ce serait un pourcentage qui serait somme toute assez minime, compte tenu des taux d'encadrement. Mais ça, je n'ai pas cette donnée-là avec moi. Je l'ai peut-être...

M. Drainville: Mais vous allez nous le déposer?

M. Thibault (Marco): Je pourrais essayer de la trouver et de la reconstituer, là, parce qu'il y a eu des départs, tout le kit, là. Est-ce qu'on est capables de la reconstituer? Je vais tenter de vous présenter un portrait qui traduit cet effet-là.

M. Drainville: Puis vous trouvez ça normal, même quand on tient compte, là, du statut des... comment vous les appelez, les syndicables non syndiqués?

M. Thibault (Marco): Oui.

M. Drainville: Bon. Vous trouvez ça normal que le nombre de cadres ait augmenté dans un contexte où on gratte les fonds de tiroir pour trouver l'argent pour mieux soigner? Vous trouvez ça normal que la... je dirais, la structure bureaucratique prenne du poids, s'alourdisse?

M. Thibault (Marco): D'une part, la structure d'encadrement doit suivre l'évolution des effectifs. Depuis cinq ans, la région a eu une hausse d'à peu près 2 000 employés, quand je calcule au total, tout, d'une part.

D'autre part...

M. Drainville: ...due à quoi cette augmentation, en gros?

M. Thibault (Marco): Au recrutement, dotation, à l'augmentation de l'offre de services, ainsi de suite, là, tous services confondus, d'une part.

D'autre part, quand on parle d'un défi de rétention de notre personnel dans les unités de soins, ça ne se fait pas par l'effet du Saint-Esprit. On a besoin d'avoir des gens qui sont dédiés et qui sont soutenants à ces équipes de travail là. La façon de soutenir les équipes de travail, c'est via un taux d'encadrement et des cadres disponibles et proches. Donc, lorsqu'on a une unité de soins ou un cadre pour, pour fins de discussion, 150 personnes et qu'on veuille le ramener, dans certains cas, à un pour 80 ou un pour 90, je pense qu'en termes de rapprochement du niveau d'encadrement... Et c'est ce qui... d'ailleurs ce qui nous est demandé par le personnel, d'avoir des cadres disponibles et accessibles.

Donc, c'est un effet combiné de ces deux éléments-là qui, à mon sens, vient justifier et expliquer le nombre de cadres que la région compte.

Le Président (M. Kelley): Dernière question.

● *(12 h 30)* ●

M. Drainville: Dernière question? Aïe, aïe, aïe! Bon. Sentez-vous de la part de l'actuel ministre de la Santé, pour lequel j'ai beaucoup de respect, soit dit en passant, mais sentez-vous quand même de sa part une orientation qui vise à décentraliser vers les CSSS la gestion du réseau de la santé? Sentez-vous que c'est une orientation gouvernementale actuellement de rapprocher la gestion des soins, rapprocher la gestion des patients? Est-ce que vous sentez, là, qu'on s'en va vers ça, ou est-ce que vous sentez que c'est plutôt le statu quo, là, quant à la gestion, là, et les trois paliers qu'elle contient actuellement, là?

M. Fontaine (Michel): Je pense que les deux sont conciliables, là. Parce qu'on rencontre le ministre de la Santé régulièrement, et, encore la semaine passée, on parlait toujours des trois paliers avec le ministre, et, pour lui, le travail avec les agences et les directions générales d'établissement, c'est son équipe, là, avec ses sous-ministres. Donc, il n'a pas été question, jamais, là, de mettre en cause l'administration intermédiaire régionale, c'est juste... Dans ce contexte-là, si on peut rapprocher toujours la décision près du client, et, si... Je pense que le modèle, il est fait pour ça aussi, il n'y a pas de problème à le faire dans le contexte des trois... des trois paliers.

M. Drainville: M. le Président, très, très courte.

Le Président (M. Kelley): Très, très, très courte.

M. Drainville: Est-ce qu'on pourrait envisager un regroupement de certaines agences pour en réduire le nombre? Certains ont évoqué ce scénario. Est-ce que vous sentez que le ministre se dirige dans cette direction-là? Et qu'est-ce que vous en pensez, vous, personnellement?

M. Fontaine (Michel): Je n'ai pas entendu le ministre parler de cette situation. Mais, si... On pourrait. Quand vous posez la question au conditionnel, là, on peut. Effectivement, on peut, mais il faudrait regarder les conséquences, les impacts, etc. Ça a déjà été le cas dans le passé, il y a des régions qui étaient regroupées. Maintenant, ils ont été redivisés pour des considérations probablement régionales, territoriales, qu'ils n'étaient pas semblables aux voisins, etc. Mais effectivement, si on l'approche de cette façon-là, si on peut, oui, on peut, mais il faudrait analyser les impacts, les enjeux et tout ce qui va avec.

M. Drainville: Je tiens à dire, M. le Président, que je pose toutes ces questions-là sur l'encadrement, et ça ne veut pas dire que je n'ai pas de respect et de reconnaissance pour le travail que vous faites, vous faites un travail très important, mais on cherche tous des façons d'essayer d'améliorer l'efficacité de notre système pour en donner davantage à notre population. Je tiens à le dire. Merci.

Le Président (M. Kelley): Et peut-être en guise de conclusion, je vais poser une dernière question sur cet exercice même, parce que, si je parle au nom des membres de la commission, je pense, notre intérêt... on a deux grands intérêts: pour surtout les personnes de la région de Québec, comment va mon agence? Alors, les tendances, les directions, c'est

quoi, les domaines qu'on fait mieux? Mais je pense qu'également pour les membres de la commission on a un volet comparatif: leur capitale nationale.

Moi, je suis un député de la région de Montréal; un député qui va le Bas-du-Fleuve, et tout le reste. Alors, on cherche également les indicateurs que... Moi, quand je peux comparer mon agence avec les voisins... et avez-vous des suggestions au niveau soit du processus, soit des indicateurs, soit les choses que... Moi, comme député de Montréal, je peux évaluer tous les documents que vous avez pris le soin de préparer pour les membres de la commission pour tirer certaines leçons que, quand David Levine est ici à un autre moment, je dis: M. Fontaine et son équipe à Québec a réussi de faire ça, comment ça se fait que ça n'arrive pas encore à Montréal?

Parce que c'est ça qui est nos grands intérêts, c'est les directions, les tendances à l'intérieur de la région, et comment est-ce que je peux vous comparer avec d'autres agences sur le territoire du Québec?

M. Fontaine (Michel): Écoutez, c'est peut-être pour ça qu'on a plusieurs agences, hein, parce qu'on n'a pas nécessairement les mêmes portraits; donc, des fois, c'est difficile de comparer.

Mais je voudrais vous mentionner à nouveau ― je vous l'avais dit en 2006, je le répète à nouveau ― que, pour nous, c'est un exercice absolument sain, ce qui se passe là. Nous, ça nous oblige, puis il faut le faire, à revoir... à rendre compte puis de revoir tout... ça nous permet de faire des bilans et faire les enjeux à venir aussi. Donc, pour cet aspect-là, il y a ici... Les gens pouvaient penser, par exemple, que c'était un fardeau pour nous. C'est un exercice... c'est un devoir, bien sûr, mais ça nous fait plaisir de le faire, puis c'est très sain.

Maintenant, pour ce qui est quand vous dites: Est-ce qu'il y a des choses à améliorer? Quand on a une série de demandes de dépôt, est-ce qu'il y a des situations qui pourraient permettre qu'on puisse avoir ça à l'avance, là, si c'est possible dans le questionnement? Là, on a eu une série de demandes qui est, pour nous, le bilan, toujours, de nos rapports annuels de nos années antérieures, et, autant en 2006 qu'aujourd'hui, quand on vient ici, souvent ça se passe sur ce qu'on vit actuellement ou l'année... Ce n'est pas un... ce n'est pas un défaut, là, ce n'est pas grave, mais, si on le sait, à ce moment-là on peut peut-être être plus préparés, si c'est plus la routine de la commission que vraiment notre bilan des quatre dernières années.

Le Président (M. Kelley): C'est bien noté. Et, sur ça, merci beaucoup.

Documents déposés

Premièrement, je vais faire, au niveau de l'intendance, le dépôt formel de la note de la question du président-directeur général et l'étude des rapports annuels de gestion 2004-2009.

Merci beaucoup aux représentants de notre service de recherche, Pierre Skilling, Julie Paradis et Robert Jolicoeur, qui ont confectionné les documents pour les membres de la commission.

On peut laisser nos choses ici parce qu'on va retourner rencontrer l'agence du Nunavik, après, à 14 heures.

Alors, sur ça, M. Fontaine et l'ensemble de votre équipe, merci beaucoup pour la qualité des documents, pour la qualité des réponses fournies. Il y aura un certain suivi à faire avec Mme la secrétaire de la commission, mais je veux dire merci beaucoup pour vos réponses et votre participation à la séance de reddition de comptes ce matin.

Et, sur ça, je vais suspendre nos travaux à 14 heures.

(Suspension de la séance à 12 h 36)

(Reprise à 14 h 11)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! Bonjour. Welcome. «Ai» à l'Assemblée nationale. Je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2003-2004 à 2008-2009, en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Pigeon (Charlesbourg) remplace M. Lehouillier (Lévis); M. Huot (Vanier) remplace Mme Rotiroti (Jeanne-Mance―Viger); M. Drolet (Jean-Lesage) remplace Mme St-Amand (Trois-Rivières); et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

Le Président (M. Kelley): Bienvenue. Welcome. What I will do first is explain this machine. Je vais expliquer aux membres de la commission, parce qu'on a un défi linguistique cet après-midi. We have a language challenge. Some of our testimony will be in Inuktitut, some of it will be in English. On va parler également en français. Alors, on va essayer d'accommoder tout le monde.

Alors, il y a la traduction offerte dans ces trois langues. Alors, il y aura quelqu'un qui va prendre l'inuktitut et le traduire vers l'anglais, et de l'anglais vers le français. Someone will be translating from Inuktitut to English, and from English to French. We have a little gizmo here, so you can set it to «f» pour français, «a» pour anglais, «i» for Inuktitut so you will be able to follow along. We will have a presentation that will be on the board in English. There's a French translation. Il y a une traduction française du document papier qui est distribuée à l'ensemble des membres aussi. Alors, je pense... Et de ne pas mettre le volume trop fort et de garder pour l'interférence avec les micros.

Alors, je pense, ça fait le tour de toutes les consignes technologiques. Et, en cours de route, on va en découvrir d'autres. But this should help every one to understand each other more than less, if I understand correctly, so...

Bienvenue. (S'exprime en inuktitut). Plus ou moins? Welcome. Bienvenue. Il y a une demande de nos amis du Grand Nord de commencer la séance avec une prière. There has been a request to start our session with a prayer. So, I think I will leave that to you, Mrs. May, to lead us through an introductory ceremony, and then after that we can pass to the presentation.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut). Ida will open the meeting with a prayer.

Une voix: Traditionally, before a meeting, we stand for the prayer. So, I will say that part in English and I will say the prayer in Inuktitut. (S'exprime en inuktitut).

Des voix: Amen.

Le Président (M. Kelley): Alors, on est prêts à commencer. We're ready to start. Peut-être, avec la traduction, ce n'était pas évident pendant la prière, mais... Mais on a un temps de parole d'une trentaine de minutes pour faire la présentation. Mrs. May, we will ask you to start with a 30-minute presentation, and then after that we will have a period of questions with the members of the Committee. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous. It's your turn, Mrs. May.

Mme May (Jeannie): Nakurmik. Thank you. I'm going to have the vice-chair open the presentation, and I will follow afterwards.

Le Président (M. Kelley): ...Eva Weetaluktuk.

Mme Weetaluktuk (Eva): Thank you. Mr. Speaker, Members of the National Assembly, allow me to introduce the persons accompanying me. The executive director, on my left, is Jeannie May, and also the management team of Nunavik Regional Board of Health and Social Services. Our chair person, Alasie Arngak, couldn't be here, due to the weather conditions. I'm the vice-chair person, Eva Weetaluktuk. I'm from Inukjuak. And there's Mrs. Jeannie May, executive director; Mr. Gilles Boulet, assistant to the executive director; Mr. Serge Déry, director of public health; Mrs. Elena Labranche, assistant to the director of public health; Mrs. Johane Paquette, director of planning and programming; and also Mr. Silas Watt, director of administrative services; Mrs. Lisa Mesher, director of Inuit values and practices; Mr. Larry Watt, director of out of region services; and also Mr. Jean-Pierre Charbonneau, director of human resources development.

First, I would like to extend my sincere thanks for welcoming us to this parliamentary committee. This exercise will enable us to establish ties with this Committee and offer you a better understanding of our territory's characteristics. No one can deny that these realities are particular and create enormous constraints relative to the provision of health and social services for the population that is entitled to these services. The Government of Québec devotes much financial effort to our region, but these efforts should be amplified to enable us to respond to our population's needs.

During this exercise, we will present you with the profile of our region and services offered to the Nunavummiuts. Considerable efforts have been made and continue to be made at better identification of our needs, as well as better consultation and development of services for our population's well-being. These efforts at service consultation and development rely on the human, financial and physical resources placed at our disposal. Allow us to provide a few glimpses of the current situation, even though the exercise primarily covers the years 2003 and 2009. We are all very concerned with the current preoccupations relative to service access, continuity and quality. We will be pleased to answer your questions and address your concerns to the best of our knowledge.

I will invite Mrs. Jeannie May to begin this presentation with our region's characteristics, and continue with the service network and its performance since 2003, and then close with the issues at stake, the elements of perspective and certain contemporary preoccupations. Thank you.

● *(14 h 20)* ●

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

Mme May (Jeannie): Does it... Oh! It's automatic?

Le Président (M. Kelley): Yes, it's automatic, you don't have to worry about it.

Mme May (Jeannie): OK. Thank you. I just want to thank Eva for the very nice introduction. I just want everyone to be aware I have a laryngitis, and I may ask my colleague, Mr. Larry Watt, to resume my presentation, if it becomes too stressful for me in between, because I want to save my voice for the question-and-answer period. So, yes, you want Inuktitut?

[Interprétation] Merci beaucoup de nous avoir invités. Je suis Jeannie May, de Kuujjuaq, et j'ai été élevée et je suis née à Kuujjuaq. L'occupation, en fait le poste que j'occupe actuellement, c'est... je l'occupe depuis 10 ans. Et, les quatre dernières années, j'étais directrice générale. Je vous le mentionne en début de présentation parce que je veux commencer d'emblée la présentation afin de vous donner un profil, un peu, de la vie des gens au Nunavik aujourd'hui. *[Fin de l'interprétation]*

I will do the presentation in English. For your information, Nunavik is the territory... the territory of the Inuit of Québec, Nunavik is the territory of the Inuit of Québec, located north of the 55th parallel, and covers roughly one third of Québec's area surface. Québec's Government is obligated to support... Sorry, there is a huge mistake in my... The population is dispersed throughout 14 communities situated along the coast of the Hudson Bay, Hudson Strait and Ungava Bay. The communities also enjoy varied other... various other services and infrastructures: landing strips, town halls, CLSC points of service, early childhood centers, general houses, general stores and post offices, hotels, community centers, youth centers, family houses, gymnasiums...

I'm sorry, I'm... I have just received a printout. I'm not sure if I am following the right one. I'm going to just continue.

Hydro-Québec provides electricity through diesel-fired generators — I'm sorry for laughing, I just got really confused here. Certain services such as banks, movie theaters and restaurants are available only in two of the 14 communities. The population of Nunavik has doubled over the past 20 years, and we expect the growth of Nunavik population to be three times higher than the rest of Québec by the year 2021.

As a reminder, the Québec Government is obligated to provide support to the Inuit of Nunavik as per the James Bay and Northern Québec Agreement, which has a treaty status. There are some various characteristics that distinguish Nunavimmiuts, such as: our population is scattered over a vast territory; we have a very tight-knit social net and family fabric; our population is very young, with elevated demographic growth; and our society of... our society is of hunters and gatherers, and who are going through a rapid change during this time.

There is no land route linking Nunavik to the rest of Québec or linking the 14 communities all together. Air travel, therefore, is the primary means of transportation. Moreover, taking advantage of the short navigating season, ships come to supply the communities with oil and fuel, construction materials, non-perishable food and other goods. And I think a

perfect example right now is our chairman couldn't be here due to weather, the weather condition, and the fact that we only have air travel from our communities to the South.

Since the majority of the Nunavik population is Inuit, most of the language in the region is Inuktitut. However, due to the Federal Government's predominant presence in the region's previous administration, the second language widely spoken, especially in the workplace, is English. All documents received from the Ministry are in French and must be translated to English, and then to Inuktitut. This entails additional cost and as well as a lot of delays.

Simultaneous interpretation is not available in the health centers. We are required to hire interpreters in the communities as well as in the Montréal hospitals for individuals who do not speak English, for the ones that can only speak Inuktitut.

The Inuit population is growing rapidly, and Census Canada shows that the majority of the Inuit population is much younger than the non-aboriginal and other aboriginal groups. This difference is largely the result of the higher fertility rate among Inuit women.

As you can see, large percentages of Inuit are in the youngest age groups. This population structure produces a different social structure and has a direct impact on the incidence and prevalence of the main health problems encountered by the population of Nunavik. These problems are very different from those of Québec as a whole. Furthermore, Nunavik's high demographic growth exerts a rising demand on health and social services, and this factor is in our strategic plan.

Forty-nine percent of our population lives in crowded dwellings. It is worth noting that Nunavik is the only Inuit region where the crowding situation has worsened from 1996 to 2006.

Furthermore, Inuit in Nunavik live in dwellings in need of major repairs. In 2006, 4,400 Inuit lived in homes requiring major repairs. According to the 2008 survey, the needs for new housing units have increased from 533 in 2003 to more than 900 in 2008.

I always have a particular example of overcrowding: When I was growing up, I had four brothers, and there was eight of us in the house; I used to study to finish my high school exams in the closet. This was during the NHL playoffs, and I could not concentrate with... with all the people and all the noise in the house. And this is just the reality of our people today.

The relationship between housing or overcrowding and certain specific physical and psychosocial health problems is not easy to establish. In some cases, the logical link between overcrowding and the health problem is what stands out. Nevertheless, it is pertinent to ask what impact housing conditions have on the health of Nunavik... on the Nunavik population. Several health indicators point in the same direction, although the relationship between certain psychosocial problems and overcrowding may be more difficult to prove than that between physical health problems, such as certain infectious diseases, and overcrowding.

We believe that these links must be seriously considered. From the point of view of public health, the problems of housing and overcrowding in Nunavik constitute a major risk factor for the population's physical and psychosocial health. It is... If no concrete measures are taken in the very near future to deal with this issue, we will no doubt witness a rapid deterioration of the situation. In fact, due to projected demographic growth, there will be about 1,200 more persons in Nunavik within the next five years, and almost one more person per dwelling. With the lack of a program to increase access to housing, including construction in many new units, we may expect, within five years, the majority of dwellings in Nunavik to be overcrowded, and that entails serious risks to the population's health.

The current communication infrastructure in the Nunavik health sector has become unsuitable and inefficient. For example, there is only 56 kilobytes per second connection for five to 15 workstations in each of our 14 CLSC points of service. The two health centers do not fare much better than a 640 kilobytes per second connection for 150 to 200 workstations, while private homes in Nunavik can have a high-speed connection in excess of 128 kilobytes per second.

Presently, the telecommunication infrastructure in Nunavik is inadequate and it threatens the ongoing deployment of the electronic clinical health and administrative systems such as the Intégration-CLSC, telehealth, laboratory information systems, Clinibase and other client-based information systems.

Digital radiology is another priority to which we would like to give some focus on in order to improve the services offered to the population and make optimal use of existing information technologies. However, the appropriate telecommunication infrastructure is still unavailable. In 2010, we would like to concentrate on the implementation of the youth protection information system, the PIG... PIJ, and this can only be done if adequate telecommunication infrastructure is in place. It is a much needed tool to improve youth services in the region.

● *(14 h 30)* ●

Moving on to the health sectors... the health centers. We have two multirole institutions that serve the entire population of Nunavik: The Inuulitsivik Health Centre, in POV, and the Ungava Tulattavik Health Centre, in Kuujjuaq. The other communities are served by CLSC, point of service operated by these two health centers. The health centers offer services normally provided by local community service centers, child and youth protection centers, short-term and extended care hospital centers and as well as rehab centers for youths with adjustment difficulties.

In the past years, we worked on several issues, some quite challenging and some quite promising. Since 2003, we have been very involved with the completion of our Regional Strategic Plan, which has been tabled to the Ministry at the end of 2007. The administrators of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services and the Tulattavik Hospital and also the Inuulitsivik Health Centre believe that the region's population's needs in terms of health and social services constitute the starting point of the strategic planning in the health and social services sector. These needs reflect the population's health status.

Moreover, in the presence of Premier Charest and leaders of Nunavik, Minister Bolduc committed to sign the Strategic Plan agreement by March 31, 2010. The Module du Nord québécois provides lodging services for patients receiving health care in Montréal. Patient services in Montréal serve as liaison and support in the cases of transfers, ensuring reception, transportation, lodging and interpretation services, as well as liaison with the northern institutions.

It can be stated without any fear of being wrong that the general health condition of the population of Nunavik is of much inferior quality to that in Québec and as in

Canada as a whole. We invite you to read carefully the section Public Health Status of Nunavimmiuts, page 25, to understand our situation.

Contrary to physical health problems, only a few files with data on psychosocial issues are readily available. It is often harder to measure their frequency. As a result, we must refer to the opinion of field social workers to get a clear picture of the extent of those issues. Fortunately, the Nunavik Inuit Health Survey Qanuippitaa 2004 provides some data on the frequency of these problems. According to the social workers of the region, the frequency of many psychosocial issues in Nunavik is clearly increasing. They significantly contribute to increase occurrences of psychosocial and physical morbidity.

The social situation is very worrying in a number of respects. First, the economic situation: the isolation and bleak future perspective facing youths and adults are at the root of many social problems such as violence, alcohol, drugs and toxic substance abuse, Fetal Alcohol Syndrome, sexual abuse, incest, trauma and other problems.

The Inuit population is undergoing rapid social change and experiencing many difficulties adapting to these changes. And, I could safely say, many of us around the table that are born and raised in Nunavik have had families, parents and grand-mothers that were born on the land; so, that just demonstrates just how fast we have had to adapt to change.

In order to better plan our programs, we completed a review of all the offer of services in Nunavik, as well as all the service agreements with our partners in the South. This enables us to review our practices, the organization of services, and our partnerships in order to better elaborate our future plan of actions. Our challenge is to better adapt our services to the needs of our population, it's Inuit specificity, while ensuring availability and continuity through different clinical projects.

The psychosocial and health service requirements of the Inuit communities of Nunavik can scarcely be overstated. It is evident from observation from public health studies and from ongoing reports that first line psychosocial and health services should be of major concern. These include prevention services as well as the appropriate level of services to deal not only with illnesses and trauma, but also with problems of violence, alcoholism and drug abuse, sexual abuse, mental health and suicide in the context of its isolation and major socioeconomic difficulties.

To enhance our approach in the delivery of services, we have recently created the Inuit Values and Practices Department. Our goal is to emphasize a community-based approach to addressing the health and social services needs of the Inuit of Nunavik.

The development of the Nunavik Health and Social Services must be based on a global and integrated approach to the needs of the Nunavik population. This entails, among other things, the following: an approach centered on preventive services, frontline services and community involvement; integrated services delivery; model for health and social services; services provided where feasible at the community level, services provided at subregional level, one on each coast, Ungava Bay and the Hudson coast, that are cost- and service-efficient; services provided at a regional level when cost- and service-efficient; development of capital facilities, housing and equipment at a pace that respects the development of services; development of technical support systems, including information technology, communications and management systems.

In the last years, the Nunavik Health Network was involved in different events that have had a major impact on the delivery of services in the region. First, in June 2007, the Human Rights on Youth... the Human and Youth Rights Commission submitted their final report of their investigation in the Youth Protection Services in our region. The Commission concluded their report with 21 recommendations to improve services to the youth. Since then, all parties involved in Nunavik Network have worked hard to go forward with the carrying out of these recommendations. 14 of these recommendations have been implemented.

Following this report, the Minister of Health and Social Services, Minister Philippe Couillard, during the Katimajiit Forum, held, in Kuujjuaq, on August 2007, announced additional funds to help the region carry out some of the these recommendations, among which are the hiring of additional professional interveners and the construction of new housing units.

At this event, the Nunavik Network received the support of Makivik and other organizations who all agreed that the situation of the youth in Nunavik is a major issue and it is needless to say that our youth represents our future.

At the Nunavik Regional Board of Health and Social Services national general assembly, held in October 2007, a research group of risk presented the results of their survey on drug and alcohol consumption among youth of four schools in Nunavik. The data submitted only confirms a vulnerability of the situation of our youth. Drug and alcohol abuse, sexual abuse and domestic violence are a harsh reality in our communities and our people are faced with many challenges to overcome these problems. We need to offer adequate and adapted services for our youth to grow safe and healthy and for our population to have a better quality of life.

The importance of improving and developing our services is again proven with the final results of the 2004 Inuit Health Survey presented by our Public Health Department in December 2007.

Services must be adjusted rapidly to ensure that the Nunavik population will have access to the same quality of services as the rest of Québec. Projects for the addition of clinical and office space must be harmonized in the development of the operational budget. Tulattavik and Inuulitsivik Hospitals are experiencing a severe lack of space. Much-needed services have not been developed due to this lack of space.

A number of programs for social services are provided in the North, but they have not yet been adequately developed. This is the case, for example, of rehab services for youth with adjustment difficulties. Moreover, priority is placed on hiring Inuit workers, as they speak the language and are part of the Inuit culture. While this is desirable, their overall training and their understanding of the interventions to be performed in the context of the Youth Protection Act need to be improved. Finally, accountability and supervision of personnel need to be strengthened whether at the clinical, administrative or financial level.

● *(14 h 40)* ●

Making the Strategic Regional Plan a reality will require the continued good will, determination and partnership that have been developed between the Ministry, the Nunavik Health Network and other Inuit institutions. Certain facilitating conditions will help to reach the results sought. First, a quick resolution of the negotiation process, which implies rapid access to human, financial and capital resources which

are needed to consolidate existing first line services, catch-up in provision of services as to meet the current needs in the population, proceed with the development of specific services based on the evolution of the needs of the population, such as services for persons in loss of autonomy, and also to provide for capital investment in the facilities required to provide the desired range and quality of services. Secondly, a budget horizon of seven years to be able to implement the different measures of the plan optimally. Finally, the strong partnership and deep involvement of the authorities of each community to make this happen.

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services and our two institutions... our two hospitals are underfunded to carry out their responsibilities. Our region is experiencing major financial difficulties specifically with the high ratio of deficit. This is mainly due to the high cost of operating in Nunavik and to meet growing needs that require immediate action.

For the financial years from 2010-2011 and until 2008-2009, the accumulated deficit for the regional board and the two health centers is 108 millions. This global accumulated deficit is also contributing to the increase of yearly deficit due to the interest rate... the yearly interest borrowing cost, which is absorbed by the two health centers.

As you can see, our region will be working hard for the coming months and even years to come. We cannot stress enough that, to meet our objectives, we need greater financial and human resources. Without providing interesting financial incentives, recruiting professionals in the health and social services field in Nunavik will become increasingly difficult. We believe in providing quality services to our population, this is why it is important for us to increase a proportion of Inuit employees in the health and social services sector. We are working very hard on numerous training and professional development programs. It is needless to say that mentoring programs need to be developed as well. We are struggling, however we are moving forward; it will be a long road faced with many challenges. Having at heart the well-being of our Inuit population, we will overcome these challenges.

The Nunavik Network envisions a bright future for the people of Nunavik, with a growing population in good physical and psychosocial health. In order to reach that state, many important measures are needed to improve the health and social wellness of our population.

Nakurmik.

Le Président (M. Kelley): Nakurmik. We will now move on to a period of questions and answers. Many of the questions will probably come in French; so, we'll just try to make sure that everyone can be understood around the table. I will first ask my colleague the MNA for Laurier-Dorion to start, to ask some questions, and then we'll go forward.

On va faire ça dans les deux langues, alors, parfois les questions vont être posées en français. Alors, j'invite tout le monde... Et, si, dans les réponses, il y a des personnes qui veulent prendre la parole, juste de vous identifier pour les fins d'enregistrement.

Jeannie May, if I could ask you, if someone else answers a question for you, if they could just identify themselves, because all of this gets recorded and we'll know who was making the answer. So, before answering, someone other than yourself, if they could just identify themselves, that will help them keep track out there, where they record all these things.

So, my colleague the MNA for Laurier-Dorion.

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Si vous me permettez, je vais adresser ma question en anglais, ça va faciliter en quelque sorte nos travaux aujourd'hui.

First of all, I'd like to welcome you...

Le Président (M. Kelley): Sorry, I have no Greek interpreter. So...

M. Sklavounos: No Greek interpreter, yes. I'd like to...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Sklavounos: I'd like to welcome you at the National Assembly also and thank you for your presentation. I tried to follow as closely as I could.

I have a question, because we know that recruitment and retention of skilled professionals, in any sector and in any territory involving social services and health is a challenge.

I read in your notes and I heard in your presentation that obviously, on the Territory of Nunavik, it's all the more a challenge due to the language barrier, if you will, or the necessity that any health care workers or social services providers be able to communicate in the native tongue in order to be able to communicate with the population.

I'd like to know, could you give us some additional details? I mean, I think we all understand a little bit that you're facing those challenges. Just some more detailed information, does it... does it... is the net result that sometimes you have to recruit people who don't necessarily have all the skills or training necessary... Are you... are you... do you have to make those kinds of choices? Are you to the point where you haven't had to make those choices because you've decided to forego certain services that are available elsewhere in the province? And what strategy do you have in place or what strategy are you putting into place in order to be able to recruit, train and retain skilled health care and social services providers in the territory?

Mme May (Jeannie): Nakurmik. Thank you for your question. I will answer, and, if one of my colleagues wants to elaborate, I'll leave it to you.

We have a big need to train and retain our people in the region. And I think this is the underlying message: the people in the region. And, once we start recruiting and retaining local employees, we will have a greater retention of professionals.

I think, though, the most difficult challenge we're facing, in the region, is the fact that we don't have job equity between professionals coming from out of the region and then the ones that are within the region, due to working conditions. And, at this point, we have a plan, within the Strategic Plan, to bring equity to locals and to come... It's almost like... to have them... to have the same incentives as the ones that are coming from... the professionals from the South.

One example is, if an employee is coming for... is applying on a nursing job from the North, we do not supply housing. However, if the person is hired from down South other than out of the region, we supply housing, the trips back home to their home town; there's the isolation premium, and so forth. So, this is just an example that we are working on, and it's very, very difficult. And I think the high turnover is a humongous challenge for any service to have continuity. And, like I said, the reality that we're living, it's very

expensive to replace someone that's been in the region for a few months and have them come back... have someone else come back up and to continue the job.

So, like I said, our major goal is to train and hire the locals of the region, the Inuit population. And that's all within our Strategic Plan. It's one of our priorities to ensure that the services will be developed and the population will be receiving what they deserve.

● *(14 h 50)* ●

M. Sklavounos: How, if I may ask you, the available pool of candidates, available to fill the positions that are open, are you... do you find there's a sufficient pool from which to interview and choose members of the community or living in the North to fill those positions? Or do you find... I'm just trying to get a little bit more specifically.

I'm reading about the hiring of 14 new youth protection agents, I'm reading about the 14 community workers. What are the profiles of these 14 people? These 14 people, in each case, are from the community? Is it difficult for certain... is it easier for certain positions to recruit local employees and health care providers as opposed to other positions? I'm just trying to get a better portrait of, on the ground, what that means, and maybe also... The 14... the 14 agents who are working in youth protection, do they absolutely have to speak Inuktitut, or does a huge proportion or a large proportion specially of the younger population communicate in English sufficiently where I would say that it's not an absolutely central criterion for them to be members of the community? I also understand there's a question of understanding the local culture, etc., but I'm just trying to get a more precise picture of the members of the Health and Social Services Network that are providing the care up there and the specific challenges in specific areas that you may be facing.

Mme May (Jeannie): Nakurmik. I'm going to just... I'm going to answer your question, and I think my colleague Gilles will elaborate. One of the major issues that our social workers are... or our youth protection workers face in the communities is dealing with family members. The communities are very, very small; you have to intervene with your family, your uncles, your neighbors, your colleagues, and this is very, very challenging. And this, like I said, job equity... having job equity for persons that are local in the community as opposed to the ones that are hired outside, it is very important as... probably as much more important for our locals to have that time to take away from their job as burnout is high — the burnout of locals and also from people that are coming out of the region. Like I said, we have a strategy to deal with all these issues that we face. I just had to give an example of a story like that because it happens all the time with our local Inuit people dealing with close people from the community, people that they know intimately.

So, from there, I'm going to ask Gilles. I mean, Gilles, I think, wanted to elaborate on my answer.

M. Boulet (Gilles): Yes. Bonjour. Mon nom est Gilles Boulet.

Je vais répondre en français. Concernant... Jeannie... je voulais l'amener, mais Jeannie en a parlé. Les travailleurs locaux, c'est sûr que les titres d'emplois où ce n'est pas un service direct au niveau social, c'est plus facile de recruter. Mais, pour ce qu'on appelle, nous, les assistants sociaux, là, c'est là que ça devient très difficile, parce que les gens...

Premièrement, tous ces travailleurs locaux là, on ne peut pas les faire changer de communauté parce qu'on n'a pas le logement. Le logement n'est pas prévu pour les titres d'emplois locaux, comme on dit, mais idéalement on devrait le faire parce que, souvent, quand tu es assistante sociale, tu aides la travailleuse sociale puis souvent les gens, la population, c'est tes cousins, c'est tes frères, c'est... ce n'est pas tes frères mais au moins des cousins, et quelqu'un est parent, et là la pression est très, très, très forte. Idéalement, on pense que, si on pouvait avoir un bassin de logements plus grands, c'est qu'on pourrait intéresser du monde à changer de communauté. Ça, c'est pour les locaux. Les autres postes où tu es moins impliqué, comme des fois interprète ou d'autres postes dans les centres de santé, mais c'est quand même difficile à attirer parce que nos conditions de travail... il y a d'autres organisations, dans la région, qui nous dament le pied.

Au Nunavik, vous savez que l'eau et les puisards sont vidés à tous les jours. Le «helper», l'aide reçoit... part à un salaire à 20 $ l'heure, le chauffeur, 25 $ l'heure, tandis que celui qui rentre comme «social assistant», je pense, 15,32 $ ou quelque chose de même, là, l'heure, puis là tu as tout le fardeau, là, d'être dans ta communauté puis essayer d'aider le monde, puis tu es identifié. Dernièrement, là, on a un cas un peu pathétique, mais la personne avait identifié l'employé inuit qui était dans le dossier quand un geste avait été posé par la direction de la protection de la jeunesse.

Si je parle un peu plus des gens qui viennent du Sud, historiquement les médecins et les infirmières, ça existe depuis longtemps. Je pense qu'il y a 20 ans ça existait, le congé nordique, dans les conventions collectives au Sud. Tu pouvais aller travailler au Nord, tu reviens au bout de cinq ans, tu es encore assuré, dans ton établissement, d'un emploi à temps plein. Puis il y a aussi une prime intéressante pour les infirmières. Les infirmières qui montent, je crois... Silas, you told me it was $16,000 now?

M. Watt (Silas): $17,000.

M. Boulet (Gilles): 17... La prime pour les infirmières est autour de 16 000 $, 17 000 $ par année; les médecins, c'est entre 25 000 $ et 30 000 $ par année — une prime de rétention. Tout le secteur social, ça n'existe pas, ces primes-là. Ça fait que tu arrives dans une petite communauté où que tu as deux travailleurs sociaux, trois infirmières, ils sont dans une petite communauté, là, tu travailles ensemble, là. Il y en a un... les trois infirmières ont la prime, les travailleurs sociaux n'en ont pas, puis ils font un travail aussi grand, qu'on pourrait dire. Ça fait que ça, c'est important.

Présentement, on a un projet pilote qui s'adresse seulement aux travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse, c'est un projet pilote pour vraiment essayer d'attirer plus des travailleurs sociaux. Parce qu'il faut dire que, pour les travailleurs sociaux, je pense que Montréal et les environs et le reste de la province, il y a une pénurie. Ça fait que, nous, on essaie de les attirer au Nord avec les clientèles... les... assez problématiques, là, si on compare à d'autres clientèles au Québec, et on n'a pas grand-chose à leur donner pour les attirer.

La prime nordique, là, la prime pour éloignement, ça compense pour ta pinte de lait que tu ne paies pas 2 $, que tu paies 6 $, là. Ce n'est pas un... c'est quatre trente sous pour un dollar. Ça fait qu'on essaie. Là, on a le projet pilote, ça fonctionne, sauf que ça a créé des problèmes dans la région parce qu'on ne pouvait pas l'offrir à tous les travailleurs sociaux. Et ma collègue pourrait peut-être renchérir de...

Johane, sur des détails... Mais là temporairement on a un projet pilote qu'on réussit à donner une prime de — 12 %, Johane? — 12 % aux travailleurs sociaux qui acceptent de venir.

L'autre problème qu'on a aussi, c'est, n'ayant pas, dans les centres jeunesse, le congé nordique, dans les centres jeunesse au Sud, le congé nordique, là on essaie de travailler... on a eu une très bonne collaboration, dans les deux dernières années, avec l'Association des centres jeunesse et la plupart des centres jeunesse du Québec, ils nous ont fait des prêts de services de plusieurs mois, même si, eux, ils étaient quand même en pénurie. Ça nous a drôlement aidés à réorganiser, parce que, nous, on est en réorganisation... Depuis le Sommet Katimajiit, on est en réorganisation des services à la jeunesse, dans la région.

Ce qu'on voulait instaurer aussi, c'est de séparer... Il y a eu le débat, il y a plusieurs années, au Sud... Quand je dis au Sud, je ne parle pas de Cuba ou de la Jamaïque, là. Pour nous, le Sud, c'est, bon... Mais il y a eu le gros débat, vous vous rappelez du rapport Lebon en 1999, où les centres jeunesse disaient... les centres jeunesse disaient: Les CLSC ne font pas leur job en première ligne jeunesse. Puis les CLSC disaient que les centres jeunesse ne faisaient pas leur job puis les CLSC avaient tout... Nous, il y a à peu près huit ans, au Nord, il y avait eu comme un mot d'ordre qui avait été donné: tout enfant qui a des problèmes, là...

Une voix: ...

M. Boulet (Gilles): DYP. Oui, direction de la protection de la jeunesse. Ça a fait que tout, tout arrivait en protection de la jeunesse.

Au Sommet Katimajiit, dans le plan qu'on avait fait pour réorganiser les services à la jeunesse, on a dit: Si on essayait de séparer les services de première ligne CLSC et les services de deuxième ligne centres jeunesse-protection de la jeunesse, ça fait qu'on a eu des fonds. Parce que, dans un petit village comme Kangirsuk, tu avais un travailleur social qui était à 50 % travailleur social-protection de la jeunesse et à 50 % travailleur social première ligne jeunesse en CLSC. Les fonds de Katimajiit nous ont permis de séparer, de faire des temps plein, même dans des petits villages. On est en train de compléter, là, mais ça, ça a beaucoup aidé aussi à ramener...

Là, je m'éloigne peut-être du recrutement, mais il reste que ça fait partie, là, de... Puis, si on n'arrive pas à avoir des conditions pour toute la catégorie 4, tout le champ social, là, des conditions qui se comparent à ceux des infirmières, bien on va avoir de la difficulté à recruter.

M. Sklavounos: Dernière petite question. Si vous étiez pour identifier là où se trouvent les besoins criants au niveau du recrutement et de rétention, vous identifieriez quels postes ou quel... exactement?

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut). Nakurmik. I'm going to ask Johane to elaborate on that.

Le Président (M. Kelley): Mme Paquette.

● *(15 heures)* ●

Mme Paquette (Johane): Johane Paquette, directrice de la planification de programmation.

En fait, les priorités — on l'a nommé, hein — c'est des priorités locales. On souhaite que ce soient des Inuits local. On sait que le taux de roulement est assez important au Nunavik en service social. Donc, ce qu'on souhaite, c'est que le recrutement soit fait au niveau inuit, et, par le fait même, ce serait de travailler beaucoup et c'est de travailler beaucoup avec le training, vraiment de faire en sorte qu'on mentore, qu'on puisse être accompagnateurs au niveau des Inuits.

Et il faut se dire aussi que, dans notre région, on n'a pas de collège, on n'a pas d'université aussi. On est dans une population que 60 % de notre population a 25 ans et moins, on a des mamans qui sont dans leurs maisons, donc c'est difficile de quitter maison pour aller étudier ici, au sud, ou ailleurs. On a parlé de la télécommunication tantôt; on n'a pas de distance... de formation à distance.

Donc, pour la question: Qu'est-ce qui serait le plus prioritaire?, tout l'aspect social mais local inuit. Je ne sais pas si je réponds à monsieur.

Le Président (M. Kelley): Mrs. Weetaluktuk would like to answer, and then Lisa Mesher. Did you want to add something, Mrs. Weetaluktuk?

Mme Weetaluktuk (Eva): OK. Thank you. I just... Eva Weetaluktuk, vice-chair.

I just want to tell a small story so you can understand what we go through up there. When social services and youth protection just started, I was a community worker, and, when you're a community worker, you can't take the title of social worker, because we haven't gone to school, but I just want to point out that the high burnout of the local community workers, it's reality. Like, I was a social worker, I burned out.

I was working with... For example, my brother-in-law's daughter killed my cousin, so I had to work with these, both of them. And also, when a professional social worker comes up north, we have no choice but to teach them our culture, but they're getting very high salary where our salary is low, and due to the... to the burnout of the communities, because, once you are a community worker, you're on call 24 hours. And, even if you're not on call, they come and take you.

So, I just wanted to tell you that story. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Thank you. Lisa Mesher.

Mme Mesher (Lisa): Well, you said my name, I'm not sure if I have to...

Le Président (M. Kelley): You're fine now.

Mme Mesher (Lisa): Sorry?

Le Président (M. Kelley): Yes, it's OK.

Mme Mesher (Lisa): I just wanted to mention a little bit about — can you hear me? — about... When you speak about...

Une voix: ...

Mme Mesher (Lisa): When speak about retention, and especially of local employees, as Johane mentioned, there are no colleges or universities in Nunavik, but I'm going to use the midwives as an example.

We have locally-trained local Inuit midwives in three of the communities. There had to obviously be an innovative way of training them which is different from

attending college or university, but, in three of... three communities, and hopefully another one will begin soon, they offer the training to local women within the communities. So, we have, you know, qualified midwives from the communities offering services in Inuktitut, who are very qualified. So, there, you know, we have to be a bit innovative, I think, when you think of training, but it's... there's definitely ways to work with that.

M. Sklavounos: I don't know if we have much time left. Est-ce que nous avons... Est-ce qu'il reste du temps?

Une voix: ...

M. Sklavounos: If we were... If I were to draw a conclusion as where the focus should be put in order that adequate services or adequate personnel and health care providers be available, and understanding that... and it's been repeated, that, the privilege, you want to privilege locals, and I understand that, then the focus should obviously be on programs to train locals. I mean, that's the bottom line, because I'm imagining that the town... that the pool of potential candidates is limited, so the focus has to be on increasing training.

So now, whether the training is done on site or is done in the South, the bottom line is we want to take local people, train them and then have them available to fill these positions. Is that what I'm understanding? Does that make sense?

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

Mme May (Jeannie): Nakurmik. I just wanted to mention that, in order for us to increase the personnel, train personnel, we need spaces to train people and we need spaces to put the professionals and the trained employees. However, our hospitals have no space whatsoever, there is absolutely no room to put anybody.

And the story goes: I had... And this is a true story. I had my son last February in Kuujjuaq, with a midwife, and a handicapped was being wheeled into the handicap bathroom beside my delivery room, you know. So, we are running into each other, and here I am having a baby.

The reality is we don't have space. That's... And I am very proud of our team, the health team that... They find special ways to continue to find... they find special ways to train and retain. However, I think it's at the end of it, we are at the end of the waiting. There is no... I think people have many horror stories with having their... you know, having their time in the hospital. There's no room in there anymore, and at times we have to wait for a space available in the hospital for a specialist to come up. This is just an example. So, if we want to train and retain, we have to have places to put them. The bottom line: we need places to put the... to put the personnel.

Le Président (M. Kelley): Thank you. Just before I'm going to ask the MNA from Marie-Victorin, I'd just like to point out the map. Je veux juste indiquer aux membres: La carte qu'on voit sur l'écran, qui est toujours très intéressante, c'est le Québec vu du nord vers le sud. Alors, les directions sont renversées. En bas, c'est le... En bas, c'est le nord, et en haut, c'est le sud. Alors, ça donne une autre perspective sur c'est quoi, le territoire du Québec, et, je trouve, c'est toujours une carte qui est très intéressante.

M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Bienvenue. Welcome. On est très contents que vous soyez là. Ça fait quelques tentatives que nous faisions pour essayer d'organiser cette rencontre que nous avons aujourd'hui, donc nous sommes très heureux de vous accueillir ici, à l'Assemblée nationale. C'est votre Assemblée nationale, bien sûr. Je tiens à vous saluer, tous et toutes. Il y en a quelques-uns, quelques-unes d'entre vous que j'ai rencontrés au mois de janvier 2008, entre autres Mme May. On s'étaient vus à ce moment-là, au mois de janvier 2008, et il y avait quelques dirigeants également de la régie que j'avais rencontrés. Je suis très heureux de vous revoir.

Avant d'enchaîner avec mes questions, j'aimerais céder la parole à votre député également, le député d'Ungava, qui va vous adresser la parole. Allez-y, mon cher collègue.

M. Ferland: Merci...

Le Président (M. Kelley): Et je dois faire un tout petit peu d'intendance parce que M. le député n'est pas membre de la commission. Donc, je suis certain qu'il y a consentement pour permettre au député d'Ungava de participer à nos délibérations.

● *(15 h 10)* ●

M. Ferland: Merci, M. le Président, pour le consentement. C'est... c'est apprécié. Alors, bien entendu, j'aimerais souhaiter la bienvenue. C'est un plaisir de vous recevoir dans votre... C'est la maison du peuple, votre maison, c'est la maison des citoyens et des citoyennes de tout le Québec ici, l'Assemblée nationale. Et c'est d'autant plus important, et je suis conscient aussi que ça nous permet en même temps de pouvoir rapidement, malheureusement, on devrait avoir beaucoup plus de temps que ça... d'expliquer le Nord aux gens du Sud. Et, à ma demande, il y a à peu près cinq minutes, j'ai voulu qu'on remette à l'écran la carte, pour une des rares fois. Et, moi, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de dire aux gens ici, à l'Assemblée nationale, de tous partis politiques confondus, ou les groupes qu'on rencontre: Vous devriez regarder le Nord avec une lunette du Nord et non avec une lunette du Sud. Et la carte représente, à mon avis, très bien cet aspect-là.

Pourquoi j'ai demandé ça? Pour une raison bien simple: vous avez soulevé... Et je ne veux pas être trop long non plus, parce que mes collègues ont des questions, et j'en ai aussi, on n'a pas beaucoup de temps, malheureusement. Mais je l'ai fait pour une bonne raison, c'est que vous avez soulevé des problèmes qui sont majeurs, qu'on connaît, que je connais très bien comme représentant ici, à l'Assemblée nationale, pour cet immense comté que je représente.

Juste un aparté ici: Je suis de ceux, même si je suis votre député et je vous adore énormément... mais je souhaite qu'un jour il y ait un comté aussi du Nunavik, en passant, pour que cet immense territoire là, comme le territoire de la Baie-James, bien sûr... Parce que c'est... le comté d'Ungava représente 52 % du territoire géographique du Québec, et je suis le premier conscient que les problèmes, les spécificités qui entourent cet immense territoire là, et je parle ici du territoire du Nunavik, devraient être représentés par un de... quelqu'un qui provient du territoire.

Mais, en attendant, bien sûr, ça va... je vais continuer à faire le travail. Je pense avoir la préoccupation et la connaissance aussi des préoccupations de cet immense territoire là, même si on n'a pas l'occasion de se côtoyer à tous les mois ou de façon régulière, mais on essaie de demeurer en contact avec les gens, là.

Donc, les problèmes que vous soulevez, les problèmes débordent, bien entendu, du réseau de la santé lui-même. Et ça, je pense que les gens ici doivent être conscients de ça. Vous avez soulevé ces préoccupations-là. Vous avez parlé de formation tout à l'heure, et à plusieurs reprises, parce que je pense que c'est Mme Eva qui a soulevé la formation, mais vous avez mentionné... vous avez dit: Vous savez, chez nous on n'a pas de collège et on n'a pas d'université. Et je reviens à la lunette nordique. La vision qu'on a du développement nordique, il devrait, à mon avis, y avoir un jour des institutions d'enseignement spécifiques au Nord, parce que vous avez soulevé et... vous avez soulevé plusieurs problèmes à ce niveau-là.

Moi, j'aurais... parce que vous... Puis c'est tout lié à la question de la prime nordique, parce que M. Boulet, s'il permet... Gilles, parce que Gilles est un de ceux que j'ai connus aussi au sud de la région mais qui est au nord, il a fait les deux pôles, si vous voulez, mais, je pense, c'est M. Boulet qui l'avait soulevée, toute la question de prime nordique. Parce que ça a déjà été... ça a déjà existé, O.K., je me rappelle, dans les années quatre-vingt, où j'avais été un de ceux qui avaient travaillé sur un dossier mais lié plus avec le fédéral, parce qu'il y a le gouvernement fédéral qui doit être impliqué là-dedans. Donc ça, oui, c'est un élément important, il va falloir revenir avec ça. Et, moi, j'appelle ça autrement. J'appelle ça la fiscalité nordique, parce que le Nord a un prix, le Nord a un... et dans sa globalité. Alors, il va falloir, un jour, que le gouvernement... ou les paliers de gouvernement tiennent compte de cet aspect-là et qu'on ne s'en tienne pas uniquement... Oui, ça intègre la prime nordique, la prime d'éloignement ou ce qu'on appelait différemment, là, avec les années, mais on va devoir aborder le développement nordique de façon globale en parlant de fiscalité nordique, parce que vous avez soulevé, tout à l'heure... Oui, la prime, ça existe, on parlait de 12 000 $ ou 17 000 $, dans le cas des infirmières, mais le coût de la vie est tellement... est tellement plus cher. O.K.?

Et un point aussi, c'est lié aussi pas juste à la formation, mais la question de la... d'équité mais aussi de la mobilité de main-d'oeuvre dans chacune des... dans chacun des villages du Nunavik. Je comprends très bien, parce que c'est... il y a aussi ces problèmes-là qu'on retrouve dans d'autres régions éloignées du Québec. Ça se vit même dans les communautés cries sur le territoire de la Baie-James. Il faut vraiment permettre cette mobilité-là, donc donner les avantages aux... à un travailleur ou une travailleuse qui demeure à Kuujjuaq qui veut aller travailler à Salluit, ou à Povungnituk, ou peu importe. Il va falloir faire ça, parce que les villages sont tellement petits, le lien de parenté. Et, moi, j'ai très bien saisi, je pense que les gens ont bien compris aussi cette problématique-là.

Ma question, avant de... j'en ai au niveau... On a parlé du Sommet Katimajiit. On... J'étais présent au Sommet Katimajiit en 2007. Je vais m'en tenir au secteur de la santé, il y a eu quand même beaucoup, beaucoup d'engagements qui ont été pris au Sommet Katimajiit dans ce domaine-là, tant au niveau de l'hébergement. Et là je reste dans le domaine du réseau de la santé, au niveau de la formation, au niveau du personnel, au niveau... Bon. Est-ce que vous pouvez me dire où on en est rendus au niveau de ces engagements-là et quel chemin reste à faire? On est quand même à trois ans, là. On est en 2010, donc ça va faire trois ans bientôt. Je ne sais pas qui peut me répondre là-dessus, là, ou...

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

Mme May (Jeannie): I'll have Gilles Boulet answer your question.

M. Boulet (Gilles): Suite au Sommet Katimajiit, il y a eu un comité technique de mis en place pour suivre c'est quoi qui arrivait avec les engagements qui avaient été pris. Le comité, je crois qu'il a été dissous il y a peut-être six mois, un an, là, parce que, pour nous, pour la santé, tous les engagements qui avaient été pris au Sommet Katimajiit, en août 2007, ont été livrés. On a tout reçu ce qu'on devait recevoir du Sommet Katimajiit.

Johane pourrait peut-être préciser si tous les postes sont... de l'an 1, qu'on appelle, nous... L'an 1 du plan de réorganisation des services à la jeunesse, là, je crois qu'on est sur le point, là, que tous les postes sont comblés. On avait reçu, si vous vous souvenez bien... Pour la santé, Katimajiit, c'était 1 934 000 $ pour la réorganisation de la protection de la jeunesse, c'était 1 114 000 $ pour améliorer les services de première ligne en CLSC jeunesse et 450 000 $ pour créer une direction de réhabilitation régionale au Nunavik. Le 450 000 $ comprenait un poste de directeur, un poste de chef de programme et un poste de secrétaire, comprenait aussi toutes les maisons qui allaient pour loger ces gens-là, puis les maisons ont été...

Depuis Katimajiit... Au Sommet Katimajiit, ça a comme commencé là, on a senti vraiment, avec nos discussions avec les gens du ministère, que les gens du ministère ont compris qu'un gros point pour la rétention, c'est que tu ne peux pas faire des gens qui ne se connaissent pas cohabiter à trois dans la... dans le même appartement. On a eu des gens qui ont quitté, puis ça coûte très cher. Recruter au Nunavik, ça coûte une fortune. Faire les entrevues, si tu ne fais pas monter le candidat, il n'a pas une idée de... Si tu le fais monter, bien là c'est 3 000 $, le faire monter pour venir pour l'entrevue. Puis on a perdu des gens qui avaient... ça nous avait coûté cher à recruter, puis parce qu'ils restaient à trois dans le même appartement.

Puis le meilleur exemple qu'on a, là, que je prends, c'est une infirmière de 20 ans, une autre infirmière, de 28 ans, puis une travailleuse sociale de 54 ans qui restent dans le même. Il y en a une qui ne travaille pas les fins de semaine, une qui travaille de nuit, une qui travaille de jour; tu restes dans le même appartement. Le monde, ils ne viendront pas au nord si on est dans ces conditions-là.

Ça fait que vraiment, depuis Katimajiit, le programme de construction de maisons pour le personnel du réseau de la santé, ça nous a donné un... vraiment un bon coup de main. Il y avait deux parties: il y avait des maisons pour tous les postes qui avaient été annoncés à Katimajiit, puis il y avait les maisons pour le «catching up», le rattrapage, pour essayer d'éliminer les logements partagés. Avec les dernières maisons qui sont en train d'être livrées, là, le programme 2009, qu'on appelle... Parce qu'on a eu 30 maisons à l'été 2007, pour tout le Nunavik, on en a eu 54 à l'été 2008, et celles annoncées à l'été 2009, c'est 46. Dans le fond, c'était 50, mais c'est 46 vraies maisons, puis il y en a quatre qui vont servir pour des logements pour des services. Avec ça, on finit presque le rattrapage. On va avoir encore des maisons qu'on loue de particuliers, spécialement à Kuujjuaq, mais il n'en manquera pas beaucoup pour dire, là.

Puis, nous, ce qu'on demande dans notre plan, dans notre plan stratégique, ce qu'on demande, c'est, à chaque fois qu'il va y avoir un poste d'annoncé, qu'on songe... un poste

de développement, qu'on songe à fournir un espace de bureau. Est-ce qu'on a l'espace de bureau et est-ce qu'on a la maison pour loger la personne si c'est quelqu'un qu'on doit faire monter du Sud? Puis ça, c'est très important, parce qu'à Katimajiit, toutes les annonces de Katimajiit, là, sur les... on avait calculé, Silas a fait un tableau, ça impliquait... Parce qu'il y avait, oui, des maisons, mais il y avait aussi des locaux d'annoncés dans... des postes locaux d'annoncés dans Katimajiit que tu n'as pas besoin de maison, mais tu as besoin d'un espace à bureau. On était en manque de 72 espaces. Le tableau que Silas a fait, on était en manque de 72 espaces à bureau.

Heureusement, on a pu... cet été, pour la protection de la jeunesse, à Kuujjuaq, on a pu combler... on a eu... Ça a été... Ça, c'est parce qu'il faut penser aussi tous les délais de construction au Nunavik. Si tu manques la fenêtre, le bateau de l'été, tu viens de perdre un an, il faut que tu attendes à l'autre année. Ça fait que, l'an passé, on a eu une annonce. Suite à la visite de Mme Thériault et du ministre Corbeil, dans les jours qui ont suivi, ça a débloqué, parce que, la protection de la jeunesse, on avait l'argent pour ouvrir les postes, mais on n'avait pas d'espaces à bureau. Puis, quand on dit: Pas d'espace à bureau, là, c'est qu'il y a déjà du monde qui travaille à deux puis trois dans un petit bureau. Vraiment, on ne pouvait plus. Ça fait qu'en l'espace de... premier jour de septembre aller au 31 octobre, on a tout fait la démarche, c'est un temps record, on a tout fait la démarche, puis on a eu 14 espaces à bureau pour Kuujjuaq pour la protection de la jeunesse. C'était vraiment...

Puis là, nous, on fait affaire toujours avec la Corporation d'hébergement du Québec, puis, eux, ils gèrent nos projets, mais là ils ne veulent plus gérer le projet si on lance les appels d'offres au mois de juin, parce qu'on sait que, si on lance les appels d'offres au mois de juin, on ne... on n'aura jamais les maisons prêtes pour janvier.

Ça fait que, dans notre plan, dans notre plan stratégique, c'est que c'est ce qu'on voudrait prévoir, c'est qu'à chaque fois qu'il y a des postes de développement... que les espaces à bureau viennent avec et, idéalement, que l'espace à bureau et la maison arrivent avant le poste, parce que, sinon, c'est... Ton poste arrive avant, là, il faut que tu obliges du monde qui était... qui ne partageait pas à partager des appartements, puis ça complique les choses. Ça fait qu'on a vraiment confiance que, dans... avec notre plan stratégique, que cette partie-là devrait être assez bien réglée.

● *(15 h 20)* ●

Le Président (M. Kelley): Petite anecdote à ce sujet: Moi, je me rappelle, dans une autre commission parlementaire, on a vu un engagement financier de la Sûreté du Québec, qui, en urgence, a acheté les motoneiges, et tout le monde a ri autour de la table. Comment ça se fait qu'il faut acheter sans appel d'offres les motoneiges au mois de juillet au Québec? Bien, c'était parce que le bateau partait pour Kuujjuaq. Il faut les acheter tout de suite, parce que, sans ça, il n'y aura pas de motoneige pour l'hiver qui s'en vient, alors... Et c'est une réalité, la saison où on peut amener les matériaux au Grand Nord est très, très courte. Alors, il faut bien organiser les travaux pour à la fois la construction des maisons mais tous les autres besoins du Sud qui arrivent dans les bateaux, c'est une très courte saison.

Sur cette petite anecdote, M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, contrairement à mon habitude, je vais terminer par les... le dernier... je vais prendre les derniers blocs ou le dernier bloc et, parce que la question des services sociaux est très, très importante, je vais donc laisser ma collègue la députée de Matapédia, qui est la porte-parole en la matière, prendre la parole, pour qu'elle puisse poser ses questions.

Le Président (M. Kelley): Et je suis certain que le même consentement accordé au député d'Ungava est accordé à Mme la députée de Matapédia. Merci beaucoup. Alors, Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, pour moi, c'est un honneur de recevoir les gens du Nord, de la région de Nunavik, je dirais du pays du Nunavik, hein, parce qu'avec vos particularités, vos spécificités, je pense que vous êtes un pays en soi.

Alors, moi, je constate, comme beaucoup de... on le constate ensemble, l'ampleur du travail que vous avez devant vous, l'ampleur des problématiques aussi. Et, à la page 35 du document, lorsqu'on élabore au niveau des problématiques psychosociales, il y a deux paragraphes, là, je pense, qui résument bien la situation, dans le sens de... C'est écrit: «Contrairement aux problèmes de santé physique, il existe peu de fichiers facilement accessibles contenant des données sur les problématiques psychosociales. Il est souvent plus difficile de quantifier leur fréquence. De ce fait, nous devons souvent nous référer à l'avis des intervenants terrain pour préciser l'ampleur de ces problématiques.» Puis là vous dites: «Heureusement, l'enquête de santé des Inuits du Nunavik — en fait en 2004 — nous fournit certaines données sur la fréquence de ces problèmes.» Et là on dit: «De l'avis des intervenants de la région, la fréquence de plusieurs problématiques psychosociales est en nette progression au Nunavik. Elles contribuent de façon importante à augmenter la morbidité, tant psychosociale que physique. En fait, ce groupe de problématiques constitue la priorité d'action numéro un.»

Et c'est tout un chantier, en ce sens que toutes ces problématiques-là sont interreliées, on le sait, hein, en santé mentale, et souvent c'est la santé physique. Si on prend les abus d'alcool et autres toxicomanies, effectivement ça peut conduire... ça conduit à la violence, aux abus sexuels, problèmes de santé mentale et suicide. Alors, il y a aussi... ce que je constate avec vous, c'est que, si on ne règle pas les problèmes de logement pour la population, on ne les règle pas non plus pour les intervenants, et on amplifie les problèmes de tous bords tous côtés.

Alors, vous en avez mis gros dans votre priorité numéro un. Quelles sont les cibles d'action, de moyen? Parce que... Est-ce que c'est une question d'argent? Et j'ai compris que ce n'est pas juste une question d'argent, c'est une question de moyens. Si on a de l'argent et on n'a pas les ressources humaines dont on a besoin... Parce que j'ai compris aussi que c'était local, vous avez besoin d'intervenants locaux qui vont bien comprendre. Où sont les priorités que vous vous fixez, je dirais, dans un horizon de deux à quatre ans, pour les quatre, cinq prochaines années, là? Parce que vous en avez mis gros dans votre priorité numéro un, et je vous comprends, parce que c'est... tout ça est interrelié.

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

Mme May (Jeannie): Nakurmik. Thank you for your question. I'm going to... If I can just recap, you said: What is our first priority in the next two to four years? I think we can all agree around the table here, and all our colleagues

back up North, that our strategic plan is our priority. The plan will enable us to open doors, start development, expanding our hospitals and also the partnership of other regional organizations to deal with the overcrowding, the overcrowding of social houses. With the... like you mentioned, the morbidity rate of children, we could relate that to the high overcrowding of houses. These are our priorities. For us to be able to tackle the psychosocial issues that we're facing, we have to have the collaboration of all partners, our regional partners and the Governments.

I have to say, in our plan, we have all the priorities set by year, and it's very difficult to start anything once... until our negotiations are completed. So, I'm just going to leave it there, I'm not going to get into the details of the priority plans. I think it's already set on the table: you can't do much without any development for any... without any development happening in the region. That includes especially the expansion of our hospitals.

I think the view, like you mentioned, our two to... our first... our priorities in the first two years, two to four years, that could all be seen, and well stated, organized, in our strategic plan, and I'm going to leave it there. I don't know if one of my colleagues wants to elaborate on my answer.

Le Président (M. Kelley): Mme Paquette.

Mme Paquette (Johane): Merci. Tout comme Jeannie l'a nommé, je pense que nos programmes continuent à se mettre en progression aussi, malgré le recrutement qu'on tente de faire et la rétention. On sait que le projet clinique, pour nous, c'est une base aussi. Donc, on va continuer à travailler pour nos jeunes en difficulté. La santé mentale, c'est une priorité pour nos centres hospitaliers. Donc, c'est toutes ces parties de... Au niveau du suicide, il y a des... du gros travail qui se fait actuellement avec des gens de la communauté, donc des Inuits, qui forment entre eux d'autres Inuits aussi pour la prévention du suicide. Et, notre plan stratégique, je pense que tous les efforts sont collectifs, et on regarde tous en fait dans la même direction pour que notre «housing» soit aussi... qu'on ait une augmentation de nos maisons, sans quoi ça va être difficile de travailler au niveau du programme. Mais je pense que, collectivement et avec nos partenaires, on est bien enlignés, et nos programmes avancent tranquillement mais sûrement.

Mme Doyer: M. le Président, au niveau des organismes communautaires, je dirais, des ressources qui émanent des différentes communautés, les 14, comment ça va au niveau du financement, au niveau de... Parce que je pense qu'il n'y a rien de mieux que la communauté elle-même qui se prend en main par des organismes et qui répond elle-même à différentes problématiques. Alors, est-ce que vous trouvez que le financement est adéquat, que ça va ou... au niveau des organismes communautaires du Nunavik?

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

● *(15 h 30)* ●

Mme May (Jeannie): Nakurmik. I can say safely that we are underfunded. Our particular situation of living in the North is, at times, overseen. I can make an example of one community organization that needs.. that is in a serious, serious need of renovation or even better, a new building. We do not have the financial means to create a new community organization with the funding that we receive for community organizations. The funding has to come from elsewhere outside of the program itself. So there's a... there's a lot of things, I think, that are not taken into consideration of the realities that we face in the North. And I can have one of my colleagues elaborate on this if they wish, but I would say safely that we have to catch up with the rest of Québec.

There is a lot of challenges that we're facing. One of the... Like I said, I think the biggest need for the region in terms of community organizations is integrating family into the children's... When we have children placed in rehab services, for example, when we have teenagers placed in services, in places where they are dealing with their substance abuse, we need places in our region where we can integrate family into the wellness of the children. I could say that our... I think our approach, our ideas coming from the Inuit people, coming from the population have to be considered when putting programs in place. And I would like to say that we should have more place when there's discussions in creating programs for the region, because, as Nunavimmiut and as Quebeckers, we have to have the same... same type of service. And if we can have some examples, I think we could have a better idea of what we're facing in the North. I don't know if somebody wants to... It's good. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Oui, Dr Déry.

M. Déry (Serge): Serge Déry.

Je pense qu'on réalise tous que les problématiques psychosociales relèvent, je dirais, de multiples facteurs puis qu'on ne peut pas s'attendre à ce que ce soit seulement le réseau de la santé qui puisse en venir à bout. Je pense que le réseau de la santé soulève le questionnement, mais on doit en fait interpeller tout le monde, et, quand je dis tout le monde, on parle des autres intervenants, que ce soit le réseau de l'éducation, du gouvernement régional, alors ces gens-là sont sensibilisés. Puis une des stratégies aussi qui a été... qui vient d'être développée puis commence, je dirais, là, à être implantée, c'est l'implication des communautés dans les solutions possibles. On pense qu'il y a des... il y a des atouts dans les communautés qui sont sous-exploités, et, dans une des retombées du Katimajiit, on a obtenu le financement pour la création de 14 comités qu'on appelle les comités de bien-être des communautés où les différents acteurs de la communauté sont réunis et travaillent avec le réseau de la santé pour justement trouver des solutions à des problématiques que chaque communauté va identifier comme étant majeures pour elle-même. Alors, je pense qu'en impliquant les autres acteurs, en impliquant les communautés, et là on parle... Tu sais, le réseau peut s'occuper peut-être du traitement, mais il y a toute la prévention aussi de ces problématiques-là, et c'est dans les actions au niveau communautaire, au niveau des familles qu'on pense être capables de réduire... Alors, tout ça est décrit, je dirais, dans le fameux plan stratégique régional au niveau des approches qui sont favorisées.

Mme Doyer: Je vais passer la parole à... Oui.

Le Président (M. Kelley): Oui, je vais revenir au député d'Ungava après.

Mme Doyer: Ensuite, ce sera mon tour.

Le Président (M. Kelley): M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. En introduction... D'abord, bienvenue, bienvenue chez vous aussi, ici.

En introduction, j'aimerais vous dire que ma communauté des Îles-de-la-Madeleine partage au moins deux caractéristiques avec vous. D'abord, on est une communauté éloignée et isolée, et, pour illustrer ce fait, pour... on n'a aucun lien terrestre et, pour venir au Québec, on doit passer par deux provinces, la province de l'Île-du-Prince-Édouard et la province du Nouveau-Brunswick, pour avoir accès au Québec. Ça, c'est une première caractéristique qui vous ressemble un peu. Évidemment, on peut prendre le bateau, et l'autre moyen de transport, c'est l'avion, avec des coûts assez onéreux. Et ça a un impact et des conséquences assez importantes — et je peux vous comprendre — sur toute la vie sociale, communautaire et socioéconomique, en termes de coûts, de vivre l'insularité.

La deuxième caractéristique, c'est que les Madelinots sont également un peuple de chasseurs et de pêcheurs. Et je vois, monsieur, que vous portez fièrement un vêtement en peau de phoque, et je vous félicite, parce que, nous aussi, on est des chasseurs et on se bat actuellement avec la communauté européenne avec tout le volet de la désinformation sur la chasse au phoque.

Ma première question... ma première question est d'ordre plus général, et j'espère avoir une réponse positive. En tous les cas, j'aimerais ça. Malgré les nombreux problèmes existants et les nombreux défis, est-ce que vous avez confiance en l'avenir, est-ce que vous avez confiance en vos forces? Alors, ce serait ma première question pour ouvrir le débat entre nous.

Le Président (M. Kelley): Jeannie May, on the future.

Mme May (Jeannie): Thank you. Absolutely. Absolutely. This is why we're here, and this is why we're continuing and fighting for our people, speaking for our people, for the ones that can't.

I have to say we have had many challenges dealing with reaching the communities, reaching the children, the youth. And I just want to share a very positive story that, I think, we share with other aboriginal communities, it is our community healing approach. And I think this is where people are finding their strength, we're empowering the communities, helping them overcome their psychosocial issues. We have had a dramatic change in the region in terms of adapting to a different lifestyle, a different culture. Our young people enjoy the hip-hop and, you know, everyone's into the new thing, and here we are teaching them our culture and teaching them... educating them in the school system.

So, there's a lot of challenges, but I think it creates a very open-minded different person when you have this opportunity to survive on the land and to survive in the government. And I'm very optimistic that our future is bright as long as we're continuing to work with the governments and work with the ministry in sharing and teaching our ways and our innovative ways in delivering the services. I think it's going to be OK I think we'll be just fine. And I know some of our elderly have their questions, but I have no doubt that they trust us to deliver their messages.

Le Président (M. Kelley): Eva Weetaluktuk would like to add something?

Mme Weetaluktuk (Eva): Yes. Thank you. I just want to tell a story again. In Inukjuak, we started... we have a family house and it is helping the young mothers how to deal with... I mean... how to bring up their children and also to have healthy food. I just wanted to say that because it seems so bleak; it is, but like I said, our ancestors used to go out without any food and if they don't get food, they would go to bed without food. And being from a strong culture — Inuit — even though everything seems bleak, we have hope. Thank you. That's what I want to say.

Le Président (M. Kelley): Thank you for that story. M. le député.

● *(15 h 40)* ●

M. Chevarie: Je suis évidemment très, très satisfait de votre réponse, d'autant plus que votre population est en croissance et que le taux de fertilité est en augmentation également, de natalité. Donc, je pense que votre communauté a confiance également en l'avenir. Et ça, c'est un actif précieux.

Maintenant, plusieurs facteurs évidemment ont de l'impact sur l'état de santé de votre population. On pensait... En début de votre allocution, vous parliez du surpeuplement au niveau des logements, les conditions socioéconomiques, les problèmes sociaux, ainsi de suite. Par rapport à l'approche préventive, bien entendu, souvent cette approche-là ne règle pas les problèmes à très court terme, mais à moyen et long terme on s'en va vers des voies de solution et qui peuvent toucher tant les saines habitudes de vie, les conditions socioéconomiques ou l'environnement.

Est-ce que votre communauté a une ouverture à cette approche-là? Est-ce que les gens sont réceptifs de parler prévention au sein de vos différents villages et communautés?

Mme May (Jeannie): *[Interprétation]* Je vais parler en inuktitut. Les jeunes et les jeunes mères dans les communautés sont plus en santé quand elles n'ont pas à quitter la communauté pour aller donner naissance à l'extérieur ou à sortir de la communauté. Alors, évidemment, ça, ça touche les sages-femmes. Quand les sages-femmes sont là, peuvent aider à la naissance des enfants dans leur maison, elles peuvent rester chez elles, on peut leur donner des instructions sur les soins postnatals, prénatals, les enfants, et tout ça.

Alors ça, ces questions sont toutes reliées à la bonne santé des mères. Alors, toutes les jeunes mères, pour nous, je crois que c'est très important, surtout quand elles sont jeunes, on leur montre aussi des questions, bon, de vie saine, et aussi les conditions auxquelles le jeune enfant va faire face, des choses qui sont importantes dans la vie. Alors, c'est des bonnes mesures de prévention déjà pour ces jeunes enfants qui commencent à peine leur vie. Quand on parle de prévention, c'est une autre façon de voir la prévention, de cette façon-là.

Il y a d'autres problèmes aussi dans la communauté, par exemple la toxicomanie, l'alcoolisme. Nous, nos travailleurs sont très occupés avec les crises, ils sont tellement occupés qu'ils n'ont pas le temps de faire de prévention tellement la situation est criante souvent. Alors, souvent il y a peu de temps, mais les travailleurs aussi sont peu nombreux, des situations de crise, il y en a beaucoup. Alors, elles sont en train d'éteindre des feux et elles n'ont pas de temps à passer sur la prévention. Si on regarde, bon, les travailleurs, le personnel, si nous sommes en mesure de combler tous les postes, si on suit ce plan stratégique de sept ans, je pense que là on pourra être en mesure de prendre vraiment plus

d'avance, d'aller — comment dire? j'ai un terme en inuktitut et j'ai de la difficulté — aller de l'avant avec la prévention.

On m'a donné un exemple de jeunes femmes, une jeune mère enceinte. Pour leur donner un bon départ dans la vie, elles doivent travailler avec les sages-femmes qui leur offrent un programme. Je peux vous donner d'autres exemples, mais je vais m'arrêter là maintenant. *[Fin de l'interprétation]*

Le Président (M. Kelley): Dr Déry, vous voulez ajouter?

M. Déry (Serge): Je pense que, quand on parle prévention, souvent on identifie ça avec les gens de Santé publique. Vous demandez de façon très précise: Est-ce que les gens là-bas sont réceptifs à la prévention? Je pense que Jeannie a déjà procuré une partie de la réponse, mais je vais vous donner deux exemples pour vous montrer jusqu'à quel point les gens sont réceptifs à la prévention. On vient de vivre la pandémie de H1N1, alors je peux vous dire qu'au Nunavik on a eu, en fait, avec les ressources qu'on a mis à notre disposition, avec les vaccins qui nous sont arrivés dès le début, on a atteint une couverture... un taux de couverture de 85 %, ce qui est un des meilleurs au Québec, ce qui est un des meilleurs dans le Grand Nord, mais on avait les ressources. On a eu des communications avec nos communautés en langue locale; les gens ont été invités à participer; on a rencontré toutes les autres organisations pour les embarquer dans le processus. Alors, oui, les gens sont ouverts à la prévention. Ils sont tellement ouverts à la prévention que je vous dirais que, des fois, ils me demandent, moi, comme directeur de santé publique d'aller plus loin que ce que la loi prévoit.

Et je vais donner un exemple au niveau du tabac, par exemple: bon, avant même que le tabac soit interdit dans les bars — parce que vous savez que la loi du tabac prévoyait au début qu'on puisse continuer à fumer dans les bars — bien, chez nous, au Nunavik, ils ont arrêté le tabac dans les bars avant même que la loi passe. Puis, si je les écoutais, bien, comme directeur de santé publique, j'interdirais la vente de tabac. Alors, j'essaie de dire: Bien, écoutez, ce n'est pas vraiment de mon ressort, mais... Alors, ça va jusque-là.

Et l'exemple, je dirais, là, qui est très, très criant, c'est au niveau de la nutrition au Nunavik. L'enquête de santé de 2004 a démontré qu'au niveau du profil lipidique des Inuits on sent une détérioration et qui peut être reliée à la présence des gras trans dans les aliments achetés à partir du Sud. On a fait une présentation au C.A. de la régie régionale, au C.A. de KRG, à la commission scolaire, et c'était rendu unanime: il faut que vous rencontriez les vendeurs et les magasins pour interdire la vente d'aliments riches en gras trans. Alors, essayez de passer ça au Sud, là, vous allez avoir quelques années devant vous.

Alors, je vous dis, les gens, quand on leur démontre qu'il y a un problème puis qu'il y a une façon de modifier l'environnement pour avoir une solution, ils sont très réceptifs.

Le Président (M. Kelley): Eva Weetaluktuk.

Mme Weetaluktuk (Eva): Thank you. I would like to just add to what... concerning the prevention. In Inukjuak, we have a prevention committee, and I'm the president of that. And also we have a wellness committee, I'm part of that, and also an education committee, I'm part of that. So... Not everybody is like that, just to let you know, but we are... there are people who are trying to prevent those things from happening.

I'm not sure if I'm supposed to say this, but I just want to ask how come we didn't get coffee and you guys did?

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Your MNA will look after that. So... Oh! I'm sorry. It's on its way. It's the answer to your question.

Mme Weetaluktuk (Eva): Thank you.

Le Président (M. Kelley): But your MNA is very efficient. So the coffee is already on its way, apparently so. Oui, Mme Paquette.

Mme Paquette (Johane): Pour répondre aussi à votre question, puis pour compléter, je reviens à la question précédente. Vous savez, le taux de suicide est nettement très, très élevé chez nous, au Nunavik. Mais le plus bel exemple, c'est de savoir aussi que, les derniers temps, les dernières statistiques, on voit que notre taux de suicide est en diminution. C'est des efforts considérables qui se font. Mais je pense que la plus belle stratégie de prévention, c'est que ce sont des Inuits, eux-mêmes: on a formé depuis deux ans 183 personnes. Donc, l'espoir des Nunavimmiuts, ils sont présents, ils sont impliqués dans leurs communautés. Et de pouvoir avoir ce propre «empowerment» là, c'est vraiment intéressant de voir ce qui se fait. Ça s'est fait aussi auprès des jeunes, au niveau des maisons de jeunes, quand on parlait des organismes communautaires tantôt. C'est intéressant, parce que c'est le futur, aussi, du Nunavik. Donc, c'est... ce sont là des petits succès mais qui deviennent grands et qu'on souhaite qu'ils soient nommés, aussi, parce qu'on parle souvent de la misère au Nunavik, mais on parle aussi des bons succès et des belles choses qui se passent aussi. Merci.

M. Chevarie: Il me reste encore du temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Oui. Quatre minutes.

M. Chevarie: Quatre minutes. Oui. Bravo, pour ces petits succès. Puis, effectivement, ça a souvent un effet d'entraînement et, éventuellement, ça fera un gros succès. Et bravo encore de persévérer.

Justement, en ce qui concerne la jeunesse, je pense que j'ai compris qu'il y a eu un rapport qui a été émis avec 21 recommandations dont 14 recommandations furent mises en application, mais il reste sept recommandations qui ne seraient pas mises de l'avant. Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi ou encore est-ce qu'il y a un problème particulier sur ces sept recommandations-là?

● *(15 h 50)* ●

Mme May (Jeannie): Nakurmik. I am going to just say that, in order to implement all the recommendations, we need again space, we need houses, and I'm gonna have Mme Paquette just to elaborate on the specific recommendations. I'm gonna have her answer your specific question. Thank you.

Mme Paquette (Johane): Nakurmik, Jeannie. Pour les 14 recommandations, en fait, vous savez que c'est depuis deux ans, donc, dans le contexte dans lequel il y a de

l'intervention qui se fait sur le terrain. C'est énorme, 14 recommandations. De ces 14, Gilles a parlé un peu de toute la restructuration des services de première ligne et de deuxième ligne avec des mandats spécifiques en protection de la jeunesse. Il y a de grands efforts qui se font aussi en ce moment avec les contentieux, avec la protection... avec les directeurs de protection et les collaborateurs aussi, parce qu'on... ces recommandations-là s'adressaient en particulier au réseau de la santé mais à tous nos partenaires aussi. Lorsqu'on parle du «housing», on parle de la difficulté à avoir nos maisons et de faire en sorte que nos intervenants soient logés. Donc, c'est des parties de... Il y a trois recommandations qui touchent le «housing». Il y a des recommandations qui restent à voir, ce sont... c'était un programme d'aide aux employés qui a été mis sur place dans les deux centres de santé.

Et, de celles-ci, il y a aussi toutes les... au niveau des procureurs de la couronne, qu'on ait de plus en plus de cours itinérantes qui viennent au Nunavik, ce qui éviterait, bon, des frais et qui éviterait aussi aux familles de se déplacer. Il reste... On est en bonne posture en ce moment, on s'en vient, tranquillement on y arrive, et toutes les mesures extrajudiciaires au niveau des jeunes contrevenants, pour la LSJPA, ce sont des choses qu'il nous reste encore à travailler. Alors, on est en bonne route, on a un travail étroit avec les deux directeurs de protection de la jeunesse et les programmes ainsi que nos collaborateurs, avec Makivik et les écoles aussi. Donc, il y a des mandats, des tables qui ont été revues et des tables qui ont été mises sur place spécialement pour faire en sorte que ces recommandations-là et que ces services-là soient en place.

M. Chevarie: Si vous me permettez, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Chevarie: J'aurais une petite question rapide avant de passer la parole au député de l'opposition. Est-ce que les gens ont tendance à vouloir quitter la région? Et ceux qui décident de quitter pour les études ou pour d'autres raisons, est-ce qu'ils ont également tendance à revenir ou c'est une difficulté, cet aspect-là?

Le Président (M. Kelley): Jeannie May.

Mme May (Jeannie): Please repeat. I had my earpiece off.

M. Chevarie: Est-ce que les gens ont tendance à vouloir quitter la région pour les études, ou encore pour le travail, ou peu importe, pour différentes raisons? Et ceux qui vont aux études, est-ce qu'ils ont la volonté de vouloir revenir dans votre région aider votre communauté?

Mme May (Jeannie): Are you talking about the people from the region that leave the region to study? Or people from down South that come up and then leave to study?

M. Chevarie: Non. Ma question s'adresse spécifiquement aux gens de votre région, aux jeunes de votre région qui quittent la région pour aller étudier au Sud.

Mme May (Jeannie): Yes.

Le Président (M. Kelley): ...Inuk.

Mme May (Jeannie): O.K. I understand the question now. Yes, they have the tendency to come back up north, and the example that I made earlier speaks for itself: when you're somebody from the North and you leave your region to study and you come back home, you have absolutely pretty much no place to live, you go bunk with your parents again or you find some relative to... that has a spare room or a spare piece of floor to sleep on, and this is the reality. I grew up with... in a 3-bedroom with nine people, and it's the tough reality.

And like we said, if we could have the opportunity for our local professionals to have the same privilege of having housing and trips out of the region, I think it would be a lot more successful and people would want to come back home and study. There's probably not a big percentage of young Inuit that have gone down South to study that stay down South. Some do but most will come home. And then I mentioned from the culture shock, a lot of them come home without any education, without their education finished. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Merci. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, mon collègue de Groulx est le porte-parole pour tous les dossiers jeunesse. C'est un dossier prioritaire pour le peuple inuit. Alors, je lui cède la parole. Merci.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: Merci. Je suis très, très, très honoré de pouvoir vous rencontrer aujourd'hui. Et je vous promets que la rencontre continuera bientôt parce que j'aurais au moins pour deux semaines de questions à vous poser. Je vais essayer d'être bref.

J'ai fait... compte tenu que je suis porte-parole de l'opposition en matière de protection de la jeunesse, j'ai fait faire des études par mon bureau; j'ai trouvé un certain nombre de statistiques qui sont extrêmement difficiles à trouver parce qu'elles ne sont pas dans les réseaux officiels. Mais, pour alimenter cette assemblée, disons que le taux de violence familiale est au Nunavik 10 fois supérieur à la moyenne canadienne, que le taux de décrochage scolaire en 2006-2007 était, chez les seuls garçons, de 73,1 %, que plus de 50 % des enfants qui sont signalés à la Direction de la protection de la jeunesse vivent dans un milieu de violence ou d'alcoolisme important.

Je vous ai entendu parler, dès le début de votre intervention, du problème de logement pour la population. Vous avez chiffré le problème de logement à 900. Est-ce que quelque chose se fait actuellement, puisque, compte tenu du taux de natalité qui est élevé, le problème va continuer à être le plus grand problème qui semble vous affecter actuellement?

Mme May (Jeannie): Thank you. I'm gonna have... I'm having a little bit of hard time following the translation. I'm gonna have Gilles answer as he got your direct question.

Le Président (M. Kelley): M. Boulet.

M. Boulet (Gilles): Gilles Boulet.

Même si on n'est pas les principaux acteurs dans le dossier, on suit ça de très près. L'hiver passé, le 6 mars, lors de la grosse réunion qu'il y a eu à Montréal où, nous,

on était là, mais les autres intervenants de la région étaient là, on nous a dit que les démarches avancent. Il n'y a pas juste le Québec là-dedans, il y a Ottawa aussi. Je sais que Makivik, KRG, les autres partenaires travaillent très fort. Tout le monde espère que ça va arriver sous peu. On se croise les doigts.

Puis c'est vraiment... Quand les maisons arrivent, là, c'est vraiment spécial, parce qu'il y a des listes d'attente partout. Ce n'est pas drôle, là, quand tu es un jeune couple, là, puis tu te dis: Ça va me prendre 10, 12, 15 ans à avoir mon propre logis. Ça fait que c'est...

Juste pour vous donner un exemple. Cet été, peut-être qu'il y en a qui sont au courant du projet conjoint entre le ministère de la Santé et les Affaires municipales pour réhabiliter un bâtiment de 17 logements à Kangiqsualujjuaq, pour lui donner une nouvelle vocation, mais ça a été un tour de... il fallait relocaliser 17 locataires pour pouvoir faire la transformation pour arriver à 19 logements, des studios pour personnes âgées, des studios pour personnes handicapées. Bien, ça a été vraiment des pirouettes pour essayer de relocaliser ces 17 logements là. Parce que, nous, on disait: C'est un beau projet puis... sauf qu'il y a des listes d'attente dans le village. Puis les nouvelles maisons que ce village-là a eues cet été, là, il y a du monde qui attendent depuis longtemps pour un logis.

Ça fait que finalement le village... le projet tenait à coeur à la communauté, et ils ont réussi. Ce n'était pas facile politiquement de dire: On a 14 maisons qui arrivent cet été, là, mais ce n'est pas les gens sur la liste d'attente qui vont les avoir, c'est les 14 relocalisés du M-17 pour permettre la transformation. Ça fait que c'est... c'est... Mais on sait que les gens concernés, avec le ministère des Affaires municipales, KRG surtout, là, ils travaillent — et l'Office municipal d'habitation — ils travaillent très fort pour ça. Puis, nous, on a décidé, à l'assemblée générale annuelle, de passer une résolution, parce que, non, ce n'est pas à nous de se débattre pour avoir des maisons, mais on sait que l'argent qui est investi en santé, on n'a pas la même chose pour notre dollar, là, si le problème de maisons persiste. Parce que ça ne réussit pas, il y a des choses qui ne réussiront pas si le problème de logement n'est pas réglé.

● *(16 heures)* ●

M. Gauvreau: On n'aime pas travailler en silo; ça, c'est clair. En 2009, 2008, 2007, il s'est construit, d'après vous, combien de logements environ, par année?

M. Boulet (Gilles): Je ne voudrais pas faire erreur, mais je pense que c'est autour de 50, 60. Puis, Larry, maybe you know a little bit more about how many houses... social housing is built from one year to the other and how many in 2008. I don't have it.

M. Gauvreau: Ah! ce n'est pas grave. Mais, si je comprends bien, là, le problème, là, c'est que, s'il se construit, par exemple, 50 logements par année, le problème actuel sera peut-être réglé dans 18 ans, alors que le vrai... dans 18 ans, le problème sera encore plus grand. À coups de 50 par année, si on parle de... on parle de besoin de 900 logements, ça fait 18 ans, ça. C'est inacceptable.

J'ai recensé toutes les annonces de construction de logements pour du personnel depuis 2003. Il s'est annoncé pour 263 logements pour du personnel santé et services sociaux depuis 2003. Est-ce que — ah! oui, je les ai tous malheureusement — et est-ce que c'est un objectif qui est atteint véritablement, ce besoin notamment pour les intervenants sociaux qui arrivent du Sud pour des périodes d'à peu près six mois en général?

M. Boulet (Gilles): Comme je l'ai mentionné plus tôt — je n'ai pas trop saisi votre question — mais présentement on approche le point où on va... le rattrapage va être fini. Les gens qui sont en place, qui travaillent dans le réseau de la santé au Nunavik vont être logés convenablement. Puis, comme je vous disais, par après, dans notre... nos discussions sur la planification stratégique avec les gens du ministère, puis ils ont compris que, s'il y a des annonces dans notre plan, dans notre planification stratégique, pour des postes de développement, ce sera accompagné avec une maison pour chaque poste. Parce que sinon on va se retrouver, dans trois, quatre ans, au même point où on était où que les gens vont être obligés de partager. Et là c'est un cercle vicieux: s'ils sont obligés de partager, on perd notre monde, on ne peut pas les retenir, ça nous coûte plus cher pour recruter puis... ça fait qu'il faut vraiment se maintenir. Puis c'est prévu, dans notre plan, que dorénavant tout développement devra être accompagné de maisons et d'espaces à bureau qui iront avec.

M. Gauvreau: ...pour la population, la construction de logements est essentielle et la première nécessité pour permettre aux jeunes de grandir dans les meilleures conditions possible, aux personnes, aux jeunes couples de pouvoir vivre leur vie de famille dans les meilleures conditions possible pour permettre, comme Mme May l'a dit, pour permettre aux jeunes d'apprendre et d'étudier dans de bonnes circonstances.

Le Président (M. Kelley): M. Boulet.

M. Boulet (Gilles): La régie régionale croit vraiment que c'est vers ça qu'il faut aller, puis c'est pour ça que la régie régionale a passé une résolution disant qu'il faudrait régler le problème du logement si, nous, on veut pouvoir réussir, dans notre plan dans ce qu'on veut faire dans la réorganisation des services et dans la consolidation de certains services.

M. Gauvreau: ...l'éducation est aussi un autre enjeu fondamental où il faudrait, dans les meilleures conditions possible, permettre à la population du Nunavik d'avoir accès à une éducation de qualité et adaptée aux forces culturelles du Nunavik. Par exemple, je sais que la nouvelle unité de centre de réadaptation pour les jeunes a des activités d'intégration culturelle basées, là, sur les apprentissages des us et coutumes, et je sais, pour avoir parlé à M. André Lebon, qui est un de mes amis, que ça donne d'excellents résultats, la force de votre population, la résistance culturelle avec laquelle vous faites un grand honneur au Québec.

...qu'est-ce qu'on peut faire, en éducation, de mieux pour adopter à ce qu'actuellement les lois en matière d'éducation favorisent l'adaptation à votre réalité nordique?

Le Président (M. Kelley): ...question. Would someone like to tackle the question about education? Jeannie May.

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut). *[Interprétation]* Lorsqu'on parle de l'éducation, je ne représente pas les gens du logement, mais nous avons créé des comités, au Nunavik, pour gérer ces problèmes et pour les régler ensemble. Nous avons pris ce rôle en collaborant les uns avec les autres pour gérer ces problèmes très réels; par exemple, l'abus sexuel, bon, les taux élevés de maladies contagieuses dans les maisons. Ça, ce sont simplement des exemples.

Nous avons commencé à faire un effort cohérent dans tout le Nunavik. Nous avons créé un comité qui comprend des gens du Makivik, suite au forum de Katimajiit, et, suite à

cela, il y a eu un comité créé et qui travaille en ce moment parce que ces problèmes sont très... trop difficiles pour nous en tant qu'institution. Il faut qu'il y ait un effort de collaboration pour assurer l'avenir de nos enfants, pour leur donner un meilleur avenir.

Il faut vraiment qu'on implante notre culture de manière à régler plusieurs de ces problèmes, alors je voulais simplement répéter cela. Nous faisons face à nos problèmes. Nous travaillons, en tant qu'Inuits, par nous-mêmes. Nous savons quels sont nos besoins, mais aussi il faut qu'on soit compris, pour que les gens comprennent nos besoins et qui nous sommes. Parfois, on ne peut pas simplement s'asseoir et attendre. Je peux dire que les Inuits sont très patients. Nous avons attendu longtemps. Merci. *[Fin de l'interprétation]*

Le Président (M. Kelley): Oui, Mme Paquette, ou...

Mme Paquette (Johane): ...pour donner l'exemple de ce que Jeannie vient de mentionner. Je pense que le plus bel exemple, c'est... on sait qu'au Québec le taux au niveau des orthophonistes dans les écoles, c'est dramatique. Nous, on a signé une entente avec notre commission scolaire pour justement faire en sorte que des Inuits qui parlent inuktitut puissent aider des enfants. Donc, ce sont des choses différentes parce que nous sommes différents, aussi. Les besoins sont différents, donc ça prend des moyens d'intervention différents. Donc, dans les deux prochaines années, il y aura 13 audiologistes, des professeurs, qui vont être agréés comme orthophonistes au Nunavik. Donc, ce sont des... un autre petit succès, mais c'est pour mentionner un peu ce que Jeannie nommait, ce sont des choses qui sont différentes et qu'on doit penser différemment, aussi.

M. Gauvreau: Un des problèmes que vous avez identifiés au début est le syndrome alcoolo-foetal qui a une incidence en santé, qui a une incidence importante en service social et une autre incidence au niveau de l'ensemble de la communauté puisque les enfants atteints du syndrome alcoolo-foetal, dans certains cas, le sont gravement et ils seront bientôt des parents donc avec certaines déficiences qui sont identifiées.

Comment faites-vous — je regarde le Dr Déry — comment faites-vous pour adapter les éléments psychosociaux de santé et de communauté dans... face à un problème aussi... aussi peu documenté?

Le Président (M. Kelley): Dr Déry.

● *(16 h 10)* ●

M. Déry (Serge): Merci pour la question. Effectivement, au Nunavik, on n'a pas, je dirais, là, une documentation très précise de la prévalence du syndrome d'alcoolisation foetale, mais je dirais que la raison principale, c'est comme partout ailleurs au Québec puis au Canada: ce n'est pas facile à documenter, ça prend des gens qui connaissent bien le syndrome. Ça peut ressembler à beaucoup de choses dont des troubles d'apprentissage, des troubles de comportement... Puis une particularité qu'on a au Nunavik, c'est qu'une des caractéristiques du syndrome d'alcoolisation foetale, c'est de donner à l'enfant un faciès particulier, un peu asiatique. Mais malheureusement, nous... bien, nos Inuits, là, ils sont d'origine asiatique, donc ils ont déjà ces caractéristiques-là, ce qui complique encore plus le diagnostic.

Mais ce qu'on fait, c'est... je dirais, il y a des campagnes de sensibilisation. Par exemple, on a parlé des sages-femmes inuites. Les sages-femmes inuites, elles parlent aux femmes enceintes en leur disant: Ce n'est pas bon, l'alcool, puis... Alors, on transmet l'information, on a formé les cliniciens à essayer d'aider les familles, mais... Alors, on fait ces travaux, là, je dirais, là, d'information, de prévention, mais on sait qu'on ne fait pas la... on ne réussit pas à tout prévenir parce qu'il y a des femmes qui continuent à boire. Et la solution, ce n'est pas seulement la femme, la solution, c'est le couple, c'est la famille. Parce que c'est facile de dire à la femme: Arrête de boire pendant la grossesse, mais il y a une réalité qu'on vit aussi au Nunavik, là, c'est que ça se vit en couple, puis, si c'est seulement la femme qui arrête, ce ne sera pas efficace.

Donc, on travaille à différents niveaux, mais, je dirais, je ne prétendrai pas qu'on a eu... qu'on a réussi à endiguer le problème, mais je pense qu'il y a quand même beaucoup d'information, il y a des projets communautaires: exemple, sur la côte de l'Hudson, une travailleuse communautaire inuite qui s'est... comment je dirais, là, qui est comme une... qui fait le tour des communautés pour sensibiliser les jeunes à l'école à ce problème-là. Alors, je pense qu'il y a des activités qui ont cours, puis on espère qu'avec le temps, les gens étant sensibilisés, on va réussir à prévenir ce... autant que possible ce problème-là.

M. Gauvreau: ...j'ai constaté, dans mon étude, qu'il n'y avait pas de physiothérapeute, d'ergothérapeute, alors qu'on ne va quand même pas déplacer une personne, dans le Sud, pour avoir des services aussi normalement accessibles que ça. Qu'est-ce que vous faites? Votre possible? Et...

M. Déry (Serge): Bien... je pense que c'est... Je vais passer mon tour parce que ce n'est pas vraiment, là... Oui.

Mme Paquette (Johane): ...c'est nous, là.

Le Président (M. Kelley): Ou Jeannie May, ou...

Mme Paquette (Johane): Peut-être juste... Ça va, Jeannie?

Le Président (M. Kelley): Mme Paquette.

Mme Paquette (Johane): En fait, nous avons des physios. On n'en a pas dans chacun des villages évidemment parce que ça, on l'a dit tout à l'heure, et c'est sûr qu'on insiste... Un spécialiste qui monte chez nous, bien il nécessite un espace de bureau, une maison, alors... et une reconnaissance de sa profession. Donc, on en a, elles sont... ce sont des services, je dirais, très, très spécifiques, mais on arrive à faire en sorte que tout le...

Quand on disait qu'on est différents, bien, ces physios-là se promènent de village en village, et, comme on n'a pas de route, bien c'est ce qui nous distingue aussi, ça fait en sorte que les services sont plus longs, l'accessibilité est moins grande pour ces services spécifiques là.

Donc, on essaie de le travailler de cette façon-là, mais je pense que... Oui, ils sont présents, mais il y a encore beaucoup à faire avec le... un financement approprié, on tient beaucoup à notre plan stratégique. Je pense que ce sont... ça se retrouve aussi dans les futures années.

M. Gauvreau: Dans votre plan stratégique, vous avez parlé plus tôt, Mme Paquette, de la clause nordique, qui a été accordée aux intervenants de la DPJ. Je suis d'autant

plus content que je l'avais demandée l'année dernière, puis ils l'ont obtenue. Mais est-ce que j'ai raison de croire que c'est pris à même le budget de réserve de la régie actuellement? Donc, c'est temporaire tant qu'il y a du budget?

Mme Paquette (Johane): Oui, en fait... effectivement, ce ne sont pas de nouveaux argents, c'est une mesure, c'est un projet... il faut se le dire, c'est un projet pilote. On croit, nous, nécessairement que ce projet-là va ouvrir la porte sur des conditions de travail différentes. Et, comme on l'a nommée tantôt, notre vision, c'est vraiment de faire en sorte que nos Inuits soient plus local et que ces conditions-là, soit de rétention, soient présentes, parce qu'on sait que, plus il y aura d'Inuits, bien, plus ce sera facile pour qu'il y ait une continuité de services.

M. Gauvreau: J'ai constaté avec beaucoup de plaisir l'installation de maisons de jeunes. Moi, j'ai eu l'occasion d'en présider une pendant 15 ans, donc c'est quelque chose que je connais bien. Est-ce que les maisons de jeunes sont bien intégrées actuellement dans le réseau des différentes communautés? Il y en a 14; donc, je présume, une par communauté.

Mme May (Jeannie): Yes. Jeannie May, here. Yes, we have all 14 youth houses in the region.

M. Gauvreau: Qu'est-ce que vous attendez des gens du Sud pour améliorer la condition de vie des enfants?

Mme May (Jeannie): *[Interprétation]* Il y a des enfants qui... en fait, qu'on a trouvés dans les rues; les enfants traînaient dans les rues. Et nous avons constaté que, bon, rien n'existait, ils n'avaient rien à faire, ces jeunes. Ils n'avaient pas d'endroit où ils pouvaient aller, ils n'avaient pas d'activité. Ils ne pouvaient pas non plus aller à des endroits où on leur apprendrait comment vivre sainement, etc. Donc, dans ces maisons des jeunes, on leur montre comment vivre sainement, les bonnes pratiques de vie, on leur montre aussi le travail, comment vivre dans un milieu de travail.

Je peux vous donner aussi des exemples de travailleurs sociaux... ah! excusez-moi, non, de l'aspect social, bon, comment ça se passe. Par exemple, dans les programmes de danse, il y a différents programmes qui sont établis, et, bon, ça n'existait pas avant, ces programmes-là, et ça bénéficie beaucoup aux jeunes; par la danse, ils peuvent apprendre plusieurs choses.

Les maisons des jeunes sont gérées par les jeunes de la communauté, et ça leur montre exactement ce que sera la vie quand ils seront des adultes, quelles sont les responsabilités, etc. Je peux vous donner un exemple.

Par exemple, il y a un comité, un comité des jeunes; bon, un jour, peut-être un de ces jeunes va être ici, dans la salle. On leur montre aussi l'avenir, comment avoir de l'ambition, etc. Avant la maison des jeunes, les jeunes étaient dans la rue, traînaient dehors. Si la famille ou si les parents buvaient, bon, eux, ils ne savaient pas où aller. Bon, là, ces maisons, maintenant, c'est un bon endroit où ils peuvent se réunir, et c'est un endroit d'abord qui est sécuritaire. Ils ont des activités bien organisées pour eux, et aussi c'est un endroit où ils peuvent apprendre des choses, et ça a vraiment beaucoup été utile pour la communauté. Je peux vous le dire, parce que, moi, je travaillais dans une maison des jeunes. J'ai déjà été directrice d'une maison des jeunes. Oui, oui.

Et aussi je peux vous dire que les étudiants et les jeunes, quand ils terminent leurs études, on n'a pas de bibliothèque, des bibliothèques publiques. Non, il y en avait une petite à Inukjuak, une petite... une bibliothèque publique. Mais les maisons des jeunes sont utilisées aussi par les jeunes parce qu'ils peuvent faire leurs devoirs, fouiller. Il y a des petites étagères avec des livres. Je pense que Larry, peut-être, pourra en donner plus de détails sur ce sujet.

On a aussi des jeunes qui ont la ceinture noire en karaté, et les maisons des jeunes ont des cours de karaté. Il y a beaucoup, beaucoup de possibilités que jamais ils auraient pu profiter si ces maisons n'avaient pas existé. Merci. *[Fin de l'interprétation]*

Mme May (Jeannie): Nakurmik.

M. Gauvreau: Je vous remercie beaucoup, vous m'avez rendu plus riche.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. Juste pour l'intendance: il nous reste environ 20 minutes, les deux côtés, pour arriver à 5 heures; alors, 20 minutes à ma gauche, 20 minutes à ma droite. Je pense, c'est le député des Îles-de-la-Madeleine qui veut poursuivre.

We have about 40 minutes left, and I am just explaining we have about 20 minutes on this side and 20 minutes on that side for questions. Thank you very much, but... M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. J'aimerais vous entendre parler des personnes âgées en perte d'autonomie de votre communauté ou de vos communautés. Je sais que vous avez un centre d'hébergement de soins de longue durée et j'aimerais savoir c'est quoi, le taux d'occupation. Est-ce que vous avez des listes d'attente de personnes qui souhaitent aller vivre, je dirais, leur dernière étape de vie dans ce centre-là, et comment les services de soutien à domicile sont organisés pour permettre à vos personnes âgées qui sont en perte d'autonomie de vivre, le plus longtemps possible, dans leur village ou dans leur communauté et chez elles?

● *(16 h 20)* ●

Mme May (Jeannie): Nakurmik. I am going to just start by answering and I'll have Mme Paquette elaborate. We have a waiting list in the communities that don't have elderly homes, put it that way, and, for the ones that do, I think I'll have Johane speak of the elderly homes that are in place. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Mme Paquette.

Mme Paquette (Johane): En fait, c'est... Merci pour la question, mais, à la fois, elle me fait sourire. Je pense que la photo, elle paraît... elle est importante quand on dit: On regarde du Nord vers le Sud. Ce n'est pas du tout l'organisation de services qu'on connaît au Sud. C'est complètement différent. Les «elders» sont importants chez nous, au Nunavik, parce que ce sont les gens qui traduisent les valeurs culturelles, qui régissent les conflits. Donc, il n'y a pas de liste d'attente parce que les gens veulent rester chez eux.

On a parlé tantôt de la petitesse des hôpitaux parce qu'on a construit par l'intérieur. En ce moment, c'est des besoins qui se voient. On sait que notre population est quand même assez jeune, mais on a des personnes qui sont gravement atteintes. Donc, le processus, au niveau de la santé

physique, lorsque les gens arrivent avec des problèmes de santé physique majeurs, ils doivent quitter le Nunavik. Donc, c'est la partie plus dramatique.

On a quand même des CHSLD qui sont de l'hébergement de courte durée, qui se font en hébergement communautaire. Donc, il y a trois... déjà trois résidences qui s'installent, et, en ce moment, bien ils sont... je dirais, ils sont quand même remplis à capacité, mais on utilise un peu tous les villages, là, au niveau... c'est ouvert pour tous les villages. Donc, le soutien à domicile ou le maintien à domicile est organisé. On essaie de renforcer vraiment les services au niveau des maisons, faire en sorte que nos personnes âgées reçoivent leurs services à la maison. Donc, c'est différent aussi, parce que, lorsqu'on a parlé du «crowding» des maisons, bien c'est une... je dirais, un aspect de plus au niveau psychosocial.

Pour les intervenants, bien on ne va pas à la maison seulement pour un soin à domicile, on y va parce qu'il y a de la violence, il y a de la toxicomanie. Donc, on peut aussi faire du dépistage à ce niveau-là, ce qui est très aidant pour faire en sorte que nos services se développent. Donc, c'est un peu... pour les personnes âgées, un peu l'hébergement, où on en est.

Le Président (M. Kelley): M. Boulet.

M. Boulet (Gilles): Peut-être pour compléter ce que Johane disait. C'est sûr qu'en ayant 14 communautés, chaque communauté aimerait bien garder ses personnes âgées dans leur communauté. Je viens de la Gaspésie puis, quand quelqu'un partait de Grande-Vallée puis que le lit de CHSLD était à Gaspé, les liens avec la famille, là, ça se coupait, là, quand tu as une heure et quelque de route à faire.

Au Nunavik, si tu pars... si la personne âgée est d'Aupaluk puis elle s'en vient dans une résidence à Kuujjuaq, c'est l'avion que la parenté doit prendre pour venir la visiter. Ça fait que ça va être... on... dans notre plan stratégique... on revient toujours à notre plan stratégique, mais on voulait, sur un espace de six ans, compléter...

Au Nunavik, on parle souvent... ce n'est pas vraiment un CHSLD, «elders' home», bon, c'est en perte... en légère perte d'autonomie, puis des fois ça vient un peu plus. Nous, ce qu'on visait, pas nécessairement le réseau de la santé, les construire... Parce qu'il y a eu des initiatives à Kangiqsualujjuaq, bon, avec... Ils sont proches de la mine Raglan. Bon, eux, ils ont réussi à construire le bâtiment, sauf qu'ils nous demandent pour le budget d'opération.

Ça fait que, nous, on pense qu'avec notre planification stratégique on pourrait arriver, en dedans de six ans, dans chaque communauté, à avoir un... Il y a des maisons, des «elders' homes» qui ont ouvert leurs portes, puis on avait un budget d'opération de 90 000 $, 100 000 $, puis on s'est aperçu que ce n'était pas assez. C'est minimum 200 000 $ si on veut que ça fonctionne... par année, là, si on veut que ça fonctionne bien. Ça fait que notre plan c'est, en dedans de six ans, d'avoir des budgets, un minimum de 200 000 $ par communauté pour que ça fonctionne.

Ce n'est pas automatique, quand le «elders' home» ouvre, qu'il va se remplir le lendemain, parce qu'il y a... Ce n'est pas simple, là, la personne âgée qui est dans la famille, qui s'en va là, c'est un revenu qui s'en va à... qui sort de la maisonnée, si on peut dire. Ça fait qu'il y a tout ça, puis, à Puvirnituk, il y a... là, ça commence à rouler — je crois, Johane? — mais ça a pris du temps. Ça a ouvert, puis, même, il y a des personnes âgées qui sont allées, qui sont revenues dans leur famille, même si c'est une situation de «overcrowding», là.

Ça fait que des fois c'est dur à identifier vraiment le pourquoi, mais on s'en va vers ça. Puis je pense que c'est légitime que chaque communauté aimerait... Parce que, dans la culture, les personnes âgées, c'est très important si on veut qu'ils donnent des enlignements aux jeunes. Mais, si tu les prends puis tu les amènes tous à Kuujjuaq ou à Puvirnituq ou à Salluit, ça fait que ça va être un... ça va être un problème à reconsidérer.

M. Chevarie: Sur un autre sujet, vous avez parlé plus tôt du réseau de télécommunications actuel qui est assez désuet et qui amène plusieurs difficultés, surtout quand on pense à la transmission de certaines données telles les radiologies numériques, et on sait qu'au niveau du... qu'au plan médical ces données-là, ça demande des conduits assez importants de bonne capacité pour transmettre les informations.

Notre gouvernement a octroyé dernièrement un contrat assez important de près de 1 milliard de dollars pour rehausser le réseau de télécommunications à travers la province et, bien entendu, pour... pour vous aussi. Est-ce que vous pensez que ça va... ça va permettre de résoudre les problématiques identifiées?

Le Président (M. Kelley): M. Boulet.

M. Boulet (Gilles): Gilles Boulet.

Il faut que j'ouvre avec une petite anecdote. Ce matin, à 11 heures, j'ai pris un courriel; notre coordonnateur des services informatiques pour la région a envoyé un courriel à «all staff» de tous les établissements... des deux établissements, les deux côtes. Cet après-midi, de 13 heures à 5 heures, il n'y a pas d'Internet pour le réseau de la santé au Nunavik parce qu'il y avait une télésanté avec McGill, puis, si on veut qu'ils ont du jus, il faut qu'on coupe tout le reste. Ça fait que, cet après-midi, si on voulait envoyer un courriel à quelqu'un du réseau de la santé au Nunavik, on ne pouvait pas. C'est vraiment... Puis on met de la priorité: si c'est une visioconférence de gestion, la télésanté passe avant, puis ça, c'est coupé.

Juste pour vous donner l'exemple, Serge pourrait... on pourrait en... Serge et Johane, qui étaient vraiment impliqués dans la campagne de vaccination, il y a eu tout le registre dans le temps de la campagne de vaccination du H1N1, puis le registre, ça devait rentrer presque en temps réel, là, par jour. Ils ne pouvaient pas le rentrer: un formulaire pour un vacciné, ça nous prenait neuf minutes. On a été obligés de fermer tout le reste, samedi et dimanche, puis on rentrait nos données le samedi et le dimanche parce que là il y avait un peu moins d'activité. On a réussi quand même. On a réussi quand même à les rentrer. Ça fait que, là...

Ce que le député Chevarie indique, oui, il y a eu la grosse entente. Nous, on est un peu en dehors de ça. Nos discussions avec le ministère, c'est vraiment qu'on ait un... Les gens des télécoms ont accepté qu'on serait une exception, parce que KRG, qui est le Kativik Regional Government, ont un service de Tamaani, et, nous, on a signé une entente avec eux pour la région. On va avoir un certain... un service qui va être livré par KRG avec des passerelles sécuritaires pour ne pas mettre en danger la sécurité du réseau. Puis on croit que ça va...

C'est parce que, dans le tableau... il y a un tableau qui a passé, là, et on dit: 56 cas par kilobit, par seconde et par village, souvent ce n'est pas ça, là, c'est beaucoup moins que ça, on ne peut pas... L'I-CLSC, le système d'information

en CLSC, là, les données ne peuvent pas venir à Kuujjuaq et à POV. Les données, je ne le sais pas s'ils le font encore papier, là? Les gens des villages remplissaient toutes les données de l'I-CLSC papier et les envoyaient à Kuujjuaq, et il y a quelqu'un qui les rentrait. Là, on essaie d'instaurer PIJ, le système d'information en centre jeunesse. Ça fait qu'on espère vraiment, là... Silas, mais... peut-être pourrait nous dire les délais, là, parce qu'il est plus dans le dossier que moi. Là, on pense que ça... ça s'en vient parce que le ministère nous a... a accepté qu'on embarque avec KRG, puis on a quand même... puis on a réussi, parce que les standards sont très hauts pour le réseau de la santé. Ça fait que la solution que KRG nous propose répond à tout ça. Ça fait que...

Puis juste pour vous dire au niveau informatisation, je sais que le Dossier de santé du Québec est un peu... je ne veux pas partir sur le Dossier de santé du Québec, mais juste pour vous dire où on était. Quand on s'en allait vers le Dossier de santé du Québec, chaque région devait se qualifier, puis il y avait des normes pour se qualifier. Puis, quand on a rentré dans le processus, on s'était qualifiés, on aurait été la sixième ou septième région du Québec sur 18 à s'informatiser dans le dossier de... on était assez prêts pour ça. On a fait des gros efforts pour avoir les prérequis, puis tout ça, parce que, s'il y a une région qui pourrait bénéficier de l'informatisation, c'est bien nous, puis je pense que les gens du ministère l'ont compris aussi, puis on est sur cette voie-là.

Maybe you have something to add, Silas?

● *(16 h 30)* ●

Le Président (M. Kelley): Silas Watt.

M. Watt (Silas): Just to add to Gilles' information, at the Ministry there's a full-time coordinator on this for the... to work on the increase of the bandwidth, and, in two months, they should start increasing the North-South communication, and by next year our bandwidth will triple in about a year. And with that we're going to be able to implement our information resource master plan, and one of the priorities is the programme Intégration jeunesse, which is the PIJ program, a program for youth protection. And it's going to really help the professionals to follow up each case, so we're looking forward to receiving our new bandwidth. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Un dernier complément, M. Boulet?

M. Boulet (Gilles): Puis on sent que notre... un de nos gros partenaires, qui est le RUIS McGill, aussitôt qu'on va avoir la bande passante, la télésanté, là, pas pour dire que ça va exploser, mais ça va... on sent, là, qu'il y a plusieurs projets qui pourraient aller de l'avant, là, puis...

M. Chevarie: Avant de passer la parole à mon collègue le député de Laurier-Dorion, j'aimerais vous dire que j'ai été très heureux de participer à cet échange avec vous et que je vous souhaite un franc succès dans tous vos projets. Merci.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Laurier-Dorion ou... Ça va?

Maybe I'll ask a question then, because I'm very intrigued by Lisa Mesher's title of director of Inuit values and customs. Is that... I have it in French, so... And maybe just a little bit more what that position does and what... because obviously we've talked about it a little bit before, but to bring values and customs in terms of prevention, in terms of a number of lifestyle choices, I think, is very important. So, I was just intrigued by the title, and maybe explain a little bit what Mrs. Mesher is doing for the regional health board.

Mme May (Jeannie): Thank you. I will begin, and Lisa can elaborate if she wishes. When I started with the regional health board 10 years ago, the executive director at the time had started looking at the region's needs, meaning the Inuit, the population, of the Inuit's needs, and one of them in that time was the training of Inuit managers. And at the time I had the file, and at the time I was assisting to her duties as executive director, and, in the following years, with the... assessing the situation in Nunavik and asking the Nunavimmiuts what they need, we had extraordinary files growing and growing. And this was to be able to meet the demands of the region.

One of the files that was very important that was held... that is held by Lisa is the healing of our communities, the empowerment of the communities. The other file that she has, that she's working in collaboration with Makivik, is adoption, traditional adoption. All of her files have an Inuit component to it, and, because of our uniqueness in the region, they didn't fall in any specific place in their departments. And, at the time, when I was the assistant, I was holding all these files, and, when I became the executive director, there was nowhere for them to go. And we didn't want to lose our vision, we didn't want to lose our communication and our outreach to the communities. We felt it was very important that somebody, an Inuk person — although she may not look very Inuk, she's very, very Inuk — an Inuk person hold the position to ensure that these ongoing... these files were being foreseen. Lisa also is responsible for federal programs.

So, this was the history behind her position. It's Inuit values and practices, and I think it's a major need. We have very different, very different priorities than other regions, and the healing approach, the healing our communities, empowering our communities is a major priority. However, that priority is not seen or understood very well at times, and I trust Lisa to keep working and keep thriving to have our partners understand exactly what the major needs are and the priorities for the Regional Board of Health and Social Services. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Does it also include questions of lifestyle? I think of a diet, for example, and the movement to promote traditional foods and traditional ways. Does that fall under some of the things that the health board... to get people away from the bags of chips and everything else, the bad things imported from the South, and to promote healthier food choices and lifestyle choices? Is that sort of part of the things that are being promoted in terms of Inuit values?

Mme May (Jeannie): I have to say that it's under our public health director and assistant. I think he can elaborate on that. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Juste ici, Dr Déry. Parce que, je pense, c'est tellement important, ces genres de promotion, parce qu'il y a des changements très importants quant aux changements de diète et l'introduction de certaines de nos mauvaises habitudes du Sud. Alors, je ne sais pas s'il y a des programmes ou qu'est-ce qu'on a fait pour essayer de limiter l'impact de nos mauvaises habitudes au nord du 55e parallèle.

M. Déry (Serge): Serge Déry.

Effectivement, la nutrition ou l'alimentation chez nous, au Nunavik, est un dossier, je dirais, de priorité prioritaire. De tout temps, on a été impliqués au niveau de la nutrition, et pour différents éléments.

Par exemple, la nourriture traditionnelle est contaminée par des contaminants qui viennent du Sud. Alors, il y a eu des campagnes qui ont originé du Nunavik, par exemple, pour bannir les BPC, et on a été... Bien, je dis: On a été... les Inuits ont été capables d'influencer les preneurs de décision au niveau mondial pour que les BPC soient bannis.

Alors, on a travaillé beaucoup sur les contaminants, à savoir est-ce que le niveau de contaminants présent est dangereux et s'il excède en fait les bénéfices que l'on compte à partir de la nourriture traditionnelle. Parce que la nourriture traditionnelle n'a pas seulement une valeur organique, elle a une valeur familiale, une valeur sociale. Alors, au Nunavik, quand on tue un béluga, un phoque, ce n'est pas un événement individuel, là, c'est un événement de la communauté. Alors, il faut tenir compte de tous ces facteurs-là quand on dit: Il y a peut-être des risques potentiellement, là, mais il y a tellement de bénéfices que...

Alors, on est impliqués depuis longtemps là-dedans. Et, juste pour vous dire l'ampleur qu'on donne à cette... à ce facteur-là, dans notre plan stratégique, là, on a identifié comme quatre axes majeurs de développement pour la santé publique pour les prochaines années, et un des axes majeurs, c'est de développer au Nunavik, avec nos partenaires et bien sûr avec la collaboration du gouvernement du Québec, là, une politique nutritionnelle régionale qui va faire la promotion des aliments du Nord mais qui va aussi faire en sorte qu'en les transformant dans la région, en les exportant d'une communauté à l'autre on veut créer de l'emploi, on veut créer de la fierté chez les jeunes, on veut diminuer le coût d'approvisionnement des familles.

Je pense que, si vous avez vu la presse ou les articles de journaux récemment, là, on a parlé d'insécurité alimentaire au Nunavut. Bien, le Nunavut, ce n'est pas beaucoup... ce n'est pas très loin de chez nous, là, c'est juste à une heure d'avion, là. Et, nous aussi, c'est documenté, qu'on a un problème d'insécurité alimentaire, et il y a déjà des programmes pour lutter contre ça, mais je pense qu'une politique nutritionnelle régionale qui fait vraiment la promotion de l'aliment traditionnel est un gage de succès, là, pour la région.

Mais, comme j'ai dit, on a besoin de l'aide du gouvernement, parce qu'il y a déjà eu des expériences qui ont été tentées, et, quand on arrive avec tous les règlements, là, du Sud et qu'on essaie d'implanter ça au nord, c'est impossible. Alors, on va devoir négocier puis faire en sorte qu'on adapte encore une fois les règlements sur la sécurité, tout ça, à notre réalité, pour faire en sorte qu'on puisse avancer là-dedans.

● *(16 h 40)* ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Déry. Alors, un dernier bloc, et je vais céder la parole au député de Marie-Victorin pour environ 20, 22 minutes.

M. Drainville: M. le Président, j'ai hâte de commencer, mais mon collègue d'Ungava veut ajouter quelque chose. Alors, allez-y, mon cher.

M. Ferland: Merci de votre grande générosité, mon cher collègue. M. le Président, je veux... je vais essayer d'être rapide parce que je veux laisser quand même mon collègue, qui a très hâte aussi de vous questionner, d'échanger avec vous, juste...

C'est une... c'était plus un commentaire avant ma question, c'est: Quand le président a demandé, là, des informations sur le poste de directrice des valeurs et pratiques inuites, moi, je propose qu'il y en ait aussi mais ici à Québec, pour vous comprendre réellement, pour qu'on... parce que madame, tout à l'heure... Mme May, je crois, a mentionné qu'il faut que nous soyons compris, O.K., par les gens du Sud, et c'est pour ça que, tout à l'heure, je reviens à votre carte que vous avez amenée, pour la voir en permanence pour que les gens comprennent bien. O.K.? Et des postes comme celui-là, parce que j'ai toujours conçu le développement nordique ou l'approche nordique de façon horizontale et non en silo, c'est un des problèmes majeurs. Et, moi, je peux vous dire que, comme votre représentant ici, à l'Assemblée nationale, tant aussi que je serai là, que ce sera moi, jusqu'à l'arrivée d'un des vôtres ici, à l'Assemblée nationale, je vais continuer à me faire un ardent défenseur là-dessus, pour une bonne compréhension.

D'être compris, c'est une chose, O.K., mais d'être écouté en est une deuxième. Parce que la majorité des problèmes ou des... que vous venez d'apporter ici aujourd'hui, et qu'il n'y a pas une semaine, moi, dans ma vie de député ou de parlementaire... ou souvent pas nécessairement uniquement avec les gens du réseau de la santé du Nunavik, mais au niveau de l'éducation, au niveau du développement économique, parce que les problèmes que vous soulevez sont liés à... Vous l'avez mentionné tantôt, vous avez une grande confiance dans votre plan de développement stratégique, et je comprends ça. Mais, pour avoir une grande confiance, il faut que... souvent, nous autres, dans le Sud, on a une expression qui dit: Il faut que les bottines suivent les babines.

Alors, le plan stratégique, est-ce que votre plan stratégique va être accompagné des sommes d'argent suffisantes pour pouvoir le mettre en oeuvre, en application?

Mme May (Jeannie): *[Interprétation]* Lorsque... Le fait qu'on doit être entendus, on voudrait vraiment être entendus lorsqu'on s'explique pour que vous puissiez mieux comprendre c'est quoi, notre situation au Nunavik, et vous devez avoir une personne équivalente dans le poste que Lisa détient. Nous avons tant de défis, nous avons tant de problèmes. En fait, c'est presque écrasant parfois, jusqu'à quel point les problèmes sont énormes, ceux qui... auxquels nous devons faire face.

Mais ce qu'on prévoit faire, nous sommes fiers de notre plan, nous croyons à notre plan, et ce que nous prévoyons sera seulement faisable si on collabore, nous, les directeurs, aussi les autres organismes du Nunavik qui représentent les personnes du Nunavik... il faut qu'on se tienne la main ensemble, et qu'on collabore, et qu'on marche ensemble pour qu'on puisse atteindre ces buts de cette planification. Mais, avant que ça se produise, il faut qu'on ait des ententes, il faut qu'on s'entende sur nos buts. Et nos... le fait qu'on...

Je pense vraiment que nous allons pouvoir atteindre une entente, parce que je pense que nous sommes déjà d'accord sur ces dossiers-là et que nous pourrons donc atteindre les buts qui sont énumérés dans ce plan. Et je crois que notre avenir est un avenir positif, mais, si on veut s'assurer que les jeunes aient un avenir positif... Et ça, c'est la clé. Même si la réalisation du plan va peut-être se produire lentement, les chefs dans la grande région du Nunavik sont isolés les uns des autres, et c'est pourquoi parfois on a l'impression que les choses avancent si lentement. Nous avons 14 communautés,

et, pour faire quelque chose concrètement, ça peut prendre plus de temps lorsqu'il y a tant d'isolation entre les communautés. Je peux vous dire néanmoins que je crois en notre plan. Merci. *[Fin de l'interprétation]*

Le Président (M. Kelley): Rapidement, M. Boulet, parce que je dois...

M. Boulet (Gilles): Juste pour revenir sur un point que le député Ferland a amené, que le poste, l'équivalent du poste à Lisa pourrait être... on pourrait l'avoir au sud, il faut noter, je crois... Moi, je suis au nord depuis 2006. On travaille beaucoup, nous, à notre niveau, avec les sous-ministres adjoints et les sous-ministres en titre, et vous ne pouvez pas vous imaginer l'effet d'une visite au nord. Dans les semaines... L'an passé, les sous-ministres adjoints sont venus, puis Mme Thériault est venue, puis vraiment, là, on sent qu'après une visite, là, les gens disent: Aïe! J'ai vu ca, là, ça... Puis là on a pu... ils nous... Quand ils nous voient arriver avec une demande spéciale, là, ils disent: Bien, oui. Ils l'ont vu, c'est ça.

Puis, quand on dit qu'on agrandit par en dedans les hôpitaux, là, c'est vraiment... Tantôt, on parlait de lits de CHSLD. Quand Mme May a dit qu'elle a accouché, là, puis il y avait une porte de... bien, des personnes âgées dans la chambre d'à côté, puis c'est tout...

Ça fait que, vraiment, là, au moins, si on a n'a pas notre équivalent de Lisa à Québec, quand les gens viennent visiter, ils peuvent sentir un peu c'est quoi, nos besoins, la réalité du Nord.

Le Président (M. Kelley): Mrs. Weetaluktuk, a short comment, and then I'll pass the...

Mme Weetaluktuk (Eva): I just want to mention also: I'm from Inukjuak and one of the family members who was too relocated up to Resolute Bay and Grise Fiord. And also I was born in the land, and also I went to a federal day school. So, I'm really happy that... We need a lot of healing, especially in Inukjuak, and by the Federal Government. So, I just wanted to mention that, to me, this file is very important. Thank you.

Le Président (M. Kelley): Thank you. M. le député de Marie-Victorin, enfin.

M. Drainville: Oui. Merci, M. le Président. D'abord, moi, je suis très touché que vous soyez ici. Je suis d'accord avec vous, M. Boulet, qu'une fois qu'on est allé dans le Nord, qu'on est allé au Nunavik — moi, j'ai fait seulement quelques jours à Kuujjuaq — la perception que nous avons de la société inuite et de la richesse que ce peuple nous apporte, apporte au Québec d'aujourd'hui, change et s'en trouve, comment dire, très... Comment je vous dirais ça? On en est déjà convaincu avant d'y arriver, et puis, quand on voit ça, quand on voit cette société qui fonctionne et ce peuple qui a réussi à passer au travers de toutes ces années, de tous ces... quoi, c'est des milliers d'années en fait, les Inuits sont ici depuis des milliers d'années, je trouve que c'est une sorte de petit miracle, que le peuple inuit soit encore parmi nous, et qu'il soit encore vivant, debout, et qu'il perpétue cette culture, cette langue et cette formidable énergie de vie qu'ils incarnent.

Puis j'aurais voulu vous poser quelques questions sur la santé, et de quelle façon la télésanté évolue, et de quelle façon les expériences que vous menez dans le Nord, en lien, par exemple, avec les institutions de santé du Sud... de quelle façon nous pourrions apprendre de certaines expériences qui se déroulent actuellement avec la télésanté et la websanté, mais je ne veux pas aller dans ces détails-là, parce qu'il me reste seulement quelques minutes, et j'aimerais ça aller sur des choses qui sont, à mon avis, plus essentielles.

Mais je me demandais: Est-ce que ce serait possible... Je sais que vous êtes très occupés, mais je ne sais pas si ce ne serait pas possible pour vous de nous fournir, à cette commission, un rapport, un document, quelque chose qui puisse nous dire un peu quelles sont les expériences très avant-gardistes que vous menez et qui permettent de soigner à distance des gens, qui permettent d'établir des diagnostics depuis... dans le Nord mais avec des spécialistes qui sont dans le Sud? Je pense qu'on a beaucoup à apprendre, moi, de ce que vous faites actuellement dans le système de santé et dans votre système de santé dans le Nord.

Mais j'aimerais aller sur des questions qui sont, à mon avis, plus essentielles. Ma première question, ce serait pour Eva, Mme Eva. Je n'oserai pas vous demander votre âge, mais il est sans doute vénérable. Qu'est-ce qui vous rend plus optimiste pour l'avenir aujourd'hui qu'il y a 25, ou 30, ou 40 ans? Qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui vous êtes plus optimiste pour votre peuple qu'il y a une génération ou deux générations passées?

● *(16 h 50)* ●

Mme Weetaluktuk (Eva): Thank you. Excuse me. I'm going to tell a story. I tell stories because I saw my ancestors. Like I said, they went hunting without having food, and, if they don't catch animals, they don't eat. And the other thing that I know is like a couple would be on a dog team, and, if the lady is pregnant, they stop, deliver the baby, then keep going. To me, they are very strong. So, when I think about that, it empowers me to... you know, to have hope.

And the other thing that I just want to mention was: When I went to federal day school, they slapped us for speaking Inuktitut. And all the time that I was in school I wasn't supposed to speak Inuktitut, but that wasn't taken from me. It's an example how my ancestors were at that time, so that helps me. Thank you. I hope I understand... I ask your... I hope I answered your question.

M. Drainville: You did it very well, thank you. Jeannie... Mme May, pardonnez-moi, est-ce que... donnez-nous une... si je vous demandais de résumer la raison principale pour laquelle les jeunes Inuits d'aujourd'hui ont de l'espoir pour l'avenir, qu'est-ce qui.. quelle est leur principale source d'espoir? On a beaucoup parlé du suicide, on a beaucoup parlé de tous les problèmes, mais, à travers tout ça, il y a de l'espoir. Quelle est la principale source d'espoir pour vous et pour les générations qui viennent, les plus jeunes, là?

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut).

Une voix: ...

Mme May (Jeannie): I have to speak English.

M. Drainville: Non, non, non.

Mme May (Jeannie): Ida's not there.

M. Drainville: Ah! O.K.

Mme May (Jeannie): Unless you... unless they can continue the translation.

I'm going to use Eva's example and story as the foundation of why the youth have hope and what are the children looking at, the future that they... how do they see that there's some hope in the future.

I think we're passing on this hope from one to the other. And, as you have heard, I'm speaking Inuktitut. A lot of people have lost their language in other native aboriginal groups, due to the fact that they were not allowed to speak their mother tongue. I think the Inuit, the young people are still carrying on the strength. We have a lot of active older... not just elderly, but older Inuit people that are practicing their traditional ways, and not all but some young people are still being a part of this, a part of this Inuktitut... a part of this transfer of traditional knowledge.

And, as for us, where we come in to support and to give hope to the kids, we have the youth participate in the healing circles that we are giving in every community. I have had very positive news from the schools, from the teachers, the teachers that deal with troubled children that, when they have the opportunity to speak, they have the opportunity to express themselves, they move on to a better... they move on to a better future.

I believe the young people have what it takes to continue. They have the opportunities through education to learn. And, with the youth centers, for example, I think we're closest to the children through the youth centers. And this is our contribution in a way to the young people, that we have, we're utilizing, we're giving them tools to have a brighter life.

M. Drainville: ...get back to Inuktitut.

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut).

M. Drainville: Non?

Mme May (Jeannie): OK. No, it's OK, I'm... Thank you. That's it.

M. Drainville: Il me reste seulement du temps pour une question. C'est très intéressant de vous voir tous ensemble, des Blancs, Québécois d'origine, des Inuits. Vous avez l'air à bien travailler ensemble. Je trouve que c'est... De vous regarder tous ensemble, je trouve que c'est une... c'est, en soi, une belle inspiration pour nous qui sommes ici de ce côté-ci, là, de la table.

Est-ce que vous avez l'impression... Puis peut-être que la question est pour Mme May, mais peut-être aussi que Mme Weetaluktuk, Eva Weetaluktuk pourrait répondre, ou d'autres. Mais est-ce que vous avez l'impression... On sait, on connaît un petit peu l'histoire. On sait qu'il y a eu un long moment pendant lequel les Inuits étaient un peuple au nord, duquel on ne s'occupait pas beaucoup, et vous faisiez vos choses, et vous avez réussi à durer pendant toutes ces années. Et là on vous voit aujourd'hui dans l'Assemblée nationale du Québec et on essaie de trouver des façons ensemble pour améliorer la situation de votre peuple.

Mais est-ce que vous avez l'impression qu'on s'en va dans la bonne direction? Est-ce que vous avez l'impression que le Québec donne autant au Nunavik que le Nunavik donne au Québec? Et je sais que le Nunavik fait partie du Québec, là, je suis conscient de ça, mais je pense que vous comprenez le sens de ma question. Est-ce que... Vous êtes une extraordinaire richesse pour nous. Est-ce que vous avez l'impression que l'équation s'est à peu près équilibrée? Est-ce que vous avez l'impression qu'on vous redonne autant que vous nous apportez?

Mme May (Jeannie): (S'exprime en inuktitut).

Une voix: Son micro est fermé, son...

M. Drainville: Just a sec, Jeannie. Est-ce que vous pouvez nous répéter, Mme la traductrice, nous dire? Est-ce que vous avez capté ce qu'elle a dit, la première partie?

Mme May (Jeannie): Yes, I'm going to say it again, I'm going to repeat myself.

Le Président (M. Kelley): Yes, we will start again, because the microphone wasn't on.

Mme May (Jeannie): OK. I was just... OK.

[Interprétation] Alors, merci. Pendant des années, pendant plusieurs années, les Inuits et les Blancs ont travaillé ensemble. Ce n'est pas nouveau, là. Dans le temps, lorsque les Inuits vivaient encore sur leur territoire, avant qu'ils vivent dans des maisons faites de bois, les Inuits et les Blancs ont déjà collaboré. Mon grand-père est un homme blanc... était un homme blanc. Plusieurs d'entre nous avaient ce genre d'histoire dans notre famille.

Lorsque le gouvernement est arrivé au Nunavik, il a fallu qu'on adopte les lois du gouvernement, qu'on s'y adapte, et on a dû travailler avec les non-Inuits, avec les Blancs, avant même d'avoir les hôpitaux, par exemple, et toute autre institution. Lorsque l'homme blanc est arrivé, il a fallu qu'on collabore avec lui. Et, même si cette personne, même si la nouvelle personne qui arrivait au Nunavik pouvait commencer à travailler tout de suite, néanmoins ils devaient comprendre c'était quoi, la vie au Nunavik.

Moi, je vois ça comme étant le pire obstacle ou le plus grand... ce qui retarde le plus, parce qu'il faut former et qu'on enseigne aux gens qui arrivent pour savoir c'est quoi, la vie des gens au Nunavik. Et, comme les gens ont des antécédents différents, moi, je trouve que c'est mieux qu'il y ait un but commun ou une vision commune pour savoir comment on va gérer ces problèmes-là ensemble. C'est toujours mieux de faire un effort pour collaborer.

Nous ne vivons plus dans l'ancien temps, et, si on n'avait pas les conseils de nos conseillers juridiques, ce serait difficile de fonctionner simplement avec les façons traditionnelles. Mais je pense que je vais arrêter ici. *[Fin de l'interprétation]*

● *(17 heures)* ●

M. Drainville: Eva, est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose à ça?

Mme Weetaluktuk (Eva): Excuse me? Sorry. No, I think what she said was enough.

M. Drainville: Alors, M. le Président... juste dire: Dans les statistiques qu'on nous a remises, il est écrit que l'espérance de vie... l'espérance de vie d'un Inuit ou d'une Inuite est de 16 ans inférieure à la moyenne québécoise. Dans d'autres documents, j'ai vu qu'il y avait une différence de 13 ans, mais, disons, entre 13 et 16 ans de moins d'espérance de vie pour un Inuit que pour un Québécois moyen. Et, moi,

je vous dis que nous devrions nous donner, comme société, l'objectif de combler cet écart, le plus rapidement possible, afin que le peuple inuit ait la même espérance de vie que la moyenne québécoise, que le peuple inuit ait les mêmes chances de réussite que n'importe quel autre Québécois.

Et il y a, autour de cette table, des gens de bonne volonté qui sont sincèrement animés par cette volonté de faire en sorte que nous puissions, tous ensemble, avec le peuple inuit, continuer à bâtir un beau Québec qui soit le plus riche possible, le plus en santé possible et qui permette au peuple inuit de se réaliser et de s'accomplir.

Et je vous remercie, encore une fois, d'être venus. Peut-être qu'un jour ce sera à la commission, M. le Président, d'aller vous rejoindre dans le Nord et d'aller vous rencontrer pour en apprendre davantage sur votre culture et votre mode de vie. Et je vous souhaite de continuer à parler encore très longtemps votre langue, elle est très belle. J'aimerais ça pouvoir la comprendre, mais enfin ce sera pour une autre génération, j'en ai bien peur dans mon cas. Merci encore. Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Any last comment? Because our time together is coming to an end. If not, just for me to say, first: Thank you very much for your presentation, for being here. This was done by a videoconference, six years ago, which has its strengths and its weaknesses, but, to have all of you here, in the National Assembly, I think brings a lot to us.

J'aimerais faire écho à qu'est-ce que Gilles Boulet a dit. Moi, j'ai eu le privilège de visiter le Grand Nord à quelques reprises, et quelle richesse. Et notre compréhension est toute différente, le député d'Ungava l'a expliqué, la carte qu'on voit ici, on voit le monde d'une façon très différente rendus à Salluit, rendus à POV, rendus à Kuujjuaq. Alors, je prends bonne note, peut-être un jour la commission va trouver un prétexte pour aller vous visiter.

But it's an extraordinary place you come from. Your language, your culture, I'm excited by some of the things that you've said today about keeping those values, keeping those practices alive. That is something that's very important. And it's not to run away from the fact that you have huge challenges, whether it's... it often all starts with housing, but the crowding that overlaps onto some of the other problems, very difficult problems, problems facing your youth today, so we don't want to leave with an impression that we're not aware of those problems.

But I think you've also given us a great chance to see the hope, the hope you have for a strategic plan, the hope you have for another generation that are shared by all of the members of this committee, and a little bit our recognition, I think, as an Assembly, of the importance... one day will come with an MNA from Nunavik, I think that would be very exciting.

But, in the short term, I'd like to remind people of the work that the former MNA from Ungava did, Michel Létourneau, in bringing an Inuksuk which is on our lawn out front. There are stones from each of the 14 villages of Nunavik that are under a little bit of snow right now, but, when you come back in the spring and summer, you can see stones from Inukjuak, you can see stones from Kangiqsualujjuaq and the other villages up there. So, it's, I think, a symbol of the profound friendship that exists between Nunavik and Québec. It's a very, very long way from the main street of Kuujjuaq to la Grande Allée here, in Québec City, but I think experiences like this when we can come and we can talk and we can try to understand better your challenges and your reality, tout le Québec sort gagnant en faisant cet exercice. Alors, merci beaucoup pour votre présence ici aujourd'hui, merci beaucoup.

Documents déposés

Et je vais faire mon intendance et faire le dépôt officiel de l'état de situation du réseau de santé et des services sociaux du Nunavik et la présentation PowerPoint.

Sur ça, je vais ajourner nos travaux à demain, mercredi le 3 février, à 9 h 30, salle 1.38, édifice Pamphile-Le May, afin d'entendre l'Agence de santé et des services sociaux de la Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine. Thank you. Merci. Nakurmik.

(Fin de la séance à 17 h 6)