



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le jeudi 4 février 2010 — Vol. 41 N° 24**

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 (3)

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le jeudi 4 février 2010 — Vol. 41 N° 24

### Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (ASSS—Côte-Nord)	1
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (ASSS—Abitibi-Témiscamingue)	37
Documents déposés	73

### Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Gerry Sklavounos  
M. Bernard Drainville  
M. Germain Chevarie  
Mme Danielle Doyer  
Mme Lorraine Richard  
M. Daniel Bernard

- \* M. Gaétan Garon, ASSS—Côte-Nord
- \* Mme Marie-Nathalie Paré, idem
- \* Mme Johanne Savard, idem
- \* M. Raynald Cloutier, idem
- \* M. André Prévost, idem
- \* Mme Lise St-Amour, ASSS—Abitibi-Témiscamingue
- \* M. Réal Lacombe, idem
- \* M. Antoine Boivin, idem
- \* M. Normand Mongeau, idem
- \* Mme Nicole Desgagné, idem
- \* Mme Denise Stewart, idem
- \* M. François Desbiens, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 4 février 2010 — Vol. 41 N° 24

**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 (3)**

*(Neuf heures trente-quatre minutes)*

**Le Président (M. Kelley):** Alors, je pense qu'on peut commencer. Je constate quorum des membres de la Commission des affaires... de la Commission de la santé et des services sociaux — une erreur — mais donc 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 Côte-Nord 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 les services sociaux.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Doyer (Matapédia) remplace M. Gauvreau (Groulx); M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

**Auditions (suite)**

**Le Président (M. Kelley):** Parfait, merci beaucoup. Et bienvenue aux représentants de la commission de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. C'est un exercice et une semaine fort intéressants pour les membres de la commission, on fait notre tourisme de notre système de la santé. Nous étions à Saguenay—Lac-Saint-Jean hier après-midi, hier matin, c'était de Gaspé et des Îles-de-la-Madeleine; cet après-midi, ça va être Abitibi-Témiscamingue. Mais c'est une occasion de mieux connaître vos défis, vos succès, vos problèmes dans la livraison des services de santé et des services sociaux dans votre région.

Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole au président et directeur général de l'agence, M. Gaétan Garon.

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

**M. Garon (Gaétan):** Merci, M. le Président. Alors, je vous indique les personnes qui m'accompagnent: Mme Johanne Savard, ici, qui est directrice des affaires médicales, santé physique, immobilisations; Mme Marie-Nathalie Paré, qui est directrice au niveau des ressources humaines, donc, de l'agence et du réseau; M. André Prévost, directeur des services sociaux et communautaires, planification; et monsieur... Dr Raynald Cloutier, comme les gens le disent, le patron des docteurs de la région, alors qui est le directeur de la santé publique de longue expérience sur la côte aussi et qui connaît bien le milieu.

Alors, M. le Président, membres de la commission, il me fait plaisir de vous communiquer, au nom de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, les informations et résultats qui suivent portant sur les opérations des années 2005-2006 à 2008-2009. Au fil de mon intervention, on reconnaîtra plusieurs défis que l'agence et les établissements de la Côte-Nord devront continuer de relever au cours des prochaines années. Je passerai d'abord brièvement

en revue quelques données portant sur le portrait de la région et de la population nord-côtière et de son état de santé. Mes propos porteront ensuite sur les sujets d'intérêt indiqués par la commission puis sur un certain nombre de faits saillants que nous souhaitons porter à votre attention.

Au niveau du portrait de la région et de la population nord-côtières, selon l'Institut de la statistique du Québec, au 1er juillet 2009, la Côte-Nord compte 95 290 personnes dispersées dans cinq municipalités régionales de comté: en Basse-Côte-Nord, à l'île d'Anticosti et dans les villes nordiques de Fermont, Schefferville et Kawawachikamach. La Côte-Nord s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, sur une distance de plus de 1 200 kilomètres de long, et on y dénombre une quarantaine de municipalités en plus de neuf communautés autochtones qui comptent pour plus de 10 % de la population. Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent à elles seules la moitié de la population de la région.

La grande étendue du territoire, la dispersion de la population, l'isolement de plusieurs communautés représentent des défis importants en matière de dispensation des services à la population, de déplacement, de recrutement, de rétention de la main-d'oeuvre.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 13,3 % de la population, comparativement à 15 % au Québec. Par contre, le nombre de personnes âgées a augmenté de 195 % de 1981 à 2009, alors que c'était... que ça représente le double de l'augmentation qu'on a connue au Québec. La population a diminué d'environ 20 % depuis 1981, passant de 119 000 à 95 000, alors que celle du Québec, elle, a augmenté de 19 %.

Un taux ajusté de suicide dans la population de 20,8... Oui, j'étais en train de passer quelques lignes. Alors, dans les principales causes de mortalité de 2002 à 2006, très brièvement, 37 % des décès sont dus au cancer, 24 % dus aux maladies de l'appareil circulatoire, et 20... on a un taux ajusté de suicide de 20,8 suicides par 100 000 de population, comparativement à 16,4 au Québec, donc un taux un peu plus élevé que la moyenne québécoise.

Le Programme de soutien aux organismes communautaires, alors c'est dans les sujets qu'on nous a donné comme d'intérêt à aborder aujourd'hui. Suite à une décentralisation en 1994, l'agence a adopté deux outils de gestion: un cadre de référence pour la reconnaissance des organismes communautaires et bénévoles, en 1995, et un cahier de financement des organismes, en 2001.

En janvier 2008, l'agence a adopté un nouveau cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires en réponse aux démarches d'harmonisation entreprises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce cadre comporte les cinq éléments suivants: la reconnaissance de l'admissibilité, les mécanismes de liaison, les modèles de gestion, la reddition de comptes, le financement ainsi que des objectifs et moyens pour favoriser cette démarche. Ce document établit les prémisses des relations avec le milieu communautaire. Il précise également les responsabilités de l'agence ainsi que celles des organismes.

Il dicte les balises qui viennent orienter les prises de décision en lien avec le Programme de soutien aux organismes communautaires.

● (9 h 40) ●

En 2008-2009, le programme a financé 99 organismes répartis sur l'ensemble du territoire, totalisant 9,5 millions environ. De 2005-2006 à 2008-2009, un développement pour un montant de 1 686 000 \$, soit environ 21 % d'augmentation, a été versé principalement pour la problématique de la violence conjugale, en respect des orientations du ministère.

40 % des organismes communautaires subventionnés reçoivent une subvention de 30 000 \$ ou moins, certains d'entre eux exerçant un mandat régional. Plusieurs groupes remplissent plus d'une mission ou interviennent auprès de plusieurs types de clientèle.

Dans le cadre du plan d'action adopté en avril 2009 par l'agence, pour répondre aux recommandations du Vérificateur général, le cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires sera ajusté. Ce plan prévoit notamment l'instauration de processus formels, systématiques et périodiques de réévaluation des subventions, d'une procédure de gestion des surplus, de suivis rigoureux des rapports financiers et d'activité face à l'utilisation des sommes versées, et d'un processus donnant à l'agence la possibilité de consulter et de vérifier les registres d'un organisme subventionné dans le cadre de protocoles d'entente formels.

La Table régionale des organismes communautaires réclame l'ajout de plus de 6 millions dans le financement global des groupes nord-côtiers inscrits au programme de soutien aux organismes. Un des facteurs exerçant une pression sur ce programme vient de l'étendue de la région, qui amène la multiplication de certains types d'organisme. Notamment, les maisons des jeunes, compte tenu de l'étendue du territoire, sont au nombre de 21 sur le territoire. Alors, on comprend que ça vient diluer un peu la capacité du service direct clientèle lorsqu'on est obligé de mettre en place multiples structures en raison des populations isolées et des distances.

Groupes de médecine familiale et coopératives de santé. Quatre groupes de médecine de famille sont installés et un cinquième est en projet pour la Haute-Côte-Nord. Ce modèle favorise l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et services à la clientèle inscrite. 27 700 personnes sont inscrites, sur 74 000 des territoires qui sont couverts présentement par un GMF, donc environ 50 %.

Effectif en médecine familiale, nous avons... le bilan régional des régions... des dernières années démontre que les arrivées réussissent à peine à combler et compenser pour les départs. Au 31 décembre 2009, les plans d'effectifs médicaux en médecine familiale des établissements de santé dans les secteurs non isolés de la région sont comblés dans des proportions de 44 % à 75 %. Six établissements sur neuf doivent faire appel à des médecins de l'extérieur pour assurer les services à l'urgence, ce qui se traduit par le manque de médecins de famille dans la région. Au 31 décembre 2009, les données du ministère indiquent que la Côte-Nord est une des régions qui a le plus recours au mécanisme de dépannage pour les gardes à l'urgence durant l'année, soit 2 200 quarts utilisés, environ, sur 14 000, donc ce qui veut dire au-delà de 16 % des dépannages utilisés par la Côte-Nord.

En médecine familiale, les nouvelles modalités de gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux pour la distribution des médecins dans les régions ayant des plus grands besoins en effectif ont un impact majeur dans la région. Nous sommes aussi confiants que les effets combinés

des efforts de recrutement médical concertés au plan régional et de la formation médicale au sein des établissements de la région porteront fruit et intéresseront plus de médecins à s'installer dans la région.

Les effectifs médicaux en spécialités, le bilan des cinq dernières années se solde par l'ajout net de neuf médecins spécialistes. Au 31 décembre 2009, le CSSS de Manicouagan, à Baie-Comeau, compte 17 spécialistes, sur un plan de 40 médecins prévus, correspondant à 43 % en termes de satisfaction du plan; 34 sur 44 à Sept-Îles, ce qui correspond à 77 % de satisfaction du plan. La mise en place du Recrutement Santé Québec pour favoriser le recrutement des médecins étrangers s'avère une avenue grâce à laquelle les établissements de la région pourront améliorer leurs chances de recrutement en médecine familiale et en spécialités.

Certification des résidences privées pour les personnes âgées. Huit des 11 résidences privées inscrites au registre de la région, comptant 273 unités de logement, ont obtenu leur certification de conformité, deux sont en processus de certification, et une dernière, de quatre unités, a récemment été inscrite au registre.

Les formations dans les domaines de réanimation cardiorespiratoire, de secourisme et de principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires étant peu accessibles, la certification a permis d'inverser cette situation. Aujourd'hui, la région compte sur une quarantaine de personnes formées à des processus de qualité oeuvrant dans les résidences pour personnes âgées.

Bien que les résidences pour personnes âgées se soient peu développées jusqu'à maintenant, des projets de développement d'habitations collectives pour cette clientèle sont présentement en cours dans plusieurs localités de la région.

Au niveau de la planification de la main-d'oeuvre, la pénurie de main-d'oeuvre, jumelée aux résultats en assurance salaire, en heures supplémentaires et en main-d'oeuvre indépendante, constitue un défi de taille dans la région.

La pénurie de main-d'oeuvre est plus importante chez les pharmaciens et les infirmières. Depuis 2006, 16 postes de pharmacien sur 24 seulement sont comblés. Chez les infirmières, la situation est aggravée par l'absentéisme pour tout le corps d'emploi. Depuis 2005, la Côte-Nord connaît une augmentation de son ratio d'heures en assurance salaire: le taux de 6,73 % en 2005-2006 est élevé à 8,17 % quatre ans plus tard.

En mai 2009, l'agence a produit un portrait régional en matière de gestion de la présence au travail, et elle projette la possibilité de mettre sur pied un bureau régional de santé. Un plan d'action sera élaboré de concert avec le ministère et les établissements au cours des prochains mois à cet égard.

Cette pénurie a aussi entraîné une augmentation des heures supplémentaires et l'utilisation accrue de la main-d'oeuvre infirmière indépendante. Les coûts reliés à l'ensemble de la main-d'oeuvre indépendante ont augmenté particulièrement en soins infirmiers et en pharmacie, passant de 2,3 millions à 5,2 millions environ au cours des quatre dernières années.

Organisation du travail en soins infirmiers. En juin 2008, le ministère a lancé sa stratégie sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, dont le principal levier porte sur l'organisation du travail, dont les trois principaux objectifs sont la diminution progressive des heures supplémentaires, l'élimination progressive de l'utilisation de la main-d'oeuvre indépendante et le maintien ou l'amélioration de l'accès aux services. Différents projets de réorganisation du travail sont en voie d'être réalisés au sein des établissements de la région.

Infirmières praticiennes spécialisées de première ligne. L'infirmière praticienne spécialisée de première ligne exerce ses fonctions en partenariat avec le CSSS et la médecine familiale du territoire où elle se trouve. Sa contribution améliore l'accès aux services de première ligne, surtout dans un contexte de pénurie de médecins qui se traduit par une proportion importante de population non inscrite ou orpheline.

La région de la Côte-Nord planifie l'embauche de deux infirmières praticiennes spécialisées en 2010. Compte tenu des nombreux milieux isolés ou éloignés, des nombreux dispensaires présents sur la Côte-Nord, les modalités qui favoriseront l'installation d'un plus grand nombre d'infirmières praticiennes spécialisées dans ces milieux et même leur formation dans les établissements de la Côte-Nord doivent être davantage documentées.

Programme national de soutien clinique, volet Préceptorat. En juin 2008, le ministère a élaboré une stratégie en soins infirmiers pour faire face aux problématiques de main-d'oeuvre. Le volet Préceptorat du programme de soutien clinique vise à augmenter la rétention des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience. Deux projets nord-côtiers sont actuellement en processus de réalisation.

L'Entente 3R. Face à la baisse démographique et la pénurie de main-d'oeuvre, un comité régional de recrutement et de rétention de la main-d'oeuvre a été créé en partenariat en 2003, compte tenu de la pénurie de main-d'oeuvre et de l'importance accordée à l'attraction et la rétention de la main-d'oeuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux. En collaboration avec la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord, le Forum jeunesse Côte-Nord et Emploi-Québec, l'agence est devenue, en 2008, partenaire de l'Entente 3R qui poursuit les objectifs de retour des jeunes dans la région, de renforcement de l'identité régionale et rayonnement de la Côte-Nord. Différentes actions de communication et de promotion sont réalisées dans le cadre de cette entente.

Impacts de la récession. La crise dans l'industrie forestière et l'effondrement des prix et la baisse des stocks dans le secteur des pêches ont entraîné plusieurs centaines de mises à pied dans la région. Cependant, la vigueur de l'industrie minière ainsi que la réalisation de différents projets d'importance, tels que la modernisation de l'aluminerie Alcoa à Baie-Comeau et le projet hydroélectrique de la rivière Romaine au nord de Havre-Saint-Pierre, ont contribué à atténuer les effets négatifs de la récession.

Entre août 2008 et février 2009, la Côte-Nord a perdu 10 % de ses emplois, soit 5 000 personnes sur 50 000. Une chute de 3,7 points en un an a ramené le taux de chômage à 7,6 %. De même, le taux d'activité est passé de 57,8 % à 62,6 %, et le taux d'emploi, de 51 % à 57 % entre décembre 2008 et décembre 2009. Selon le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la région devrait connaître une croissance totale de 3 200 emplois de 2010 à 2013.

● (9 h 50) ●

Développement social et développement des communautés sur la Côte-Nord. La Direction de santé publique, en collaboration avec la conférence régionale des élus, a mis en place un réseau de partenaires en développement social structuré et fonctionnel en avril 2004. La mission de ce réseau des partenaires est de faire reconnaître, de promouvoir et de s'assurer de la prise en compte du développement social et du développement des communautés comme des composantes

du développement de la Côte-Nord. Les modes d'action retenus par ce réseau sont le soutien à des projets, la formation sur l'approche communautaire et la promotion de l'action intersectorielle.

Un moyen concret retenu pour soutenir l'action consiste en la conclusion d'ententes. Outre celle entre la conférence régionale des élus et l'agence, en place depuis 2003, une entente intersectorielle regroupant six ministères et organismes a été signée en décembre 2009. Cette entente se veut le soutien administratif au déploiement de deux plans d'action gouvernementaux: celui sur la pauvreté et l'exclusion sociale et celui sur les saines habitudes de vie. L'agence considère qu'elle a un rôle à jouer dans l'instauration et la consolidation d'une telle approche permettant de mettre la santé et le bien-être de la population nord-côtère au centre des préoccupations des ministères et organismes du territoire.

Quelques faits saillants que nous désirons vous communiquer.

Au niveau des unités de médecine familiale, l'implantation d'une unité de médecine familiale au CSSS Manicouagan s'est réalisée en juillet 2005. Aujourd'hui, elle assure la prise en charge et le suivi d'une clientèle de plus de 6 000 patients.

L'expérience démontre que la formation en région entraîne la rétention de nouveaux médecins dans le milieu. Depuis sa mise sur pied, l'UMF a contribué à garder sur la Côte-Nord 11 médecins, sur laquinzaine qui y ont été formés. Bien que l'installation d'une unité de médecine familiale au CSSS de Sept-Îles ne constitue pas un besoin inscrit au plan du nombre d'UMF requises pour le RUIS de l'Université Laval, une telle installation constituerait une mesure structurante à valeur ajoutée importante pour le recrutement de médecins dans le secteur est de la Côte-Nord.

L'accès à l'urgence. Des huit salles d'urgence de la région, celles de Manicouagan et de Sept-Îles éprouvent des difficultés de congestion à certaines périodes. Ces deux CSSS ont reçu la visite du Centre de coordination nationale des urgences du ministère en 2005. Des comités conjoints établissements-agence permettent de réaliser des plans d'action en vue d'actualiser les recommandations du centre de coordination.

Il y a eu une diminution des visites en urgence dans les deux CSSS au cours des dernières années, passant de 62 000 à 58 000 visites par année. Afin de contrer l'engorgement des urgences et le blocage des lits en courte durée par des personnes âgées, un effort particulier sera déployé au cours de l'année entre l'agence et les établissements de la région pour la consolidation de l'accès aux services de première ligne et aux ressources communautaires.

Accès aux services chirurgicaux. La capacité de réaliser les chirurgies en attente dans un délai ciblé est tributaire de la pénurie des médecins en spécialité sur la Côte-Nord. Le volume régional des chirurgies de la cataracte a pratiquement triplé depuis six ans. Le volume régional des chirurgies du genou varie entre 30 à 44 opérations depuis six ans. Le volume régional des chirurgies de la hanche a doublé dans la même période.

Au CSSS de Sept-Îles, pour les neuf premières périodes de l'année 2009-2010, les chirurgies de la hanche et de la cataracte, les chirurgies d'un jour et celles avec hospitalisation sont toutes effectuées dans un délai inférieur à six mois, et les chirurgies du genou, effectuées à 83 % dans un délai inférieur à six mois.

Au CSSS de Manicouagan, la pénurie de médecins spécialistes est plus importante. Les chirurgies de la hanche et de la cataracte et celles avec hospitalisation sont effectuées dans un délai inférieur à six mois; par contre, celles du genou, effectuées à 40 % dans un délai inférieur à six mois. Des efforts sont poursuivis pour assurer l'accès aux chirurgies dans les délais prescrits à travers des ententes établies entre ces deux CSSS de la région ou avec des centres d'autres régions, selon les disponibilités.

Accès aux services médicaux spécialisés et déplacement des usagers. Une grande majorité de la population devant se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la région afin d'avoir accès aux services spécialisés, le recours à la politique de transport des usagers est très important. De 2005 à 2009, le nombre de transports a augmenté de 30 %, passant de 29 000 à 38 000. Les coûts engendrés par cette hausse sont passés de 9 à 11,3 millions de dollars, une augmentation de 18 %. Les déplacements électifs représentent à eux seuls près de 80 % de tous les déplacements et plus de 50 % des coûts totaux. De tous les transports effectués, ces derniers ont aussi augmenté de 30 % depuis 2005.

Les évacuations aériennes par l'EVAQ ont aussi augmenté de façon importante, soit de 40 %. Pendant cette période, le coût des déplacements des usagers autochtones a aussi crû de 20 %.

De nouveaux impacts seront enregistrés avec la prise en compte des transports des personnes âgées des communautés autochtones et celui des personnes visées par le programme de procréation assistée. L'augmentation de ces coûts, sans financement correspondant, a un impact sur la possibilité de consolider davantage l'offre de services globale à la population de la région.

Organisation des services ambulanciers. La population de la Côte-Nord a bénéficié d'une amélioration continue des services ambulanciers au cours des années 2005-2009. Le budget a été haussé de 27 %, passant de 9 à 11,5 millions. L'implantation d'un projet pilote transformant les horaires de faction en horaires à l'heure à Baie-Comeau, la structuration de services permanents de premiers répondants, rôle élargi dans six municipalités de la Côte-Nord et celle de Port-Menier, sur l'île d'Anticosti, l'ajout d'un horaire de travail et d'un véhicule ambulancier à Les Escoumins et la modification d'un horaire de travail à Havre-Saint-Pierre représentent une partie des investissements consentis pour améliorer le service.

De plus, des montants importants ont été consacrés à l'amélioration des compétences des techniciens ambulanciers paramédics, au suivi de leurs interventions, au développement d'outils informatiques ainsi qu'à la formation des premiers répondants.

En lien avec le projet pilote en cours à Baie-Comeau, la problématique de l'ajustement des horaires de travail dans le territoire de Sept-Îles fait l'objet de demandes de plus en plus impératives qui viennent de multiples sources depuis environ une année. Des analyses sont en cours avec les autorités du ministère pour évaluer la possibilité de répondre à ces demandes par l'application de mesures transitoires en attendant la fin du projet pilote et la connaissance des conclusions et orientations qui en ressortiront.

Services intégrés en périnatalité et petite enfance. Depuis 2004, des services intégrés en périnatalité et petite enfance destinés spécifiquement aux jeunes parents et aux familles vivant dans un contexte de grande pauvreté sont disponibles dans l'ensemble du CSSS de la Côte-Nord. Ces

services sont offerts dès la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse et se poursuivent de façon intensive jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de cinq ans. Ils se traduisent notamment par des visites à domicile effectuées par une intervenante du CSSS. Des initiatives issues de la concertation de l'ensemble des ressources de la communauté permettent également de soutenir de façon efficace les jeunes parents et leurs enfants.

Mesure Accoucher loin de son milieu. Depuis le début des années 2000, les centres de santé périphériques ne pratiquent plus d'accouchement. Les femmes enceintes vivant sur les territoires des CSSS de la Basse-Côte-Nord, de la Minganie et de l'Hémathite et du CLSC Naskapi quittent leurs milieux de vie entre 36 et 38 semaines de grossesse, selon l'éloignement avec le centre accoucheur. L'agence a investi afin de permettre aux jeunes mères et à leurs conjoints ou à une personne significative d'être présents à la naissance de l'enfant. Entre 2005 et 2006... En 2005-2006, 66 familles ont profité de cette aide financière, et, quatre ans plus tard, 128 familles ont eu accès à ce soutien.

Santé mentale. En 2005-2006 et... Entre 2005-2006 et 2008-2009, plusieurs investissements ont été consentis en santé mentale notamment pour bonifier l'offre de services de première ligne et le soutien d'intensité variable. Les subventions de plusieurs organismes communautaires ont aussi été rehaussées. Le renforcement de l'équipe de deuxième ligne en santé mentale jeunesse permet de diminuer les listes d'attente pour l'accès à ces services. Des travaux sont amorcés afin de doter la région d'orientations visant la consolidation et le développement des services en santé mentale, soit l'implantation du guichet d'accès, le développement de l'offre de services pour l'hébergement et l'augmentation de la performance des établissements au niveau du soutien d'intensité variable.

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement cherche à développer la synergie avec l'organisation des services médicaux sur le territoire. Considérant que 70 % des personnes ayant des maladies chroniques sont des personnes âgées, l'agence a proposé un plan de déploiement régional pour l'implantation de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou vivant avec une maladie chronique. Ce modèle repose sur une structure clinicoadministrative, un guichet unique, une équipe interdisciplinaire.

Le bilan du développement des places d'hébergement identifiées dans le plan d'action 2006-2010 des services aux personnes âgées démontre, en 2005, un besoin de développer 107 places additionnelles. Le nombre de places d'hébergement développées à ce jour est de 53. Compte tenu du manque de diversité des ressources d'hébergement dans la communauté pour les personnes âgées, le développement de nouvelles places est orienté en milieu non institutionnel, soit en ressources intermédiaires. Cinq projets pour les personnes âgées sont actuellement en émergence, à des degrés divers. Ces ressources éviteront aux aînés d'avoir recours à l'hébergement institutionnel de façon prématurée.

● (10 heures) ●

Services aux proches aidants. Dans son plan d'action 2006-2010, en lien avec le vieillissement de la population, l'agence a mis en priorité le développement de l'aide aux proches aidants. En novembre 2007, l'agence a alloué des crédits à la Société Alzheimer de la Côte-Nord pour lui permettre de mettre sur pied le service de répit pour les aidants naturels ayant soin de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres affections connexes, en collaboration avec les entreprises d'économie sociale.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. En 2007-2008, l'agence a consolidé les services spécialisés pour les enfants de moins de six ans ayant un trouble envahissant du développement par le programme d'intervention comportementale intensive. Ce rehaussement de l'offre de services spécialisés a conduit à un meilleur encadrement clinique des éducateurs et soutien des intervenants auprès des parents. Il a permis d'atteindre la cible d'intensité prescrite pour chaque enfant. Les services spécialisés ont aussi été renforcés pour mieux répondre aux besoins des jeunes de sept à 17 ans présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

En déficience physique, l'intensification des services spécialisés de réadaptation aux centres hospitaliers de Baie-Comeau et Sept-Îles a été réalisée. La consolidation des services en déficience motrice, en déficience du langage et de la parole a permis de diminuer aussi les listes d'attente. Des efforts ont aussi été consentis afin d'organiser des services d'éducation spécialisés en déficience auditive dans le but de desservir le secteur Est de la région. Le plan d'accès est une priorité ministérielle qui met à contribution les paliers local, régional et provincial. Il a comme objectif... ainsi que d'optimiser et d'uniformiser les processus et la gestion de l'accès aux services. L'agence tient compte dans ses allocations budgétaires de l'objectif prioritaire du plan d'accès afin d'assurer aux personnes ayant une déficience un accès à des services continus dans des délais acceptables.

De nombreux défis se posent encore afin de doter la région d'unités de réadaptation fonctionnelle intensive et en déficience visuelle, d'améliorer les services de basse vision, les services en orientation-mobilité, l'enseignement du braille ainsi qu'une meilleure disponibilité des services infirmiers, psychosociaux et médicaux. Un autre défi, plus général, est intimement lié à la capacité de recrutement et de rétention des professionnels dans plusieurs de ces disciplines.

Réalités masculines. La mise sur pied de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines constitue une première au Québec. Ses différentes actions représentent un modèle qui inspire d'autres régions. Son expertise est fréquemment sollicitée sur différents groupes de travail provinciaux et pour soutenir des régions qui veulent intervenir sur les réalités masculines. La table a réalisé plusieurs actions, dont trois colloques, des formations sur l'adaptation de l'intervention auprès des hommes, la création d'un site Web. La Côte-Nord compte trois organismes oeuvrant spécifiquement auprès des hommes en détresse.

Prévention des maladies infectieuses. La période 2005-2009 a été marquée par la mise en place d'une table régionale de prévention des infections nosocomiales. Elle permet à la Direction de santé publique de superviser le déploiement d'un plan d'action régional. Ce plan a permis le développement d'un réseau d'infirmières en prévention et contrôle des infections nosocomiales dans les CSSS et de faire des investissements pour apporter des correctifs en ce qui concerne l'immobilier. Ainsi, six postes d'infirmière ont été créés et 1,5 million a été investi pour l'amélioration des milieux depuis 2005.

Vaccination. La région maintient un taux de vaccination de base de 90 % à 95 %, sauf pour la varicelle, dont le taux est de 84 % en 2008-2009 chez les enfants de 2 ans. La vaccination contre la grippe rejoint environ 26 000 Nord-Côtières à chaque année. Tous les CSSS ont expérimenté

la vaccination de masse. La Côte-Nord a vacciné au-delà de 70 % de la population dans le cadre de la pandémie de grippe A (H1N1) à la fin de 2009.

École en santé. L'agence considère l'approche École en santé comme un levier pour assurer l'accès à des services préventifs en milieu scolaire. En 2008-2009, 53 % des écoles sont en démarche d'implantation de l'approche. Une cinquantaine d'accompagnateurs ont été formés depuis 2006-2007.

Bilan des ententes de gestion et d'imputabilité. Le rehaussement des volumes d'activité convenu dans les ententes de gestion et d'imputabilité a généré une amélioration de l'accès aux services de santé et aux services sociaux de tous les territoires locaux de la Côte-Nord. La reddition de comptes des quatre dernières années témoigne que les investissements consentis à la région ont permis un rattrapage quant au volume des services offerts à la population, et, dans bien des cas, les cibles ministérielles ont été atteintes.

Une somme totalisant 7,8 millions en base annuelle a été octroyée à la région à titre de crédit de développement, selon la répartition qui suit: 38,9 % pour la perte d'autonomie liée au vieillissement, 21,5 % pour la déficience physique, 11 % pour les jeunes en difficulté, 9,1 % pour le programme-services Santé mentale, 9 % pour la consolidation de services d'organismes communautaires.

Suivi de la gestion et reddition de comptes. Le bilan des quatre dernières années permet de constater que, dans plusieurs domaines, les résultats obtenus dépassent les objectifs fixés, sont supérieurs à la cible définie au plan ministériel 2005-2010 pour l'année 2010, ou que les personnes connues sont desservies, ne laissant pas de liste d'attente.

Même si les résultats témoignent de situations qui tendent à s'améliorer, il demeure que des efforts doivent être maintenus pour améliorer l'accès aux services spécialisés et le fonctionnement des urgences, pour ne citer que ces exemples.

La capacité de recrutement et de rétention de la main-d'oeuvre — personnel — demeure un défi dans plusieurs secteurs d'activité.

Situation financière des établissements. Au cours des quatre exercices financiers visés par cette reddition de comptes, le budget de fonctionnement des établissements est passé de 196 à 237 millions. Cette hausse est notamment attribuable au rehaussement des coûts de système, au règlement de l'équité salariale et aux crédits de développement.

Entre 2004-2005 et 2007-2008, la presque totalité des établissements ont respecté leurs objectifs financiers. En 2008-2009, malgré les efforts déployés, cinq établissements de la région n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre budgétaire ou le respect de la cible déficitaire. Les principales raisons invoquées sont le coût des services de main-d'oeuvre indépendante, les frais de transport des bénéficiaires, les coûts de l'assurance salaire, le coût des médicaments, le coût des fournitures médicales et chirurgicales.

Dans une perspective d'optimisation nécessaire au rétablissement de l'équilibre budgétaire, les gestionnaires des établissements, de concert avec l'agence, ont convenu de mettre en oeuvre divers projets régionaux d'optimisation portant notamment sur le transport des bénéficiaires, les achats en commun, la création d'un bureau régional de santé, les services administratifs par le biais d'entente de gestion entre les établissements, la gestion régionale des ressources informationnelles, pour ne citer que ceux-là. Dans ce dernier domaine, les analyses sont en cours afin d'établir les

modalités et conditions qui permettront de faire face aux défis liés au développement du dossier clinique informatisé et à l'informatisation des bureaux médicaux.

Au niveau des immobilisations, les sommes consenties aux projets d'immobilisations et d'équipements sont passées de 6,1 à 18,1 millions de 2005 à 2008. Ces enveloppes ont pour objectif de maintenir en bon état l'ensemble des parcs immobiliers de tous les établissements publics de la région ainsi que de remplacer et de rehausser les équipements et le mobilier.

Des enveloppes spécifiques viennent renforcer certains secteurs particuliers et soutenir la consolidation des services existants et le développement de nouveaux services. Ces enveloppes ont varié de 2,6 à 4,2 millions. Bien qu'importants, ces investissements ne permettent pas de satisfaire à un nombre important de projets plus ou moins majeurs.

Alors, nous demeurons à votre disposition, M. le Président et membres de la commission, pour forer plus en profondeur les questions que vous trouvez d'intérêt. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. Garon. Il y avait beaucoup d'informations, beaucoup de chiffres, mais un qui vraiment m'a frappé, c'est 1 200 kilomètres de côte dans la Côte-Nord. C'est... c'est toujours étonnant. Je me rappelle, en revenant une fois de Blanc-Sablon, quand le pilote m'a dit que Sept-Îles est plus ou moins à mi-chemin entre Blanc-Sablon et Montréal. Et j'ai dit: C'est impossible, parce que Blanc-Sablon, c'est juste à côté de Sept-Îles. Mais il y a un petit bout à faire entre Blanc-Sablon et Sept-Îles, qui... c'est très important, sur un immense territoire.

Alors, merci beaucoup pour ce survol. On va passer maintenant à une période d'échange avec les membres de la commission. Je vais céder la parole au député de Laurier-Dorion.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Bonjour, M. Garon. Je vous salue, ainsi que votre équipe. Merci pour votre présence. Votre présentation a des éléments sur lesquels vous nous avez donné des éclaircissements.

Évidemment, la question de la main-d'oeuvre est une question qui revient beaucoup avec toutes les agences que nous avons eu à rencontrer. Vous avez des défis majeurs, je pense, on pourrait le dire.

J'aimerais savoir un petit peu, puis peut-être qu'on pourrait aller catégorie par catégorie, là. J'ai regardé un petit peu certains éléments que vous avez soulevés. On a aussi une certaine... une revue de presse qui nous a été préparée, alors on est familiers un petit peu avec les... ce qui a été rapporté dans les médias ces derniers temps. Si on pouvait commencer peut-être — parce que je sais que vous avez un plan régional d'action sur le secteur de... pour le secteur de la main-d'oeuvre, là, puis on pourrait peut-être y venir à la fin, là — mais juste un petit peu identifier les problématiques.

On pourrait commencer peut-être avec les pharmaciens, parce que je sais que c'est un... c'est quelque chose de particulier chez vous. À un moment donné, je pense qu'on avait rapporté que c'était aux alentours... le taux de pénurie était aux alentours de 50 % ou à quelque part à cet endroit-là.

Vous avez mentionné aussi le recours à des pharmaciens dépanneurs. J'aimerais savoir un petit peu quelle est la situation en ce moment au niveau des pharmaciens,

et parlez-nous un petit peu de ces pharmaciens dépanneurs, qu'est-ce que ça veut dire, comment est-ce que ça fonctionne, puis si ça vous a permis de résorber en quelque sorte la crise qu'il y avait dans ce domaine-là de la pharmacie, et où vous vous en allez pour les prochains mois et les prochaines années.

● (10 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaëtan):** D'accord, M. le Président. Alors, du côté des pharmaciens, nous avons deux tiers des postes présentement qui sont couverts. La problématique se traduit par plusieurs milieux parfois où on a seulement un ou deux postes qui sont complètement dépourvus de pharmaciens, et ça nécessite, pour donner une couverture minimale, l'accès aux médecins... aux pharmaciens dépanneurs. Et, lorsqu'on fait... Compte tenu de la liberté que les gens ont dans le marché, les conditions qui prévalent pour avoir accès à un pharmacien dépanneur font que ça nous coûte presque trois fois le prix du salaire d'un pharmacien sur une base annuelle pour avoir accès à un pharmacien dépanneur. C'est une problématique que nous avons soulevée et discutée avec les autorités du ministère. Un comité est en voie de se mettre en action, et dont je ferai partie, pour l'analyse de cette situation.

Mais c'est une question... Présentement, en termes d'orientation, nous avons déjà discuté avec les directeurs généraux des établissements de cette problématique pour voir un peu quelles avenues de solution pourraient être convenues entre nous pour éviter d'encourager et de favoriser davantage cette approche qui nous coûte très cher et qui vient siphonner bien sûr une partie des ressources qui pourraient être données à d'autres services pour consolider les services à la population. Et on envisage des avenues qui visent à mettre en place des départements de pharmacie sous-régionaux ou même un département régional pour lier les médecins entre eux à donner une couverture minimale dans l'ensemble des établissements de la région et diminuer la facture de plusieurs centaines de milliers de dollars dans la région due au dépannage auquel on doit faire face.

**M. Sklavounos:** Au niveau des infirmières, vous avez mentionné le taux d'absentéisme. Il y a eu aussi... il y a eu une certaine couverture médiatique sur les difficultés de recrutement au niveau du cégep de Baie-Comeau, évidemment, dans le programme de soins infirmiers. Dites-moi, au sujet des infirmières, vous êtes rendus où? C'est quoi, le plan à ce niveau-là?

**M. Garon (Gaëtan):** M. le Président, peut-être qu'on pourrait recourir aux connaissances de ma responsable des ressources humaines.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** J'aimerais donner un complément d'information à ce que M. Garon a dit concernant les pharmaciens.

**Le Président (M. Kelley):** Vous êtes Mme Paré, c'est bien ça?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Je suis Marie-Nathalie Paré.

**Le Président (M. Kelley):** Juste pour les fins d'enregistrement. Merci beaucoup, Mme Paré.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Pour aider justement les pharmaciens, ça va être fait en collaboration avec les régions de Gaspésie, Bas-Saint-Laurent et Abitibi-Témiscamingue. Pour justement aider à l'attraction, à la rétention des pharmaciens et pour les soulager de tâches administratives, on est en train de mettre sur pied une formation pour les aides techniques en pharmacie, les ATP. La formation est en élaboration actuellement par le cégep de Rivière-du-Loup. Elle devrait être disponible, là, je vous dirais, d'un mois à l'autre. Donc ça, c'est un moyen concret, là, qu'on a mis en place.

**M. Sklavounos:** La formation dure combien de temps pour les avoir sur le terrain, ces ATP? On parle de...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** C'est une formation à distance. On a décidé régionalement que cette formation-là serait obligatoire pour tous les assistants techniques en pharmacie de notre région. Elle n'est pas en place actuellement. C'est une formation en ligne que les gens pourront suivre dans l'établissement et même à domicile avec un ordinateur conventionnel. Donc ça, c'est là...

**M. Sklavounos:** ...formation au niveau des infirmières?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Bien, au niveau des infirmières, je vous dirais qu'on a une problématique un peu particulière, parce qu'on a de la formation qui se donne dans les cégeps, mais on n'a pas d'université qui permet aux infirmières de la région de poursuivre au niveau du baccalauréat. On a la Corporation des services universitaires de la Côte-Nord, qui n'est pas une université mais qui négocie pour nous des services, des programmes d'enseignement avec d'autres universités, mais ce n'est pas évident d'amener les programmes chez nous. Les programmes d'enseignement du baccalauréat en sciences infirmières ne peuvent pas se donner à distance, donc ça complexifie un petit peu le travail, là, de formation.

On est en... on a mis sur pied un comité de travail récemment, l'agence corporative des services universitaires, avec l'Université du Québec à Rimouski, en collaboration avec le cégep, pour justement arrimer nos actions pour faire en sorte qu'il y ait de plus en plus d'étudiantes de niveau collégial qui s'inscrivent à l'université. Mais en même temps les établissements ne veulent pas leur permettre d'aller aux études parce qu'ils en ont besoin; on est en pénurie. Donc, on est en train de mettre sur pied un comité de travail pour justement faire en sorte que les besoins soient comblés de part et d'autre.

**M. Sklavounos:** Mais il y avait... il me semble qu'il y avait une problématique, il y avait une problématique particulière de recrutement également au niveau du cégep, collégial, là...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui, oui, vous avez raison.

**M. Sklavounos:** ...principalement. Ça, est-ce qu'il y a quelque chose qui a été fait? Je veux dire, le cégep est là, ça n'implique pas du voyageant.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Ça fait partie des sujets de discussion dans le comité de travail.

**M. Sklavounos:** ...mettre en place une espèce de stratégie de recrutement.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Stratégie pour attirer les candidatures. La difficulté qu'on a, c'est que les jeunes qui souhaitent étudier en sciences infirmières, bien souvent ils quittent le cégep. Si elles ont l'intention de poursuivre à l'université, bien elles quittent déjà, dès le cégep, dans une autre région et elles ne reviennent pas.

**M. Sklavounos:** Et est-ce que vous avez quand même un bon taux de rétention des étudiants ou étudiantes qui finissent ou qui terminent en soins infirmiers au cégep de Baie-Comeau? Est-ce qu'ils ont tendance de rester en région ou ils ont tendance à quitter?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** L'intention du centre de santé, c'est de recruter toutes ces personnes-là. Jusqu'à maintenant, je vous dirais que la totalité sont retenues par le centre de santé. Exceptionnellement, il y en a une ou l'autre qui peut vouloir aller à l'extérieur poursuivre ses études à l'université. Mais le petit nombre... Cette année, on va en avoir sept, autour de sept.

**M. Sklavounos:** Je comprends. Avez-vous été...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Or, ce n'est pas suffisant pour combler nos besoins.

**M. Sklavounos:** Avez-vous été obligés d'offrir quelque chose de particulier pour les garder ou est-ce qu'à date ceux qui décident de s'inscrire au programme de soins infirmiers s'intègrent en région sans autre, je ne sais pas, incitatif?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** On est un petit peu limités au niveau des différentes primes, parce que, bon, il y a des régions plus éloignées un petit peu, vers l'est de notre territoire, il y a des primes de disparités régionales, il y a des allocations de frais de déménagement, et tout ça. À Baie-Comeau, il n'y a pas de prime comme ça. Donc, les jeunes infirmières peuvent être portées d'aller dans d'autres régions. Il y a des établissements qui peuvent donner des primes, mais on n'a pas l'autorité d'offrir des primes autres que celles qui sont permises par le ministère de la Santé. Donc ça, ça nous limite beaucoup pour la rétention et... la rétention. Je ne sais pas si ça répond à...

**M. Garon (Gaétan):** ...peut-être un petit complément. C'est que la direction d'un établissement pourrait toujours décider de faire à la marge certaines accommodations pour tenter de retenir du personnel de façon informelle. Je veux dire, on n'a pas nécessairement toute cette connaissance-là icitte, là.

L'autre élément, c'est qu'on a du... ce qui amplifie davantage la problématique de l'infirmière sur le territoire, c'est le fait que les personnes qui sont originaires du territoire n'ont pas d'entrée de jeu accès aux primes de rétention ou aux mesures incitatives de rétention. Et ces personnes-là, s'il y en a 10 qui ont les primes parce qu'elles viennent de l'extérieur et 10 qui ne les ont pas parce qu'elles sont natives du milieu, bien finalement elles finissent par sortir du milieu, s'en aller ailleurs, pour revenir avec la prime. Alors, il faudrait peut-être trouver une avenue de solution éventuellement à cela. Ça nous cause un problème additionnel.

**Le Président (M. Kelley):** On a eu le même son de cloche de l'agence du Nunavik aussi, la régie régionale du Nunavik, où les deux infirmières sur le même étage ont un traitement différent.

**M. Garon (Gaétan):** ...avec des malaises importants.

**M. Sklavounos:** Et c'est très compréhensible.

J'étais pour aborder avec vous la question des spécialistes, en quelque sorte. Il a été question de certaines pénuries par le passé. Je pense entre autres à l'hôpital de Sept-Îles: il y avait eu recours par le passé à des spécialistes en chirurgie, obstétrique, psychiatrie, etc. Vous êtes rendus où à ce niveau-là? Et il y a eu question aussi de spécialistes itinérants qui évidemment, dans votre présentation également, sont venus donner un coup de main. Dites-nous où vous êtes rendus à ce niveau-là.

● (10 h 20) ●

**M. Garon (Gaétan):** Alors, M. le Président, peut-être que je pourrais demander à Mme Johanne Savard, qui est la directrice des affaires médicales, de nous donner un état de situation.

**Le Président (M. Kelley):** Mme Savard.

**Mme Savard (Johanne):** La situation en médecine spécialisée actuellement est plus précaire au CSSS de Manicouagan qu'elle ne l'est au CSSS de Sept-Îles. Les établissements misent beaucoup sur le programme, actuellement, de Recrutement Santé Québec. Quand on regarde dans notre région, il y a trois parrainages en cours au CSSS de Manicouagan dans le cadre de Recrutement Santé Québec. Il y en a un en ORL, un en pédiatrie et un en chirurgie générale. Du côté de Sept-Îles, il y a un parrainage qui est en cours aussi en neurologie. Pour la médecine spécialisée, c'est les parrainages des diplômés hors Canada et États-Unis qui sont en cours dans notre région.

Il est certain que la situation est plus difficile du côté de Baie-Comeau, mais par contre, en omnipratique, la situation est meilleure du côté de Baie-Comeau qu'elle ne l'est du côté de Sept-Îles. Il y a des médecins qui viennent, sous forme de remplacement, soutenir ces équipes-là actuellement. Il y a des médecins qui souvent sont les mêmes médecins qui viennent régulièrement, on appelle ça un peu du remplacement ou du dépannage fidélisé, dans notre région.

Au niveau des mesures incitatives non négociées, les médecins spécialistes qui s'installent chez nous ont droit à une prime pendant trois ans. Il y a aussi des bourses de formation spécialisée qui sont disponibles. On a un comité de concertation réseau dans notre région, qu'on appelle le CCR recrutement médical, pour voir ensemble le partenariat qui peut s'établir entre nos établissements pour le recrutement. Puis il y a aussi tout le programme de formation décentralisé, qui est très important, là, et on cherche même à hausser le nombre de mois-stages pour faire de l'attraction pour la médecine spécialisée. C'est un petit peu les démarches qui sont en cours présentement pour nos établissements de la région, particulièrement Sept-Îles et Baie-Comeau.

**M. Sklavounos:** Une question intéressante qui est revenue — et je pense que, lorsque le président a mentionné Nunavik, on avait parlé en quelque sorte de télésanté également — cette façon de pouvoir avoir des services à distance pour les régions éloignées. Est-ce que... Dans votre

cas à vous, vous savez que c'est une composante majeure quand même du Dossier de santé du Québec, la télésanté. Est-ce que vous avez recours à la télésanté? Puis dites-nous comment ça se passe chez vous.

**Le Président (M. Kelley):** Mme Savard.

**Mme Savard (Johanne):** Oui. Au niveau de la télésanté, dans les deux prochaines années, ce qui va s'installer dans notre région, c'est la télépathologie. Il va y avoir un... Bien, ce qu'on désire, c'est qu'il y ait un lien entre nos deux établissements, parce qu'on a des pathologistes dans nos deux établissements, pour qu'ils soient capables de s'autopoorter quand un est absent ou des fois faire des vérifications. Il y a aussi... ce lien-là va pouvoir être établi avec d'autres centres de d'autres régions. C'est que la télépathologie — on a eu de l'information en novembre dernier — c'est un projet qui va prendre pied dans les prochaines années. Ça, ça fait partie vraiment du dossier DSQ.

On a aussi, au niveau régional, des projets de télésanté qui font moins partie du DSQ mais qui touchent la région, puis le premier, le premier qui va probablement prendre forme, c'est la télépsychiatrie. L'hôpital de Sept-Îles a un plan d'effectif qui est complet en psychiatrie et va regarder avec les centres satellites, qui sont Fermont, Basse-Côte-Nord et Minganie, comment on peut établir un programme de télésanté en psychiatrie. On regarde aussi, dans le projet d'optimisation des transports, s'il n'y aurait pas d'autres projets de télésanté qui pourraient toucher, comme la rétinopathie diabétique en ophtalmologie, si on pouvait implanter ça dans notre région. Ça fait que l'avenir est un peu... Pour une région comme la nôtre où les territoires sont très isolés, les projets de télésanté sont aussi porteurs d'avenir, là, puis de solutions.

**M. Sklavounos:** Il y a une autre question qui m'intéresse un petit peu, et je pense que c'est pertinent à vous. À la question de recrutement de médecins qui sont formés à l'étranger, pouvez-vous nous dire un petit peu — je crois que c'est quelque chose qui est intéressant mais qui est difficile aussi des fois — pouvez-vous nous dire comment ça se passe dans votre région au niveau du recrutement à ce niveau-là, qu'est-ce qui est fait en particulier pour essayer d'attirer des professionnels formés à l'extérieur?

**Mme Savard (Johanne):** Bien, le dossier de recrutement santé, c'est un dossier qui est porté au niveau provincial, Recrutement Santé Québec. Les établissements travaillent en partenariat avec cette équipe-là. Quand un médecin diplômé hors Canada et États-Unis veut venir travailler au Québec, le dossier est étudié dans un premier temps par des médecins au ministère. Ces médecins-là régulièrement nous transfèrent les intérêts de ces gens-là dans certaines spécialités, et il peut y avoir une discussion entre les établissements et eux. Par la suite, il peut y avoir une visioconférence qui est instaurée entre l'établissement et le médecin qui veut venir travailler ici, et à ce moment-là les dirigeants d'établissement et les spécialités concernées ont à se positionner, à savoir s'ils ont un intérêt pour parrainer cette personne-là. Et, à partir de là, l'agence aussi vient soutenir les établissements dans toute l'évolution du dossier.

**M. Sklavounos:** En ce moment, est-ce qu'il y en a, des médecins chez vous qui sont formés à l'extérieur du Québec?

**Mme Savard (Johanne):** Il y en a.

**M. Sklavounos:** Combien?

**Mme Savard (Johanne):** Il y en a qui ont été...

**M. Sklavounos:** Combien en avez-vous?

**Mme Savard (Johanne):** Je ne peux pas vous donner le nombre exact, mais il y en a actuellement. Je vous dirais, l'orthopédiste... il y a un orthopédiste qui a été formé à l'étranger, un anatomopathologiste...

**M. Sklavounos:** Il a été recruté quand, l'orthopédiste?

**Mme Savard (Johanne):** L'année dernière.

**M. Sklavounos:** L'année dernière.

**Mme Savard (Johanne):** Il y a un neurologue qui est sur le point de venir s'installer, qui est présentement en formation, en stage de formation. On en aura eu régulièrement, au fil des ans, qui sont venus s'installer, mais il y a une volonté ferme de la région de se positionner et de faire en sorte que ce recrutement-là soit accentué.

**M. Sklavounos:** Est-ce que... La démarche pour régulariser la situation des médecins étrangers, est-ce qu'elle vous paraît... est-ce qu'elle vous paraît convenable en ce moment? Et est-ce que... Parce qu'évidemment on a entendu certains dire que c'est une démarche un petit peu, malgré tout, compliquée. Dans votre cas à vous, est-ce que vous trouvez que ça se fait bien, régulariser la situation de médecins formés à l'extérieur pour qu'ils soient disponibles sur le terrain dans un délai qui est quand même raisonnable?

**Mme Savard (Johanne):** C'est une démarche qui est longue parce qu'il y a tout le processus d'immigration qui... qui est comme un processus à part, là, qu'on ne touche pas vraiment. Il y a les démarches aussi avec le Collège des médecins du Québec, les examens de français, les examens qu'ils ont à passer. Je vous dirais qu'à partir du moment où on parraine un médecin jusqu'au moment où il arrive, là, il peut y avoir un délai d'une à deux années, mais habituellement une année, là, puis... Il y a le stage de formation, aussi, en médecine de famille, c'est à peu près trois mois, ça peut varier aussi, ça peut s'étendre jusqu'à six mois, mais c'est trois mois habituellement. En médecine spécialisée, ça peut être un peu plus long. Ce qui fait que de tout arrimer ces choses-là, là, c'est une bonne année de travail minimalement.

**M. Sklavounos:** Vous avez d'autres... d'autres candidatures qui sont en cours en ce moment?

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

**M. Sklavounos:** Vous en avez quelques-unes que vous avez mentionnées.

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

**M. Sklavounos:** Deux, trois, quatre? Vous n'avez pas les chiffres avec vous?

**Mme Savard (Johanne):** J'ai trois parrainages à Manicouagan, un en ORL, un en pédiatrie et un en chirurgie générale. J'ai aussi... ça, je vous parle en médecine spécialisée.

**M. Sklavounos:** Vous n'avez pas la provenance des médecins, où ils ont fait leur formation?

**Mme Savard (Johanne):** Non, je ne l'ai pas, je pourrais vous la faire parvenir, là, on l'a dans nos dossiers, mais je ne l'ai pas pour le moment.

**M. Sklavounos:** Je suis juste curieux, là. Oui.

**Mme Savard (Johanne):** Puis, pour le CSSS de Sept-Îles, il y a un parrainage en neurologie, et cette personne-là est dans son stage de formation présentement, ce qui veut dire que ça, ça va s'actualiser au cours des prochains mois.

**M. Sklavounos:** Si ça ne vous dérange pas, je trouverais ça intéressant d'avoir une idée, parce qu'on entend beaucoup parler de ça, j'aimerais savoir ce que ça donne sur le terrain et d'où viennent ces médecins. Alors, si vous pouviez envoyer ça à la commission, à la présidence via le secrétariat, je crois, juste la provenance, d'où ils viennent et où ils sont rendus dans leur démarche, ce serait très intéressant pour nous.

**Mme Savard (Johanne):** Parfait.

**M. Sklavounos:** Je pense que, pour le moment, M. le Président, ça va pour moi.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup.

**Mme Savard (Johanne):** Et ceux qui sont déjà installés aussi, là,

**M. Sklavounos:** Ah oui! Absolument.

**Mme Savard (Johanne):** Le nombre de ceux qui sont installés.

**M. Sklavounos:** Ce serait le fun aussi d'avoir un portrait global de la situation. Merci.

**Mme Savard (Johanne):** On va vous faire ça.

**M. Sklavounos:** Merci.

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

**M. Drainville:** Et juste pour enchaîner — d'abord, bienvenue, merci d'être ici ce matin — donnez-nous le plus de détails possible, je dirais, pas juste la provenance, mais à partir de quand le médecin s'est manifesté, à partir de quand le processus commence, à partir de quand il aboutit, les différentes étapes, parce que c'est extrêmement compliqué. Moi, j'en reçois parfois, des médecins étrangers qui viennent me voir dans mon bureau de comté, à Longueuil, et qui me décrivent le parcours du combattant, là. C'est vraiment assez spectaculaire, toutes les étapes et les multiples embûches

qu'ils rencontrent sur leur chemin. Même que, quand vous me parlez d'un trois à six mois, moi, ça me semble vraiment peu, là. Peut-être que vous avez trouvé, sur la Côte-Nord...

**Mme Savard (Johanne):** Bien, c'est à partir du moment où débute leur formation.

**M. Drainville:** Oui. Mais, pour le processus au complet, vous disiez, grosso modo, d'un à deux ans, hein, c'est ça? Moi, ça me semble... bien, si vous réussissez, tant mieux, mais ce n'est pas toujours comme ça, là. D'après ce que je comprends, c'est beaucoup plus long à certains endroits.

**Mme Savard (Johanne):** Vous avez raison.

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** M. le Président, c'était simplement pour la nuance que Mme Savard amenait. C'était pour le bout qui est à notre connaissance, il y en a deux, mais la personne peut avoir combattu quelques années avant que ce soit porté à notre connaissance, il y en a deux. Mais, à notre connaissance, il y en a deux, c'est à partir du moment où la personne a été identifiée comme ayant un intérêt pour la Côte-Nord et qu'elle est mise en relation avec nous. Alors, il y a déjà des étapes très difficiles qui ont été passées, peut-être longues, mais l'information viendrait probablement de deux sources, là, complémentaires.

**M. Drainville:** Mais est-ce que ce serait possible pour vous de nous donner le bout d'avant aussi?

**Mme Savard (Johanne):** On va le vérifier, ça.  
● (10 h 30) ●

**M. Drainville:** Ce serait très utile, là, quitte à prendre quelques minutes avec le médecin ou la médecin pour qu'il vous dise un peu à partir de quand ils se sont manifestés, et tout ça. Parce que...

**M. Garon (Gaétan):** Avec les organismes centraux, peut-être qu'on est en mesure d'avoir de l'information plus complète sur un dossier, là, mais on va tenter de l'avoir.

**M. Drainville:** Oui. Mais vous comprenez ce que je veux dire, là.

**M. Garon (Gaétan):** Oui.

**M. Drainville:** On essaie, nous autres... Tu sais, dans le fond, vous nous dites: Pour nous, c'est une des solutions, peut-être pas la seule, mais c'est certainement une des solutions.

**M. Garon (Gaétan):** Oui.

**M. Drainville:** L'entente Québec-France, est-ce que vous en avez bénéficié, vous, de cette entente-là, depuis qu'elle a été signée?

**Mme Savard (Johanne):** Pas jusqu'à maintenant, mais, à Port-Cartier, pour un médecin.

**M. Drainville:** Alors, qu'est-ce qui s'est passé à Port-Cartier?

**Mme Savard (Johanne):** Ils ont eu deux recrutements... À Port-Cartier actuellement, ils sont en parrainage de deux omnipraticiens, dont un qui vient de la France.

**M. Drainville:** Et ça, ça découle de l'entente Québec-France?

**Mme Savard (Johanne):** Je ne suis pas certaine, Mme Richard, que ça découle directement de l'entente France-Québec, parce qu'elle était en élaboration à ce moment-là.

**M. Drainville:** Mais, bref, vous parrainez et des spécialistes...

**Mme Savard (Johanne):** Et des omnipraticiens.

**M. Drainville:** ...et des omnis qui viennent de l'étranger.

**Mme Savard (Johanne):** Qui viennent de l'étranger.

**M. Drainville:** Bon. Alors, continuez. Si ça peut vous aider, si ça peut aider les gens de la Côte-Nord, je pense que c'est l'essentiel. C'est le patient qui doit être la priorité.

Sur la main-d'oeuvre indépendante, là, moi, je suis estomaqué par les chiffres que vous nous rapportez, là. Une augmentation de plus de 100 % sur les coûts de main-d'oeuvre indépendante, là, qui sont passés de 2,3 millions en 2006-2007 à plus de 5 millions en 2008-2009; donc, c'est plus de 100 % d'augmentation en l'espace de deux ans. Pouvez-vous nous donner un exemple de... Ça, c'est la page 7 de votre mémoire, là.

Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple des avantages, primes et autres coûts ou autres dépenses qui découlent de la venue chez vous, par exemple, d'une infirmière qui arrive de Montréal ou de Québec et qui vient pratiquer chez vous, là? Donnez-nous un exemple du genre de dépenses que vous devez acquitter.

**M. Garon (Gaétan):** Alors, M. le Président, je demanderais à Mme Marie-Nathalie Paré, qui est la directrice des ressources humaines, qui est plus au fait de ces détails-là, de...

**Le Président (M. Kelley):** Mme Paré.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Ce que je peux vous dire au niveau de ces ententes-là, ce sont vraiment des ententes qui font l'objet de négociations entre l'agence privée et le centre de santé, où des fois ça concerne... ça peut concerner une, deux ou trois personnes, et il n'y a pas deux ententes pareilles. Et je vous dirais qu'il y a une sur-enchère, au niveau des agences privées, dans notre région et dans les autres régions. Mais l'augmentation de la main-d'oeuvre indépendante est une conséquence de la difficulté de recruter. Et pourquoi on a de la difficulté à recruter? Parce qu'on est en pénurie. Et la région de la Côte-Nord, je vous dirais, au niveau du potentiel d'attraction de la main-d'oeuvre dans notre région, on a une difficulté additionnelle, si on se compare aux régions limitrophes qui sont Gaspésie, Bas-Saint-Laurent, Saguenay. Donc...

**M. Drainville:** Non... Pourquoi vous avez cette difficulté supplémentaire?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Pourquoi? Bien, entre autres, au niveau de la région, il n'y a pas beaucoup d'infrastructures touristiques, si on se compare au Saguenay—Lac-Saint-Jean, en Gaspésie. Quelqu'un qui veut aller en région, il va peut-être choisir des régions un peu à côté de chez nous. Quelqu'un qui est prêt à relever des défis pour aller dans le Nord, bien les primes dont on parlait tout à l'heure sont très alléchantes pour aller dans le Grand Nord. Entre autres, on a...

**M. Drainville:** Pour aller au Nunavik, vous voulez dire, là. Oui.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui. Et même un petit peu plus au nord que l'Abitibi, là, ça commence au nord de l'Abitibi, il y a une clause...

**M. Drainville:** C'est plus attrayant que chez vous?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** C'est plus attrayant au niveau de toutes les primes. Et on a instauré dans les conventions collectives un congé sans solde que tous les employés de tout le réseau de la santé peuvent demander à leur employeur pour aller travailler dans le Grand Nord, et, comme employeur, on est un petit peu embarrassé de dire non à ces demandes-là. Donc, au niveau de la pénurie, ils ne vivent pas la pénurie comme, nous, on la vit.

**M. Drainville:** O.K. On comprend tout ça. Mais je veux quand même, pour les... pour les fins de... de notre... je dirais, de notre éducation, j'aimerais quand même que vous nous disiez ce que vous êtes obligés de payer pour amener une infirmière d'agence chez vous, que ce soit à Baie-Comeau ou à Sept-Îles. Parce qu'on...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Je n'ai pas toutes les ententes, mais...

**M. Drainville:** Non, non, mais donnez-moi...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** ...ce que je peux vous dire par expérience...

**M. Drainville:** ...donnez-moi... Oui. Donnez-moi des exemples, là.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** ...ça peut aller du simple au double.

**M. Garon (Gaétan):** Un peu plus.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Ça peut aller du simple au double, au niveau salarial...

**M. Garon (Gaétan):** ...plus...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** ...plus tous les autres frais que...

**M. Drainville:** Bien, c'est ça, les autres... parlez-moi des autres frais.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Par exemple, si on parle du salaire, les salaires, dans les conventions collectives, quand on parle d'une agence privée, bien le salaire peut aller

du simple au double. La personne peut nous demander de payer des frais de transport, des frais d'hébergement, des frais de repas, des allers-retours à son lieu d'origine, si on a une infirmière... Parce que j'ai été dans l'Abitibi-Témiscamingue avant d'être sur la Côte-Nord, donc j'ai été confrontée aussi à ce genre de problématique là. L'infirmière demande un congé sans solde de son établissement en Abitibi. Elle demande de venir travailler sur la Côte-Nord, elle demande, là, de payer... qu'on paie son déplacement et son transport. Et là vous comprendrez qu'on dépense des sous alors qu'elle n'est pas en train de prodiguer des soins, et à des coûts assez astronomiques. Parfois, les demandes sont tellement exorbitantes que la demande correspond à un salaire plus élevé que le D.G. de l'établissement, et on est obligé de refuser. Mais des fois on est tellement mal pris...

**M. Drainville:** Là, vous me parlez des congés sans solde, là.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Non, je parle des conditions de travail de l'infirmière qui devient une main-d'oeuvre indépendante.

**M. Drainville:** Elle peut finir par vous coûter plus cher que le salaire du D.G. du CSSS?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Je vous dis que les demandes qu'on reçoit, c'est exorbitant.

**M. Garon (Gaétan):** ...M. le Président...

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon...

**M. Garon (Gaétan):** ...si on voulait juste avoir un chiffre, là.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** C'est... Ça ne veut pas dire qu'on les accepte, mais je vous dis qu'il y a une surenchère au niveau des agences privées, et ça met les établissements dans des situations impossibles.

**M. Drainville:** O.K. Alors...

**Le Président (M. Kelley):** ...M. Garon, pour compléter.

**M. Garon (Gaétan):** Le coût de l'heure travaillée, pour une infirmière en main-d'oeuvre indépendante, peut dépasser le 100 \$ l'heure.

**M. Drainville:** Alors que...

**M. Garon (Gaétan):** Alors que l'infirmière régulière va nous coûter 40 \$.

**M. Drainville:** O.K. 100 \$, ça, c'est juste pour la rémunération ou ça inclut les frais?

**M. Garon (Gaétan):** Juste pour la... Non.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** À cause des frais.

**M. Drainville:** Non, non, non. Attends un peu, là!

**Une voix:** Non, non, non!

**M. Drainville:** Ça, c'est juste la rémunération; à cela s'ajoute l'avion quand elle arrive de Montréal?

**M. Garon (Gaéтан):** Bien, c'est-à-dire qu'il y a une partie de ces frais-là qui sont inclus dans la somme qui nous est facturée par l'agence, mais, nous, on paie l'agence. L'infirmière, je ne sais pas combien elle retire, mais, nous, on paie l'agence. Mais, si on veut en avoir une, il faut payer l'agence à ce niveau-là. Au-delà, c'est entre 100 \$ et 105 \$ l'heure qu'on paie pour une heure travaillée, pour une infirmière qui est engagée à partir d'une agence. C'est très exorbitant.

**M. Drainville:** O.K. O.K., mais les...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui, plus les autres frais qui peuvent s'ajouter.

**M. Drainville:** Bon. Bien, c'est ça que je veux savoir, là. Précisez-moi ça, là: «plus les autres frais». Les autres frais, lesquels?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Les frais de déplacement.

**M. Drainville:** Oui. Per diem, logement.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui. Logement, repas.

**M. Drainville:** Bien, c'est ça, per diem.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui.

**M. Drainville:** Alors ça, ça s'ajoute aux 105 \$?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui.

**M. Drainville:** O.K. Ça fait que, quand vous payez l'agence, vous payez juste la partie rémunération, tout le reste...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** On paie tout. On paie tout.

**M. Drainville:** O.K. Bien, c'est...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** C'est vraiment des forfaits qui sont différents d'une agence à l'autre.

**M. Drainville:** O.K. C'est parce que là... Il me semble que vous ne dites pas la même chose, là. Vous, vous me parlez de 105 \$...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** L'heure. On parle d'un taux horaire.

**M. Drainville:** Voilà. Puis là, vous, vous rajoutez en plus des frais.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui, oui.

**M. Drainville:** Donc, les frais ne sont pas inclus dans le 105 \$.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Pas toujours.

**M. Garon (Gaéтан):** Non, lorsqu'une infirmière de l'agence à Blanc-Sablon est engagée...

**Mme Savard (Johanne):** Ça dépend des agences. Elles ont chacun leur formule, je crois...

**M. Drainville:** O.K. Mais, Mme Paré — parce que c'est important, là, que ce soit clair, là... En fait, pourquoi est-ce que vous ne nous envoyez pas un document là-dessus?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Bien, il faudrait rassembler l'information.

**M. Drainville:** Moi, je pense que, plutôt que... Rassemblez l'info, là, donnez-nous une idée de...

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaéтан):** ...

**M. Drainville:** Hein?

**M. Garon (Gaéтан):** Oui, en fait, M. le Président, à la demande du député, on pourrait justement documenter un peu plus, prendre un certain nombre de cas types...

**M. Drainville:** C'est ça!

**M. Garon (Gaéтан):** ...et les documenter. À partir d'agences différentes, avoir la... avec la collaboration des établissements...

**M. Drainville:** Bien sûr.

**M. Garon (Gaéтан):** ...et de préciser qu'est-ce qu'il en coûte comme paiement d'honoraires et qu'est-ce qu'il en coûte comme autres frais pour avoir accès à ces ressources-là. Mais on pourrait offrir...

**M. Drainville:** C'est ça. Dans un certain nombre de cas, pour que ce soit assez représentatif, là. Parce que, moi, j'entends des histoires incroyables, là. Moi, j'entends parler, là, d'infirmières de la région de Montréal qui partent pour Baie-Comeau ou Sept-Îles, en tout cas, sur la Côte-Nord, qu'on m'a dit — je présume que ça doit être l'un ou l'autre, Baie-Comeau, Sept-Îles — l'avion payé, le per diem, logées, deux fois le salaire... puis plus que deux fois le salaire. Ce n'est pas pour rien, là, que votre coût de main-d'oeuvre indépendante est passée de 2,3 à 5,1 millions, hein? C'est... c'est à cause de ça, notamment.

**M. Garon (Gaéтан):** Oui, oui.

**M. Drainville:** Bon, O.K. L'assurance salaire aussi, ça vous coûte une fortune...

**M. Garon (Gaéтан):** Oui.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui.

**M. Drainville:** J'allais utiliser un autre mot, là, vous connaissez lequel, là, mais...

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

**M. Drainville:** Là, je...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** De 2005 à 2009, le ratio d'assurance salaire a augmenté progressivement et...

**M. Drainville:** Là vous êtes à 8...

**M. Garon (Gaétan):** De 7,7 % à 8,2 %, à peu près, là.

**M. Drainville:** Ça, c'est des heures travaillées, là.

**M. Garon (Gaétan):** Non, ça, c'est un pourcentage... un pourcentage...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Un pourcentage.

**M. Drainville:** Des heures travaillées, hein? C'est ça.

**M. Garon (Gaétan):** ...qui augmente. Alors, c'est bien sûr que ça, ça vient alimenter le besoin de recourir aux agences.

**M. Drainville:** L'un découle de l'autre, bien oui.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui, tout ça est relié.

**M. Drainville:** Et pourquoi est-ce qu'il y a autant de vos infirmières qui ont recours à l'assurance salaire?

● (10 h 40) ●

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Bien, je vous dirais qu'on revient au problème de départ. On a de la difficulté à attirer puis à retenir de la main-d'oeuvre, donc le personnel qui est là est surchargé. On leur demande de faire des heures additionnelles. La surcharge du travail peut entraîner l'absentéisme...

**M. Drainville:** Problèmes de santé mentale, etc.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Etc.

**Une voix:** Surmenage.

**M. Drainville:** Surmenage. Bien oui, c'est ça.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui. Donc, au niveau de l'assurance salaire, on a déjà fait des actions, là. 2007-2008, 2008-2009, il y a eu un diagnostic organisationnel qui a été effectué par l'équipe de santé, des organisations du ministère de la Santé, au sein des établissements de la Côte-Nord. En 2009, on a fait un portrait régional de la gestion de la présence au travail, et, en 2010, on va élaborer un plan d'action avec le ministère pour mettre sur pied un bureau régional de santé. Parce qu'on a constaté que le ratio d'assurance salaire, si on ne faisait rien, allait continuer d'augmenter; donc, le moyen qu'on a trouvé, c'est de mettre en place un bureau régional de santé. C'est sûr que l'implantation du bureau régional de santé va nous permettre de faire un meilleur suivi. Par contre, l'attraction ou la rétention de la main-d'oeuvre dans la région, on ne pourra pas la mettre de côté, là.

**M. Drainville:** Non, non, non, je comprends.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** On va pouvoir diminuer un peu les taux, mais...

**M. Drainville:** Mais, vous savez, il y a eu quelques autres agences qui vous ont précédés cette semaine, et il y en a d'autres qui font face aux mêmes problèmes de main-d'oeuvre indépendante et qui réussissent, dans certains cas, à le... peut-être pas à le régler complètement, mais à diminuer de beaucoup le problème. Par exemple, Gaspésie, hier, qui nous disait que, dans un seul hôpital, juste en titularisant — bien, enfin, pas juste en faisant ça, mais c'était la mesure principale — en titularisant, en donnant des postes permanents et des postes permanents, pour la plupart, à temps complet, ils ont réussi, de mémoire, là, à ramener leurs coûts de main-d'oeuvre indépendante pour les soins infirmiers... je pense, c'était de 1,3 million à quelque chose comme moins de 500 000 \$. Et là c'était très clair... Puis je leur ai parlé après, moi, pour avoir plus de détails, puis c'est très clair que c'était vraiment un problème d'organisation. L'hôpital fonctionnait sur des modes d'organisation de... qui dataient de... qui étaient vraiment dépassés.

Moi, je me dis: Est-ce que... est-ce que vous songez à...

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** La titularisation a été faite dans les établissements de la Côte-Nord. Dans les plus gros établissements, c'est plus facile de titulariser parce que, bon, si on convient qu'il y a tant d'heures qui sont faites dans l'année, on est capables de créer un poste permanent à temps complet. Mais, dans des petits établissements, où on a des petits chiffres, des heures coupées, c'est difficile de...

**M. Drainville:** Parce que ça coûterait trop cher?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Bien, c'est qu'on risque de payer la personne à ne rien faire si on n'a pas suffisamment de travail à lui donner.

**M. Drainville:** Oui.

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Et donc c'est là qu'il faut évaluer, quand on titularise les postes... Dans les gros établissements, c'est beaucoup plus facile.

**M. Drainville:** Vous en avez titularisé combien?

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** Parce qu'on a souvent... la main-d'oeuvre indépendante est souvent embauchée pour couvrir des plages de travail courtes, ponctuelles, parce qu'on a des ruptures. Parce que quelqu'un s'est déclaré malade, quelqu'un est absent tout à coup, alors on a besoin de couvrir une journée, deux journées dans des secteurs d'activité un peu critiques, donc sensibles, alors, comme les urgences ou des choses du genre. Donc, on ne peut pas... Et donc ce n'est pas des choses... des matières qui peuvent toujours se titulariser, mais...

**M. Drainville:** «Petits centres», vous voulez dire quoi, par exemple?

**M. Garon (Gaétan):** Bien, des petits centres, c'est qu'à part Baie-Comeau et Sept-Îles ce sont des populations de quelques milliers à 10 000 de population pour chaque territoire; puis des petits centres où on a une urgence, mais on a quelques lits d'observation, on a un peu de longue durée, on a les activités CLSC première ligne, donc on n'a pas de

masse critique. Hein, quand on arrive dans des centres où on a une quinzaine d'infirmières ou une vingtaine d'infirmières, je veux dire, on est... Et, même si on voulait titulariser, encore faut-il qu'il y ait des infirmières qui soient disponibles et qui veuillent se titulariser...

**M. Drainville:** Oui, on a compris... On a compris ça, bien oui.

**M. Garon (Gaétan):** Mais, si elles ont été réquisitionnées par les agences, et qu'elles ont un mode de vie, et qu'elles se sont installées, puis tout ça, ça fait complexe, là...

**M. Drainville:** Oui, je comprends.

**M. Garon (Gaétan):** ...je veux dire, il y a plusieurs facettes au problème.

**M. Drainville:** Mais, là où vous avez titularisé, vous en avez titularisé combien?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Je n'ai pas le nombre avec moi.

**M. Drainville:** Pouvez-vous nous l'envoyer?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Oui.

**M. Drainville:** Puis, est-ce que ça a réglé en partie votre problème? Avez-vous vu une conséquence...

**M. Garon (Gaétan):** C'est-à-dire, ça a...

**M. Drainville:** ...de cette titularisation? Avez-vous vu... Le recours aux infirmières ou au personnel de main-d'oeuvre indépendante, est-ce qu'il a diminué dans ces deux centres-là où vous avez titularisé?

**M. Garon (Gaétan):** On pourrait dire que le recours aurait été plus important si on n'avait pas titularisé.

**M. Drainville:** Donc, il n'a pas diminué...

**M. Garon (Gaétan):** Mais ça ne veut pas dire que le taux aurait augmenté davantage. On l'a empêché d'augmenter autant, mais ça ne veut pas dire qu'il n'a pas continué d'augmenter, compte tenu de tous les autres facteurs qui jouent sur la même cause en même temps, là.

**M. Drainville:** Est-ce que c'est insoluble comme problème?

**Mme Paré (Marie-Nathalie):** Il va falloir agir à différents niveaux pour diminuer la...

**M. Garon (Gaétan):** Vous comprenez, il y a plusieurs facteurs qui peuvent...

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** J'ai abordé, dans les propos que je tenais au début, un élément comme, exemple, les infirmières praticiennes spécialisées.

**M. Drainville:** Bien oui!

**M. Garon (Gaétan):** Bien, si on a des infirmières praticiennes spécialisées qui sont formées seulement à Montréal ou à Québec ou dans des milieux centraux, ça oblige nos infirmières à se déplacer, s'éloigner de leur famille pendant de nombreux mois, quelques années pour aller se former et revenir dans le territoire.

**M. Drainville:** Il y en a beaucoup qui ne reviennent pas, hein?

**M. Garon (Gaétan):** C'est impossible. Non, les gens ne s'enregistrent même pas. On avait huit postes d'infirmières spécialisées disponibles pour le territoire. On en a perdu six. Pourquoi? Parce qu'on n'a pas été capables de trouver une seule infirmière qui a accepté de s'enregistrer pour aller se former. Mais, si on est capables de développer la formation de ces infirmières-là dans les unités de médecine familiale... et on en a une à Baie-Comeau, et, si on pouvait en installer une à Sept-Îles, bien on formerait sur place, comme on a fait avec l'unité de médecine familiale pour les médecins en pratique générale. On a 11 médecins sur 15 qui sont restés dans le territoire...

**M. Drainville:** Bien oui, ça, c'est formidable!

**M. Garon (Gaétan):** ...au cours des quatre dernières années. Mais, si, si, au lieu de faire ça, si l'Université de Sherbrooke ou l'Université de Montréal continuent d'aller développer, sous prétexte qu'ils développent en région éloignée, ils vont développer à Drummondville ou à Victoriaville, hein, des UMF, et ça remplit le bassin d'UMF requises par ces RUIS là. Et là ils disent: Bien, non, bien, on a déjà plus d'UMF qu'on n'en a besoin. Donc, on n'ira pas en développer une à Sept-Îles. Oui, mais c'est parce qu'on n'a pas regardé la carte de l'ensemble comme il faut, puis on a développé peut-être de façon abusive près des grands centres, alors qu'on aurait dû favoriser davantage le développement en région éloignée.

**M. Drainville:** Moi, je vais vous dire, c'est une...

**M. Garon (Gaétan):** Alors, il y a plusieurs facteurs qui jouent comme ça.

**M. Drainville:** ...quand j'ai vu ça dans votre mémoire, là, l'UMF à Sept-Îles, je trouve que c'est une belle bataille pour une région, ça, une belle bataille à livrer puis éventuellement à gagner, parce que les chiffres que vous nous donnez pour ce qui est de Baie-Comeau, c'est vraiment formidable, au niveau de la rétention. Puis ça sert de lieu de formation pour les infirmières...

**M. Garon (Gaétan):** Bien oui, on pourrait s'en servir...

**M. Drainville:** ...de famille, les infirmières praticiennes.

**M. Garon (Gaétan):** ...on pourrait s'en servir pour d'autres professionnels en même temps que pour les médecins. Donc...

**M. Drainville:** Oui. Mais est-ce que votre UMF de Baie-Comeau va former ou forme déjà des infirmières de famille?

**M. Garon (Gaéтан):** Non, mais c'est des choses qui sont en discussion présentement.

**M. Drainville:** Ah! C'est ça.

**M. Garon (Gaéтан):** Quelles sont les conditions qu'on devrait réaliser sur place pour permettre de faire cela, pour justement favoriser cette avenue-là qui devient très structurante puis très prometteuse, là...

**M. Drainville:** Oui.

**M. Garon (Gaéтан):** ...je veux dire, pour la région.

**M. Drainville:** Et vous... vous me dites que vous avez... on vous a... enfin, le ministère vous a permis de recruter huit infirmières praticiennes spécialisées de première ligne?

**M. Garon (Gaéтан):** C'est-à-dire que, dans un premier... le plan québécois, là, présentement est de 500 infirmières praticiennes spécialisées qui seraient formées sur une période de huit ans. Dans une première démarche, une première étape, c'est 135 postes qui étaient en disponibilité. On a 80 infirmières présentement qui sont formées, hein, puis elles sont en train de vouloir se placer. On est en train d'essayer d'en recruter deux à Sept-Îles, mais, compte tenu qu'on n'a pas d'infirmières de la région qui se posaient comme candidates pour se former à ce titre-là, bien on a perdu nos postes. Ils les ont...

**M. Drainville:** Mais, vos postes, il y en avait combien, disiez-vous?

**M. Garon (Gaéтан):** On en avait huit, hein, sur les 135 qui étaient déjà en...

**M. Drainville:** Oui. Mais ça, ce n'était pas tout de la première ligne, ça, il y avait de la néphro, il y avait...

**Mme Savard (Johanne):** Non, c'est huit bourses, huit bourses...

**M. Garon (Gaéтан):** C'est-à-dire huit bourses qu'on aurait pu obtenir...

**M. Drainville:** Ah!

**M. Garon (Gaéтан):** ...mais là on en a seulement deux qui sont restées.

**Mme Savard (Johanne):** Première ligne.

**M. Garon (Gaéтан):** Première ligne.

**M. Drainville:** C'était tout de la première ligne, les huit?

**M. Garon (Gaéтан):** Oui.

**M. Drainville:** Oui?

**M. Garon (Gaéтан):** Oui.

**M. Drainville:** Madame, vous n'avez pas l'air sûre. Oui?

**Mme Savard (Johanne):** Oui, oui, je le confirmais.

**M. Drainville:** Alors, huit de première ligne, dont vous avez cruellement besoin...

**M. Garon (Gaéтан):** Oui.

**M. Drainville:** ...entre autres, parce qu'elles peuvent seconder les médecins...

**M. Garon (Gaéтан):** Bien oui, mais, dans chacun...

**M. Drainville:** ...procéder à un certain nombre de... de...

**M. Garon (Gaéтан):** ...dans chacun de nos dispensaires. Vous savez, ce qui est fait par des médecins spécialistes parfois à Montréal, il est fait par les médecins généralistes à Sept-Îles ou à Baie-Comeau, puis il est fait par une infirmière dans un dispensaire.

**Des voix:** Oui.

**M. Drainville:** Ça, c'est bien, bien résumé, ce que vous venez de dire là.

**M. Garon (Gaéтан):** Alors, on en a beaucoup besoin.

**M. Drainville:** Alors, on vous encourage. Vous avez des bons députés qui se battent pour vos régions, là. C'est... Mais les infirmières praticiennes, moi, je vais vous dire, là, on ne comprend pas, de notre côté, comment ça se fait qu'il n'y en a pas plus au Québec. Ça fait des années qu'on les demande, ça fait des années que c'est possible de créer ces postes-là, puis ils manquent à l'appel. Puis ce qu'on comprend, avec les discussions que nous avons eues avec les gens du milieu, c'est que, contrairement aux médecins qui sont financés à même l'enveloppe RAMQ, les infirmières sont financées à même les budgets des établissements.

**Une voix:** Oui, tout à fait.

**M. Garon (Gaéтан):** Oui.

**M. Drainville:** Et donc, si tu veux créer un poste d'infirmière praticienne spécialisée, qui te coûte nécessairement plus cher — parce qu'elle est mieux formée, elle peut prodiguer davantage de soins, plus d'actes médicaux, etc. — c'est évident que, si tu veux l'amener à aller obtenir l'équivalent d'une maîtrise, il faut que la rémunération soit en conséquence. Et donc, pour les établissements de santé, ça veut dire une masse salariale plus importante nécessairement pour pouvoir payer ces infirmières-là.

● (10 h 50) ●

**Le Président (M. Kelley):** Un dernier commentaire, M. Garon, pour clore cette discussion?

**M. Garon (Gaéтан):** Oui, oui. Le député soulève un point qui est quand même très important, c'est qu'il y a des frais, hein, qui sont des coûts de système qui ne sont pas assumés par les budgets des établissements. Exemple, toutes les conditions qui ont été négociées pour des médecins, hein, dépanneurs. Ce n'est pas le cas, dans l'état actuel des choses, pour les pharmaciens. Ce n'est pas le cas, dans l'état actuel

des choses, pour les infirmières. Donc, on assume ça au niveau du budget des opérations des établissements, et ça vient empêcher d'étendre l'offre de services qui permet une meilleure couverture des besoins de la population. C'est sûr qu'on a des coûts... des choses qui devraient aller aux coûts de système, à la tête, là, et non pas au budget de l'établissement, parce que ça nous handicape.

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

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. À mon tour de vous saluer et vous dire que je suis très heureux de vous rencontrer aujourd'hui et d'avoir l'opportunité d'échanger avec vous sur l'ensemble des services de votre agence de santé.

Je profite également de l'occasion pour vous féliciter pour toute la campagne nationale de vaccination; je pense que vous avez eu de bons résultats. Bravo à vous, représentants de l'agence, et évidemment le personnel de vos établissements!

J'aimerais vous dire aussi qu'étant Madelinot j'ai un peu d'affinités avec la Côte-Nord, compte tenu que beaucoup de personnes de ma communauté, à commencer par mon père, ont beaucoup travaillé à partir de Clarke City et puis sur tous les barrages, et que Havre-Saint-Pierre, entre autres, a été pratiquement bâti par des Madelinots; des Cormier, des Lapierre, c'est des gens des Îles.

Ma première question est vraiment assez générale. Vous parliez de votre région, puis on comprend bien que c'est toute une région, l'étendue du territoire, la dispersion de la population, la mise en place de différents établissements de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins des clientèles dans leurs milieux, le vieillissement de la population, bon, tout ça, et que le réseau de la santé et des services sociaux a une commande extrêmement importante, on part de la naissance puis on s'en va jusqu'aux soins intensifs, puis c'est de la prévention, à la première ligne, aux soins curatifs, aux soins palliatifs. Évidemment, c'est tout un défi de répondre aux besoins de nos communautés, et je sais que les CSSS, évidemment, ont une approche populationnelle.

Évidemment, on n'est pas... les CSSS ne sont pas responsables de tous les services qui s'offrent sur leur territoire mais doivent travailler en partenariat. Et j'aimerais ça savoir comment est-ce que vous vivez ça, vous, le multi-sectoriel, les municipalités, les organismes communautaires, la commission scolaire, le CLD, ainsi de suite? Comment ça s'arrime avec vos établissements et avec vous au niveau de l'agence?

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** Bon. M. le Président, si vous le permettez, moi, je suis présentement sur la Côte-Nord depuis quelques mois. Je maîtrise un certain nombre de choses, bien sûr, mais, dans ce domaine-là, je pourrais en parler mais de façon moins experte que notre collègue le Dr Cloutier, Raynald Cloutier, qui, lui, pourrait, de sa longue expérience sur la Côte-Nord et à l'agence aussi, parce qu'il est de longue date sur la Côte-Nord et à l'agence depuis une quinzaine d'années, donc il pourrait peut-être adresser en premier lieu la réponse à cette question.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Cloutier, de mémoire...

**M. Cloutier (Raynald):** À peu près ça. Puis, si jamais ma réponse... début de réponse ne va pas dans le sens de votre question, qui est quand même large, là, n'hésitez pas à m'arrêter pour repréciser, O.K.? Parce qu'il y a deux façons de voir votre question: il y a la façon organisation, par rapport à toute la collaboration dans un réseau donné, donc l'intersectorialité, pour prendre nos jargons administratifs; donc, comment tout le monde travaille ensemble.

Ça, on le voit un peu dans nos documents. On a développé une approche avec les principaux ministères. Quand je parle des principaux ministères, c'est le ministère ayant un lien santé. L'Éducation, c'est évident avec les plans d'action gouvernementaux sur les saines habitudes de vie. Les plans d'action gouvernementaux sur la pauvreté nous amènent avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Après ça, on a la CRE, évidemment, la conférence régionale des élus, qui est quand même un partenaire important, si on veut être capables d'influencer le monde politique pour qu'il se mêle dans la prévention. Mais je dis «en prévention», mais aussi dans l'organisation communautaire.

On voyait tantôt, dans les investissements, ce qu'on a mis dans l'organisation communautaire, puis on ne dit pas que c'est de la santé publique, mais, dans notre vision nord-côtère, injecter 10 % de développement dans les organismes communautaires, c'est de faire de la santé publique, puisque c'est la capacité que le milieu s'implique. Puis, quand on le décrit... C'est pour ça que je disais, dans la... Vous pourrez repréciser avec ce que je vous dis... Ce qui est intéressant pour la commission, c'est que, si on prend l'exemple de la vaccination, quand une pharmacie, à Baie-Comeau ou à Sept-Îles, décide d'offrir de la vaccination pour les voyageurs, bien c'est du communautaire, c'est du réseaux locaux de services. C'est une participation à l'offre de service, service qui est non assuré, mais c'est une participation à l'offre de service à la population.

Quand on parle d'organisme communautaire qui fait des projets pour supporter des impacts sociaux d'un projet comme La Romaine, à Havre-Saint-Pierre, il faut... — effectivement, c'est un exemple qu'on connaît bien chez nous, là — bien c'est de l'engagement communautaire. Donc, est-ce qu'on fait de la santé publique? mais c'est le réseau qui se met avec son réseau pour diminuer les impacts sur une population. Donc ça, c'est une approche qu'on a beaucoup développée sur la Côte-Nord, comme tel.

Si on rentre dans les choses plus concrètes, que je connais peut-être un peu moins — Mme Savard en sait plus long, là — sur la question de comment on s'assure que la communauté travaille aussi à l'accès aux services, parce que, oui, on a du privé, exemple, des physiothérapeutes, des cliniques privées de physio, etc., c'est comment tout ça s'organise pour travailler ensemble. Ce n'est pas toujours simple, parce que souvent les organismes n'ont pas, comme le réseau de la santé, cet automatisme de dire: Il faut travailler ensemble pour le bien de la communauté puis se partager les services.

Nous, on développe beaucoup l'aspect concertation. Je vous dirais, si on prend la sécurité routière, sur la Côte-Nord, c'est un problème très important, donc le ministère des Transports fait une table de sécurité routière dans laquelle la Santé publique et la Sûreté du Québec, là, Sécurité publique, s'installent pour travailler ensemble pour dire: Écoutez, nous, à tel endroit, il me semble que c'est plus dangereux qu'ailleurs — notre célèbre route 389, qui va vers Fermont — comment on travaille pour améliorer ça?

De prime abord, je vous dirais, il y a 15 ans, les gens se sont demandé: Qu'est-ce que la Santé publique vient faire ou qu'est-ce que l'agence vient faire ici? Cette question-là, sur la Côte-Nord, ne se pose plus, les gens se disent: Oui, c'est vrai, parce qu'il y a des individus. Même chose au niveau de l'érosion des berges... Oui, allez-y.

**M. Chevarie:** Par exemple, au niveau de l'élaboration de projets cliniques, évidemment, c'est ce genre de dossier qui interpelle beaucoup d'acteurs pour la mise en place... réfléchir, c'est quoi, les besoins, c'est quoi, les problématiques, c'est quoi, les meilleures solutions pour répondre à ces besoins-là. Quelles sont les responsabilités qui sont partagées avec le multisectoriel? Qu'est-ce qui relève de nous? Je pense, par exemple, à des tables de concertation en violence, en toxicomanie, pour les jeunes en difficulté. Est-ce que vous avez, entre autres, des organisateurs communautaires qui sont présents dans les différentes communautés? Est-ce que vous avez ce genre de moyens là?

**M. Cloutier (Raynald):** Je vais vous faire un bout de réponse puis André pourra vous faire un autre bout de réponse, parce que l'agence, j'espère que vous allez le remarquer, elle travaille transversal, O.K., c'est parce qu'on n'a pas une direction qui finit puis l'autre direction qui commence. Donc, effectivement, nous, on met en place des mécanismes, des choses qui sont par rapport à la santé publique, et, à partir de ce moment-là, chacun des gens sont encouragés à mettre justement ces tables-là intersectorielles.

J'ai parlé de celle de la... traumatisme... les traumatismes routiers, parce qu'elle est en santé publique, dans les traumatismes non intentionnels. Après ça, André pourra vous parler de celles sur la violence conjugale, la périnatalité — tu pourrais les nommer, moi, je ne les sais pas tous, là — qui se mettent en place...

**M. Chevarie:** M. le Président, je ne veux pas nécessairement rentrer dans les détails, mais on peut connaître l'approche.

**M. Cloutier (Raynald):** ...M. le Président, parce que c'est... on a institutionnalisé la façon de faire pour que les gens chez nous, on véhicule que cette chose-là est faite, ce qui nous fait... favorise énormément l'accès aux partenaires, puisque, là, les gens, c'est comme si on s'est dédouané en disant: C'est une façon de faire. Et le leadership de l'intersectoriel n'est pas nécessairement toujours l'agence. Je donne l'exemple du MTQ.

Si on s'en va à l'érosion des berges, ce n'est pas l'agence qui assure le leadership, c'est la Sécurité civile qui en assume, et, nous, on assume que, exemple, acceptabilité sociale des projets, on s'assure que ce volet-là n'est pas oublié: rôle de santé publique.

**M. Prévost (André):** Alors, André Prévost.

**M. Cloutier (Raynald):** Oui.

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** André Prévost, M. le Président. Alors, peut-être vous mentionner quelques éléments qui vont dans le sens de votre question. Alors, d'abord, à l'agence, il y a cinq CCR qui ont été constitués, des comités de

concertation régionale, un par programme-service. Dans les CCR, il est question évidemment des besoins de la population, mais aussi des orientations ministérielles, afin d'en faire la... d'adapter finalement régionalement ces orientations-là, et c'est lors de l'adoption des orientations que chacun des CSSS est appelé à élaborer son projet clinique, dans son réseau local de service, avec l'ensemble de ses partenaires. Or ça, c'est une démarche qu'on... je dirais, d'amélioration continue qu'on veut rendre encore plus perfectible dans les prochains mois pour inclure également les besoins des communautés autochtones dans le respect, je dirais, des responsabilités du gouvernement du Québec et du gouvernement fédéral, parce qu'il y a des nuances importantes, là, par rapport à la première et à la deuxième lignes.

Il y a aussi d'autres éléments que j'aimerais vous mentionner. Sur la Côte-Nord, on est une des seules régions, avec le Saguenay—Lac-Saint-Jean, à avoir implanté le service Info-Social, Info-Social 24/7, qui est une porte d'entrée pour plusieurs problématiques puis qui cohabite aussi avec le service Info-Santé pour...

● (11 heures) ●

**M. Chevarie:** C'est 24/7?

**M. Prévost (André):** C'est 24/7.

**M. Chevarie:** 24 heures, sept jours-semaine.

**M. Prévost (André):** C'est ça, exact, et où on retrouve une garde également dans chacun des territoires locaux de la Côte-Nord. Donc, c'est quelque chose d'assez structurant et qui est en lien avec tous les services de...

**M. Chevarie:** ...quel genre? C'est-à-dire, il y a une garde dans chacun des...

**M. Prévost (André):** Chacun des CSSS. Alors, 24 heures par jour, tu as...

**M. Chevarie:** C'est des travailleurs sociaux, des psychologues?

**M. Prévost (André):** C'est ça, ARH, c'est ce genre de professionnels donc qui sont en mesure d'accueillir toutes les problématiques, là, qu'on peut imaginer, allant des idées suicidaires jusqu'à des situations...

**M. Chevarie:** Est-ce qu'ils ont la responsabilité d'intervenir sur place ou c'est...

**M. Prévost (André):** Non. Ça, ça se fait via la garde, et, via la garde, il peut y avoir ce qu'on appelle du face-à-face lors de situations de crise. Alors ça, c'est un élément que je voulais vous mentionner.

Pour ce qui est du secteur communautaire, il y a le Programme de soutien aux organismes communautaires, il y a le cadre de reconnaissance et de financement, puis on a mis en place un comité de liaison avec la Table régionale des organismes communautaires pour vraiment, là, gérer cette interface, là, qui est importante. Aussi, il y a des guichets d'accès qui ont été implantés et d'autres qui sont en cours d'implantation dans les différents territoires de CSSS. C'est le cas à Sept-Îles, là, c'est quelque chose qui a déjà été implanté, qui a donné des résultats fort intéressants, qui est en cours, je dirais, d'implantation du côté de Baie-Comeau, de Manicouagan.

Comme Dr Cloutier le mentionnait, pour plusieurs problématiques, il y a des tables de concertation plus spécialisées. C'est le cas en violence conjugale, puis il y a beaucoup d'historique dans ce type de table, là, et un riche partenariat, je dirais, de tous les intervenants: ministères, régionaux. Suicide, également beaucoup d'interventions. Il y a le... sur la Côte-Nord, le CIPS, le centre de prévention de suicide, qui, lui aussi, a une ligne téléphonique 24/7, qui est très actif: formation de sentinelles, postvention du suicide. Donc, c'est vraiment un organisme qui est très, très dynamique. Puis il y a aussi une autre table, aussi, en agression sexuelle et qui poursuit également le plan d'action ministériel dans le domaine. Ça fait qu'en gros c'est un peu...

Ah! Il y a un élément peut-être pour terminer. La table régionale intersectorielle de prévention et de promotion de la santé, qu'on appelle la TRIPPS, c'est le mécanisme MSSS-MELS qui nous permet d'interfacer le secteur de la santé avec le réseau de l'éducation, puis on voit qu'il y a énormément de liens dans ce secteur-là, là, qui vont culminer.

**M. Chevarie:** Donc, si je comprends bien, vous avez une relation de proximité avec l'ensemble des partenaires de vos communautés. Vous m'avez parlé de votre approche populationnelle, bon, bien branchée avec le milieu, vos projets cliniques, vos tables de concertation. Tout ça, ça donne des résultats. J'aimerais connaître, dans ma question suivante, comment est-ce que vous qualifiez votre bilan de santé en termes d'espérance de vie, en termes de tabagisme, de taux de suicide, de conditions de bien-être, de la santé de votre population de la Côte-Nord.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Cloutier.

**M. Cloutier (Raynald):** Réponse honnête à une question honnête: On a des défis immenses. Et il faut se comprendre, des défis immenses parce que... O.K., on n'a pas parlé de notre système de surveillance, mais ce qui nous permet de parler, André, moi, Dr Garon, c'est effectivement parce qu'il y a des gens qui nous informent. Il y a deux choses sur la Côte-Nord. Notre espérance de vie, comme... si vous le constatez, est plus faible qu'ailleurs au Québec. Deux éléments majeurs qui entraînent cette problématique-là: cancer du poumon, on a un taux absolument effarant, là, on est 50 % plus élevé que la province, et les traumatismes non intentionnels, les accidents de la route...

**M. Chevarie:** Cancer du poumon dû à des causes de tabagisme, historiquement.

**M. Cloutier (Raynald):** Tabagisme principalement, historiquement, principalement. On a vérifié avec l'Institut national de santé publique, il n'y a pas possibilité de trouver d'autres éléments dans la région. On a quand même ce phénomène-là un peu plus dans les régions industrielles. Si on calcule Varennes, si on calcule, bien, les grandes régions, Sorel, les grandes régions du Québec, là, c'est le même phénomène, mais, chez nous, c'est accentué.

Et, je veux dire, les traumatismes routiers, effectivement on fait beaucoup de travaux de recherche avec le ministère des Transports du Québec, parce qu'à cause du transport des camions lourds, tout ce qui est notre célèbre route 138, qui est une voie unique d'accès donc qui doit être normée... Là, vous voyez que la santé publique, ce n'est souvent pas nécessairement nous qui la faisons, donc c'est

les gens qui s'y impliquent, donc qui réparent cette route-là, la rendent normée, finalement, jusqu'à Havre-Saint-Pierre — c'est bien jusque-là? — et également jusqu'à Blanc-Sablon, comme disait M. Jones, qui est le maire de La Tabatière.

**Le Président (M. Kelley):** Randy.

**M. Cloutier (Raynald):** Donc... Randy, tout le monde connaît Randy sur la Côte-Nord.

Donc, c'est ça. Donc, on peut dire qu'on a des défis immenses. Je dirais qu'il y a des défis qui ont déjà commencé à se relever. Je pense que, dans les comités qu'on parlait, violence conjugale, on était souvent peut-être avec des statistiques moins intéressantes, mais la volonté d'accès commence, selon nous, à avoir des effets. Suicide, on parle d'un taux de 20...

**M. Chevarie:** Ça évolue positivement.

**M. Cloutier (Raynald):** Positivement. Suicide, on parle de 20, on dit que c'est en haut de la province, c'était à 35 en 1995. Donc, pour...

**Une voix:** ...

**M. Cloutier (Raynald):** C'était à 35 en 1995, on est rendus à 20.

**Une voix:** Par 1000...

**M. Cloutier (Raynald):** Par 1 000... toujours par 100 000.

**M. Garon (Gaétan):** ...par 100 000 de population, 35...

**Une voix:** 100 000 personnes.

**M. Garon (Gaétan):** 100 000 personnes.

**Une voix:** ...rapidement les chiffres.

**M. Garon (Gaétan):** On est passés de 35 à 20, mais le taux provincial moyen est à 16. Mais on s'approche.

**M. Cloutier (Raynald):** Donc, notre approche de concertation, le Centre d'intervention et de prévention du suicide, sur la Côte-Nord, c'est considéré comme un succès incroyable. Il faut penser que, sur cette table-là, vous avez la Sûreté du Québec, vous avez... pour le contrôle des armes à feu. Donc, l'intersectorialité, ça fonctionne. Et, la route, rappelons-nous du célèbre syndrome de la traverse, parce que c'est tout l'historique de la Côte-Nord que le Dr Samson, le coroner, avait déposé: si vous allez sur la Côte-Nord et vous passez à Tadoussac, la route est neuve du bateau aller jusqu'à 20 kilomètres plus loin. Donc, le syndrome de la traverse, ce n'était pas une chose ridicule, c'était même au contraire un très gros problème. Donc, il y a des éléments, mais il reste des défis.

**M. Chevarie:** Par rapport aux enfants, aux enfants victimes de violence, d'abus ou de négligence, est-ce que c'est difficile ou...

**M. Cloutier (Raynald):** Le défi est double. Évidemment, on a la population autochtone, on l'a soulevé. Il ne faut pas se mettre la tête dans le sable, il faut travailler avec... Et là on embarque avec un autre, pas le ministère de la Santé Canada, mais le ministère des Affaires indiennes, on change de ministère. Les ministères ne se collent pas automatiquement, entre fédéral et provincial, donc... mais c'est de travailler, là, c'est de travailler à mettre en place.

Nous, ce qu'on fait, c'est qu'on met, par rapport à cette communauté-là, un lien entre les centres de santé, parce que c'est territorial, c'est le réseau local de services, et la communauté, la nation innue qui est sur ce territoire-là, pour qu'ils travaillent ensemble à mettre des structures de collaboration. Eux autres, ils appellent ça... dans le jargon du ministère, c'est de l'harmonisation de services. On le fait évidemment via le ministère de la Santé, ici, là, mais pour que ça fonctionne. Et ça, c'est des travaux qui sont plus récents, là, on parle de deux ans, là.

**M. Chevarie:** Vous avez parlé tantôt de... bien, justement, de traumatismes par rapport, j'imagine, aux décès souvent, au taux de décès, et, dans votre présentation, vous avez parlé également d'un projet d'URFI, d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Est-ce que le projet est déposé au ministère, est-ce que... ou vous êtes encore en exploration comment pourrait se déployer ce type de service là dans votre région?

**M. Garon (Gaétan):** En fait, l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive, le concept de projet qui a été déposé est un projet qui demande un investissement d'environ 30 millions de dollars et des coûts additionnels assez importants. Présentement, compte tenu de la conjoncture et de l'évolution des affaires, ce projet-là est poursuivi depuis 10 ans, puis on n'entrevoit pas qu'on soit en mesure de le financer, là, dans un délai très, très rapide.

Donc, dans la conjoncture actuelle, les acteurs concernés, et en concertation avec les autorités du ministère, on est en mode de révision du concept pour voir comment il pourrait se réaliser dans des structures existantes plutôt que de bâtir du neuf à très haut coût mais qui irait dans 10 ans. Alors, au lieu de projeter de mettre en place un service, de consolider un service dans ces domaines-là des différentes déficiences, physiques, motrices, là, visuelles, auditives, etc., c'est de voir comment la déficience motrice pourrait peut-être s'installer davantage dans des établissements existants, compte tenu de la transformation puis de l'optimisation qui se fait des services et de la spécialisation qui se fait des services dans ces établissements-là, en même temps que le renforcement qu'on fait des services de première ligne. Parce que, quand on renforce nos services de première ligne, on empêche les gens d'aller à l'urgence, on empêche les gens de stagner à l'urgence, on les empêche de demander un lit et de stagner peut-être dans le lit.

Donc, on essaie, là, de renforcer beaucoup, et c'est l'objectif principal qu'on va poursuivre au cours des premières années, la première ligne dans la perspective de libérer beaucoup les milieux hospitaliers, de libérer les espaces et de réaliser des plateformes de services qui ne sont pas encore en place ou seulement de façon très, très sommaire, pour vraiment donner une accessibilité aux services de première ligne et de deuxième ligne beaucoup plus étendue et sur une base beaucoup plus autonome pour la région. Alors, c'est ce qu'on est en train de travailler présentement.

**M. Chevarie:** Et les hôpitaux qui seraient visés, c'est...

**M. Garon (Gaétan):** Sept-Îles et Baie-Comeau.

**M. Chevarie:** Sept-Îles et Baie-Comeau. Il y aurait deux pôles, à ce moment-là, pour desservir?

● (11 h 10) ●

**M. Garon (Gaétan):** Oui. Et les deux hôpitaux, Sept-Îles et Baie-Comeau, travaillent en conjonction étroite de plus en plus comme s'ils géraient ensemble, comme s'ils étaient un seul établissement, la plateforme des services spécialisés de la Côte-Nord, hein? C'est l'esprit qui se développe depuis un certain nombre de mois, et c'est dans cet esprit-là qu'on le gère de plus en plus. C'est ce qui va nous donner davantage de capacité de développer notre autonomie, notre capacité autonome de rendre les services sur place et de diminuer sûrement beaucoup de transport et les frais en conséquence des coûts de transport. Il y a tout un ensemble de facteurs comme ça qui vont être structurés.

**M. Chevarie:** Alors, si je vous ai bien compris, le projet avait été déposé, mais à grand déploiement. Vous êtes en train de réviser ce projet-là en collaboration avec le ministère de la Santé pour tenter de voir comment est-ce qu'on peut optimiser davantage et utiliser des...

**M. Garon (Gaétan):** Oui, et c'est des échanges qu'on a faits encore tout récemment, le 26 janvier, à la table des directeurs généraux de la région, où on a projeté que, d'ici le 1er avril, on devrait être en mesure de... avec les deux hôpitaux, les deux CSSS, Sept-Îles et Baie-Comeau, le CPRCN, le centre de protection... de prévention et réadaptation de la Côte-Nord, hein, qui s'occupe un peu de l'ensemble des ressources qui adressent les différentes déficiences, de voir ensemble avec les autorités du ministère quelle orientation on prend, et il n'est pas improbable qu'on puisse réaliser avec les ressources régionales ce projet-là dans un délai assez court, de quelques années, au lieu de l'anticiper peut-être dans 10 ans ou 15 ans.

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je vais céder la parole maintenant à Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, je vais faire vite. D'abord, je veux vous saluer. Vous êtes mes voisins d'en face, alors j'ai toujours un petit coup au coeur quand je vois les gens de la Côte-Nord, hein, Gaspésie, Bas-Saint-Laurent. On est pris aussi... on se fait traiter de région éloignée, mais, nous, on se sent proche de nous-mêmes, hein? Qu'est-ce que vous en pensez?

Alors, je vais faire vite. Je vais déposer, par le biais de la présidence et du secrétariat, une liste de questions auxquelles je vous invite à répondre, qui va nous faciliter la vie: une question sur l'équité interrégionale, une question sur les places d'hébergement, une question sur les médecins de famille, sur l'immobilisation, le préhospitalier, puis le plan d'action pour les aînés en perte d'autonomie, puis le plan d'action en santé mentale.

Et je vais... ça va me permettre, la dernière, M. Garon, de vous poser ma première question. Je me réfère à un article de journal du 9 novembre 2009, où le titre, c'était *Santé mentale en région — À l'hôpital, faute de ressources.*

Et on sait comment est-ce que c'est important, le plan d'action en santé mentale. Bon, moi, d'ailleurs, c'est une de mes questions que je vais vous acheminer pour voir l'état de situation qui concerne l'application de ce plan d'action là qui avait été déposé, incluant le niveau d'atteinte des cibles prévues au plan d'action et les défis pour les atteindre, ici. Et, quand on fait l'analyse des différents rapports, les résultats pour les indicateurs relatifs aux divers services, quand je me réfère au soutien dans la communauté, aux services d'urgence, aux services de première ligne et services de deuxième ligne, montrent des résultats moyens et très loin des cibles 2010.

Alors, qu'est-ce que vous avez à dire par rapport à ce qui s'est passé dans les dernières années et à votre horizon pour améliorer la situation en santé mentale? Déjà, la ligne Info-Social, c'est un point positif pour moi, mais là on parle des cas qui sont susceptibles soit d'être déjà lourds ou de s'alourdir si on n'intervient pas suffisamment vite.

**M. Garon (Gaétan):** D'accord. Alors, M. le Président, si vous le permettez, je demanderais à André Prévost, qui est le grand maître d'oeuvre de ce domaine de services, de nous faire peut-être l'état de situation que vous demandez.

**Mme Doyer:** ...le plus succinct possible pour... parce que j'ai beaucoup de questions.

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** C'est ça. Alors, c'est ça, malgré... c'est certain qu'en termes d'accessibilité il reste encore du travail à faire. Néanmoins, le plan d'action a nécessité certains travaux au cours des dernières années. Des crédits ont été consentis à la première ligne dans le respect du plan d'action.

Aussi, en deuxième ligne, des améliorations ont été apportées pour l'attente, là, de 60 jours et plus pour l'accès à un service spécialisé, mais, encore là, il y a des efforts... les efforts doivent se poursuivre. Et, au cours des prochaines semaines, le projet de pédopsychiatres et de psychiatres répondants, là, sera déposé pour suivi, puis on pense que ce type de service va favoriser l'accessibilité dans les deux sous-régions, là, de la Côte-Nord, autant... principalement, dans un premier temps, à l'est, parce que le projet se fait avec les psychiatres de l'hôpital de Sept-Îles, puis éventuellement on a l'ambition de développer le même service du côté de la portion ouest de la région.

Un autre service important qu'on veut renforcer, même si certains investissements ont été consentis, ce sont les services à destination variable, pour lesquels, l'indicateur, on a encore du chemin à faire à ce titre-là. Disons que, du côté de Sept-Îles, on a atteint une certaine vitesse de croisière; du côté de Manicouagan, il reste un peu plus de travail à faire. C'est là le type d'intervention qui permettrait justement, là, de prévenir, c'est-à-dire de garder les gens le plus possible dans leur communauté puis de prévenir la dégradation de leur situation, qui peut amener un épisode de consultation à l'urgence puis éventuellement un épisode d'hospitalisation.

En gros, ce sont les défis que nous avons. Il y a aussi... Tantôt, on parlait des effectifs médicaux. Du côté de Baie-Comeau, contrairement à Sept-Îles, où l'équipe en psychiatrie, autant adulte qu'en pédopsychiatrie, est complète; du côté de Baie-Comeau, on a actuellement principalement des médecins itinérants. La couverture est relativement complète, mais le fait d'avoir une équipe qui s'est... qui pourrait

se constituer comme ça a été le cas à Sept-Îles, ça pourrait être vu comme quelque chose de très positif, parce que souvent les indicateurs sont tributaires de l'accès en médecine spécialisée, entre autres pour libérer un patient à l'urgence ou pour obtenir son congé lors d'un épisode d'hospitalisation. Alors, en gros, c'est ce que je dirais par rapport à la santé mentale.

**Mme Doyer:** Merci. Vous étiez parmi les régions ciblées par le Vérificateur lorsqu'il a fait son... déposé son rapport et qu'il avait fait son étude par rapport au Programme de soutien aux organismes communautaires, et ce qu'on a dans les papiers qui nous ont été remis et ce que je connais aussi des demandes de votre région, c'est qu'on estime qu'il manque 6 millions de dollars pour subvenir aux besoins.

Alors, où en êtes-vous par rapport aux 15 points qui... le plan d'action en 15 points qui vous est... on vous avait demandé de mettre en place des actions, suite aux recommandations du Vérificateur? D'ailleurs, ça avait servi pour l'ensemble du Québec, hein, et ça avait été contesté aussi, bien sûr. Mais où en êtes-vous par rapport au programme SOC?

**M. Garon (Gaétan):** Alors, M. le Président, je demanderais encore, si vous le permettez, à M. Prévost...

**Mme Doyer:** ...cette cible de 6 millions de rehaussement de budget pour votre région.

**M. Prévost (André):** Ça, c'est... il y a beaucoup d'éléments dans cette question. Effectivement, le 6 millions, c'est un chiffre, là, qu'on peut obtenir en appliquant le cadre de financement, mais ce n'est pas lié, comme il est indiqué dans le cadre, à une obligation ni à un impératif de résultat comme ça existe dans d'autres régions du Québec. Par contre, c'est certain que les besoins... certains besoins sont présents. On est confrontés à ces besoins sur une base régulière. La vérification peut peut-être être une de ces voies de solution là, là, l'autre voie étant celle, évidemment, de disponibilité éventuelle de crédits, mais le fait d'effectuer, je dirais, une reddition de comptes plus régulière, plus complète.

Une autre mesure pour laquelle toutefois on n'est pas en implantation au moment où on se parle, c'est la question du 25 %, là, qui pourrait faire l'objet d'une réallocation. Alors, à ce niveau-là, avant d'aller de l'avant, on veut s'harmoniser, là, entre régions, parce qu'il y a toute la question de la cohérence quant à la façon d'appliquer ce type de disposition là. C'est vrai aussi pour d'autres mesures du plan d'action, là, pour rencontrer les recommandations du Vérificateur. J'étais en rencontre au ministère la semaine dernière, puis, au cours des prochaines semaines, là, il y a beaucoup d'éclaircissements qui devraient nous parvenir pour permettre, là, d'implanter graduellement plusieurs des revendications, dont celle liée au 25 %.

Il y a d'autres exigences aussi qui vont nécessiter, je dirais, des efforts, du temps. Puis, comme vous pouvez vous en douter, nos équipes en Côte-Nord puis même à l'agence sont relativement restreintes, donc on va devoir faire preuve, je dirais, d'imagination, puis d'organisation, puis j'ajouterais d'optimisation, nous autres mêmes, pour être en mesure de visiter. Parce qu'on a parlé tantôt de 1 200 km. Alors, quand on dit 99 organismes communautaires, c'est aussi des organismes qui sont localisés sur 1 200 km, alors vous comprendrez que, faire la tournée de nos organismes sur une base périodique, alors le mot «périodique» est

important. Alors, nous, on a compris que ce n'était pas... ce n'était pas à l'année, hein, parce qu'aussi bien dire que notre intervenant à mi-temps sur le dossier, on lui dira bonjour puis on va le revoir au bout de six mois. Alors, ce sera plus sur une base de trois ans. Donc, je dirais que... Puis on a un rendez-vous aussi en décembre, hein, pour faire un bilan de l'application du plan d'action, puis on aura certainement débuté la plupart des recommandations qui nous ont été formulées.

● (11 h 20) ●

**Mme Doyer:** Alors, merci. J'ai deux dernières questions, ensuite je vais passer la parole à ma collègue parce que je sais qu'elle a plusieurs questions.

Vous êtes la région ou une des régions avec le plus haut taux de signalement au niveau de la protection de la jeunesse. Par rapport au programme jeunesse, comment ça se comporte chez vous? Comment ça va?

J'ai cette question-là; j'ai quasiment envie de vous donner l'autre tout de suite. L'autre, c'est par rapport au jeu, aux dépendances, aux diverses... puis c'est dans l'air du jour, d'ailleurs, hein, avec Loto-Québec, le jeu en ligne, mais on demande de donner pour juger, hein, par région. Depuis qu'on est ici, cette semaine, on a de la misère à juger de l'état des dépendances par région, que ce soit toxicomanie, jeu pathologique, etc. Comment ça... Vous sentez-vous outillés et vous sentez-vous bien connaissant de la problématique que vous vivez dans votre région?

**M. Garon (Gaétan):** Alors, M. Prévost, et peut-être que le Dr Cloutier aurait des informations à...

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost et...

**M. Prévost (André):** Oui, M. le Président. Pour le dossier jeunes en difficulté, il y a, je dirais... en 2002, pour être précis, c'est ça, le taux de signalement était de trois fois le taux du Québec. Depuis trois ans, il y a une amélioration, mais on est à deux fois le taux du Québec. Il y a certainement un lien à faire, sur ce constat-là, par rapport au portrait de la santé, puis le Dr Cloutier nous en a parlé tantôt. En termes des problématiques liées à la violence, la négligence, l'alcool, les dépendances et même le taux de grossesses à l'adolescence, ce sont des phénomènes qui vont être... qui sont associés souvent à des problématiques de négligence, qui mènent nécessairement à des taux de signalement en protection de la jeunesse. J'étais à un colloque la semaine dernière sur ce sujet, puis on nous disait qu'à ce moment-là il ne faut pas... les enfants des signalements, c'est une manifestation d'une réalité, mais il faut penser à traiter les parents, hein? C'est dans... C'est chez les adultes que se génèrent souvent les situations qui mènent à des signalements en protection de la jeunesse.

Actuellement, je dirais, les principaux indicateurs qui sont dans les rapports de gestion sont positifs. Il y en a quelques-uns où on voit les résultats, où il y aurait des rattrapages à faire. Dans quelques cas, c'est dû à des problèmes de comptabilisation. Entre autres, du côté de la loi sur la justice pénale des adolescents, on a des problèmes d'écriture, parce que, via les communautés, nos huit communautés autochtones, ce n'est pas le même système d'information, souvent ce sont des informations qu'ils nous transmettent de façon manuscrite. Puis il y a une autre donnée aussi qu'il faut interpréter avec précaution, c'est la réalité des communautés autochtones, parce que 40 % de nos signalements,

ou à peu près, nous proviennent de nos communautés autochtones, alors qu'on a à peu près 10 % de la population. Alors, si vous vous souvenez de vos pieds carrés, là, ça... il y a une différence, là, de ce côté-là.

L'autre chose que je dirais: Le taux de placement en centre jeunesse est équivalent au Québec, et aussi le nombre... c'est-à-dire le type d'intervention, l'intervention psychosociale, là-dessus, on est dans une situation quand même correcte.

**Mme Doyer:** Je vais vous arrêter là. Puis, juste oui ou non, êtes-vous suffisamment outillés pour juger de ce qui se passe dans votre région au niveau des dépendances, toxicomanies, jeu? Oui ou non?

**Une voix:** Oui ou non? Parce qu'on n'a pas de temps...

**Mme Doyer:** Parce qu'il ne reste plus de temps puis... Vraiment très succinctement.

**M. Prévost (André):** Tiens, je... Dr Cloutier, oui.

**M. Cloutier (Raynald):** Oui. Pour aller plus rapide, on va répondre. Je n'oserais même pas répondre: Non, mais... Je vais répondre non, parce qu'effectivement, à cause de la grandeur du territoire, ce qui s'est passé à Fermont, ce qui a été... je pourrais toute vous la conter, la vie, là, mais elle est plutôt triste, puis vous savez la réaction de mon frère de Montréal hier, Dr Lessard, par rapport à ce que Loto-Québec a déclaré. Vous comprendrez qu'il y a comme une communion de pensée, là.

**Mme Doyer:** ...parfait. Alors, j'aime ça que vous me disiez ça, je vais utiliser ça dans mes... Je ne vous nommerai pas, mais ça me conforte dans mon opinion, moi aussi.

**Le Président (M. Kelley):** Il reste quatre minutes. Je propose, Mme la députée... je peux l'ajouter au prochain bloc, si vous préférez.

**Mme Richard (Duplessis):** Bon, écoutez, je vais faire mon introduction tout de suite. Je vais essayer de me réserver le prochain bloc.

**Le Président (M. Kelley):** O.K. Premièrement, je fais intendance parce que vous n'êtes pas membre. Est-ce qu'il y a consentement pour permettre à Mme la députée de Duplessis de faire vos quelques remarques préliminaires? Et on va revenir sur le prochain bloc.

**Mme Richard (Duplessis):** Bien, écoutez, merci beaucoup, M. le Président. Bonjour à vous tous. M. Garon, ça me fait extrêmement plaisir, parce que, depuis votre entrée en fonction, je vous ai envoyé plusieurs correspondances, et vous comprenez que, ce matin, je suis très contente parce que je peux enfin échanger de vive voix avec vous. Mais, comme on est réglementés et que le temps, à l'Assemblée nationale, c'est souvent un facteur qui, pour moi, n'est pas nécessairement favorable... J'ai énormément de questions.

M. Garon, vous l'avez fait référence, on est une région avec des spécificités qui nous sont propres, mais on a aussi des problèmes, et des problèmes criants, et je vais juste vous le lancer comme ça: quand plusieurs milliers de personnes dans la MRC de Sept-Rivières n'ont pas accès à un médecin de famille, qu'on doit se retrouver à l'urgence... Et,

dans le document — je dois vous dire, écoutez, ça a presque été un livre de chevet, j'aurais besoin de plusieurs jours avec vous, M. Garon — je n'ai pas... on n'a pas les statistiques du délai que les gens attendent avant de voir un médecin. Je vous donne un exemple au CSSS de Sept-Îles, mais je peux vous dire que, pour moi, faire l'expérience assez régulièrement, j'attends extrêmement longtemps avant même que mon petit-fils ait accès à un médecin de famille, et ça, c'est à part du temps d'attente. Écoutez, les résultats 2007-2008, 19,2; 2008-2009, 22,78. Ça, c'est les 48 heures et plus sur civière, les 75 ans et plus. CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles, c'est extrêmement problématique, les séjours sur civière, et c'est entre autres dû, oui, à une clientèle âgée, c'est entre autres dû, oui, également à des lits de soins de longue durée qui sont coupés, qu'on renvoie dans des ressources intermédiaires. On a une population très âgée sur la Côte-Nord, et malheureusement on n'a pas souvent les services adéquats pour répondre à cette clientèle qui est extrêmement vulnérable.

Alors, M. Garon, c'est sûr, je vais revenir sur l'urgence, sur les ambulances, les soins de longue durée. Les centres jeunesse, délai d'attente, c'est épouvantable pour ces jeunes-là. J'attends depuis 2003 un agrandissement de Gustave-Gauvreau, un CHSLD, les équilibres budgétaires dans le centre de santé de la Minganie. Puis je vais vous demander qu'est-ce que vous allez faire avec ça, qu'est-ce que... c'est quoi, votre plan de match, parce que, comme on dit, écoutez, puis je m'excuse de cette expression, ça va péter au fret à certains endroits.

Notre personnel, non, il est démotivé, le personnel en soins infirmiers. Il est démotivé parce qu'il y a un manque organisationnel, il est démotivé parce qu'on fait affaire avec des agences. Ça fait 10, 15 ans qu'on travaille dans un petit centre hospitalier, des tout petits centres. On a des fois des horaires qui n'ont pas de sens et on va chercher des infirmières où logement, nourriture, voyage est payé. Ça n'aide pas notre personnel en place. On paie, on paie beaucoup, beaucoup, beaucoup pour des agences, on paie énormément pour des médecins dépanneurs, quand, moi, j'ai vu des médecins quitter Havre-Saint-Pierre puis revenir comme médecins dépanneurs au bout de un mois.

J'ai des sérieux problèmes, M. Garon. Et, pour la plupart qui me connaissent autour de la table, ils le savent, je suis émotive, je suis passionnée, mais j'aimerais ça qu'on se retrouve, vous et moi, pour discuter de l'avenir de ma santé de mes citoyens dans ma région éventuellement, parce que ça prend un plan à court, moyen et long terme.

On avait des petits centres de santé qui fonctionnaient bien. Puis je le sais, vous ne me ramènerez pas: C'est dû au Parti québécois, comme j'ai souvent entendu, là. On avait des centres de santé qui fonctionnaient bien, une petite clientèle. Je vous dirais qu'il y a certains endroits... Puis savez-vous ce qui se dit sur le terrain? On a plus de chefs qu'il y a d'Indiens. Et des fois c'est presque scandaleux d'entendre ça, mais c'est ça, on a un problème organisationnel à certains endroits, et il va falloir que le ministère, et via l'agence de santé, envoie des signaux clairs à certains endroits, et qu'on restructure.

Écoutez, on a perdu des services. Les femmes n'accouchent plus en région, c'est...

**Le Président (M. Kelley):** ...parce que...

**Mme Richard (Duplessis):** Merci beaucoup. Mais on va revenir, je vais revenir dans l'autre bloc avec des questions plus pointues.

**Le Président (M. Kelley):** Madame, je sais que vous avez des... mais je veux laisser un petit peu de temps pour M. Garon de réagir un petit peu. J'essaie de gérer le temps et le droit de parole de tout le monde.

**Mme Richard (Duplessis):** ...ça va être dans l'autre bloc, mes questions.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, je ne veux pas vous couper, mais... M. Garon, en guise d'une courte réponse. Je pense que Mme la députée va revenir avec les questions plus précises, mais je vais vous laisser le temps pour une réaction, si vous voulez.

**M. Garon (Gaétan):** Bien, réaction globale un peu. Dans un premier temps, c'est qu'on peut partager les mêmes préoccupations. La maîtrise des moyens qui nous permettraient de résoudre les situations auxquelles on fait face n'est pas nécessairement, là, proche de nous toujours, là, puis la conjoncture n'est pas non plus la plus favorable dans l'état actuel des choses.

Mais vous avez fait référence quand même à plusieurs éléments qui sont l'objet de nos préoccupations — ça fait seulement cinq mois que je suis sur la Côte-Nord, là — mais qui sont l'objet de mes préoccupations de façon très centrale. Nous sommes en train de revoir un peu notre organisation, mais de revoir aussi les orientations à poursuivre pour la Côte-Nord. Et je l'ai mentionné tout à l'heure, on pourrait y revenir au besoin, mais la consolidation des services de première ligne et qu'est-ce que ça sous-tend, qu'est-ce que ça veut dire et quel impact ça pourrait avoir sur la prise en charge de la santé de la population, pour nous, c'est notre préoccupation première, majeure, au cours des prochaines années. Faisant cela, c'est sûr qu'on va avoir un impact sur des organisations de services plus spécialisés et pouvoir créer et dégager des marges de manoeuvre qui vont nous permettre de consolider un certain nombre de choses.

Mais les moyens de consolidation de première ligne, hein, qui permettent la consolidation de la première ligne, quand on a fait référence, dans toutes les premières questions qui nous ont été posées ici ce matin, hein, les médecins, les pénuries d'infirmières, et ci et ça, les modes de recrutement, les coûts ajoutés sur certaines pratiques qui s'installent, un ensemble de choses, c'est bien sûr que ça gruge beaucoup de nos efforts, mais ça gruge aussi beaucoup de nos moyens, et on n'a pas les leviers qui nous permettent d'agir directement sur ces situations-là tout le temps. Donc, c'est de voir ensemble peut-être comment on trouvera une façon de faire bouger les choses.

Et, quand je parlais du côté de Sept-Îles, l'impact qu'on a eu avec l'UMF à Baie-Comeau et l'impact qu'on pouvait avoir avec une UMF à Sept-Îles, c'est bien sûr que c'est dans nos préoccupations aussi. Mais, quand l'Université Laval dit: Bien, parce que d'autres ont peut-être abusé ailleurs, j'ai... j'utilise 70 % des UMF qui sont sur mon territoire, ça peut être difficile de justifier auprès du ministère d'avoir une UMF à Sept-Îles. Mais, encore là, nous, on pose quand même la question. Donc, on veut... je pense qu'on travaille dans le sens des mêmes préoccupations et dans le même sens en termes d'amener une amélioration de la situation, mais ce n'est pas simple.

● (11 h 30) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Et ce n'est pas simple non plus de gérer le temps, alors je veux juste indiquer pour tout le monde qu'il reste 32 minutes

à ma droite, 31 minutes à ma gauche. Alors, deux blocs d'environ 15, 16 minutes restent, les deux partis.

Alors, avant de céder la parole à mon collègue de Laurier-Dorion, le président veut juste poser une question rapide. Votre réflexion sur les hommes, ce n'est pas... Je pense qu'il y avait une des agences, hier aussi, qui a posé des questions sur les hommes. C'est quoi, la réflexion? Comment c'est organisé? C'est quoi, les résultats? Qu'est-ce que nous avons trouvé sur la question masculine, que vous avez évoquée dans votre discours initial?

**M. Garon (Gaétan):** Bon. Alors, j'ai évoqué quelques éléments, là, succincts qui pouvaient donner l'appétit...

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**M. Garon (Gaétan):** ...creuser plus loin, à ce que je vois. Mon collègue André Prévost, ici, qui est à la tête de ce domaine d'activité.

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** Alors, la Côte-Nord est certainement l'une des régions, sinon la région qui a le plus innové, qui fait figure de proue dans ce domaine-là. Déjà, notre région compte trois organismes communautaires; un des trois est plus récent, là, du côté de Baie-Comeau. Les deux autres, il y en a un à Port-Cartier, il y en a un aussi à Sept-Îles. Ce n'est pas étranger non plus à un organisateur communautaire qui est rattaché au CSSS de Sept-Îles, qui a siégé justement sur, je dirais, le groupe d'étude sur la question. Ce groupe-là est très dynamique, a réalisé des colloques, site Internet, bref, réalise toute une série d'activités; une étude, également, en lien avec la santé publique, je crois?

**M. Cloutier (Raynald):** Ah! oui, tu as raison...

**M. Prévost (André):** C'est ça? Alors... Et ce qui nous amène comme contribution plus spécifique, c'est de réfléchir sur les moyens pour rejoindre les hommes, parce qu'on sait que, dans l'épidémiologie, les hommes utilisent beaucoup moins les services de santé que les femmes, mais ce n'est pas nécessairement parce qu'ils sont moins malades, c'est tout simplement que la façon d'aborder les hommes par rapport à l'accès aux services de santé est différente. Alors, je ferais ce résumé-là de ce dossier-là, mais pour dire que c'est une préoccupation de notre région.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Laurier-Dorion.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Si vous permettez juste d'aborder la question de la chirurgie, parce que je pense que c'est quand même une question où les... un sujet sur lequel les choses vont assez bien. Il me semble que, vous, sur la plupart des indicateurs, vous dépassez quand même les cibles. J'aimerais entendre un petit peu ce qui se passe au niveau de la hanche, du genou, les cataractes, et peut-être l'impact sur les autres chirurgies, à ce niveau-là.

**M. Garon (Gaétan):** En fait, de façon globale, comme on le mentionnait au début, on a atteint les cibles dans la plupart des domaines, sauf en orthopédie, chirurgie du genou, où on a un peu plus de difficultés présentement et

où on regarde, compte tenu de la pénurie de chirurgiens d'un côté ou d'anesthésistes de l'autre, comment les deux hôpitaux sous-régionaux, Sept-Îles et Baie-Comeau, peuvent s'entraider dans le domaine, sinon de regarder quelles sont les disponibilités opératoires qu'il y a dans des régions voisines pour voir à donner accès aux clientèles concernées à ces chirurgies-là.

Pour des éléments plus élaborés, je demanderais peut-être à Mme Savard, de santé physique et affaires médicales, là, de...

**Le Président (M. Kelley):** Mme Savard.

**Mme Savard (Johanne):** Au niveau des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, il faut dire qu'on avait des cibles à atteindre. En 2002-2003, ces cibles-là avaient été identifiées: pour la hanche, on avait une cible de 18 à atteindre, il fallait la dépasser, et on est toujours allés en augmentant ou en se stabilisant; on est passés de 18... en 2007-2008, on en a fait 39. En 2008-2009, on en a fait 32; et on en prévisionne le dépassement de la cible aussi pour cette année. Les délais d'attente pour la chirurgie de la hanche sont respectés.

La chirurgie du genou: il y a une augmentation, je vous dirais, importante des chirurgies du genou. Notre cible de 2002-2003 était à 34, et, l'année... l'année dernière, en 2008-2009... c'est sûr que ce n'est pas une donnée qui est officielle de Méd-Écho, mais on aurait effectué 72 chirurgies du genou.

Par contre, jusqu'à, je vous dirais, l'an passé, on avait de la chirurgie orthopédique uniquement à Sept-Îles. On n'avait pas de chirurgien orthopédique installé à Baie-Comeau. Il s'est installé un chirurgien orthopédique à Baie-Comeau qui a fait aussi de la chirurgie de la hanche et de la chirurgie du genou, et, de temps en temps aussi, Sept-Îles vient prêter main forte à Baie-Comeau en prenant des patients.

Mais, à Baie-Comeau, on n'avait pas de liste d'attente, par absence de ce médecin spécialiste là. Là, on se rend compte qu'au niveau du genou, considérant les demandes qui ont augmenté, il y a une liste d'attente qui est en train de se créer au niveau de Baie-Comeau, et cette liste d'attente là dépasse le six mois, là, recommandé.

Comme le Dr Garon...

**M. Sklavounos:** De combien?

**Mme Savard (Johanne):** Pardon?

**M. Sklavounos:** De combien, environ?

**Mme Savard (Johanne):** Je pourrais vous le dire, j'ai les données ici. La dernière donnée qu'on a date du 22 décembre 2009. Et, pour Baie-Comeau, on avait neuf genoux qui étaient programmés, à l'intérieur du six mois, sur 29 demandes. Ça veut dire qu'il y en avait 45 %, là, qui étaient dans les délais prescrits; il y en avait qui étaient hors délai.

J'ai des données encore plus pointues, que j'ai eues hier, là, mais je pense que, pour le but de l'exercice, la donnée du ministère, là, est la... est très probante. Ce qu'on est en train de regarder, par la chirurgie du genou, c'est, avec une autre région, de voir les disponibilités opératoires et de faire une deuxième offre à ces gens-là. Mais ça ne veut pas dire qu'à partir du moment où on fait la deuxième offre les gens vont l'accepter. Il y a des gens qui préfèrent attendre puis rester dans la région plutôt qu'aller se faire opérer dans une autre région. C'est que...

Au niveau de la chirurgie de la cataracte, on est passés de 439, qui était la cible, à 1280 l'année dernière. On en a fait trois fois plus qu'avant. À ce niveau-là, je veux dire, c'est un record, là, pour les cataractes.

Chirurgies d'un jour, chirurgies avec hospité: on se rend compte, avec les années, qu'une chirurgie avec hospitalisation a tendance à diminuer le nombre de chirurgies. La difficulté qu'on rencontre présentement, c'est que notre nombre de chirurgiens à Baie-Comeau est très aléatoire. Il y a des années où on a effectif complet, et, cette année, on a vu deux effectifs sur quatre quitter, un en septembre et un en décembre. Ça, c'est une préoccupation particulière, là, qu'on a adressée à l'établissement. Et on va travailler avec eux pour voir comment on peut faire, un, pour recruter, et qu'est-ce qu'on va faire avec ces gens-là qui étaient sur une liste d'attente, en attente d'une opération. C'est particulièrement pour chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation. Ça fait que ça fait un petit peu le tour des chirurgies.

**M. Sklavounos:** Est-ce qu'on pourrait aussi attribuer une partie du succès au logiciel SIMASS? Est-ce que vous voulez parler un petit peu de ça?

**Mme Savard (Johanne):** Bien, le logiciel SIMASS nous permet de suivre quasi en temps réel nos gens qui vont être opérés à partir du moment où ils sont programmés. Actuellement, il est implanté dans les deux centres hospitaliers à Sept-Îles et Baie-Comeau, et les gens s'en servent quotidiennement, là, pour travailler.

**M. Sklavounos:** ...dire de quoi là-dessus?

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** Oui, sur le logiciel SIMASS...

**M. Sklavounos:** Allez-y.

**M. Garon (Gaétan):** ...nous avons mis un accent particulier, dans nos échanges avec les directeurs généraux au cours de la réunion du 26 janvier, pour justement examiner avec eux comment ils devaient travailler avec ce logiciel-là et les instances locales pour vraiment avoir un impact encore plus majeur sur une meilleure gestion des demandes et de l'accès aux services chirurgicaux. Et les gens sont très bien alertés là-dessus.

**M. Sklavounos:** Merci. J'aimerais changer de sujet un petit peu. J'aimerais regarder avec vous peut-être la prévention et plus particulièrement la question des saines habitudes de vie, l'alimentation, l'activité physique.

Je sais que vous avez fait mention de tabagisme et incidence de cancer du poumon, etc. J'ai suivi la discussion avec mon collègue des Îles-de-la-Madeleine, évidemment. J'aimerais savoir s'il y a quelque chose de particulier qui est fait à ce niveau-là, savoir un petit peu le taux d'obésité, un petit peu, dans votre... dans votre coin. Je pense que vous avez un défi là-dessus. Nous dire un petit peu s'il y a quelque chose de ciblé, une campagne ciblée pour essayer d'atténuer ce phénomène-là. Et principalement ce qui m'intéresse et, je pense, qui intéresse tout le monde un petit peu plus, c'est ce qui est fait au niveau des jeunes, au niveau des écoles, s'il y a quelque chose fait là, parce que c'est évidemment la période

la plus intéressante; si on est pour intervenir, c'est d'intervenir plus tôt. Alors, si vous avez des choses à ce niveau-là, ça m'intéresserait.

● (11 h 40) ●

**Le Président (M. Kelley):** M. Cloutier.

**M. Cloutier (Raynald):** Je vais essayer d'être sommaire, parce que dans le fond ça fait beaucoup de choses, là. Je ne reviendrai pas sur les aspects intersectoriels, vous avez compris. André l'a relevé, qu'on a mis une table avec les écoles. Donc, tout ce qui est politique alimentaire, dans le milieu des écoles, est supporté par la Santé publique. Donc, ce qu'on a créé sur la Côte-Nord, compte tenu du territoire, c'est qu'on a engagé deux personnes, qu'on a appelées des postes régionalisés — pour ne pas dire que l'agence a trop d'employés. Ils sont à l'agence, mais ils travaillent sur le terrain pour supporter les écoles. Vous avez vu notre succès École en santé sur le territoire, donc, pour que le mécanisme... donc, les outils d'intervention se rendent jusqu'au professeur, parce que c'est le professeur qui intervient auprès des jeunes. Nous, les écoles, grosso modo, l'approche qui est retenue, c'est celle d'École en santé.

Au niveau, par ailleurs, des deux autres sujets, bon, je vais vous dire, alimentation et activité physique, mais populationnels, là, comment on... nous, on s'est priorisé beaucoup jeunes familles. Des jeunes, mais jeunes familles, le principe étant qu'on n'a pas beaucoup de ressources, mais il faut faire le maximum parce qu'il faut faire la relève. Je ne veux pas dire qu'on a mis les personnes âgées de côté, mais ça, on s'occupe, avec *Vie active*, donc de rendre une accessibilité pour que les gens puissent faire de l'activité physique, donc rendre le service accessible, mais c'est sur une base de bénévolat; encore une fois, c'est sur une base d'organismes communautaires. On revient toujours à notre façon de travailler, là, à cause de la grandeur du territoire, mais le bénévolat sur la Côte-Nord, soit dit en passant, ça marche relativement bien, compte tenu que les gens naturellement s'y consacrent. Ça fait que ça, c'est l'approche.

On essaie de se coller le plus aussi aux campagnes provinciales faites par Acti-Menu, que celles des Défi 5/30, tout ce qui se fait au provincial, parce qu'il faut maximiser les retombées compte tenu du peu de ressources qu'on peut avoir sur l'immensité du territoire. Donc, on maximise l'intervention en ce sens-là.

En nutrition, c'est pareil, on va s'affilier avec le MAPAQ — le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation — pour la question des restaurants. Donc, il faut toujours essayer de faire une approche intersectorielle puisqu'on n'est pas capables de faire autrement, mais il faut la vider. Donc, à partir du plan d'action gouvernemental, regarder les grandes orientations, les partenaires et s'assurer que les partenaires font ce que le plan d'action gouvernemental dit. Donc, il faut les amener... il faut animer cette chose-là pour que le service se rende au client; c'est le plus grand défi.

**M. Sklavounos:** Le taux d'obésité se situe où dans votre territoire?

**M. Cloutier (Raynald):** De mémoire, je ne le sais pas. Je sais qu'il est plus élevé qu'ailleurs, parce que je vais... je fais mon enquête santé Côte-Nord aux cinq ans, là, mais je sais qu'il est plus élevé qu'ailleurs.

**M. Sklavounos:** Est-ce que vous remarquez une incidence un petit peu plus élevée dans votre communauté autochtone qu'au sein de la population autre, à l'extérieur de la communauté autochtone, ou est-ce que c'est pas mal similaire?

**M. Cloutier (Raynald):** Actuellement, si j'aurais à dire, je dirais... parce que j'ai les données autochtones des premières nations qui nous disent que, dans les communautés isolées, semblerait-il que j'ai une tendance supérieure, qu'il y a des taux de diabète, si on calcule le CLSC de Naskapi, de l'ordre de 30 %, ce qui est un taux... si on compare au Québec, à 7 %, là, on comprend. Le taux de diabète, sur la Côte-Nord, est 1,5 % plus élevé que le taux du Québec, là, en partie relié à la présence innue sur le territoire. Mais effectivement il y aurait cette tendance-là, mais je crains quand même que la population blanche va suivre le tableau américain.

**M. Sklavounos:** Y a-t-il une démarche particulière visant le diabète dans ces communautés autochtones là, quelque chose que...

**M. Cloutier (Raynald):** O.K. De là la complexité qu'on a, et...

**M. Sklavounos:** Oui. Oui, oui.

**M. Cloutier (Raynald):** ...effectivement on a une juridiction différente, on sait qu'il y a des budgets différents, mais l'harmonisation des services veut nous aider dans ce sens-là, comme ce que je vous parlais tout à l'heure, là.

**M. Sklavounos:** Oui. Si j'aborde un autre sujet avec vous que j'ai sur ma liste ici, les soins à domicile, je pense que c'est un sujet qui fonctionne assez bien chez vous. Si vous voulez nous brosser le bilan un petit peu.

**M. Prévost (André):** Alors, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** Alors, c'est ça, on avait un objectif d'augmentation de la desserte et de l'intensité, et, en termes de résultats pour le programme des personnes âgées lié au vieillissement, l'objectif est dépassé.

Pour la déficience physique, on voit que le résultat est en peu en dessous, mais, là également, il y a un problème de reclassification des cas, là, qui a été faite au cours des dernières années qui a pour effet, je dirais, de fausser les données. Mais, grosso modo, on peut dire qu'on est pas mal à la cible.

Pour ce qui est du programme Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, la cible est atteinte.

On fait aussi beaucoup, par l'entremise du programme d'allocations directes, ou le chèque emploi-services. Là-dessus, il faut signaler, comme il était indiqué, que le budget en Côte-Nord a doublé de 1990 à 2005. Alors, c'est quand même un choix important qui a été fait puis qu'on voit les retombées aujourd'hui. Je me limiterais à ça dans ma réponse.

**M. Sklavounos:** Et une dernière question, il reste quelques minutes encore à ce bloc: l'accès au logement pour

les personnes qui sont en perte d'autonomie. On sait que c'est un... vous avez certaines difficultés à mobiliser le secteur privé...

**M. Prévost (André):** Oui.

**M. Sklavounos:** ...dans ce domaine-là. Je comprends peut-être, parce qu'il y a une question de géographie, une question de coût des immobilisations, la valeur de l'immobilier, etc. Voulez-vous rentrer plus en détail là-dedans et me dire aussi s'il y a une stratégie ou s'il y a quelque chose... Parce qu'il va falloir que quelque chose débloque, parce qu'autrement on se dirige vers un mur, je pense. Alors, si vous voulez aborder ce sujet-là. Il reste... Il ne reste pas beaucoup de temps, 1 min 30 s, deux minutes? Allez-y.

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Sklavounos:** Oui, oui.

**M. Prévost (André):** Je vais essayer de faire quelque chose de court: juste pour dire qu'on a un plan d'action sur le vieillissement de la population. Il y a cinq ans, 2005 à aujourd'hui, on avait une cible d'à peu près 105... 107? 107. On a...

**M. Drainville:** 107 quoi...

**M. Prévost (André):** 107 unités de logement...

**M. Drainville:** Ah!

**M. Prévost (André):** ...pour les personnes en perte d'autonomie. Selon le niveau de soins requis, on a atteint... on a développé plus de la moitié de ces places-là. Puis j'ai des chiffres sous les yeux, si vous voulez que je vous mentionne les chiffres les plus principaux, là. Alors, en 2005, au total, tous types d'hébergement confondus — CHSLD, ressources intermédiaires, résidences d'accueil — c'était 519. Puis, en janvier 2010, on arrive à 588, c'est-à-dire, c'est une croissance de 70. Alors ça, c'est le plan qui avait été adopté en 2005. Il reste bien sûr du travail à faire.

Cependant mentionner qu'il y a plusieurs projets en cours, même si, sur la Côte-Nord, comme vous le dites, ça coûte plus cher à bâtir, puis la contribution de la Société d'habitation du Québec devient plus petite pour les promoteurs, ce qui fait que ça reste quelque chose de difficile. Cinq projets sont en cours, sans les nommer, dans différentes portions de la Côte-Nord, et on pense que graduellement, avec ces projets-là plus ce qui est sur la table... entre autres, à Baie-Comeau, il y a un projet de 20 unités en RI. Il y a beaucoup de... il y a plusieurs résidences pour personnes âgées aussi en préparation du côté de Baie-Comeau.

**M. Sklavounos:** Les projets en... représentent combien d'unités, ceux qui sont en cours de réalisation?

**M. Prévost (André):** En cours de réalisation, je dirais, si on tient compte de tous les projets... mais certains d'entre eux peut-être ne réussiront pas à se rendre à terme, à l'ouverture, hein, parce que là il y a des tractations, des discussions, certains sont plus avancés que d'autres, entre autres Le Château, à Baie-Comeau, c'est en train de se construire, mais on peut dire que, grosso modo, on va arriver

proche, là, du plan qui avait été réalisé en 2005. Par contre, dès 2010, il faut se remettre à faire des prévisions pour un prochain plan d'action, parce que la courbe du vieillissement est loin d'être terminée du côté de la Côte-Nord.

**M. Sklavounos:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Mme la députée de Duplessis.

**Mme Richard (Duplessis):** Merci, M. le Président. Peut-être juste me dire quand il restera quelques minutes à ce bloc-ci, s'il vous plaît?

**Le Président (M. Kelley):** Oui. Parfait.

**Mme Richard (Duplessis):** Merci. Tout d'abord, M. Garon, je voudrais vous dire que, tout comme vous, moi, je constate qu'on n'a pas de levier puis qu'on n'a pas de moyen puis qu'on est souvent dépourvus. Mais ma préoccupation demeure entière quand même, là, et j'aimerais vous entendre plus particulièrement: Quels sont les moyens... ou est-ce que vous avez envisagé certains moyens par rapport, bon, au temps d'attente par rapport à l'urgence, les temps d'attente sur civière, les personnes âgées ou... toutes personnes confondues, notre temps d'attente, dans la région, est... c'est très, très long.

Et également la clientèle jeune, là, quand je regarde le délai moyen entre l'ordonnance puis la prise en charge, là, dans les centres jeunesse, la cible était de 26 jours, c'est 69,58 jours. Je trouve ça très, très alarmant. Est-ce que... Via l'agence de santé, est-ce qu'il y a un plan d'action, est-ce qu'il y a des directives qui sont données?

● (11 h 50) ●

**M. Garon (Gaétan):** Sur le volet de l'urgence, je vais donner quelques informations. Si Mme Savard désire ajouter, elle pourra nous l'indiquer, et M. Prévost pourrait davantage parler au niveau de la clientèle jeunes.

Du côté de l'urgence, nous avons discuté encore de la question avec nos directeurs généraux, le 26, dans la perspective de revoir la dynamique à l'intérieur des organisations selon laquelle... qui se jouait et selon laquelle on pouvait prendre de façon plus efficace en compte la problématique de l'attente en urgence. Bien sûr que, si on commence à se préoccuper des cas lorsque ça fait 24 ou 48 heures qu'ils sont là, ça va mal. Mais, si on met un mécanisme d'évaluation et d'orientation immédiatement à l'arrivée du cas, bien probablement qu'on n'aura plus de 48 heures, puis rapidement on n'aura plus de 24 heures, puis rapidement peut-être qu'on va tout passer nos cas en dedans de 12 heures ou 18 heures.

Donc, il y a des dynamiques comme ça, en termes d'amélioration des processus de travail, là, qui sont en train de s'analyser et de se mettre en place dans les urgences, qui visent à renforcer beaucoup. Mais, quand on parle de cela à l'intérieur de l'établissement, ça met à contribution les ressources qui viennent, hein, du milieu plus hors établissement, donc de la pratique plus communautaire, et des contributions que ces volets-là de l'organisation doivent amener pour mettre en place les équipes d'évaluation et d'orientation et les équipes de prise en charge dans la communauté, donc le suivi intensif qui est augmenté dans la communauté, et le développement de ressources intermédiaires aussi qui peut être accéléré pour être capables de donner des alternatives à l'hospitalisation ou à l'hébergement traditionnel, qui n'est jamais désirable quand on peut avoir une autre alternative.

Donc, ces éléments-là présentement sont les préoccupations centrales qu'on a dans nos orientations de la prochaine année. Comme je le mentionnais tout à l'heure, on est en train de plancher sur la précision de ces orientations-là qui vont être suivies avec les établissements pour améliorer la situation au niveau des urgences et au niveau de la prise en charge de clientèles avant qu'ils viennent à l'urgence, donc renforcement des services de première ligne.

**Mme Richard (Duplessis):** Mais celle des centres jeunesse?

**Le Président (M. Kelley):** Alors, M. Prévost?

**M. Prévost (André):** J'en faisais allusion tout à l'heure, c'est parce qu'effectivement c'est un indicateur. Nous, sur la Côte-Nord, c'est la cour itinérante qui vient...

**Mme Richard (Duplessis):** Oui.

**M. Prévost (André):** ...ce qui fait que ça créé des délais additionnels dû à la présence d'une cour itinérante.

L'autre élément, ce sont les communautés autochtones: les cas étant saisis à la main ne sont pas intégrés dans le système d'information qu'on appelle programme d'information jeunesse. C'est des informations que j'ai pu obtenir parce qu'évidemment, en voyant l'indicateur...

**Mme Richard (Duplessis):** Si je peux me permettre...

**M. Prévost (André):** Oui.

**Mme Richard (Duplessis):** ...juste votre délai par rapport à un signalement qui est fait, et la prise en charge.

**M. Prévost (André):** Ici, ce n'est pas le signalement, là...

**Mme Richard (Duplessis):** Non, non, mais je vous donne l'exemple: par rapport à un signalement puis la prise en charge.

**M. Prévost (André):** O.K. Ce que ça peut créer comme difficulté, c'est...

**Mme Richard (Duplessis):** Parce que le délai est long.

**Une voix:** Où on se situe en termes de délais.

**M. Prévost (André):** Ah! Où on se situe? À ce niveau, tantôt, je vous mentionnais qu'on était... Attendez un peu, je vais retourner...

**Mme Richard (Duplessis):** Mais là, moi, ce que j'ai... j'avais des chiffres, là...

**M. Prévost (André):** Oui.

**Mme Richard (Duplessis):** ...c'était assez... je vous dirais, assez épeurant, là, par rapport à certains délais.

**M. Prévost (André):** Bien là, attendez un petit peu. À l'évaluation... c'est-à-dire, à l'évaluation, c'est 25 jours par rapport à 12 jours; là, effectivement il y a un dépassement.

**Mme Richard (Duplessis):** Oui, il y a des dépassements.

**M. Prévost (André):** Puis, à l'application des mesures, c'est 31 jours, par rapport à 30 jours; là, on est à peu près à un niveau équivalent. L'écart sur cet indicateur-là, essentiellement ça s'explique par des difficultés liées à la main-d'oeuvre, même chez les intervenants sociaux. On en faisait allusion un peu tout à l'heure, particulièrement dans le secteur de la sous-région est de la région.

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. Excusez-moi de vous interrompre, mais c'est parce que je n'ai pas beaucoup de temps puis... mais je le sais que la cause, c'est la main-d'oeuvre. Moi, ce que je voulais savoir, c'est est-ce qu'on avait des moyens à court terme.

**M. Garon (Gaétan):** Mais on a... Si vous permettez, M. le Président...

**Mme Richard (Duplessis):** C'est un des principaux facteurs.

**M. Garon (Gaétan):** ...on a donné une aide de 150 000 \$ additionnelle au CPRCN pour mettre en place un plan d'action et des mesures...

**Mme Richard (Duplessis):** D'accord.

**M. Garon (Gaétan):** ...qui devaient lui permettre de recruter et de retenir de façon plus facile la main-d'oeuvre des domaines psychosociaux et qui supporte les domaines de réadaptation, et tout ça, et les prises en charge de ces clientèles-là. Donc, on a un plan qui est présentement, là, en avance là-dessus.

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. J'ai trois autres sujets, je ne sais pas si j'aurai le temps de les aborder. Vous savez, M. Garon, qu'il y en a un que je ne peux pas éviter, c'est le système ambulancier à Sept-Îles. Vous n'êtes pas sans savoir que Baie-Comeau a... Je suis très contente pour la région de Baie-Comeau, Baie-Comeau a un projet pilote avec une population moindre; écoutez, 50 %, là, de... c'est magnifique. Sauf que vous avez dû recevoir la résolution de la ville de Sept-Îles, et je trouve qu'on n'a pas deux classes de citoyens sur la Côte-Nord; je pense que Sept-Îles, au-delà de l'évaluation du projet pilote, vous le savez déjà, les résultats, c'est... phénoménaux, à Baie-Comeau, ces résultats-là.

**M. Garon (Gaétan):** Oui.

**Mme Richard (Duplessis):** Donc, Sept-Îles a le droit à un... Que ce soit une solution mitoyenne, on avait demandé le projet pilote, mais il faut que l'agence de santé regarde pour l'implantation le plus rapidement d'un autre service ambulancier à Sept-Îles. Et je voudrais savoir, M. Garon, de votre part quelle est votre vision par rapport au système ambulancier à Sept-Îles? Est-ce qu'à court terme on peut avoir des bonnes nouvelles de l'agence?

**M. Garon (Gaétan):** Les bonnes nouvelles ne peuvent venir de notre propre chef seul, mais nous sommes en relation très étroite avec les instances concernées par ce dossier au ministère, depuis le mois de juin passé, même avant mon arrivée. Donc, je n'en suis pas le premier responsable...

**Mme Richard (Duplessis):** Non, ce n'est pas ce que je...

**M. Garon (Gaétan):** ...mais j'y mets beaucoup d'emphase, et Mme Savard peut témoigner comment j'ai talonné au cours des derniers mois sur ce dossier-là. Et les informations qu'on peut vous partager aujourd'hui, c'est bien sûr qu'on ne peut pas, pour un projet pilote qui est en cours et duquel on devra analyser les résultats pour savoir quelles sont les orientations qui pourraient être retenues pour l'avenir... mais il y a une partie des choses qui ont été faites à Baie-Comeau qui resteront puis une partie peut-être qui vont devoir être défaites. Donc, le ministère ne veut pas s'allonger sur la mesure telle quelle partout en même temps, mais présentement, par rapport aux analyses qui ont été faites, les choses qui sont plus déterminantes, là, et évidentes, et par rapport aux besoins qui ont été identifiés à Sept-Îles, il y a une équipe qui travaille là-dessus. Nous sommes en collaboration avec cette équipe-là qui vise à tenter, pour le début de la prochaine année financière, donc début d'avril, à être en mesure de provisionner en mode partagé, parce qu'on va devoir mettre en priorité, au niveau régional, une partie de nos ressources là-dessus, et le ministère viendrait provisionner l'autre partie pour mettre en place une solution qui serait mitoyenne...

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. Mitoyenne, d'accord.

**M. Garon (Gaétan):** ...entre ce que le projet pilote fait et ce qui existe présentement à Sept-Îles, pour améliorer la situation. Mais on ne peut pas amener cela sans l'attacher sur un certain nombre d'aspects de façon solide, sinon on va frapper un mur en quelque part.

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. Bon, c'est sûr qu'on aura encore à échanger, j'en suis convaincue, sur ce dossier.

Il y a un autre dossier aussi... Bon, je l'ai constaté, c'est sûr que le réseau de la santé se départit de lits de soins de longue durée, c'est un peu partout, là, sur mon territoire. Je l'ai vu à Sept-Îles, on a fermé 10 lits dans l'unité de médecine; on a payé 10 autres lits au privé pour une clientèle en soins de longue durée.

J'aimerais savoir, M. Garon... je sais que vous êtes arrivé en poste depuis le mois de juin, c'est encore récent, mais je sais que vous êtes au courant d'un projet, le projet du Centre de santé de la Minganie, en partenariat avec l'OMH, pour la transformation dudit Foyer de Havre-Saint-Pierre, qui est presque une saga en soi depuis 10 ans. Vous savez qu'il y a un projet novateur qui est sur la table, quel fait l'unanimité dans le milieu, mais, comme on dit, il y a un os dans le fromage, là, tu sais. La proposition qui est sur la table, c'est que le centre de santé continue à opérer au niveau des soins infirmiers 24 sur 24, et je voudrais vous entendre: Est-ce que ça passe la rampe ou non, autant à l'agence qu'au ministère? Parce que, moi, je sais pertinemment qu'on ne peut pas... c'est difficile d'obtenir les soins infirmiers 24 sur 24, ce n'est pas nécessairement des fois ce qui se véhicule. Donc, je voudrais entendre votre position là-dessus.

**M. Garon (Gaétan):** Quant à la réalisation du projet?

**Mme Richard (Duplessis):** Oui, parce que c'est un projet qui fait consensus dans le milieu, et ça va rester.

**M. Garon (Gaétan):** Oui, je sais pertinemment, là, que le projet fait consensus dans le milieu. Par contre, les échanges ont été faits à quelques reprises avec la direction de l'établissement. Il n'y a pas semblé, là, qu'on s'écartait beaucoup sur la compréhension des choses là-dessus, sur le fait qu'on devait revoir le concept pour voir comment on pouvait atteindre le but visé plus rapidement...

**Mme Richard (Duplessis):** Qui est?

**M. Garon (Gaétan):** ...et avec un investissement beaucoup moins élevé. Parce que la transformation du foyer présentement fait écueil à plusieurs égards en raison du terrain contaminé, en raison des hypothèques et d'un certain nombre de choses, et il y a beaucoup de choses qui ne sont pas attachées dans le projet présentement.

**Mme Richard (Duplessis):** Mais, juste votre opinion là-dessus, par rapport aux soins 24 sur 24, vous voyez ça favorablement qu'on les maintienne? C'est une prise en charge de l'OMH, et le centre de santé continue d'opérer les soins 24 sur 24. Je veux juste savoir, oui ou non, est-ce que l'agence est favorable?

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** Moi, je vous dirais qu'on est favorables dans la mesure où on a ce type de services.

Mais, juste revenir sur le projet de la Minganie, c'est d'abord un projet de diversification de la gamme d'hébergement.

**Mme Richard (Duplessis):** ...en fait...

**M. Prévost (André):** En tout cas, selon notre compréhension, c'est ça.

**Mme Richard (Duplessis):** Mais on ne s'en reparlera pas... on s'en reparlera, je m'excuse, c'est un petit peu plus complexe que ça.

Je sais qu'il ne me reste pas beaucoup de temps. À la lumière du document — puis je vous le dis, c'était presque... c'était mon livre de chevet — j'ai vu une réclamation en Basse-Côte-Nord... on se souvient de tout ce qui s'est passé en Basse-Côte, ça a été tellement médiatisé, j'ai vu ça, réclamations de quatre médecins, un dentiste, 3 521 000 \$. Qu'est-ce que c'est au juste? Je peux vous dire la page: Page 108.

**M. Garon (Gaétan):** Oui. Très sommairement, je pense que c'est de notoriété publique importante...

**Mme Richard (Duplessis):** Mais ce n'est pas terminé? C'est ça, ce n'est pas terminé? Parce que...

**M. Garon (Gaétan):** Non. C'est-à-dire que c'est presque terminé, mais, lors des troubles qu'il y a eu en 2007, il y a eu un éclatement, un peu, là, au niveau de cette organisation-là. La plupart des médecins sont partis en raison des jeux qui se sont joués entre des individus du milieu et les médecins. Il y a des médecins qui ont fait des poursuites qui sont dirigées par le ministère...

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. Pour 3 millions de dollars.

**M. Garon (Gaétan):** ...et qui, pour certains, ont été réglées, là, à l'amiable très récemment, et d'autres qui sont en voie de se terminer. Donc... et, à Havre... Basse-Côte-Nord, lors de cette crise en 2007, la plupart des médecins avaient quitté le milieu, et maintenant c'est le seul territoire, là, qui est à 100 % de satisfaction au niveau de sa cohorte de médecins.

● (12 heures) ●

**Mme Richard (Duplessis):** Non, c'est sûr, ça va beaucoup mieux, soit dit en passant, mais c'est parce que je voyais ça: «...ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant», vous ne saviez pas trop. C'est quand même des beaux montants.

Quand j'ai regardé, bon, au niveau des atteintes...

**M. Garon (Gaétan):** Mais...

**Mme Richard (Duplessis):** Oui?

**M. Garon (Gaétan):** ... — je m'excuse — mais les frais qui étaient liés à toutes ces causes-là ne sont pas pris en charge par des budgets d'établissement, donc ça ne vient pas...

**Mme Richard (Duplessis):** Non, non, non, mais vous savez tout comme moi que ça me préoccupe aussi comme citoyenne, comme...

**M. Garon (Gaétan):** Oui, oui, nous aussi, mais je voulais juste... c'est parce que je pensais que vous...

**Mme Richard (Duplessis):** Non, je voulais juste...

**M. Garon (Gaétan):** ...souleviez le fait que ça pouvait avoir un impact sur le budget... les moyens de l'établissement.

**Mme Richard (Duplessis):** Non, ça, je me doutais que ça n'avait pas d'impact, mais je trouvais que c'est quand même des gros sous...

**M. Garon (Gaétan):** O.K. D'accord.

**Mme Richard (Duplessis):** ...quand on sait que chaque coupure dans le milieu de la santé ou chaque argent investi est important, tout dépendant si...

**M. Garon (Gaétan):** Non, mais je ne veux pas dévoiler les montants de règlements à l'amiable, là...

**Mme Richard (Duplessis):** Non, c'est beau.

**M. Garon (Gaétan):** ...mais ça n'a aucune espèce de commune mesure avec les montants que vous mentionnez.

**Mme Richard (Duplessis):** Non. Mais, je veux dire, en bout de piste, c'est le gouvernement qui va payer...

**M. Garon (Gaétan):** Oui, oui.

**Mme Richard (Duplessis):** ...c'est ça que je vous dis, c'est la poche de tous les contribuables du Québec, là. C'est juste ça que je voulais savoir: ce que j'avais vu, si je l'avais bien vu et bien lu.

Vous savez que, bon, par rapport à la résidence Gustave-Gauvreau, à Sept-Îles, c'est un projet qu'on attend depuis de nombreuses années. Moi, je voudrais savoir... On

s'en va, là, prochainement vers un budget, là, qui devrait nous être déposé bientôt, on va avoir les crédits, mais, bon, vous avez... vous établissez quand même les priorités. Moi, il y a quelques années, je les avais, je veux dire; à l'agence, on me les envoyait. Bon, tel dossier au niveau de l'immo est priorisé... Je ne les reçois plus. C'est un peu difficile. Mais, moi, c'est un projet qui me tient à coeur, l'agrandissement de la résidence Gustave-Gauvreau, parce que je pense qu'on va améliorer la qualité de vie de ceux qui sont présentement hébergés à Urgel-Pelletier. C'est des conditions, en tout cas, qui, selon moi, ne sont pas idéales pour nos personnes âgées. Et, ce projet-là — écoutez, on a parlé de PFT, de ci, de ça — on sent que ça n'aboutit pas. Là, on me dit dernièrement: Ah! il a avancé un petit peu au niveau technique. Moi, ce que je veux savoir de vous... Est-ce qu'on va avoir les sommes pour le réaliser? Parce que ça fait bien longtemps que je l'attends.

**M. Garon (Gaétan):** C'est-à-dire que c'est... Je pourrais être porteur de votre question, ce n'est pas moi qui pourrais y répondre. Mais je peux vous dire que, dans les mesures que nous avons prises depuis mon arrivée, ça a été de revoir un peu tous les projets, au plan régional, qui étaient sur la table. Je peux vous dire que le projet qui était priorisé numéro un par la table des directeurs généraux de la région, ça avait été, depuis quelques années, je pense, en 2007, le projet des URFI, hein, à Baie-Comeau et Sept-Îles. Les observations que je vous ai formulées tout à l'heure, qui visaient à gérer ce projet-là qui venait chercher 30 millions autrement pour éviter justement de handicaper les capacités, à un moment donné, d'aller chercher d'autres projets qu'on trouve qui devraient être dans une priorité beaucoup plus importante; et, présentement, le projet auquel vous faites mention, à Sept-Îles, avec Gustave-Gauvreau, est un projet qui est sur la planche de travail à l'agence, et il est analysé en profondeur, pas plus tard que lundi le 8 février, pour qu'on puisse voir toutes ses constituantes puis quels échanges il nous reste à faire avec l'établissement pour finir de bien le positionner et tenter de l'amener à bon port.

**Mme Richard (Duplessis):** O.K. Bon. Comme il me reste... il ne me reste plus de temps, il me reste une minute, moi, je vais vous remercier, écoutez, pour votre visite ici, là, puis... je n'appellerai pas ça votre visite, j'appellerai ça un peu votre plaidoyer, aussi, parce que quelques fois vous avez plaidé, bon, que vous n'aviez pas de moyens, et tout ça. C'est sûr que, bon, il y a certaines questions que je pars plus éclairée, d'autres, je vous dirais non. C'est toujours le manque de temps. Mais ce que je constate surtout, M. Garon, c'est que, là Côte-Nord, on a des grands défis qui nous attendent.

Puis, vous savez, quand je parlais du système de santé tantôt, moi, j'ai travaillé... j'ai travaillé dans un petit centre de santé, puis j'en ai vu d'autres aussi, et, il y a quelques années, c'était agréable d'y travailler. Ce n'est pas... le climat n'est pas nécessairement le même aujourd'hui. On a perdu des services en région, en spécialités, l'accès est difficile à un médecin de famille... tous les soins ultraspécialisés, on doit se déplacer. Et ce que je me rends compte, malheureusement, M. Garon, on a des grands défis, on a besoin beaucoup de financement, nos CSSS sont beaucoup déficitaires, et on n'aura ni les moyens financiers ni autres pour corriger peut-être cette situation-là. Ça me fait peur. Je vous dirais que ça me fait peur parce que je n'entends pas nécessairement d'investissements pour chez nous. On en aurait besoin, et vous le savez.

Même... je n'ai pas eu le temps de parler des maisons communautaires, où est-ce qu'ils n'arrivent pas. Vous dites: Vous avez des frais de déplacement. Je dis: Malheureusement, écoutez, le Québec, c'est ça, c'est un tout, hein? Ça coûte peut-être un peu plus cher qu'ailleurs, la qualité de vie est quand même bonne à certains égards il faut quand même la conserver. La santé, c'est une priorité. Vous, vous êtes un peu ma voix en Côte-Nord, M. Garon. Moi, je compte sur vous pour continuer à défendre les intérêts, la santé des citoyens de tout le comté de Duplessis et de la Côte-Nord en général. Merci.

**M. Garon (Gaétan):** M. le Président, il me fera plaisir de répondre prochainement, et je verrai à resserrer mon agenda en conséquence, à l'invitation de la députée de Duplessis, pour qu'on puisse faire une séance de travail sur un ensemble de choses, là, pour mieux se saisir des préoccupations communes que nous avons et comment on peut les adresser.

**Le Président (M. Kelley):** Merci. Juste pour l'intendance, maintenant, il reste 16 minutes à ma droite et 14 minutes à ma gauche. Alors, M. le député des Îles-de-la-Madeleine, sur la dernière série des blocs.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. J'aimerais, en introduction à ma question, faire un commentaire d'ordre général. Effectivement, je partage certains commentaires de la députée de Duplessis. Il y a des améliorations à apporter dans le réseau de la santé. Mais je veux... je veux rappeler qu'il y a des milliers d'excellentes interventions, de services qui sont donnés par du personnel compétent, dévoué, qui ont à coeur les services à la population, dans tous les domaines, au niveau de la prévention, au niveau de l'organisation communautaire — vous l'avez illustré — de la Direction de la santé publique, ainsi de suite, sur le plan curatif, les équipes médicales. Et le réseau fait face régulièrement à de nouveaux défis et généralement relève ces défis-là.

Et tantôt j'entendais la question... une question de mon collègue le député de Laurier-Dorion sur l'accès aux services en chirurgie. Bien, vous savez, aujourd'hui, on questionne le délai de six mois, et j'ai pu constater qu'on répond à ce délai, donc, à très haut pourcentage, partout dans la province. Il y a 20 ans, 25 ans, le service n'était pratiquement pas disponible. Alors, c'est vraiment répondre à des défis. Je pense que le réseau répond à des défis et s'en va toujours vers l'amélioration des services, et c'est là que va être ma question.

Avec les systèmes d'agrément, sûrement que vous connaissez et dont vous... vos établissements ont sûrement passé par cette, des fois, douloureuse épreuve, mais nécessaire épreuve, qui est une démarche vers la qualité, vers l'excellence, j'aimerais ça savoir, vous entendre... Est-ce qu'il y a beaucoup d'établissements qui ont passé le processus d'agrément ou qui sont en voie de l'être? Quels ont été les résultats par rapport à ces processus-là qui sont obligatoires depuis 2005?

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** Bon. Alors, je vais vous dire, je suis quelqu'un de bien familier avec le processus, j'ai été spécialiste du Conseil canadien d'agrément pendant 20 ans.

**M. Chevarie:** Vous étiez visiteur?

**M. Garon (Gaétan):** Visiteur de centaines d'établissements.

**M. Chevarie:** Je l'ai été aussi.

**M. Garon (Gaétan):** Alors, on a été dans la même... dans la même entreprise dans le passé, donc on connaît beaucoup ce processus-là. Ce processus-là se maîtrise mieux dans certaines organisations. Je pense que, si on prend une organisation qui évolue, comme celle de Sept-Îles présentement, c'est une organisation qui évolue, et qui a une meilleure expérience, et qui évolue mieux, et qui est capable de faire face de façon plus facile aux exigences que pose le système d'agrément. Les autres...

**M. Chevarie:** D'ailleurs, le directeur général, c'est M. Beaumont, je pense, qui...

**M. Garon (Gaétan):** M. Beaumont, qui était le grand spécialiste des processus d'agrément du Conseil canadien.

**M. Chevarie:** Agrément Canada, oui, c'est ça.

**M. Garon (Gaétan):** Alors, dans ce sens-là, je veux dire, c'est sûr qu'il y a des établissements qui se démarquent parce qu'il y a une connaissance, aussi, à l'intérieur de l'organisation et de la direction, qui permet d'aller plus vite et plus loin. Dans la plupart des autres établissements, ils sont à leur première expérience, et il y a peu de personnes dans l'organisation qui ont des points de référence par rapport à ce que ça veut dire, les tenants et aboutissants, un peu, de tout cela.

C'est pourquoi nous avons au cours des dernières semaines, dans la révision un peu de notre organisation et des orientations stratégiques qu'on avait à se donner pour les prochaines années, mis en exergue cette question-là et confié à M. Prévost, qui a été un visiteur aussi pour plusieurs années et qui connaît très bien ces systèmes-là, de pouvoir prendre en charge et structurer un accompagnement et un soutien pour les établissements, pour les amener à passer la rampe, parce que plusieurs établissements ont eu la visite du Conseil canadien d'agrément jusqu'à maintenant, mais, malheureusement, il y a encore trop de faiblesses des fois, et l'agrément n'est pas donné, il y a des plans d'action importants, c'est...

**M. Chevarie:** Conditionnel?

**M. Garon (Gaétan):** Ou encore il est conditionnel à un certain nombre de choses des fois difficiles à atteindre si les établissements sont laissés à eux-mêmes. Donc, on va les accompagner dans ce sens-là pour améliorer la situation sur la Côte-Nord.

**M. Chevarie:** C'est excellent comme approche, parce qu'évidemment ce n'est pas... cette démarche-là, ce n'est pas dans le but de pénaliser les établissements ou de porter un jugement sur les établissements, mais c'est de faire une recherche avec eux sur les meilleures pratiques, les meilleurs protocoles de soins, viser...

**Une voix:** ...

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**M. Garon (Gaétan):** Une amélioration continue.

**M. Chevarie:** Qualité et sécurité des soins.

**M. Garon (Gaétan):** C'est ça.

● (12 h 10) ●

**M. Chevarie:** J'aimerais... j'aimerais vous entendre... vous entendre parler de certaines clientèles peut-être qui ont moins le droit au chapitre ou encore qui sont moins sur... sur les rangs. Je parle ici des clientèles autistiques, du syndrome Gilles de la Tourette ou d'autres problématiques comme celles-là, les clientèles ayant une déficience intellectuelle, les personnes aux prises avec des problèmes rénaux et qui ont besoin de service d'hémodialyse. Par rapport à ces clientèles-là, quelle est votre offre de services?

**M. Garon (Gaétan):** Il y a un domaine de clientèle, M. le Président, qui regarde plus le domaine de M. Prévost, et, au niveau de l'hémodialyse, on pourra peut-être traiter de la question séparément.

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** Je vous mentionnerais d'entrée de jeu que le réseau d'hébergement est bien développé pour ces clientèles-là en ressources de type familial, en RI communautaires.

**M. Chevarie:** Ça, c'est particulièrement la clientèle déficiente intellectuelle?

**M. Prévost (André):** DI-TED.

**M. Chevarie:** DI-TED, oui. O.K.

**M. Prévost (André):** DI-TED. Aussi, à Sept-Îles, ouverture d'une maison, au cours des trois dernières années, Répit Richelieu, six places à Sept-Îles. Et on a une bonne couverture, comme on l'a dit tout à l'heure, en maintien à domicile.

Les standards d'accès sont en place, vous savez, le plan d'accès que vous avez entendu parler. Donc, les standards d'accès sont en place et, je dirais, observés dans l'ensemble. Et, grâce à l'allocation qui a été consentie à la région, qui a été distribuée au cours de l'été, on parle de 637 000 \$, alors on s'est... on s'est adressé aux standards de continuité. Puis, dans cette démarche-là, plutôt que de regrouper ou... en tout cas, exceptionnellement, on a fait en sorte qu'il y ait un intervenant pivot dans chacun des territoires de CSSS, autant les petits que les gros. Parce qu'on part de loin, hein? La première ligne, dans ces programmes-là, est très, très, très peu développée. Puis l'autre standard de continuité, c'est le développement de plans de soins interdisciplinaires. Donc, c'était là la façon de les adresser puis de faire en sorte que la discussion entre la première ligne et la deuxième ligne puisse être faite pour faire en sorte que la clientèle puisse vraiment, là, accéder avec beaucoup de fluidité dans le continuum de la première à la deuxième ligne.

Je vous dirais peut-être aussi un mot sur une maison à Havre-Saint-Pierre, que Mme la députée connaît bien, L'Espoir de Shelna, qui offre de l'hébergement et du répit pour cette clientèle-là. Il y a des besoins additionnels, mais c'est vraiment un travail exceptionnel qui est fait dans ce coin de la Côte-Nord.

**M. Chevarie:** Par rapport à la clientèle autistique et les troubles envahissants du développement, est-ce que vous avez une bonne relation avec les commissions scolaires? Parce que souvent c'est des enfants qui sont difficiles à scolariser même si parfois très intelligents.

**M. Prévost (André):** Lors d'une récente rencontre, ce problème-là a été abordé, ce qu'on appelait tantôt la TRIPPS, là, et à l'automne on a des activités de formation sur le plan de soin interdisciplinaire puis intersectoriel entre le secteur de l'éducation puis santé. On est à élaborer un protocole régional de collaboration entre les deux réseaux et on va faire en sorte de travailler ensemble pour ces plans de soin là, pour vraiment répondre à ces clientèles-là. Actuellement, il y a déjà des collaborations qui se font. Dans certains cas, il y a des petits heurts, mais, avec cette notion de PSII, qu'on appelle dans notre jargon, les formations qui s'en viennent et le protocole de collaboration, donc, on devrait être en mesure de travailler avec beaucoup plus d'efficacité, là, dans ces dossiers-là.

**M. Chevarie:** Concernant l'hémodialyse?

**Le Président (M. Kelley):** Mme Savard.

**Mme Savard (Johanne):** Oui. Voulez-vous un petit historique ou vous voulez ce qui va se passer très bientôt?

**M. Chevarie:** Bon. Peut-être rapidement un historique, là.

**Mme Savard (Johanne):** Rapidement, O.K.

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**Mme Savard (Johanne):** C'est que jusqu'à maintenant, là, il n'y avait aucun service sur tout le continuum de soins pour les personnes qui nécessitaient des services en suppléance rénale sur la Côte-Nord. En date du 17 novembre 2008, on avait fait un recensement, puis il y avait 27 patients qui provenaient de la Côte-Nord puis qui étaient suivis en néphrologie à Québec ou à Chicoutimi ou à Rimouski, il y avait 22 personnes qui recevaient de la dialyse péritonéale à domicile puis qui était supervisée par le CHUQ, l'Hôtel-Dieu de Québec, il y avait deux personnes qui étaient à Québec pour des traitements...

**M. Chevarie:** Péritonéale, pour le bénéfice de tout le monde, c'est des injections tous les jours?

**Mme Savard (Johanne):** C'est une dialyse qui se fait à domicile par l'abdomen.

**M. Chevarie:** À domicile, c'est ça.

**Mme Savard (Johanne):** Puis à ce moment-là on avait aussi deux personnes qui étaient à Québec pour des traitements d'hémodialyse de façon temporaire ou permanente. En Haute-Côte-Nord, il y a une personne qui recevait... il y a deux personnes qui recevaient ces services à Chicoutimi, dont une qui devait s'y rendre trois fois par semaine, puis ça faisait 400 kilomètres aller-retour. Quand on regarde l'organisation des services, le service devrait être disponible plus près de la population que ça. Il y a même une personne,

du côté de Sept-Îles, qui a dû déménager dans une autre région pour recevoir ces services, puis il y en avait d'autres qui étaient en attente. On a... Ce qu'on a fait, je vous dirais, en février 2009, on a transmis un plan régional d'organisation des services de néphrologie en suppléance rénale, c'est l'agence qui a fait ça, on a transmis ça au ministère. En mai 2009, on a eu l'approbation de notre projet pour faire en sorte que les gens puissent recevoir l'hémodialyse. Notre idée, c'était qu'ils puissent en recevoir à Baie-Comeau et à Sept-Îles. En juillet 2009, on a eu une annonce ministérielle pour pouvoir faire en sorte que les gens puissent bénéficier de l'hémodialyse à Sept-Îles. Et, en novembre, la formation des infirmières débutait, puis le premier traitement devrait se donner... la personne devrait le recevoir le 22 février pour Sept-Îles.

**M. Chevarie:** Bravo! C'est un développement intéressant et ça ne touche pas beaucoup de clientèles généralement, comme vous l'avez mentionné dans vos données, mais c'est tellement important pour ces clientèles-là.

**M. Garon (Gaétan):** Et nous avons, d'ici la fin du mois, un dossier qui sera déposé au ministère pour établir la faisabilité de développer à court terme le dossier d'hémodialyse à Baie-Comeau et le renforcement de celui qui débutera dans quelques semaines à Sept-Îles pour l'amener à pouvoir prendre un nombre de clients plus élevé que celui pour lequel il a été provisionné jusqu'à maintenant. Donc, on veut consolider ce secteur de services là assez rapidement.

**Mme Savard (Johanne):** Ce qui serait un peu embêtant, c'est qu'on ne peut pas voir l'augmentation des cas dans le temps parce que, vous le disiez tantôt, notre communauté autochtone, le diabète, l'obésité, les gens des fois sont très jeunes, ils ont déjà de l'insuffisance rénale, on les retrouve en bout de parcours ayant besoin de ces services-là. Ça fait qu'on ne peut pas dire ce que l'avenir nous réserve de ce côté-là, ce qui fait que c'est important qu'on puisse les développer le plus près possible, là, du citoyen.

**M. Chevarie:** Combien est-ce que vous allez avoir de places à Sept-Îles? C'est deux chaises?

**Mme Savard (Johanne):** Actuellement, ils vont traiter... Oui, ils ont deux chaises. Ils vont traiter deux patients, mais il y en a un troisième qui s'annonce et... en tout cas, on ne le sait pas trop, mais peut-être un quatrième aussi. Ça fait que c'est pour ça qu'il va falloir regarder pour bonifier l'offre de services du côté de Sept-Îles.

**M. Garon (Gaétan):** C'est qu'on vise à augmenter, probablement doubler les chaises à Sept-Îles, partir avec deux chaises aussi initialement à Baie-Comeau, mais il va falloir continuer de monitorer ce dossier-là dans le temps avec l'augmentation des besoins de population.

**M. Chevarie:** Parce que les chaises comme telles, entre guillemets, peuvent être utilisées par d'autres... par plus d'une personne, parce que généralement, c'est trois fois semaine.

**Mme Savard (Johanne):** Oui, c'est trois fois semaine. Puis l'organisation de services sur la Côte-Nord est très novatrice par rapport à ça, parce que le médecin spécialiste qui va continuer à suivre le patient, c'est le

néphrologue de l'Hôtel-Dieu de Québec par télé-médecine. Et c'est le médecin de famille qui va prendre la prise en charge comme si le patient était à Québec avec son néphrologue et qu'il avait un suivi par son médecin de famille. C'est une belle approche.

**M. Chevarie:** Excellent. Notre région s'en vient aussi avec un projet comme celui-là, là, très intéressant.

Dans un autre ordre d'idées, je pense que vous avez effleuré brièvement des projets d'infrastructure, d'aménagement, vous parliez de logements sociaux. Quels sont vos principaux projets? Je pense qu'il y a un projet de rénovation d'un CHSLD. La députée de Duplessis, je pense, le mentionnait. Est-ce qu'il y a d'autres projets à part ça?

**Le Président (M. Kelley):** M. Prévost.

**M. Prévost (André):** M. le Président, ça dépend si on parle de ressources non institutionnelles ou si on parle de ressources de type plus institutionnel. À ce moment-là, ça réfère au...

**M. Chevarie:** ...

**M. Prévost (André):** Institutionnel?

**M. Chevarie:** Oui, c'est ce que...

**M. Prévost (André):** Alors, peut-être, ce serait plus du côté des immobilisations que la question...

**Mme Savard (Johanne):** Il y a des projets qui doivent être traités dans la région quand l'enveloppe est moins de 5 millions. Et, plus de 5 millions, c'est à l'extérieur de la région. Il y a le projet... Le principal projet qui est à traiter actuellement, dans les enveloppes qui coûtent plus de 5 millions, c'est la résidence Gustave-Gauvreau, à Sept-Îles, qui s'inscrit dans un plan de développement immobilier et qui est un plan fonctionnel et technique, qui est une première phase d'un ensemble de plans, là, qui vont être présentés au ministère. Actuellement, on est à regarder l'avis de faisabilité, hein, Dr Garon, au ministère. Puis, comme le soulignait Dr Garon, on est... on a ce projet-là sur la table de travail, c'est un des projets prioritaires.

Il y a aussi un ensemble de projets qu'on traite aussi à l'intérieur de nos enveloppes régionales. Si vous voulez avoir le détail, là, je l'ai.

**M. Chevarie:** C'est des projets d'aménagement, rénovations, urgence...

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

**M. Chevarie:** ...radiologie et tous ces départements-là.

**Mme Savard (Johanne):** C'est ça.

**M. Chevarie:** Ça, c'est généralement à l'intérieur d'une enveloppe...

**Mme Savard (Johanne):** À l'intérieur de la région.

● (12 h 20) ●

**M. Chevarie:** ...du maintien des actifs. Oui.

**M. Garon (Gaétan):** Oui, à l'intérieur de... Quand on regarde les hôpitaux comme Sept-Îles ou Baie-Comeau, il y a tous ces volets-là qui peuvent être des volets de service clientèle plus lits, là, ce qu'on pourrait appeler, mais aussi les volets urgence ou les volets radiologie, laboratoires améliorés, des aspects comme ceux-là.

**M. Chevarie:** Je vais vous poser une dernière question, je pense.

**Le Président (M. Kelley):** Rapidement.

**M. Chevarie:** Oui. C'est quoi, vos, je dirais... au cours des trois dernières années ou quatre, cinq dernières années, quels sont vos projets que vous avez réalisés, là, vraiment, que ça a été vos coups de coeur pour la région?

**M. Garon (Gaétan):** Peut-être, comme nous sommes, Mme Paré et nous deux, des nouveaux de 2009, je laisserais notre doyen...

**Le Président (M. Kelley):** Une question pour Dr Cloutier, rapidement, s'il vous plaît.

**M. Cloutier (Raynald):** C'est sûr que, si vous nous le demandez, parce que je suis directeur de santé publique, je vais vous dire que ce qu'on a réussi de plus beau, c'est l'intersectorialité puis les ententes pour mettre les plans d'action gouvernementaux en branle. Et, quand je dis qu'il y a six partenaires dans l'entente intersectorielle, il y a 15 établissements et organismes représentés à la table, y compris les organismes communautaires. Si je regarde — j'ai été directeur des affaires médicales pendant plusieurs années — le recrutement médical est un... est un recrutement très organisé. On vous a présenté juste la pointe de l'iceberg; en dessous de ça, il y a du monde, il y a de l'accompagnement sur les médecins étrangers, c'est organisé et ça fonctionne, c'est une histoire à succès chez nous. Donc, ça va être long, parce qu'il y a un roulement de médecins.

**Mme Savard (Johanne):** En omnipratique...

**M. Cloutier (Raynald):** En omnipratique, c'est très fort.

**Mme Savard (Johanne):** ...notre objectif de croissance, cette année, est de 13 omnipraticiens, puis on l'a atteint, là.

**M. Cloutier (Raynald):** André le soulevait, chez nous, on est terriblement fiers de ce qu'on appelle le SIPPE, la stratégie intégrée en prévention pour la petite enfance. On en est fiers pourquoi? Deux choses: on a quand même mis 1 million là-dedans pour le rendre accessible; l'autre élément, il ne se fait pas d'accouchements dans le secteur est du territoire, il faut y penser; si elles viennent accoucher à Sept-Îles, on a parlé dans le document de 128 personnes, il faut penser aussi qu'il y a 100 autochtones, madames autochtones, de plus qui viennent; ces gens-là ont un budget spécial pour être accompagnés, pour que le conjoint puisse venir; santé des hommes. Ce n'est pas théorique, nos programmes, là, c'est pratique, là.

**M. Chevarie:** Vous en avez plusieurs.

**M. Cloutier (Raynald):** Oui, et on en est particulièrement fiers.

**M. Chevarie:** Bien, merci. En mon nom puis au nom de mon collègue député de Laurier-Dorion, je vous félicite pour tout le travail que vous faites et également pour toute votre implication dans l'objectif d'améliorer encore la qualité des services et la sécurité des services. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin, il vous reste 14 minutes.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. H1N1, est-ce que vous avez produit une sorte de résumé, un peu, de l'opération, fait une sorte de, comment dire, de bilan, de bilan, là? En particulier, moi, je vous dirais, ce qui m'intéresse, c'est la vaccination qu'il a pu y avoir dans les écoles, dans les petits milieux.

**M. Cloutier (Raynald):** Particularité chez... Je peux y aller...

**M. Drainville:** Et est-ce que vous pouvez nous le déposer, si ça existe? Parce que, comme j'ai seulement 14 minutes, si vous me dites que ça existe, j'aimerais mieux que vous l'envoyiez à la commission pour en prendre connaissance.

**M. Cloutier (Raynald):** Le bulletin... ça existe, là, je suis en train de faire la correction finale, donc il existe, il pourra être disponible très bientôt. Pour les écoles, on n'a pas vacciné dans les écoles, on est la seule région à ne pas l'avoir fait, puisque notre taux de vaccination avant la rentrée des écoles était déjà rendu à 60 %, donc on aurait eu des étudiants... puis ça ne marchait plus. Chez nous, les gens ont l'habitude de venir dans les centres de vaccination, il n'y a pas de problématique particulière chez nous.

**M. Drainville:** Vous dites que vous êtes la seule région qui ne l'a pas fait.

**M. Cloutier (Raynald):** C'est qu'on n'a pas senti le besoin de le faire...

**M. Drainville:** Non, je comprends, mais...

**M. Cloutier (Raynald):** ...parce que le taux de vaccination était élevé.

**M. Drainville:** Mais où est-ce que vous avez pris ça que vous étiez la seule région qui ne l'avait pas fait?

**M. Cloutier (Raynald):** Ah, moi, quand on m'a demandé si je le faisais, j'ai expliqué au Dr Poirier que je ne le faisais pas. Je prends comme acquis que les autres l'ont fait. Mais, si les autres ne l'ont pas fait, ce n'est pas mon problème.

**M. Drainville:** O.K.

**Le Président (M. Kelley):** M. Garon.

**M. Garon (Gaétan):** On va vous déposer les tableaux de résultats pour chaque type, chaque groupe cible de clientèle, les résultats atteints pour la région, là, par rapport au reste de la province.

**M. Drainville:** Excellent. Le logiciel SIMASS, ça, c'est le logiciel qui permet de, comment dire, regarder en temps réel le portrait des listes d'attente pour chacune des chirurgies qui sont garanties par la... qui sont... pour lesquelles il y a une garantie d'accès ou c'est l'ensemble des chirurgies?

**Mme Savard (Johanne):** Celles qui sont sous la garantie d'accès, c'est hanche, genou, cataracte, mais on fait chirurgie d'un jour et chirurgie avec hospitalisation aussi.

**M. Drainville:** O.K. Et ça, c'est pour l'ensemble... l'ensemble des établissements où il se fait de la chirurgie, c'est ça?

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

**M. Drainville:** Partout au Québec, là, pas seulement sur la Côte-Nord.

**Mme Savard (Johanne):** Partout au Québec.

**M. Garon (Gaétan):** C'est-à-dire que ce ne sont pas tous les établissements qui sont dans le SIMASS, c'est comme les urgences, il y a 27 urgences au Québec qui... 27 établissements qui sont suivis, sur une centaine, mais...

**Mme Savard (Johanne):** C'est où il se fait de la chirurgie. Nous autres, il y a deux établissements sur la Côte-Nord: Sept-Îles et Baie-Comeau.

**M. Garon (Gaétan):** Oui, c'est où il se fait de la chirurgie, généralement, là...

**M. Drainville:** Oui, oui.

**M. Garon (Gaétan):** ...mais des établissements, là, où il y a un service de chirurgie important.

**M. Drainville:** Voilà, O.K. Vous disiez tout à l'heure: Notre UMF de Baie-Comeau, elle est utilisée seulement à 70 %.

**M. Garon (Gaétan):** Moi, je mentionnais que l'Université Laval nous disait que les besoins de places en unités de médecine familiale, pour placer leurs médecins en formation... c'est que les UMF existantes présentement, elles utilisent 70 % de ces places-là, mais...

**M. Drainville:** Ah! O.K. Dans l'ensemble des UMF qui sont liées au RUIS de l'Université Laval.

**M. Garon (Gaétan):** C'est ça. C'est pour ça que je disais...

**M. Drainville:** Ah oui. O.K.

**M. Garon (Gaétan):** ...que, si on avait moins développé à Victoriaville ou à Drummondville, prétextant que c'étaient des développements en région, alors, nous, on se trouve encore un petit peu en ville...

**M. Drainville:** Donc, c'est 70 %...

**M. Garon (Gaétan):** ...qu'on aurait pu développer un peu plus dans nos régions.

**M. Drainville:** Oui. C'est un 70 % pour l'ensemble du territoire du RUIS Laval...

**M. Garon (Gaétan):** C'est ça.

**M. Drainville:** ...avec les UMF existantes.

Le contrôle des armes à feu, vous n'êtes pas les premiers à nous parler de ça. Moi, je trouve ça très intéressant et très encourageant également. Et je crois que c'est les gens de la Gaspésie qui nous disaient que, c'est très clair, quand tu retires de la résidence les armes à feu, les données sont très, très claires, tu diminue de beaucoup le suicide par arme à feu. Est-ce que c'est ce que vous avez... C'est ce que vous avez constaté également, hein?

**M. Prévost (André):** Si vous permettez, M. le Président, juste mentionner qu'on a copié la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine dans leur programme. Alors, avec leur permission, on a appliqué le même programme, en collaboration avec la Sécurité publique. Alors...

**M. Drainville:** Est-ce que vous en arrivez aux mêmes conclusions? C'est ça qui m'intéresse.

**M. Prévost (André):** Ce sont les mêmes conclusions. Et c'est un programme qui marche très bien dans notre région.

**M. Drainville:** Et le chiffre, en résumé, encore une fois, c'est...

**M. Prévost (André):** Le chiffre?

**M. Drainville:** ...le chiffre qu'il faut retenir, là... Vous retirez les armes à feu d'une résidence: le taux de suicide par arme à feu diminue de?

**Une voix:** Personne n'a documenté ça, là?

**M. Prévost (André):** Non. Mais, en fait, ça existe dans la littérature, mais je ne peux pas vous le fournir ce matin, là. Je pourrais le faire suivre à la commission.

**M. Drainville:** Vous pourriez?

**M. Prévost (André):** Oui, mais...

**M. Drainville:** S'il vous plaît, s'il vous plaît.

**M. Prévost (André):** O.K.

**Le Président (M. Kelley):** Juste un ajout, Dr Cloutier?

**M. Cloutier (Raynald):** ...

**M. Drainville:** Mais c'est parce que ça m'amène à vous poser la question sur le registre des armes à feu: Est-ce que le registre des armes à feu est utile pour mettre en place une mesure comme celle-là? Il me semble évident que ça doit être le cas, mais j'aimerais ça vous l'entendre dire.

**M. Prévost (André):** Moi, je pense que le registre, ça a été démontré, dans une optique de prévention puis de limitation d'actes de dangerosité, que le registre est utile.

**M. Drainville:** Allez-y, monsieur, oui.

**M. Prévost (André):** Sur ce plan.

**M. Cloutier (Raynald):** Mais j'ajouterais, là-dessus, qu'on est dans une région de chasse, hein? Donc, nous, des armes à feu, il y en a beaucoup, donc l'enregistrement devient important. On peut penser au crime organisé, mais il faut aussi penser à la prévention, donc le fait de savoir que ces armes-là sont là, le policier le sait d'avance. Parce que, quand un état... une personne est en état pré-suicidaire, là, instable, il y a une dangerosité aussi pour le policier. Donc, de tout savoir ça avant d'intervenir, donc tout le monde intervient en sécurité dans ce temps-là. Moi, on n'aura pas à me démontrer l'utilité, là.

● (12 h 30) ●

**M. Drainville:** Non, mais ce que j'aimerais, dans le rapport que vous allez nous faire parvenir là-dessus, si c'était possible de demander d'avoir une... une section sur l'utilité du registre dans la mise en place de cette politique-là. Parce que, par exemple, vous pourriez, après consultation probablement avec les policiers municipaux et ceux de la Sûreté, vous pourriez nous rapporter qu'effectivement, les policiers faisant partie de votre table intersectorielle — je pense, vous nous l'avez dit tout à l'heure — effectivement, au moment d'intervenir auprès de quelqu'un qui pourrait être à risque, vous, effectivement — enfin — vos policiers vont consulter le registre, et donc le registre est un élément essentiel dans une stratégie comme celle-là. Enfin, je ne le présume pas, je vous dis que ça pourrait être le cas. Mais, si c'était le cas, on aimerait vraiment ça le savoir, parce que je trouve que ça apporte un argument tellement, tellement fondamental, tellement important pour justifier encore une fois le maintien de ce registre-là. Vous feriez vraiment oeuvre utile si vous pouviez nous donner vos conclusions là-dessus.

Bon. L'utilité des indicateurs de performance. Tout à l'heure, on a parlé d'agrément, hein, les processus d'agrément. Moi, je suis pour ça, les processus d'agrément. Le problème que j'ai avec les processus d'agrément, c'est que les données qu'on recueille et l'évaluation de la performance, à mon avis, ne sont pas suffisamment utilisées, surtout auprès du Québécois moyen. Moi, j'aimerais beaucoup qu'on ait des indicateurs de performance qui nous permettent de comparer les établissements de santé, et qu'un classement existe, bien vulgarisé, qui soit accessible à la population. Pas pour punir, mais pour dire: Dans tel hôpital, ils ont réussi, sur un... un échancier de trois ans ou de cinq ans, à mieux gérer les maladies nosocomiales, ou encore à mieux gérer leur urgence, ou à diminuer les listes d'attente dans tel ou tel domaine, et que, là, les autres établissements du Québec, voyant cela, essaient de comprendre comment vous avez réussi à faire ça et s'en inspirent pour améliorer leur propre pratique. Donc, une saine émulation, je dirais. Avec récompense éventuellement: Si tu gères mieux, on va te donner... on va reconnaître... on va te donner une reconnaissance. Ça n'existe pas au Québec actuellement. On a beau me dire qu'il y a un paquet d'évaluations qui se font ici, à gauche puis à droite, ça n'existe pas.

Et je me pose la question: Qu'est-ce que vous en pensez, avec le métier que vous avez, vous, de comparer du comparable... On s'entend que Baie-Comeau puis Saint-Jean-sur-Richelieu, ce n'est pas la même chose; il va falloir trouver des façons de comparer du comparable. Mais qu'est-ce que vous pensez de cette idée?

**M. Garon (Gaétan):** En fait, on a une préoccupation là-dessus, puis je vais vous dire un peu comment on va l'appliquer dans les prochaines années. Il existe présentement,

depuis quelques années, des recherches un peu plus intenses qui ont été faites là-dessus par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, et des documents qui ont été produits aussi, qui donnent des résultats, et par un groupe d'établissements apparentés les uns envers les autres, donc être capables de dire: Bien, ces choses-là sont relativement comparables, puis comment les gens performant, puis ça invite les gens ensuite à faire du «benchmarking» un peu...

**M. Drainville:** Qui le fait, ça, dites-vous?

**M. Garon (Gaétan):** Ça, l'Association québécoise des établissements...

**M. Drainville:** C'est l'AQESSS.

**M. Garon (Gaétan):** L'AQESSS.

**M. Drainville:** Oui, ils travaillent là-dessus, mais ce n'est pas réglé... ce n'est pas déposé encore.

**M. Garon (Gaétan):** Non, non, il y a au moins 1 000 pages, là, qui circulent dans le réseau, là. Je veux dire, s'il y a des documents de déposés, je pourrais vous les envoyer, si vous voulez.

**M. Drainville:** Non, non. Mais ce que je veux dire, c'est que le processus n'est pas abouti, là.

**M. Garon (Gaétan):** Non, non, non. Il y a beaucoup de résultats sur lesquels on peut s'appuyer pour déjà comparer nos établissements, dans la région, entre eux autres, pour des établissements comparables, mais les comparer avec des établissements d'autres régions aussi. Donc, il y a des résultats qui sont déjà disponibles et sortis là-dessus.

Nous nous préoccupons aussi d'une analyse un peu plus approfondie de tous les indicateurs qui sont dans les ententes de gestion, de tous les indicateurs aussi qui nous permettent d'établir... On se pose des questions parfois, mais, dans certains programmes, pourquoi on arrive à quatre patients par jour pour un agent de ressources humaines dans tel programme dans une région puis on arrive à huit ailleurs, bien à quoi ça tient puis comment on pourrait profiter de l'expérience de l'autre et de s'enrichir pour améliorer le rendement, aussi, dans nos programmes; donc, avec un même coût, arriver à des meilleurs résultats ou à plus de résultats. Et on est... dans la révision qu'on est en train de faire de l'organisation, remettre en place un service à évaluation-surveillance qui va aussi analyser les aspects performance des programmes et des établissements pour s'aider à supporter un peu les établissements dans leurs programmes d'amélioration continue.

**M. Drainville:** O.K. Mais, M. Garon, ça ne se rend pas jusqu'au grand public, ça. Je ne trouve pas ça normal...

**M. Garon (Gaétan):** C'est-à-dire... c'est-à-dire...

**M. Drainville:** ...pour le contribuable qui met 27 milliards...

**M. Garon (Gaétan):** ...

**M. Drainville:** ...par année dans son système de santé et de services sociaux...

**M. Garon (Gaétan):** ...

**M. Drainville:** ...puis, si on pouvait en mettre plus, on devrait en mettre plus, tout le monde s'entend là-dessus.

**M. Garon (Gaétan):** Mais on...

**M. Drainville:** Il faut, à un moment donné, il faut que ça...

**M. Garon (Gaétan):** C'est-à-dire que, pour...

**M. Drainville:** ...il faut que ce soit rendu public...

**M. Garon (Gaétan):** Non, je...

**M. Drainville:** ...il faut qu'on ait une idée un peu de ce qui se passe dans notre réseau. Vous ne pensez pas, vous?

**M. Garon (Gaétan):** Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais, avant de rendre une donnée au public, il faut d'abord la produire.

**M. Drainville:** Mais vous venez de me dire qu'elle existait.

**M. Garon (Gaétan):** Bien, c'est-à-dire... c'est-à-dire que l'association québécoise des établissements a produit des documents qui sont, depuis quelques mois, rendus disponibles aux établissements, oui, qui peuvent commencer à travailler avec cela.

**M. Drainville:** Donc, elles sont produites!

**M. Garon (Gaétan):** Comment eux... comment eux rendent ça public? Je ne sais pas pour l'instant, là, mais, moi...

**M. Drainville:** Mais les données sont produites.

**M. Garon (Gaétan):** ...moi, j'ai eu accès aux documents il y a deux semaines.

**M. Drainville:** Oui, O.K., mais les données sont produites, on s'entend là-dessus.

**M. Garon (Gaétan):** Il y a des données qui existent.

**M. Drainville:** Bon. Alors là, maintenant, on se pose la question: Comment est-ce qu'on les organise pour qu'elles soient éventuellement rendues publiques? Vous êtes d'accord avec ça?

**M. Garon (Gaétan):** Je suis d'accord avec ça. Puis, si on parle de notre région, je suis en mesure de discuter avec Mme la députée de Duplessis...

**M. Drainville:** Bon!

**M. Garon (Gaétan):** ...comme elle le sollicitait tout à l'heure...

**M. Drainville:** Excellent.

**M. Garon (Gaétan):** ...de ce qui se passe dans nos organisations dans la région par rapport à l'insuffisance budgétaire...

**M. Drainville:** Bien oui!

**M. Garon (Gaétan):** ...relative ou à la non-performance relative.

**M. Drainville:** Je vous trouve bien sage. Il me reste quoi, deux minutes?

**Le Président (M. Kelley):** Deux minutes, oui.

**M. Drainville:** Comment vous réagissez au discours qu'on entend au sujet du rôle des agences?

**M. Garon (Gaétan):** ...

**M. Drainville:** En deux minutes, là, comment la création des CSSS devrait-elle changer le rôle et le fonctionnement des agences? Parce que là on a créé un troisième palier, là; on a regroupé CLSC, centres de longue durée, les hôpitaux. Bon. Est-ce que ça ne devrait pas changer, ça, le fonctionnement et le rôle des agences puis éventuellement en alléger la taille?

**M. Garon (Gaétan):** On peut convenir que ça devrait changer éventuellement. On a besoin de s'en parler un petit peu pour savoir est-ce qu'on est prêts... on est rendus à l'étape où on devrait changer, maintenant. On a besoin de consolider un petit peu plus la compréhension que nos CSSS ont de ce que veut dire un réseau local de services, hein, et la prise en charge d'une population dans un territoire — un établissement, un territoire, une population — et comment on arrime les ressources pour créer un accès équitable, hein, à la grandeur du territoire, pour l'ensemble de la population, aux services. Les gens qui dirigent la plupart de nos organisations ne sont pas formés là-dessus, et ont un peu de difficulté, et luttent avec un paquet de contraintes qui les empêchent de prendre le temps de...

**M. Drainville:** Oui, oui, oui. Il faut que ça se fasse comme il faut.

**M. Garon (Gaétan):** ...de se former.

**M. Drainville:** Intelligemment, on est d'accord.

**M. Garon (Gaétan):** Mais, en attendant, il faut que les agences se renforcent, il faut être capable d'amener les établissements à devenir plus performants et plus autonomes par rapport à cette prise en charge de la santé de nos populations.

**M. Drainville:** C'est ça.

**M. Garon (Gaétan):** Et, si on enlève les agences aujourd'hui, ça va être une catastrophe. Je veux dire, l'agence de la Côte-Nord a été en souffrance un peu au cours des deux dernières années, mais, après deux ans, on s'est rendu compte que c'était devenu un petit peu la difficulté, et les établissements, à la grandeur de la Côte-Nord, s'achetaient la misère à la petite semaine, hein?

**M. Drainville:** Parce qu'il n'y avait pas d'organisme qui coordonnait?

**M. Garon (Gaétan):** Parce qu'il n'y a pas d'organisme...

**M. Drainville:** Qui coordonnait, c'est ça?

**M. Garon (Gaétan):** ...qui les chapeaute, qui coordonne, qui aligne, qui les supporte un peu parce qu'ils n'ont pas beaucoup de ressources spécialisées, ils n'ont pas beaucoup d'expertise. On a besoin de regrouper un noyau d'expertises qui permet d'accompagner et de supporter les établissements, sinon ils ne savent d'où ils viennent et où ils vont avec cela.

**M. Drainville:** Je vous...

**M. Garon (Gaétan):** On a beaucoup à faire dans la formation de nos gestionnaires des établissements.

**M. Drainville:** Je vous remercie, tout le monde. Vous faites du bon travail. Lâchez pas! C'est sûr que tout est... Il y a beaucoup de choses encore à améliorer. Il y a une question de ressources. On peut toujours travailler sur la gestion. Là, la main-d'oeuvre indépendante, ça n'a pas de bon sens, là. Mais je pense que tout le monde reconnaît votre bonne foi et le fait que vous avez le coeur à la bonne place, puis ce que vous voulez, c'est le bien-être de votre population. Et ça, je pense que c'est... ça jaillit de vos témoignages.

**Le Président (M. Kelley):** Et à mon tour, au nom des membres de la commission, merci beaucoup, M. Garon, votre équipe, pour votre présence ici ce matin.

Si je peux résumer ça: grand territoire, grands défis. Et, je pense, vous avez des initiatives qui... c'est fort intéressant. Alors, bonne continuité. Je ne sais pas si le mot de la fin...

**M. Garon (Gaétan):** ...pourrais peut-être dire juste un petit mot pour vous dire que je suis originaire de Rimouski, de Bic, entre Rimouski; maintenant, ça fait partie de Rimouski. J'ai été directeur général de l'hôpital régional de Rimouski pendant cinq ans, dans la première moitié des années soixante-dix; donc, ce n'est pas hier. Mais je connais bien la région du Bas-Saint-Laurent et des... Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine — parce que, dans le temps, c'était une seule région. Je connais bien la région de la Côte-Nord. Je connais bien la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean et je connais bien la région de Chaudière-Appalaches. Je connais en général très bien les régions. Je connais les préoccupations, les difficultés, les défis de la région de la Côte-Nord, et vous pouvez être assurés qu'avec l'équipe qui est ici on se dévoue beaucoup à tenter d'améliorer la situation présente.

**Le Président (M. Kelley):** Bon succès!

**M. Garon (Gaétan):** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Bon, sur ce, je vais suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures, dans cette même salle, afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Merci beaucoup. Bon appétit!

*(Suspension de la séance à 12 h 38)*

*(Reprise à 14 h 3)*

**Le Président (M. Kelley):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors...

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être, on va laisser cette analyse politique pour un peu plus loin...

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

**Le Président (M. Kelley):** ...et commencer notre séance. Je veux juste rappeler à tout le monde le mandat de la commission cet après-midi, c'est d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2005-2006 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?

**Le Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Bernard (Rouyn-Noranda—Témiscamingue) remplace Mme St-Amour (Trois-Rivières); Mme Doyer (Matapédia) remplace M. Gauvreau (Groulx); et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, et bienvenue à l'équipe de l'Abitibi-Témiscamingue. J'ai parlé à Mme St-Amour tantôt, et on est dans un festival des régions cette semaine: à part de la capitale nationale mardi matin, nous avons rencontré vos collègues de la Côte-Nord, de Saguenay—Lac-Saint-Jean, de Nunavik, de Gaspé et des Îles. Alors, c'est de nous donner une occasion de voir les grands défis des grands territoires, et un autre grand territoire cet après-midi, c'est-à-dire l'Abitibi-Témiscamingue. Alors, on va vous laisser la parole pour une présentation de 20... une trentaine de minutes, pardon, suivie par un échange avec les membres de la commission. Alors, sans plus tarder, Mme Lise St-Amour, la parole est à vous.

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

**Mme St-Amour (Lise):** Merci. M. le Président, membres de la commission parlementaire, Mmes et MM. les députés, bonjour et merci de nous recevoir dans le cadre de l'étude des rapports annuels d'activité et de gestion.

Je suis Lise St-Amour, je suis la P.D.G. à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Permettez-moi, pour débiter, de vous présenter les membres de mon équipe de direction présents aujourd'hui. J'ai le Dr Réal Lacombe, qui est directeur de santé publique; Mme Nicole Desgagné, qui est directrice de l'organisation des services sociaux et ententes de gestion; Dr Antoine Boivin, médecin-conseil à la direction de santé publique; Dr François Desbiens, le directeur des affaires médicales et universitaires; M. Normand Mongeau, directeur du personnel réseau et de l'agence; Mme Denise Stewart, chef du service des communications et de la qualité. Et nous accompagnent également — ils se sont rajoutés parce qu'ils avaient une rencontre ici, à Québec, ils en ont profité en même temps: Mme Marie-Lyne Blier, qui est la directrice des ressources financières et matérielles; et M. Daniel Arseneault, qui est directeur des ressources informationnelles.

Donc, c'est avec plaisir que nous venons partager avec vous les défis et les enjeux qui caractérisent l'organisation des services de santé et des services sociaux de notre région.

Nous ferons également état des priorités d'action et des initiatives mises de l'avant par l'agence et les établissements de la région pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services rendus à la population. Nous sommes également disponibles pour vous informer sur l'évolution des résultats concernant les priorités ministérielles et régionales des quatre dernières années, de façon à mesurer les progrès accomplis. De plus, nous ferons le point sur les ressources humaines et le portrait financier du réseau.

Dans notre région, l'organisation des services de santé et des services sociaux est marquée par une géographie et une démographie singulières. Permettez-moi de vous rappeler qu'avec ses quelques 65 000 km<sup>2</sup> de superficie, l'Abitibi-Témiscamingue est l'une des plus vastes régions du Québec. Les distances à parcourir y sont importantes; ainsi, il faut compter plus de 400 km de routes pour relier la municipalité de Senneterre, au nord-est, à celle de Témiscamingue, au sud-ouest.

La population étant estimée à 145 844 personnes, la région affiche une faible densité de population: environ trois habitants au kilomètre carré, comparativement à six dans l'ensemble du Québec, et près de 3 700 dans la région de Montréal. Elle figure ainsi parmi les régions les moins peuplées du Québec.

La population témiscabitiennne apparaît moitié urbaine, moitié rurale. En effet, légèrement plus de la moitié des personnes résident dans un des six pôles urbains qui caractérisent les six territoires de réseau local de services. Ces pôles sont par ailleurs de taille variable, puisqu'on y retrouve entre 2 600 et 28 800 habitants. Le reste de la population peut être considérée comme rurale et se répartit officiellement dans près d'une soixantaine de municipalités et 10 territoires non organisés. Ces communautés sont de petite taille, puisque les trois quarts comptent moins de 1 000 habitants et aucune n'a plus de 4 000 personnes. Autre particularité, la région dénombre près de 6 300 membres des premières nations, ce qui représente un peu plus de 4 % de la population. Près de la moitié de ceux-ci résident dans quatre réserves et trois établissements autochtones qui sont dispersés dans les MRC suivantes: Abitibi, Témiscamingue et Vallée-de-l'Or.

L'Abitibi-Témiscamingue enregistrait depuis quelques années un déclin de sa population. Toutefois, depuis 2004, cela semble s'être stabilisé. De façon générale, le nombre de naissances continue de dépasser le nombre de décès. L'accroissement naturel demeure donc positif, et on est bien contents.

Au niveau des conditions socioéconomiques, maintenant. De nombreux indicateurs témoignent de l'amélioration globale des conditions socioéconomiques dans la région au cours des dernières années: baisse du taux de chômage, hausse du taux d'activité, diminution de la proportion de prestataires de l'assistance-emploi et baisse du pourcentage de personnes considérées comme vivant sous le seuil de faibles revenus.

Cependant, le recensement de 2006 montre, encore une fois, que la population de l'Abitibi-Témiscamingue est moins scolarisée que celle du Québec. On y retrouve à la fois davantage de personnes n'ayant aucun diplôme d'études secondaires et relativement moins de personnes diplômées au niveau universitaire.

La région a fait face à divers bouleversements économiques au cours des dernières années. D'une part, l'industrie forestière a connu et connaît encore des difficultés, et les interruptions d'usines sont nombreuses. D'autre part, le domaine des mines, favorisé par le coût élevé des métaux sur

le marché international, a enregistré une bonne croissance, notamment en 2007 et en 2008. Il en est de même pour le domaine de la construction et celui de l'énergie hydroélectrique.

Une partie de l'économie de la région étant basée sur l'exploitation des ressources naturelles, certains travailleurs et parfois l'ensemble de la population doivent faire face à des risques liés à l'environnement physique, particulièrement en ce qui a trait à la qualité de l'air, de l'eau et des sols. La région doit également faire face à d'autres problèmes environnementaux, lesquels ne sont pas reliés à la pollution industrielle; par exemple, la contamination naturelle à l'arsenic de l'eau des puits domestiques, dans des secteurs spécifiques.

Depuis quelques années, l'usage du tabac et la consommation d'alcool n'apparaissent plus comme étant les problématiques particulières à la population témiscabitiennne. Par contre, on retrouve en Abitibi-Témiscamingue une proportion supérieure de personnes affichant un surplus de poids, ne consommant pas suffisamment de fruits ou de légumes et sédentaires ou peu actifs physiquement durant leurs loisirs.

● (14 h 10) ●

**M. Drainville:** Il y en a quelques-uns qui vivent dans la région de Québec également.

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

**Mme St-Amour (Lise):** Moi, je pense qu'il y en a un petit peu partout, effectivement.

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

**M. Drainville:** Même à cette table!

**Mme St-Amour (Lise):** Oh là là! Ce sont tous des comportements qui favorisent, à moyen ou à long terme, l'émergence de plusieurs maladies chroniques, telles les maladies cardiovasculaires ou encore le diabète.

Les principales causes d'hospitalisation sont sensiblement les mêmes dans la région que dans le reste du Québec, à savoir, par ordre décroissant, les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire, celles de l'appareil digestif, les tumeurs et les traumatismes non intentionnels.

Pour la période 2006-2007 à 2007-2008, l'Abitibi-Témiscamingue affiche néanmoins un taux d'hospitalisation significativement plus élevé que le taux québécois, et ce, pour la plupart des principales causes d'hospitalisation, exception faite toutefois des tumeurs, pour lesquelles les données sont comparables. Ajoutons que ces résultats sont similaires à ceux observés lors de périodes antérieures.

Au chapitre de la mortalité dans la région, pour la période 2004 à 2006, plus des deux tiers des décès sont attribuables à l'une de ces quatre grandes causes — les quatre causes qu'on vient de mentionner précédemment — ce qui s'avère comparable au reste du Québec.

Bien que dans l'ensemble, pour la même période, l'Abitibi-Témiscamingue affiche des taux de mortalité comparables à ceux du reste du Québec pour la plupart des causes, elle se démarque toujours en ce qui a trait aux traumatismes non intentionnels et aux suicides, avec un taux de mortalité significativement supérieur.

Malgré certaines améliorations, la population témiscabitiennne continue de se différencier par une espérance de vie un peu moins longue que la population québécoise en général, soit 79,4 ans contre 80,4 ans, pour

la période 2004 à 2006. On note toutefois à ce sujet que l'écart entre la région et le Québec diminue progressivement.

Voilà les enjeux et les défis qui caractérisent les conditions de vie des citoyens et citoyennes de notre région et qui guident nos interventions comme gardiens de l'offre de services régionale.

Conséquemment, notre responsabilité et notre but sont de garantir l'accès, la continuité et la qualité des services en nous attaquant aux problèmes de santé et de bien-être les plus préoccupants. D'ailleurs, les principaux objectifs et priorités faisant l'objet d'efforts particuliers de la part de l'agence sont inscrits dans notre plan stratégique 2007-2010. Cet exercice a permis de partager une vision sur l'avenir de notre réseau régional de services de santé et de services sociaux. Il n'aurait pu se faire sans la contribution importante de l'ensemble du personnel du réseau, des organismes communautaires, les partenaires sectoriels et intersectoriels dans l'atteinte des objectifs retenus. C'est grâce à eux que la région se démarque par son dynamisme à innover dans les pratiques et à s'engager dans l'amélioration de la qualité de vie des citoyens et des citoyennes. Voilà.

Passons maintenant aux atouts sur lesquels la région peut miser. Une population un peu plus jeune qu'au Québec, c'est un avantage, naturellement. D'abord, malgré son vieillissement graduel, la population d'Abitibi-Témiscamingue demeure relativement plus jeune que la population québécoise. Ainsi, la proportion des jeunes de 0-14 ans est un peu plus élevée et, à l'inverse, on compte un peu moins de personnes âgées de 65 ans et plus.

Des jeunes adultes qui reviennent dans la région. Tantôt, on a mentionné ça, dans le début de mon allocution, puis je pense que c'est un élément très important. On dit: Phénomène récent puisqu'observé depuis quatre ans seulement, le retour des jeunes adultes de 25 à 34 ans dans la région. Plusieurs initiatives régionales créant des perspectives d'emploi intéressantes et l'émergence de différents événements culturels portés par les jeunes eux-mêmes, ainsi que la possibilité d'avoir accès à une certaine qualité de vie contribuent à cette situation.

Au niveau de l'amélioration progressive de l'environnement physique, on voit une diminution tangible de la pollution d'origine industrielle depuis les 25 dernières années, ce qui est très intéressant.

Les communautés, des écoles prêtes à se mobiliser davantage. Le mouvement Villes et villages en santé permet aux citoyens de s'engager activement dans le développement du mieux-être collectif et d'influencer les décisions qui touchent leur qualité de vie. Là, on mentionne: «Né en 1987 en Abitibi-Témiscamingue». Je fais juste vous mentionner que, quand c'est: «Né en Abitibi-Témiscamingue»... on a le fondateur ici, c'est le Dr Réal Lacombe. Donc, Villes et villages en santé, il connaît très, très bien cela.

**Une voix:** Bravo!

**M. Lacombe (Réal):** Merci.

**Mme St-Amour (Lise):** Ce mouvement, né en 1987 en Abitibi-Témiscamingue, ce mouvement s'y est propagé davantage que dans toutes les autres régions du Québec. Ainsi, en 2009, on recensait dans la région près d'une cinquantaine de communautés bénéficiant du projet VVS, ce qui représente 86 % de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

La vitalité de l'action communautaire. Des données plus récentes confirment cette vitalité, puisqu'elles indiquent qu'en 2003 près du tiers de la population de la région étaient membres d'un organisme sans but lucratif, comparativement à une personne sur quatre au Québec. Également, en 2004, une personne sur trois en Abitibi-Témiscamingue avait consacré du temps bénévolement à des organisations du milieu.

Au niveau des projets novateurs, maintenant. La région de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue par la réalisation de nombreux projets novateurs issus des communautés et qui visent à améliorer la qualité de vie des citoyens. Soulignons la municipalité de Rapide-Danseur avec son projet *Vers un village en santé*. Vous avez la définition des différents projets dans le bas de ces pages-là. La MRC du Témiscamingue, avec son colloque *École-famille-communauté*; la communauté autochtone Kitchisakik, pour ses projets de recherche sur la santé des femmes et des hommes; les municipalités de Barraute, Trécesson et Notre-Dame-du-Nord, pour leurs projets auprès des jeunes, des familles et de l'environnement. Cette liste est loin d'être exhaustive mais démontre qu'il y a place à l'innovation et au changement en mettant à profit les ressources et les expertises de différents partenaires ainsi que les forces des communautés.

Au niveau de l'organisation des services, la population de la région de l'Abitibi-Témiscamingue peut compter sur 10 établissements publics de santé et de services sociaux, chacun étant chapeauté par un conseil d'administration spécifique. Vous retrouvez à l'intérieur du document un tableau détaillé, soit la composition. Il y a six CSSS et quatre centres de réadaptation, dont un centre de réadaptation et centre jeunesse.

Les ressources financières, maintenant. La région de l'Abitibi-Témiscamingue enregistre depuis plusieurs années des résultats financiers très positifs. En effet, depuis 2002-2003, la région se démarque par le respect de l'équilibre budgétaire — chose très rare dans notre beau réseau.

**Une voix:** ...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Puis ça adapte...

**Une voix:** ...

**Mme St-Amour (Lise):** Ah oui, vraiment, on est kif-kif. C'est bon.

**Une voix:** ...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Ces résultats sont attribuables à l'excellente gestion des fonds publics par les administrateurs de notre réseau régional. Il faut également considérer que ces résultats sont atteints dans un contexte où la région répond à 87,4 % de ses hospitalisations, ce qui est élevé par rapport aux autres régions éloignées. À titre d'exemple, Gaspésie et les Îles avaient un taux de 68,7 %, et la Côte-Nord, 70,7 %.

La perspective financière régionale 2009-2010 semble se poursuivre dans le même sens, sans compter les coûts pandémie. Mais, si on ne compte pas ça, on est corrects. Toutefois...

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

**Mme St-Amour (Lise):** Toutefois, nos analyses de résultats périodiques démontrent qu'il sera quand même plus

difficile de respecter cet équilibre puisque les coûts des médicaments, notamment ceux en oncologie, augmentent de façon exponentielle. Il est certain que des budgets spécifiques, qu'on appelle allocations du coût de système spécifique, aident à diminuer les impacts défavorables de l'augmentation de ces coûts, mais ne les couvrent pas en totalité, ce qui met une pression accrue sur l'ensemble des activités des établissements. Au cours des sept dernières années, l'équilibre budgétaire a été respecté et aucune cible déficitaire n'a été autorisée par le ministère.

**Des voix:** Bien, bravo! Bravo!

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Merci. Merci au groupe puis à tous les gestionnaires de l'Abitibi-Témiscamingue.

**Le Président (M. Kelley):** Chapeau!

**Mme St-Amour (Lise):** Au niveau des ressources humaines, maintenant. Au 31 mars 2009, la région compte 5 265 employés pour assurer l'accessibilité aux services de santé en région, dont 1 065 infirmières. Toutefois, certaines professions, tels que les pharmaciens, audiologistes, orthophonistes, ergothérapeutes et phytothérapeutes, sont en pénurie. Faisant preuve de créativité et de détermination, l'agence a mis de l'avant une stratégie régionale de main-d'oeuvre audacieuse qui suscite l'adhésion et l'enthousiasme de tous les établissements.

En effet, une démarche de consultation, à l'automne 2008 et à l'hiver 2009, auprès des représentants des équipes de ressources humaines et des équipes de Direction du réseau de la santé et des services sociaux, de partenaires de plusieurs ministères et organismes de la région et des représentants syndicaux, a permis d'obtenir un consensus quant à la nécessité de travailler ensemble pour relever le défi de la main-d'oeuvre.

Au plan des effectifs médicaux, la situation s'améliore. En effet, de 135 omnipraticiens en 2002-2003, la région peut compter aujourd'hui sur 177 omnipraticiens. Sur un plan estimant les besoins à 205, par conséquent, on a une augmentation significative de 31 %. Au cours de la même période, en ce qui concerne les médecins spécialistes, nous sommes passés de 93 à 123, ce qui indique une amélioration de 32 %, sur un plan de besoins de 163.

● (14 h 20) ●

L'agence a confiance que la situation continuera de s'améliorer grâce à la mise en place d'unités de médecine familiale dans presque toutes les MRC. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, trois des quatre universités qui dispensent de la formation en médecine ont proposé des projets pour atteindre les objectifs de remplacement de la main-d'oeuvre médicale. L'UMF déjà existante d'Amos-La Sarre, affiliée à l'Université de Montréal, a reçu l'aval du ministère afin de rehausser sa capacité d'accueil. Des travaux d'agrandissement ont été réalisés pour les secteurs d'Amos et de La Sarre. Le CSSS de Rouyn-Noranda a mis en place une UMF via le Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke. Accrédité à la fin du mois de février 2008, le projet s'est réalisé en cours d'année, et les premiers résidents ont débuté leur formation en avril 2009. De plus, l'Université McGill, en collaboration avec la direction du CSSS de La Vallée-de-l'Or, a mis en place une UMF dont la première cohorte a débuté en juillet 2009.

Il existe actuellement cinq GMF en Abitibi-Témiscamingue et deux autres sont en voie d'implantation. À terme, c'est plus de 90 000 personnes qui pourront être inscrites au service de l'un de ces GMF au cours des trois prochaines années. La collaboration instaurée avec les centres de santé et de services sociaux permet d'améliorer l'offre de services à la population et assure une continuité des soins même dans une situation de pénurie. À preuve, l'Abitibi-Témiscamingue n'a pas attendu que son plan régional d'effectif médical soit comblé avant d'organiser des services pour les personnes souffrant de maladies chroniques. En effet, la région fut la première à élaborer un modèle intégré de lutte aux maladies chroniques, devenant ainsi un chef de file au Québec.

Voici un résumé de l'état d'avancement de ce projet. Je vous invite à entendre la présentation de Dr Antoine Boivin, qui est médecin-conseil à la Direction de santé publique. La présentation s'intitule *Santé de la population, santé du système — L'Abitibi-Témiscamingue à l'heure de la lutte intégrée aux maladies chroniques*. Donc, Dr Boivin va vous faire une petite présentation.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Boivin.

**M. Boivin (Antoine):** Bonjour! Merci beaucoup. Ça me fait vraiment plaisir de représenter l'Abitibi-Témiscamingue à Québec, à 20 minutes d'où j'ai grandi, à l'île d'Orléans. On est en Abitibi depuis 2005, avec ma conjointe. À tous les Noël, on nous demande qu'est-ce qu'on fait en Abitibi-Témiscamingue. Et la réponse est en deux temps: Les gens sont très sympathiques et accueillants; puis la deuxième, c'est que c'est une terre d'innovation, de défrichage, puis ça me fait plaisir de vous présenter un de ces... un de ces exemples-là d'innovation qui est notre programme régional de lutte aux maladies chroniques.

Ce que je veux vous présenter, c'est: Pourquoi les maladies chroniques, ça a été choisi comme une priorité chez nous? Pourquoi la réponse aux maladies chroniques, elle doit s'opérer sur la base d'une réponse intégrée? Puis l'importance de la participation des patients, du public, pour faire face à ce défi-là.

Les maladies chroniques, on en a parlé... on en parle souvent comme d'un tsunami qui s'abat sur le système de santé. C'est un défi tant par la taille du problème que par notre réponse limitée à y faire face. On dit que — pour vous illustrer un peu la vague qui s'en vient sur nous, là, je vous donne des chiffres de nos voisins, l'épidémie d'obésité qui sévit aux États-Unis puis qui tranquillement s'en vient chez nous: à l'intérieur de 25 ans, la proportion des patients avec obésité est passée de 5% à plus de 30% dans plusieurs États. C'est dire, avec le vieillissement de la population, ce qui s'en vient dans les prochaines années. Au niveau mondial, l'OMS estime que c'est 60% des décès qui sont maintenant attribuables aux maladies chroniques, puis c'est... on dit... l'OMS dit que c'est... on est vraiment face à... c'est le plus grand défi pour nos systèmes de santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle.

Les maladies chroniques, comment on les définit: Une maladie avec laquelle on vit pendant plusieurs mois, plusieurs années — le diabète, les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires, le cancer. Même plusieurs maladies mentales: de plus en plus, on les considère comme des maladies chroniques. Les maladies chroniques, c'est un défi pour la santé de la population, c'est aussi un défi pour la santé du système. On estime que 5% des patients atteints de

maladies chroniques complexes, avec des multimorbidités, des problèmes psychosociaux, sont responsables de 33% des dépenses. Pour une petite région comme l'Abitibi-Témiscamingue, on a fait une étude, qu'on a complétée l'année dernière, où on a recensé 800 patients avec des maladies chroniques puis plus de deux hospitalisations dans la dernière année, ça représentait 40% des hospitalisations chez nous puis jusqu'à 3 millions de dollars par année.

Puis c'est un défi, les maladies chroniques, parce que ça remet en question nos façons de faire puis nos façons de répondre aux problèmes de santé. On ne peut pas faire face aux maladies chroniques avec une réponse en silo, un plan d'action pour la maladie A, la maladie B. Les facteurs de risque sont communs: pensons au tabac, l'alimentation, l'activité physique. Surtout les maladies chroniques, quand elles commencent à se présenter, elles viennent en famille. Dans les bureaux de médecins de famille, les gens au-dessus de 65 ans, il y en a une grande proportion qui sont atteints de plusieurs de ces conditions-là en même temps. Donc, on ne peut pas avoir une réponse fragmentée.

C'est pour ça qu'une des clés, puis ça va être mon premier message, dans la lutte aux maladies chroniques, c'est l'importance d'une réponse intégrée. Depuis 2004-2005, l'agence d'Abitibi-Témiscamingue a mis sur pied son programme intégré de lutte aux maladies chroniques.

L'intégration, qu'est-ce que ça veut dire? C'est l'intégration, dans la planification du programme tant au niveau régional qu'au niveau local. On pense vraiment en termes de réseau de services puis aussi de réseautage intersectoriel entre le milieu... entre le système de santé mais aussi les milieux municipaux, le milieu du travail, le milieu communautaire. C'est aussi l'intégration des services de santé: il faut avoir une plus grande coordination entre les équipes de soins, entre les équipes interdisciplinaires. Puis c'est aussi l'intégration des services de prévention, d'une part, de promotion de la santé, mais aussi de gestion des maladies chroniques.

Donc, le programme a vu le jour chez nous en 2004-2005, on a été une des premières régions au Québec à mettre sur pied un plan d'action complet dans la matière. On a mis dans le réseau 1,5 million de dollars, récurrents, pour soutenir les changements nécessaires. Puis on est à une étape où on a fait un premier bilan de l'implantation du programme l'année dernière. On a quelques résultats nettement encourageants et impressionnants. Juste pour vous donner un exemple: après la mise en place d'une clinique multidisciplinaire, à Val-d'Or, pour les patients orphelins, sans médecin de famille, avec des maladies chroniques, on a observé, après un an, une réduction des visites à l'urgence de près de 80%, une réduction des taux d'hospitalisation de près de 50% chez ces gens-là.

Mais ce qu'on réalise aussi, c'est que ce n'est pas facile de mettre en place ces changements-là. Les changements sont complexes, c'est vraiment une remise en question de nos façons de faire. Il faut... Il n'y a pas de recette qu'on peut implanter uniformément d'un milieu à l'autre, il faut vraiment prendre compte du contexte local, trouver des solutions locales à un problème qui est global. C'est un processus qui est à long terme. Les bénéfiques, on va les observer dans plusieurs années. Donc, un des besoins dans le réseau, puis ça, c'est un écho qu'on a des gens, c'est qu'ils ont besoin de résultats pour mesurer les progrès à court terme, puis c'est ce qui a motivé notre décision de travailler sur des indicateurs de qualité cette année.

Puis l'autre point, c'est qu'on a besoin vraiment d'une mobilisation collective. On ne peut pas juste asseoir trois gestionnaires d'un côté ou quatre cliniciens, il faut

vraiment s'asseoir ensemble autour d'une vision commune qui mobilise tant le réseau de la santé, les communautés puis les patients. Ça, c'est le deuxième message que je veux faire, c'est l'importance de la participation des patients, du public, dans les maladies chroniques. Ça, c'est... Si vous faites une appendicite, je ne vous le souhaite pas, je ne nous le souhaite pas, ou si vous l'avez déjà faite, il y a peu de décisions, quand on fait face à une maladie aiguë comme ça, qui sont dans nos mains comme patients. On décide d'aller consulter ou non, puis le reste, c'est dans les mains de l'équipe traitante.

C'est vraiment tout le contraire quand vous êtes atteint d'une maladie chronique, par exemple, comme le diabète, où vous allez passer l'essentiel de votre temps par vous-même à prendre soin de votre maladie. Donc, dans les modèles qui sont développés, au niveau international, pour faire face aux maladies chroniques, tous ces modèles-là reposent fondamentalement sur l'interaction productive entre les équipes de soins puis les patients, leurs familles, la communauté. Ça, c'est vrai au niveau individuel, dans la prise en charge de notre propre santé: on dit qu'une personne atteinte de maladie chronique passe 12 heures par année avec des professionnels de la santé; le reste de l'année, elle le passe chez elle, dans sa famille, dans son milieu de travail, dans sa communauté.

● (14 h 30) ●

Puis, une de nos tâches dans le réseau du système de santé, c'est d'outiller, c'est d'épauler les gens, les personnes pour les décisions qu'ils prennent dans le reste de l'année. Donc, une des pistes d'intervention, en fait, sur laquelle on va travailler dans les prochaines années, c'est la mise en place d'un programme de support à l'autosoin. On s'est inspirés d'un programme qui était déjà fait à l'Université Stanford, en Californie, qui a été adapté à l'Université McGill, qui s'appelle *Vivre en santé avec une maladie chronique*. C'est un programme qui est développé en soutien avec des professionnels du réseau mais qui est animé par des groupes de patients eux-mêmes qui vont donner à leurs pairs des conseils sur les habitudes de vie, comment est-ce qu'on peut résoudre les problèmes au quotidien, comment est-ce qu'on peut interagir de façon plus active avec le réseau de la santé, parce que supporter l'autosoin, ce n'est pas juste dire: Occupez-vous de vous-mêmes, sortez du réseau de la santé, mais dire comment est-ce que vous pouvez aussi tirer le meilleur parti puis devenir des partenaires plus actifs avec les professionnels de la santé.

L'interaction productive, c'est aussi une interaction au niveau collectif. Donc, il y a une importance, puis c'est là-dessus qu'on travaille aussi, à mobiliser le public dans l'amélioration des services de santé eux-mêmes. Donc, le projet qu'on a pour les prochains mois, c'est de mobiliser des représentants du public avec des professionnels et des gestionnaires dans l'élaboration de cibles d'amélioration pour les services de prévention et de gestion des maladies chroniques. Donc, l'idée, c'est de partir d'indicateurs de qualité, d'en choisir quelques-uns qui vont servir au niveau local à suivre l'amélioration des services de santé dans le temps. Vous voyez comme c'est joli, hein? Bon.

Donc, qu'est-ce qu'on a fait, c'est qu'on est en train en fait de développer un menu d'indicateurs de qualité, qui comprennent les indicateurs sur l'accessibilité, sur la continuité des soins, sur les services de prévention, de gestion des maladies chroniques, sur la qualité de l'interaction interpersonnelle entre les professionnels et les patients. On est allés chercher dans la littérature médicale, on travaille en

partenariat avec des équipes de recherche, on a consulté des experts. On a recensé au-dessus de 600 indicateurs pour... qu'on va mettre dans le tamis tranquillement, pour garder un menu d'une trentaine d'indicateurs qu'on va présenter à chacun des groupes dans chacun de nos six territoires de santé. On va présenter ce menu-là puis on va leur dire: Pour vous, pour votre territoire, quelles sont les priorités d'amélioration? Est-ce que c'est, pour vous, l'accès, par exemple, au médecin de famille? Est-ce que c'est la qualité, renforcer le travail interdisciplinaire au sein de vos équipes? Est-ce que c'est renforcer vos services de prévention? Donc, pas de façon rhétorique, mais comment est-ce que, si ça, ça s'améliorait dans le temps... comment est-ce qu'on pourrait le mesurer, donc choisir les indicateurs qu'on pourra suivre dans le temps, puis après ça qu'on va, nous, comme agence, supporter les centres de santé à suivre ces indicateurs-là puis à essayer de les améliorer.

On a intégré à ce projet-là une dimension de recherche où on va évaluer l'impact de faire participer le public au choix des indicateurs. On sait que la qualité, ce n'est pas la même chose quand vous êtes un patient que quand vous êtes un professionnel ou un gestionnaire. Donc, dans certains de nos centres de santé, des représentants du public, des patients atteints de maladie chronique vont s'asseoir autour de la table avec des professionnels gestionnaires pour identifier ces cibles d'amélioration là.

Avec ce projet-là, l'Abitibi-Témiscamingue demeure dans l'innovation, dans l'avant-garde. Il y a une revue de littérature qui a été menée l'année dernière par une équipe de chercheurs canadienne: ils n'ont trouvé aucune étude sur la participation du public dans le développement d'indicateurs de qualité. Donc, c'est une première au niveau international. On travaille avec une équipe de recherche des Pays-Bas, de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; notre projet est cofinancé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, puis on a l'espoir que ça va avoir des retombées positives sur le reste du Québec. On travaille aussi en partenariat avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, qui ont reçu du ministère de la Santé, la Direction de la première ligne, le mandat de développer des indicateurs de qualité en première ligne. Donc, on travaille conjointement avec ces gens-là pour que les retombées du projet aient un impact positif dans le reste du Québec.

En conclusion, les maladies chroniques, c'est un gros défi. C'est un gros défi pour l'Abitibi-Témiscamingue, c'est un gros défi pour le Québec, c'est un gros pays... un gros défi pour l'ensemble des pays développés mais aussi des pays en développement. Faire face aux maladies chroniques, c'est un appel à l'innovation. Il faut qu'on intègre l'innovation qui se fait au niveau local avec la connaissance qui se développe au niveau international, il faut avoir de la place, il faut avoir de... il faut supporter cette innovation-là. C'est aussi un appel à une plus grande intégration, dans notre système de santé, à l'intérieur du système, à l'intérieur des équipes mais aussi entre le système de santé puis le reste du réseau, le milieu de travail, le milieu communautaire, puis c'est aussi un appel à une plus grande participation des patients dans leur propre santé, mais aussi du public dans l'amélioration du système. Voilà. Merci beaucoup.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci, Dr Boivin. Moi, je peux vous dire que faire une présentation brève de ce type-là... bien je peux vous dire que ce n'est pas chose

simple, parce que, moi, j'ai vu trois, quatre présentations, puis juste un des trois items, là, c'est minimum une heure de présentation. Ça fait que, quand il a ramené ça, là, pour faire un 15 minutes, là, pour présenter l'ensemble de la gestion intégrée des maladies chroniques, là, je lève mon chapeau à Dr Boivin.

Donc, de cette présentation-là, nous trouvons important de retenir certains éléments. Depuis 2004-2005, la région a identifié ce dossier comme une priorité et a développé un modèle régional intégré de lutte aux maladies chroniques allant de la promotion et de la prévention jusqu'à la prise en charge des cas complexes. À la base, ce modèle s'appuie sur un programme d'autosoins essentiellement formé d'activités structurées d'éducation et d'entraide visant à rendre les gens plus autonomes face à de multiples conditions associées aux maladies chroniques, par exemple la douleur, le sommeil, l'activité physique, l'alimentation, les rapports sociaux, le stress, et bien d'autres. Par conséquent, le rôle du patient est fondamentalement modifié, puisqu'il participe activement à son plan de soins.

Avec le soutien d'une équipe interdirections de l'agence, les six CSSS de la région sont à implanter un modèle d'organisation de soins et de services. En 2008-2009, une équipe régionale composée d'un médecin, d'une chercheuse de l'Université de Montréal et de professionnels a évalué le niveau d'implantation du modèle à l'échelle locale. Des résultats préliminaires démontrent, entre autres, l'importance d'un accompagnement et d'un soutien par l'agence face à l'incontournable changement dans la gestion des maladies chroniques. Le constat est également fait que les maladies chroniques représentent un défi transversal qui exige de revoir l'organisation des services en privilégiant le travail interdisciplinaire. Le projet novateur de recherche sur la participation du public au développement des indicateurs de qualité permettra de réaliser deux objectifs essentiels. D'une part, il devrait nous donner le moyen de soutenir concrètement l'amélioration des services de prévention et de gestion des maladies chroniques et, d'autre part, il permettra d'évaluer l'impact de la participation du public dans le choix d'indicateurs de qualité.

Donc, en conclusion, c'est l'essentiel des orientations et des actions prioritaires du plan d'action de l'agence de la santé et des services sociaux. Par ces choix, l'agence a la conviction d'être en mesure de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie, le bien-être et la santé de sa population. Merci infiniment de votre écoute. Il nous fera plaisir de recevoir vos questions et vos commentaires.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme St-Amour, pour cette présentation qui a beaucoup de matière, beaucoup de choses très intéressantes, la présentation du Dr. Boivin. On va passer maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission, et exceptionnellement il y a... le député de Marie-Victorin veut lancer le bal cet après-midi. Alors, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. D'abord, sur votre situation financière, là je veux être bien sûr que je comprenne, là. Quand vous dites: «Au cours des sept dernières années, l'équilibre budgétaire a été respecté et aucune cible déficitaire n'a été autorisée par le MSSS», dans aucun des six CSSS? Enfin, ça n'existait pas, les CSSS, il y a sept ans de ça...

**Mme St-Amour (Lise):** Non, mais, moi, quand je parle de l'équilibre budgétaire, je parle de toute la région dans son ensemble, O.K.? J'ai les centres de réadaptation, j'ai six CSSS. C'est sûr qu'en 2002-2003 je n'avais pas de CSSS, mais j'avais quand même des établissements. Donc, quand je parle d'à partir de 2000-2003 à aujourd'hui, c'est l'ensemble des établissements de la région, autant avant, qui étaient CHSLD individuels ou CLSC.

**M. Drainville:** Oui, mais l'ensemble quand vous faites le solde ou est-ce que, pour chacun des établissements...

**Mme St-Amour (Lise):** Tout le monde est en équilibre.

**M. Drainville:** Tout le monde est en équilibre depuis sept ans?

**Mme St-Amour (Lise):** Tout le monde est en équilibre, oui. L'année passée, j'ai eu un établissement, en 2008-2009, le CSSS de Rouyn-Noranda, qui était en déficit. O.K.? Globalement, régionalement, c'est O.K., on est en équilibre budgétaire. Quand j'ai un établissement... ou quand il y a un établissement qui est en déficit, regardez, on n'attend pas trop longtemps, on voit, on analyse à toutes les périodes les résultats financiers. On est donc en mesure de voir vraiment la réalité des données et la projection des données au 31 mars de l'année qui s'en vient. Donc, on s'assoit avec l'établissement et on essaie de voir comment on est capables de trouver des solutions qui ne nuisent pas aux services à la population, qu'est-ce qu'on est capables de faire autrement puis arriver quand même en équilibre budgétaire. L'établissement était en déficit au 31 mars 2009, il est en équilibre budgétaire pour le 31 mars 2010. Donc, il a ciblé des mesures, il a corrigé certains éléments et il est en mesure maintenant d'arriver en équilibre budgétaire.

**M. Drainville:** Oui, mais, Mme St-Amour, là, c'est... vous faites paraître ça un petit peu trop facile. Aidez-nous un peu à comprendre, parce que, je veux dire, l'Abitibi-Témiscamingue, vous avez beau être extraordinaires, puis exceptionnels, puis avant-gardistes, et tout, là, vous avez quand même...

**Mme St-Amour (Lise):** Merci.

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

**Une voix:** On prend tout.

**M. Drainville:** ...vous avez quand même certaines des contraintes qu'on retrouve ailleurs au Québec, là. Vous n'êtes pas les premiers à venir nous dire que la population est vieillissante, qu'au niveau des saines habitudes de vie on a encore du travail à faire, qu'il y a encore des problèmes de... il y a des problèmes d'obésité. Les problèmes de suicide, dans certains cas, régressent un peu, mais ils sont encore très présents. Bon. Alors, il y a une... il faut que vous nous expliquiez comment vous avez pu installer... parce que, j'ai l'impression, après sept ans, ça devient quasiment une culture, là.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est une culture, c'est... Oui, effectivement.

## ● (14 h 40) ●

**M. Drainville:** La culture de l'équilibre budgétaire s'est installée dans votre région, et visiblement, dès qu'il y en a un qui commence à s'éloigner un petit peu, vous essayez de... vous réussissez jusqu'à maintenant à le ramener. Alors, il faut que vous nous expliquiez un peu comment vous avez réussi, puis là je... au-delà de la flagornerie, là, il faut apprendre un peu de ce que vous avez fait de bien pour essayer de le partager avec les autres, là.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, comme vous dites, là, M. Drainville, c'est... je pense que la culture d'équilibre budgétaire fait partie de la culture des gestionnaires de l'Abitibi-Témiscamingue. Moi, ce que je peux vous dire, parce que j'ai déjà été une gestionnaire qui était directement dans un établissement: C'est sûr et certain qu'on aime bien mieux travailler en se donnant une petite marge de manoeuvre puis en essayant d'équilibrer les différents secteurs d'activité, au lieu d'être à la merci de préparer un plan d'équilibre budgétaire puis de toujours être en rétroaction à quelque chose.

Moi, je peux vous dire, là, que l'établissement, je vous le mentionnais, à Rouyn-Noranda, de l'année passée, la personne... la direction générale, quand elle a vu vraiment que ça ne s'enlignait pas sur le bon bord, que ça s'en allait en déficit, tu sais, elle n'a pas attendu, la direction générale n'a pas attendu que la direction de l'agence lui dise: Aïe! c'est le temps de faire quelque chose. Regardez, les gens se prennent en main immédiatement, les analyses des résultats sont faites à toutes les périodes, c'est fait sérieusement, on se projette dans le temps, puis, quand on voit qu'il y a des choses qui sont en train de déraiper... C'est sûr que des fois ça arrive quand même, hein? Ça arrive des fois que les choses vont déraiper.

**M. Drainville:** Oui, oui, on a le droit à l'erreur, on a le droit à l'erreur.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, on essaie, dans la mesure du possible, d'apporter les correctifs immédiatement, donc c'est pour ça qu'on ne traîne pas des affaires de déficit à long terme puis de remboursement de déficit qui n'en finissent plus. Moi, je vous le dis, là: On est la seule région au Québec avec des surplus accumulés, parce que la gestion a été faite adéquatement. Puis ça, ça peut nous donner un petit coup de main, parce que, là, on sait que dans les prochaines années ça va peut-être être un petit peu plus difficile. Bien, peut-être qu'on va être capables de se soutenir avec ces surplus-là, également.

**M. Drainville:** Est-ce que vous les gardez, vos surplus?

**Mme St-Amour (Lise):** Les établissements gardent les surplus, effectivement, oui.

**M. Drainville:** Ils ne sont pas retournés au fonds consolidé?

**Mme St-Amour (Lise):** Non, parce que, bien ça fait partie de leur avoir propre. Ils ont le droit de faire un surplus de tant de pourcentage par année, c'est un maximum de 2 % de...

**M. Drainville:** 2 %, n'est-ce pas?

**Mme St-Amour (Lise):** 2 % de leur budget de fonctionnement, donc que les établissements restent à l'intérieur de ce 2 % là, mais, tu sais, c'est difficile d'avoir plus que 2 % de surplus aussi, là. Je pense que, quand on maintient notre surplus à... Moi, je pense que la barre, c'est zéro, puis, quand les gens sont à moins 100 000 \$, plus 100 000 \$, quant à moi, c'est de l'équilibre budgétaire.

**M. Drainville:** O.K., mais, à l'intérieur de ce 2 % là, les établissements donc peuvent garder leurs surplus, et le conseil d'administration, après une discussion avec l'agence, j'imagine, décide comment on pourrait investir cet argent-là?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, effectivement.

**M. Drainville:** Si on a des sous puis on a besoin d'acheter un nouveau scan, ou retaper l'urgence, ou retaper les chambres de bain d'un étage, ou...

**Mme St-Amour (Lise):** Ou investir de façon non récurrente dans la réorganisation de services, parce que souvent on manque d'argent pour faire de la transition, hein? On veut changer nos façons de faire, mais, pour le faire, on a besoin d'un petit peu de financement de transition; bien, les établissements discutent avec l'agence, nous proposent une solution, une proposition, puis on vérifie avec eux la faisabilité de tout ça.

**M. Drainville:** Mais, avec tout le respect, vous ne répondez pas vraiment à ma question, puis peut-être que vous êtes trop modeste pour y répondre, mais, quand vous devez... il faut nécessairement que vous fassiez quelque chose que les autres ne font pas, puisque vous arrivez à un résultat différent.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, quand on part, là, d'emblée, là, on parle d'à partir de 2002-2003. O.K.? On sait que, dans les années antérieures, il y a eu quand même... il y a eu des grosses compressions budgétaires, après ça il y a eu des réallocations budgétaires pour équilibrer les budgets de chacun des établissements. À partir de là, les établissements, là, ils ont décidé... ce n'est pas moi, Lise St-Amour, puis ce n'est pas personne, c'est les établissements qui ont décidé de gérer ça afin que ça se maintienne de cette façon-là.

Ça arrive des fois qu'il y a un petit dérapage, là. Cette année, c'est le CSSS de La Vallée-de-l'Or qui est, lui, en déficit. Là, avec l'établissement, je discute avec lui, on dit: O.K. C'est-u des éléments récurrents, non récurrents qui font que vous êtes en déficit? On les regarde un à un, les éléments, et on essaie de corriger, dans la mesure du possible, dans l'année qui vient ou dans l'année qui suit. Donc, c'est ça.

Puis, au niveau des cibles déficitaires, au niveau des cibles déficitaires, c'est sûr que notre région, on est, je pense, la seule région... ou il y a peut-être Bas-Saint-Laurent maintenant, qui n'ont pas de cible déficitaire. On n'en a jamais eu droit, à des cibles déficitaires.

**M. Drainville:** Vous voulez dire des déficits autorisés, là?

**Mme St-Amour (Lise):** Autorisés, c'est ça. On n'en a pas eu. Bien, notre cible, nous autres, c'est zéro, donc on travaille avec notre cible qui est zéro, puis je pense qu'on répond bien à la cible.

**M. Drainville:** O.K. Mais est-ce que les gestionnaires sont de quelque façon que ce soit incités à maintenir le cap? Est-ce qu'il y a... Parce que, moi, je...

**Mme St-Amour (Lise):** C'est embêtant, hein, quand on est en équilibre budgétaire?

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

**Mme St-Amour (Lise):** Mais on les suit de près, on les accompagne.

**M. Drainville:** Non, mais on cherche, on cherche. C'est parce que c'est là... on cherche la recette.

**Mme St-Amour (Lise):** Vous cherchez la recette.

**M. Drainville:** Bien oui, on cherche la recette. Moi, avec ma très modeste expérience comme porte-parole en santé depuis 2007, j'ai l'impression que parfois, en tout cas, dans le réseau, on ne récompense pas suffisamment la bonne gestion et on ne la reconnaît pas suffisamment. Je pense que dans certains cas... J'ai dit ça ce matin, je le redis devant vous: Je pense que dans certains cas nous aurions intérêt à mettre de l'avant les cas qui vont bien, les bons coups du réseau, parce qu'on n'entend parler que des histoires d'horreur, malheureusement. Et c'est un ancien journaliste qui vous le dit, mais je pense qu'on aurait... maintenant que je suis de l'autre côté de la barrière, je vous dirais qu'on aurait vraiment, comme réseau et comme société, intérêt à dire: Dans telle région, il s'est fait tel bon coup. Qu'est-ce qui s'est passé là qu'on ne pourrait pas essayer d'essaimer ailleurs, tu sais?

Et donc, à matin, je soumettais aux gens de la Côte-Nord qu'on devrait se donner des indicateurs de performance qui nous permettent de comparer du comparable, parce que je comprends que Rouyn puis Val-d'Or, ce n'est pas nécessairement la même chose que d'autres établissements de santé ailleurs au Québec, mais il y a moyen de comparer, à mon avis, du comparable à travers les régions du Québec. Il y en a. Les capitales régionales, par exemple, je pense qu'à un moment donné on peut finir par trouver du comparable là-dedans puis essayer de voir quels sont ceux qui performant le mieux dans tel domaine, quels sont ceux qui performant le mieux dans d'autres domaines puis, à travers un processus d'émulation, essayer d'aller chercher les bons coups, les meilleures pratiques puis essayer de les étendre aux autres. On ne peut pas, dans un contexte budgétaire difficile comme celui qu'on vit actuellement, ne pas chercher justement à identifier nos meilleures pratiques puis essayer de faire en sorte qu'elles se répandent aux autres.

C'est pour ça que votre truc sur la prévention puis sur les maladies chroniques, c'est quelque chose. On va en reparler tout à l'heure, mais j'espère que votre document, vous allez nous le déposer...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, absolument.

**M. Drainville:** ...puis que vous allez non seulement nous le déposer à nous, mais que vous allez le déposer également auprès d'autres agences et d'autres établissements de santé éventuellement.

Alors, c'est un long énoncé que je suis en train de faire là, mais on cherche tous, et là c'est au-delà des lignes partisanes, là, on cherche vraiment actuellement, comme

société, les gains de productivité puis d'efficacité puis les bonnes pratiques qui vont faire en sorte qu'on va en obtenir davantage pour le même investissement sans pour autant rendre les soins moins bons et moins humains. Tu sais, il ne faut pas toucher à ça, il faut préserver ce principe-là. Alors, c'est pour ça que, moi, je vous encourage à... Je ne sais pas si c'est possible pour vous de le faire, ce n'est peut-être pas à vous de le faire non plus, mais je pense qu'il y a... il faudrait trouver une réponse un peu plus précise à la question que je vous pose. Il doit... Il y a quelque chose, vous avez fait quelque chose que les autres n'ont pas fait encore. Ça, c'est sûr. Ça, c'est sûr.

**Mme St-Amour (Lise):** On les chicane. Non, non, ce n'est pas vrai.

**M. Drainville:** Non, non, ce n'est pas ça.

**Mme St-Amour (Lise):** Mais ce que je peux vous dire par contre, là, c'est sûr qu'on travaille en collaboration avec nos établissements. O.K.? Quand vous parlez de performance, bien nos établissements, nos CSSS les plus gros, comme c'est là, on a commencé à faire une analyse de la performance. On n'attend pas qu'ils soient en déficit pour faire l'analyse de performance, on fait une analyse de performance, une analyse comparative avec d'autres établissements similaires de la province, et on fait un comparatif puis on leur dit leurs zones... on donne aux établissements les zones déficitaires ou en surplus, en sur ou en sous-financement. Donc ça, c'est des éléments qu'on fournit à nos établissements. Je pense que ça, c'est quelque chose de bien intéressant.

Également, quand vous dites... vous disiez tantôt: Récompenser les établissements qui sont peut-être les plus performants, bien nous, on n'attend pas après personne. Le ministère nous donne, là, à tous les ans des argents au niveau du coût de système spécifique, puis le coût de système spécifique, chez nous, on le réserve essentiellement pour le volet santé physique, mission CH, parce qu'il n'y a pas vraiment d'argent de développement qui arrive dans ces secteurs-là.

**M. Drainville:** C'est quoi, le coût de système spécifique?

**Mme St-Amour (Lise):** Le coût de système spécifique, c'est de l'argent supplémentaire en lien avec l'augmentation plus rapide de certaines dépenses, comme les médicaments ou les fournitures médicales et chirurgicales.

Donc, nous autres, c'est sûr qu'on... bien on garde cette enveloppe-là et, à l'intérieur de cette enveloppe-là, on la répartit de trois façons, essentiellement de trois façons. La première façon, c'est vraiment de récompenser les établissements efficaces. Le ministère fait à tous les ans l'analyse de performance de nos établissements, et compare l'ensemble des CH un par rapport à l'autre, de toute la province, et il nous donne ces informations-là, à chacune des agences. Donc, je vous donne un exemple: le CSSS Les Eskers, de l'Abitibi — c'est le CSSS d'Amos — c'est, quant à moi, le premier ou le deuxième établissement le plus performant de la province de Québec, et ça, depuis toujours.

● (14 h 50) ●

**M. Drainville:** À quel chapitre? À quel chapitre?

**Mme St-Amour (Lise):** La mission CH, vraiment en centre hospitalier.

**M. Drainville:** Donc, la mission CH, c'est quoi? C'est les chirurgies?

**Mme St-Amour (Lise):** Mission CH, c'est... bien c'est tout le volet courte durée: l'urgence, les hospitalisations, les chirurgies d'un jour. Tous ces volets-là, vraiment la courte durée. O.K.? Donc, moi, à l'intérieur... bien, nous, à l'agence, à l'intérieur du budget du coût de système spécifique, on prend une enveloppe de x, je vous donne un exemple, 500 000 \$ à l'intérieur de l'enveloppe, et on donne cet argent-là aux établissements considérés performants, efficaces. Donc, on récompense.

**M. Drainville:** En vertu de critères qui vous viennent du ministère?

**Mme St-Amour (Lise):** En vertu des critères qu'on s'est donnés, parce que, moi, on donne un coût de système spécifique à ma région, un montant x que j'utilise à bon escient pour les établissements de ma région. Donc, on fait vraiment une répartition en fonction de l'efficacité et la performance des établissements. Ça, c'est un premier volet qu'on couvre à l'intérieur de ce montant-là.

Le deuxième: il y a quelques années, on a fait un dossier qui s'appelle l'équité intrarégionale. O.K.? On a vraiment vérifié, pour nos centres de santé, tout le volet équité intrarégionale, puis ça, pour pouvoir faire ça, bien... En fait, ce qu'on voulait faire en faisant cette équité-là, c'était de s'assurer que les établissements, CSSS donnaient ou recevaient ce qu'il fallait qu'ils reçoivent pour donner les services de base à leur population. Donc, il y a eu un gros travail de fait à l'intérieur de ça, et là on est arrivés à des résultats, et cette façon de faire là ou ce travail-là qui a été fait au niveau de l'équité intrarégionale, toutes les étapes de travail qu'on a faites, on l'a présenté à nos directions générales d'établissement pour qu'ils adhèrent au fur et à mesure à la méthode. Parce que c'est le fun dire oui, oui, oui au début, puis, quand tu arrives avec les résultats à la fin, les gens disent: Ah! Non, non, ça ne marche pas, cette affaire-là, on ne croit pas ça, ce n'est pas de même. Ça fait qu'on a fait valider nos étapes au fur et à mesure et on en est arrivé à un résultat x, avec des établissements considérés sous-financés pour les services de base et des établissements surfinancés.

Qu'est-ce qu'on a fait pour corriger la situation? C'est qu'on a pris des argentés à l'intérieur des marges de manoeuvre du coût de système spécifique et on a corrigé l'inéquité. On n'est pas allé chercher de l'argent dans les établissements considérés surfinancés, on a laissé nos établissements comme ça, mais on a ramené avec de l'argent neuf nos établissements considérés sous-financés à la même hauteur que les autres établissements. Ça fait que, d'emblée, quand je compare mes établissements, là, en services de base, je les compare tous sur le même pied.

**M. Drainville:** O.K. Puis il y avait un troisième point que vous vouliez...

**Mme St-Amour (Lise):** Le troisième point, bien je donne l'argent pour les médicaments, fournitures médicales et chirurgicales aux établissements de santé, aux CSSS. C'est les trois éléments sur lesquels... que j'utilise pour faire vraiment la répartition du coût de système spécifique. L'équité, actuellement, l'équité intrarégionale est réglée à 100 %.

**M. Drainville:** O.K. Là, il me reste cinq minutes, là, mais je veux revenir sur le point 1. Vous me dites d'une part: D'après moi, le CSSS Les Eskers — c'est comme ça que vous l'appellez? — ...

**Mme St-Amour (Lise):** Les Eskers, oui.

**M. Drainville:** ...bon, c'est peut-être un des plus, sinon le plus performant au Québec. Et, pour dire ça, vous vous basez sur des indicateurs, des résultats que vous recevez du ministère, donc..

**Mme St-Amour (Lise):** Du ministère, oui. Le ministère fait l'analyse de l'ensemble des établissements, volet CH, de toute la province, il fait ça à tous les ans.

**M. Drainville:** O.K. Ils sont publiés où, ces indicateurs-là?

**Mme St-Amour (Lise):** D'après moi, au ministère, ils ont toute l'information. Moi, je reçois toute l'information, mais il y a un comité...

**M. Drainville:** O.K., mais ça tient-u sur... c'est-u une brique de 300 pages ou est-ce que...

**Mme St-Amour (Lise):** Non. Bien, il n'y a pas 300 pages. Si je prends tout le volet, le volet d'équité intrarégionale...

**M. Drainville:** Non, prenons le volet CH.

**Mme St-Amour (Lise):** CH seulement? Ah! Non, non, vous avez un petit paquet de feuilles à peu près un quart de pouce d'épais, là, qui vous donne l'ensemble des établissements.

**M. Drainville:** Pour tout le Québec?

**Mme St-Amour (Lise):** Absolument, absolument. Parce que la méthodologie, c'est la même méthodologie utilisée depuis x nombre d'années. Ça fait que la...

**M. Drainville:** O.K. Puis il y en a...

**Mme St-Amour (Lise):** ...c'est sûr que, la première année, probablement qu'avec toute la description de la méthode c'était un petit peu plus long, mais aujourd'hui on entre les nouvelles données à partir des rapports financiers des établissements et on a l'information à tous les ans par rapport à ça.

**M. Drainville:** Puis il y en a combien, de volets comme ça qui font l'objet d'une évaluation panquébécoise?

**Mme St-Amour (Lise):** Il y a juste en santé physique qu'on fait ça.

**M. Drainville:** Il y a juste en CH.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Oui, parce que c'est le volet CH, en fait, qui est le plus difficile à évaluer.

**M. Drainville:** C'est-u un document secret, confidentiel, ça, ou ça circule librement dans le réseau?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, je ne pense pas. Non, non, le réseau a accès à ça. Chacune des directions générales d'établissement a accès à ce document-là, ça fait que c'est sûr que le document est disponible.

**M. Drainville:** Bien, ce serait bien qu'à un moment donné on sache ce qu'il y a dedans puis que les résultats soient publiés, qu'on le sache que Les Eskers sont si bons que ça, comme ça on va pouvoir se demander qu'est-ce qu'ils font de bon puis...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, Les Eskers sont excellents. Bien, c'est vrai qu'ils sont bons.

**M. Drainville:** Bon. Par ailleurs, vous me dites: On s'est donné nous-mêmes des indicateurs de performance... ou de résultat ou de qualité. Comment vous m'avez dit ça?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, c'est... le dossier d'équité, on s'est donné des indicateurs pour pouvoir faire une répartition d'équité intrarégionale, puis, au niveau de la performance, en fait ce n'est pas sorcier, la performance, on choisit des établissements dans toute la province qui sont similaires à nos établissements en région puis on fait un comparatif des différents centres d'activité. Donc, on prend, mettons, le meilleur...

**M. Drainville:** Avec le rapport du ministère.

**Mme St-Amour (Lise):** ...avec les rapports, là, les AS-471, les rapports financiers, et...

**M. Drainville:** Comment vous appelez ça?

**Mme St-Amour (Lise):** Un AS-471. C'est le rapport financier annuel, finalement.

**M. Drainville:** O.K. Continuez.

**Mme St-Amour (Lise):** J'ai déjà été directrice des finances, c'est pour ça que je parle comme ça.

**M. Drainville:** O.K. Continuez. Alors, oui, vous prenez le meilleur au Québec...

**Mme St-Amour (Lise):** Donc, on prend le meilleur au Québec, puis après ça on vient faire le comparatif avec l'établissement qu'on est en train d'évaluer. Donc, en regardant les différents centres d'activité... je vous donne la chirurgie, par contre, le centre d'activité de chirurgie, bien on est capables de voir si le centre d'activité de chirurgie dans l'hôpital X est performant par rapport à celui qui est le plus performant, puis à ce moment-là ça dégage un écart positif ou négatif. S'il est négatif, ça veut dire qu'il y a amélioration; s'il est positif, ça veut dire que c'est un bon écart, ils font les choses adéquatement par rapport au meilleur du Québec ou par rapport à...

**M. Drainville:** O.K. Mais, quand vient le temps de distribuer votre enveloppe coût de système spécifique...

**Mme St-Amour (Lise):** Ah! Mais, quand je fais là... Là, c'est parce qu'on mêle deux affaires, là. Quand je fais l'enveloppe du coût de système spécifique, là, je n'utilise pas

l'analyse de performance que je suis en train vous expliquer. Ça, c'est pour aider les établissements à voir où eux sont performants ou non performants par rapport à d'autres établissements du Québec. Quand je fais l'analyse de mon coût de système spécifique pour la distribution ou la répartition, j'utilise le document du ministère au niveau de l'efficience des CH, puis là c'est tout le ministère qui a fait les calculs, parce qu'eux autres ils rentrent les données financières à l'intérieur, puis c'est un gros paquet de calculs qui se fait, puis, nous autres, on reçoit juste les rapports.

**M. Drainville:** Puis ça, c'est une enveloppe... Donnez-moi une idée, là, coût de système spécifique.

**Mme St-Amour (Lise):** Ah! Pour chez nous, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, c'est à peu près 1,3 million. C'est bien intéressant.

**M. Drainville:** O.K. Puis là vous distribuez ça, à partir des résultats que vous recevez du ministère, aux meilleurs.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui c'est ça, aux meilleurs... bien, en fait, ceux qui sont en cible favorable.

**M. Drainville:** Oui, ceux qui sont au-dessus.

**Mme St-Amour (Lise):** Ceux qui sont efficaces, on donne de l'argent; ceux qui sont non efficaces, on n'en donne pas. Ça les encourage à maintenir leur efficience.

**M. Drainville:** Oui, c'est ça. Mais c'est parce qu'au Québec parfois, puis je ne porte pas de jugement de valeur là-dessus, mais parfois le réflexe est plutôt d'aller aider ceux qui sont en dessous de la moyenne et de ne pas justement récompenser ceux qui sont au-dessus de la moyenne, hein? On s'entend là-dessus, ça nous arrive parfois d'avoir ce réflexe-là.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est pour ça que je dis: C'est plus facile quand on gère un équilibre budgétaire puis qu'on travaille en fonction de l'efficience de nos établissements.

**M. Drainville:** O.K. Puis sentez-vous que ceux qui ne reçoivent pas leur part du 1,3... 1,3, vous avez dit?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Drainville:** Mais sentez-vous que ça les fouette puis qu'ils ont le goût de l'avoir l'année d'après?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Drainville:** Vous sentez qu'il y a une émulation qui est créée par ça?

**Mme St-Amour (Lise):** Absolument, absolument.

**M. Drainville:** Puis, 1,3...

**Mme St-Amour (Lise):** C'est sûr que ce n'est pas des gros montants, tu sais, j'ai six...

**M. Drainville:** Bien non, c'est ça que j'allais dire.

**Mme St-Amour (Lise):** ...j'ai six CSSS. À l'intérieur des six CSSS, j'en ai un qui ne fait pas partie de l'analyse parce qu'il est vraiment trop petit, donc il m'en reste cinq, il m'en reste cinq.

**M. Drainville:** Ça fait qu'ils se partagent 200 000 \$ chaque, genre.

**Mme St-Amour (Lise):** Ça fait qu'ils se partagent, admettons... Bien, j'y vais en fonction de l'efficience. Si je vous dis: Amos a... Je l'avais, l'année passée. Je vais vous donner une petite idée, je l'ai ici, pas loin. Regardez, Amos, l'année passée, était considéré efficient, pour 1 559 000 \$; Vallée-de-l'Or, pour 500 000 \$, Aurores-Boréales, pour 1,3 million; Lac-Témiscamingue, 556 000 \$; puis Rouyn-Noranda était inefficent, pour 620 000 \$. Donc, moi, quand je fais la distribution, j'enlève le 620 000 \$, parce que je ne lui donne rien, et je répartis, admettons, 500 000 \$ au prorata de l'efficience de ces établissements-là.

**M. Drainville:** Pourquoi 500 000 \$, vous m'avez dit 1,3 tout à l'heure?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, je vous dis 500 000 \$, c'est arbitraire, là. Ça peut être... ça dépend du montant, du montant que j'ai de disponible, là, pour faire la répartition.

**M. Drainville:** Fascinant, M. le Président, hein?

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, je sais, mais après vous allez vous plaindre que vos blocs qui restent sont trop courts.

**M. Drainville:** Oui. Non, non, je ne me plaindrai pas.

**Mme St-Amour (Lise):** Non, mais les finances, c'est tellement intéressant, quand même!

**M. Drainville:** Bien, écoutez, peut-être qu'il y a matière à question pour... de l'autre côté, là. C'est eux qui sont au gouvernement, j'ai hâte de bien voir comment ils vont enchaîner là-dessus. Mais, s'ils n'enchaînent pas là-dessus, fiez-vous sur moi, on va revenir là-dessus tout à l'heure.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

**M. Bernard:** Merci, M. le Président. Bonjour, Mme St-Amour.

**Mme St-Amour (Lise):** Bonjour.

● (15 heures) ●

**M. Bernard:** Salutations à tout le monde qui vous accompagne. Écoutez, je suis content d'être présent aujourd'hui, j'ai failli ne pas l'être, alors je voudrais remercier mes collègues de la commission qui me laissent l'opportunité de me joindre à eux, parce qu'ils font tous de l'excellent travail. Puis je vais faire ça brièvement pour qu'ils puissent revenir, parce qu'ils ont eu la chance de parler et de rencontrer les autres agences, donc ils ont plus d'éléments.

Mais, moi, je voudrais profiter de l'occasion, premièrement, pour saluer Mme St-Amour. La dernière fois qu'on s'était rencontrés ici, en commission, c'était Normand Leblanc qui était là à ce moment-là comme directeur; il est parti.

Peut-être qu'il nous écoute actuellement, je ne sais pas s'il garde toujours ses attaches. Mais je vais d'entrée de jeu remercier un peu sur les propos de M. Drainville, parce qu'effectivement je me rappelle, à l'époque, quand vous étiez venus, c'était en 2004 ou 2005, cette notion-là d'équilibre budgétaire, déjà à l'époque, faisait beaucoup sourciller les gens de la commission, parce qu'effectivement c'est quelque chose qu'on ne voit pas souvent dans l'ensemble du Québec, et, je pense, Mme St-Amour a très bien reflété cette culture-là qui est implantée.

Et, quand on regarde dans la région — moi, j'ai le privilège d'avoir trois centres de santé — il y en a six en région, trois sont dans mon comté, je rencontre régulièrement les directrices et les directeurs, dont Huguette Lemay, qui est une ancienne, entre autres, directrice des finances du centre de santé, Jacynthe puis Jean-Philippe Legault, et cette culture-là est vraiment là, est vraiment, vraiment là, est implantée. Et l'excellence, pour eux autres, va de soi, ce n'est même pas... ce n'est même pas un questionnement, c'est comment atteindre et faire mieux, parce qu'au final c'est la population qui en bénéficie. C'est clair que c'est la population, et on le voit, les gens sont dévoués, puis la région, à cet égard-là, je pense, fait beaucoup de choses et d'innovations. Ça, ça me rappelle, encore une fois, comme je disais, dans notre région aussi, quand on revient... notre région, il y a beaucoup de bilinguisme parce qu'il y a des anglophones dans la culture, dans l'historique de Rouyn-Noranda; il y a six communautés autochtones, dont quatre dans mon comté; ça, c'est sans tenir compte aussi des populations crie qui descendent du Nord et qui viennent se faire soigner en Abitibi-Témiscamingue. Et d'ailleurs je pense qu'à une certaine époque ils ne rentraient pas dans les... dans vos statistiques parce qu'ils venaient d'une autre région et créaient une certaine inéquité, si je me trompe...

**Mme St-Amour (Lise):** ...quand elle fait ses calculs au niveau de l'équité interrégionale, calcule une certaine mobilité, donc on n'est pas pénalisés à les inclure ou ne pas les inclure, parce que c'est vraiment calculé à l'intérieur.

**M. Bernard:** C'est calculé...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Bernard:** Puis après ça, là, il y a eu des modèles, on a parlé... Entre autres, les infirmières praticiennes, on n'en parle pas, mais c'est un sujet que c'est ta région qui a été avant-gardiste là-dedans.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Bernard:** Je regarde chez nous, au Témiscamingue, entre autres, pour améliorer, on parle le relais... la coop de santé à Ville-Marie, qui est une coop très particulière, que M. Bolduc a eu l'occasion de visiter d'ailleurs, et c'est un modèle qu'il a endossé. Donc, la région a beaucoup de défis, mais elle travaille très bien. Et l'autre particularité qu'on oublie souvent de mentionner, c'est qu'on n'a pas d'hôpital régional proprement dit.

La région, aussi, s'est dotée d'un système éclaté, ça veut dire que les spécialités sont réparties entre trois centres hospitaliers...

**Mme St-Amour (Lise):** Quatre.

**M. Bernard:** Quatre centres hospitaliers, actuellement.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Bernard:** Donc ça, le rôle de l'agence, à ce moment-là, devient grandement important. À l'époque, moi, je l'ai tout le temps défendu, quand certains ont déjà parlé d'abolir les agences ou les réseaux de santé, parce que ça permet de faire l'équilibre entre tous les établissements de la région et une répartition équitable, je vous dirais, des ressources à cet égard-là. Et la région, je pense, elle s'en tire bien, peut-être aussi parce que ce modèle-là n'est pas partout ailleurs au Québec. Ça, c'est une distinction; peut-être qu'on pourrait revenir, à cet égard-là, là-dessus.

Les problèmes... Les gros défis qu'on a, quand, moi, je regarde dans ma population, M. le Président, puis je... on en parle souvent avec les directeurs et aussi avec Mme St-Amour, c'est la mobilité... c'est l'accès aux soins, mais la mobilité, aussi, intrarégionale et extrarégionale, parce qu'on est conscients qu'on ne peut pas avoir des grandes spécialités. Par exemple, si on prend la cardiologie et autres, actuellement, entre autres... on a le volet de la radio-oncologie aussi, qui a fait les manchettes la semaine dernière. Donc, ce volet-là de support aux clients, à ceux qui doivent se déplacer, autant dans les grands centres ou dans d'autres régions du Québec, et des accompagnateurs, est un défi pour la région, et je pense aussi qu'au cours des prochaines années, futures, à venir, c'est ça qui va être l'ensemble du défi des régions.

Moi, j'ai toujours été favorable, par exemple, au centre hospitalier universitaire à Montréal, dans la perspective que les gens de la région, quand qu'ils vont y aller, aient le support adéquat pour aller faire... avoir accès à des soins de santé spécialisés, parce que ce sont des équipes spécialisées. On ne peut pas soutenir des équipes comme ça dans les régions, tout le monde en est conscient. Mais, pour le défi des régions — je regarde mon collègue des Îles ou Mme la députée de Matapédia qui est là — je pense, c'est le grand défi pour nos populations, c'est vraiment ça pour le futur, entre autres, avec des populations vieillissantes.

Les enjeux en santé publique — M. Lacombe est là — on est dans des régions, aussi, particulières au niveau... Par exemple, je prends Rouyn-Noranda, l'Abitibi-Témiscamingue, on parle d'une fonderie à Rouyn, la Santé publique est interpellée à tous les niveaux, tant dans le rural, au niveau de santé, d'eau potable, parce que ce n'est pas des systèmes d'aqueduc, et autres. À chaque année, vous faites des campagnes d'information auprès des populations pour justement éviter des problèmes, les inciter à faire analyser les eaux puis les puits. Donc, ça va de la base jusqu'à l'ensemble, même au niveau industriel. Et je pense qu'on me disait que le volet santé publique, entre autres, est une des grandes parts de l'agence à cet égard-là.

L'autre chose qu'il ne faut pas oublier non plus, c'est qu'avec l'éclatement du territoire — cinq MRC — tous nos organismes communautaires sont quintuplés. Quand on prend les centres d'hébergement pour femmes battues, et autres, on ne peut pas en avoir qu'une seule pour la région, on en a pour l'ensemble du territoire, ce qui fait que ça donne une pression aussi plus importante au niveau du financement des organismes, entre autres, sous votre égide, sous votre centre communautaire.

La grande, je pense, particularité de la région, c'est le partenariat, comme vous avez souligné, avec le public, tous les établissements, le secteur communautaire, les liens sont tissés étroits, et ça, je pense, ça aide beaucoup, entre autres, à donner les soins de qualité pour la région.

Moi, je suis fier du travail qu'ils font, je pense que c'est évident, mais je n'ai plus eu le plaisir de les côtoyer depuis que je suis député, depuis 2003. Il y a plusieurs que je connaissais avant le travail de 2003, mais j'ai découvert la qualité de notre réseau, et je tiens ici à le souligner. Maintenant, vous, par après, vous poserez les questions à savoir si mes propos sont exacts ou non; ça, je vous le laisse.

Mais, moi, je vais... simplement la seule question, je vais revenir là-dessus, s'il vous plaît, Mme St-Amour, c'est: Vous avez beaucoup parlé, quand vous avez été nommée, il y a deux ans et demi, bientôt trois ans maintenant...

**Mme St-Amour (Lise):** Trois ans demain.

**M. Bernard:** Demain, bon. Bien...

**Le Président (M. Kelley):** Bon anniversaire!

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

**M. Bernard:** Bon anniversaire, on va fêter ça ce soir!

Donc, dans vos propos, qu'est-ce que vous avez mentionné qui est important pour vous qui travaillez avec les gens, c'était l'accès aux services de santé puis l'amélioration constante aux services de santé. Ça fait maintenant trois ans que vous êtes en poste, c'est la première fois qu'on se rencontre à cet égard-là, alors j'aimerais ça vous entendre sur votre objectif que vous vous étiez fixé, et où est-ce qu'on en est. D'où qu'on est partis, où est-ce qu'on en est maintenant.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Mme St-Amour.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci, M. Bernard, M. Kelley. En fait, avant, peut-être, de donner des exemples, là, par rapport à où on est rendus par rapport à l'accessibilité, bien c'est certain que, moi, j'aimerais remercier quand même les établissements du réseau, les organismes communautaires. Tu sais, je ne fais pas ça toute seule, hein? Quand on enligne quelque chose dans la région, bien je pense que c'est l'ensemble des établissements qui adhèrent puis qui participent à essayer d'améliorer l'accessibilité. Également, bien le support ou le soutien de l'équipe de l'agence, ce n'est pas peu dire non plus, parce que je pense que, quand on a des organisations dans le besoin, qui nécessitent d'avoir du support, bien je pense qu'on est là, à l'agence, pour donner ce coup de main là. On est là pour ça, de toute façon.

Des exemples. Bon, en fait, en termes d'hospitalisation. Tantôt, dans mon allocution, je mentionnais qu'on est en équilibre budgétaire. On en a parlé quand même suffisamment, mais on est en équilibre budgétaire; mais on a une autosuffisance régionale, en hospitalisation, de 87,4 %. Ça, ce n'est pas peu dire, parce qu'on est quand même une région éloignée, ce n'est pas simple. Tu sais, on est à 400 km... 400 milles de Montréal. Donc, ce n'est pas simple de pouvoir donner des services de ce type-là. Puis qu'on garde le plus possible de personnes chez nous, qu'on les opère chez nous, qu'on s'en occupe chez nous, je pense qu'à 87,4 %... je pense que c'est quand même très, très bon. Mais, pour faire ça, là, c'est sûr qu'on a besoin de docteurs, hein? On a été chanceux, aussi, dans l'allocution... On a été chanceux — on a peut-être travaillé fort là-dessus. Le recrutement médical, ça ne se fait pas tout seul, c'est certain. Tantôt, j'ai donné les

statistiques par rapport à 2002-2003, mais, au niveau des omnipraticiens dans notre région, depuis 2006, on a augmenté... on est passé de 76 % de notre taux d'atteinte du PREM, qui est le Plan régional d'effectifs médicaux, à 86,8 %. Ça veut dire que j'ai augmenté de 10 % dans seulement trois ans, c'est excellent. Donc, on est passé de 161 à 178 omnipraticiens. Les médecins spécialistes, c'est un petit peu plus difficile; on est passé quand même de 117 en 2006 à 123 en 2009. Le recrutement se poursuit de façon très active.

Pour notre main-d'oeuvre, là, c'est sûr que l'accessibilité, ça ne se fait pas tout seul non plus, hein? On a nos médecins, on a du bon recrutement médical, mais, notre main-d'oeuvre aussi, on en a besoin. On parle depuis... depuis plusieurs... plusieurs jours, hein, j'ai écouté un petit peu les propos de la commission depuis le début de la semaine, c'est certain que la pénurie de main-d'oeuvre, c'est quelque chose qui est très important. Dans notre région, on a aussi élaboré une stratégie régionale de main-d'oeuvre. Cette stratégie-là, elle comporte quatre volets. Tantôt, M. Mongeau pourra vous en parler un petit peu plus.

● (15 h 10) ●

Au niveau... les volets... c'est la question des ressources humaines. La gestion des ressources humaines, ça touche le recrutement, ça touche l'attraction, ça touche la rétention du personnel, l'organisation du travail, le plan d'assistance mutuelle, et devenir un employeur de choix dans une région de choix. Je pense qu'il faut toujours vendre un petit peu notre région puis essayer de s'assurer que les gens adhèrent vraiment à ça. Cette stratégie-là de main-d'oeuvre, dont la totalité des établissements adhèrent, bien ça, ça devrait nous permettre de mieux gérer nos ressources humaines puis de les retenir dans nos établissements. On a fait ça vraiment en collaboration avec l'ensemble de nos partenaires, comme je mentionnais tantôt: les syndicats, l'équipe médicale, les directions des établissements, etc. Donc, ça aussi, je pense que c'est un autre élément. Quand on parle d'accessibilité, bien, quand on a le personnel pour donner les services, bien... les soins et les services, bien ça nous permet de garder notre accessibilité, chez nous.

Tout le volet de la gestion des maladies chroniques, dont Dr Boivin a présenté tantôt, ça aussi, c'est la même chose, hein? Le travail est fait... c'est très fort, des équipes interdisciplinaires qui sont déployées sur les différents territoires, dans les différents centres; ça aussi, ça amène des résultats. Puis je peux vous donner juste un exemple, là. Bien, je suis tombée un petit peu en bas de ma chaise quand j'ai vu les résultats, parce que je pensais que les résultats étaient bons; mais, bons comme ça, je ne le pensais pas. En 2006-2007, on avait 163 216 visites à l'urgence, pour toute la région. En 2008-2009, on en avait 152 602.

Comprenez-vous que c'est 10 000 visites de moins, ça? 10 000 visites de moins, ça veut dire qu'on s'est pris en charge puis qu'on donne les services autrement, parce qu'on a plus de docteurs, parce qu'on gère mieux nos maladies chroniques. Comprenez-vous que c'est tout un effet d'intégration, je pense, de services puis de qualité de services qui donne ces résultats-là?

La liste d'attente en chirurgie. Bien, tu sais, on est comme les autres régions, on est entré dans le programme d'accès à la chirurgie. Le ministre nous avait donné des objectifs de réduire nos listes d'attente et de maintenir un six mois et moins pour tous types de chirurgies; on entre également à l'intérieur de ces résultats-là.

Ce qui nous permet également d'améliorer notre recrutement, on a... J'ai mentionné aussi le fait d'avoir trois UMF, trois unités de médecine familiale dans notre région nous permet de faire plus de recrutement. Je vais juste vous donner un exemple. La première UMF qu'on a eue chez nous, c'est la... l'UMF d'Amos-La Sarre; bien, on a un taux de rétention de ces résidents-là, médecins, à 100%. 15 médecins formés, 15 médecins qui sont demeurés sur place, dans la région. C'est excellent.

On sait aussi que la venue des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne devrait aussi nous donner un sacré bon coup de main. Là, je projette par en avant, parce que je pense que, ça aussi, ça va nous aider à améliorer l'accessibilité. Puis on sait aussi que l'Abitibi-Témiscamingue est un petit peu pionnière à l'intérieur de ce développement, de cette nouvelle profession là. Donc ça, ça va permettre une accessibilité accrue puis une meilleure prise en charge de notre clientèle. On devrait installer — je dis installer entre guillemets — nos infirmières praticiennes en GMF, ce qui va dégager aussi du temps-docteurs pour plus de prises en charge et de rencontres.

Finalement, tantôt, M. Bernard a mentionné, quand on a parlé un petit peu de radio-oncologie dans notre région, on n'a pas de radiothérapie, on n'a pas de centre de radiothérapie dans notre région. Ce n'est pas parce qu'on ne travaille pas là-dessus, on travaille sur ce dossier-là pour essayer d'emmener ce service-là également dans notre région afin que notre population puisse bénéficier du service à proximité. Mais, en attendant, on a quand même décidé d'offrir un service supplémentaire à notre région qui a à se déplacer vers l'Outaouais. Donc, on est en projet pilote, pour un an, d'installer une navette bien confortable où les gens qui ont à se déplacer vers l'Outaouais à toutes les semaines pour recevoir des services avec leurs accompagnateurs, bien, qu'ils ne se cassent pas la tête, il y a quelqu'un qui vient les chercher à deux endroits dans la région, à Rouyn-Noranda et à Val-d'Or. On les amène en Outaouais, ils passent la semaine là, leur traitement; le vendredi, on les ramène dans la région. Donc, c'est un petit peu moins pénalisant de ne pas avoir le service directement, parce que les gens, bien ils ne sont pas isolés directement dans une région qui n'est pas la leur et qu'ils ne sont pas avec leurs familles. Donc, c'est certains exemples, je pense, là, qui démontrent un petit peu l'amélioration de l'accessibilité dans notre région.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Bernard:** Oui. Bien, merci. Vous avez parlé des PREM, entre autres, puis je voudrais juste rappeler, quand j'étais là, en 2003, entre autres, au Témiscamingue, on vivait une crise permanente de manque de médecins, qu'il fallait faire affaire avec des dépanneurs, et autres. Et, en l'espace de trois ans, le travail des gens, le tout s'est résorbé au bénéfice... aussi des médecins, parce que plusieurs ont vécu des périodes difficiles de santé parce que le stress était incroyable, l'énorme travail qu'ils ont fait là-dessus.

Puis l'autre volet qui est important, qu'on parle, souvent, le partenariat, c'est la valorisation de la région. Ça, qui était... en 2003, entre autres, je vous donne un exemple: le Centre hospitalier de Rouyn-Noranda n'avait pas une très bonne réputation pendant une certaine époque, et même les jeunes, quand ils allaient faire du recrutement, ne voulaient rien entendre parler du centre de Rouyn-Noranda. Et maintenant, après quelques années, c'est inversé, Rouyn,

maintenant, est une place — ou l'Abitibi, même — une place de choix. Les jeunes... Quand les gens vont faire du recrutement, les jeunes s'informent de qu'est-ce qui se passe en Abitibi-Témiscamingue. Donc, pour vaincre ça, ce n'est pas rien qu'un travail de... de l'agence ou des établissements, c'est vraiment la population qui se prend en place pour améliorer la qualité de vie dans la population. Et au final, bien, comme on disait dans vos articles, on est une région, entre autres, que les jeunes reviennent le plus au Québec. Puis, la région, depuis 2003, au niveau populationnel, on aura atteint l'équilibre, à peu près, de moins de 1 % d'exode extrarégional. Donc, c'est vraiment un succès global, et les soins de santé demeurent aussi parmi les critères que les gens vont rechercher pour aller s'installer dans les régions. Donc, c'est une roue qui fait que tout le monde s'aide, là-dedans, pour avoir des améliorations.

Un des points, par exemple, de recrutement: vous avez une culture, comme vous disiez, entre autres au niveau du financement, d'équilibre budgétaire. Ça veut dire que les nouveaux cadres qui s'en viennent, et autres, doivent rentrer dans cette culture-là quand ils viennent de l'extérieur. Et vous avez quelqu'un de nouveau, je pense, depuis que vous êtes en poste. Mais la relève des cadres, comment allez-vous la vivre au cours des prochaines années? Parce que je regarde, par exemple, simplement au Centre de santé de Rouyn-Noranda, quand est venu le temps de remplacer M. Sanesac, ça n'a été quand même pas facile et évident, et combler les postes. Puis, comme vous dites, c'est une culture, et, à ce moment-là, si vous voulez perdurer, comment allez-vous vivre cette pénurie de cadres là pour maintenir la qualité que vous avez?

**Mme St-Amour (Lise):** En fait, c'est certain que c'est toujours problématique, le défi de la main-d'oeuvre, autant du personnel régulier professionnel de soutien que les cadres intermédiaires, cadres supérieurs et même directions générales, ce n'est pas simple. Le ministère, par rapport au dossier de directions générales, a instauré un programme de relève de directions générales, de directeurs généraux. Donc là, il y a quelque chose qui est mis en place pour inciter les gens à s'inscrire dans un programme; c'est un programme de formation, de mentorat, etc. Donc, pour ce volet-là de directions générales, c'est le ministère qui a développé quelque chose.

Par rapport aux cadres dans notre région, bien là, ça, ça fait aussi partie de notre stratégie régionale de main-d'oeuvre. Je pense que ça, c'est un élément très important. Je laisserais peut-être, au niveau de la stratégie régionale de main-d'oeuvre, M. Normand Mongeau, qui est directeur des ressources humaines à notre agence, vous entretenir un petit peu plus... de façon plus détaillée.

**Le Président (M. Kelley):** M. Mongeau.

**M. Mongeau (Normand):** Pour répondre à votre question concernant la relève des cadres, on a entamé, depuis septembre dernier, une troisième cohorte au niveau de la relève de... de la préparation à la relève des cadres. Donc, la première cohorte, on a réussi à atteindre 12 finissants, puis il y a sept établissements qui avaient participé à cette première cohorte là. La deuxième cohorte, qui a débuté à l'automne 2006, on a rejoint, encore là, huit établissements sur 11. Et la dernière cohorte, qui a débuté en septembre dernier, une quarantaine d'individus se sont inscrits pour commencer une nouvelle cohorte.

Donc, déjà là, depuis à peu près neuf ans, on installe une culture de relève puis de rejoindre nos gens pour être en mesure de préparer notre relève, et c'est en collaboration avec l'Université du Québec de l'Abitibi-Témiscamingue que tout s'est fait. Donc, on a monté un microprogramme pour la relève des cadres, en collaboration avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, et on s'ajuste à chaque cohorte pour atteindre nos objectifs.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, merci beaucoup. On va maintenant passer la parole à Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, d'abord, je veux vous saluer, vous dire qu'on est bien contents de vous recevoir et qu'avec mes collègues j'imagine qu'on ressent l'énergie qui émane de vous, là, comme gestionnaires et comme passionnés de votre région, je dirais, et surtout passionnés d'essayer de trouver des éléments nouveaux de gestion à travers toutes ces années difficiles qu'on a passées.

Moi qui ai 15 années de vie parlementaire dans le corps, j'ai un petit peu tout vu, hein, j'ai vu plusieurs ministres de la Santé passer — et des Services sociaux; puis je me souviens aussi qu'avec mes établissements, le centre de santé du CLSC, anciennement, de La Mitis et de la Vallée, souvent on récompensait l'inefficacité. Dans ma région, on a huit MRC, puis on avait huit CLSC puis qui se sont transformés en CSSS, et je me souviens, comme dans les dernières années, ou même quand on était au pouvoir, on disait: Vous n'aurez pas de projet d'immobilisation si vous n'êtes pas en équilibre budgétaire, hein, vous savez? Et mes établissements, souvent de peine et de misère, arrivaient à l'équilibre budgétaire, puis ils voyaient passer des passe-droits dans d'autres MRC, dans d'autres... et eux avaient fait les efforts nécessaires, avaient souffert, souffert pour atteindre l'équilibre budgétaire, et ils disaient: Voyons, c'est comme pas juste!

● (15 h 20) ●

Et, vous, envers et contre tout, depuis plusieurs années, ce que je constate, c'est que, vous, vous avez développé une culture d'équilibre budgétaire. Puis il y a longtemps, hein, quand il restait de l'argent, on disait: On va envoyer ça au fonds consolidé. Les gens dépensaient allègrement, hein? On va le mettre entre guillemets. Mais il y en a qui dépensaient allègrement. Alors, à travers les nombreuses années qu'on vient de traverser, dans le réseau de la santé et des services sociaux, je dirais qu'il y a encore des pratiques qui perdurent, qui sont questionnables des fois.

Et, bon, quand je regarde mon collègue des Îles, il a été capable de nous expliquer pourquoi, aux Îles, quand on a reçu les gens de la Gaspésie, ensuite mon collègue, qui a été gestionnaire de la santé, disait: Bien, nous, on a eu les médicaments, hein, ils ont expliqué... les médicaments, par exemple, en cancérologie, de l'huile à chauffage, qui est particulier aux Îles, certains éléments qui, dû à la spécificité d'une région, vont aller expliquer le budget, expliquer pourquoi les choses sont ainsi.

Mais vous nous sidérez en quelque part, parce que vous... on dirait que c'est comme normal chez vous, vous l'avez vraiment adopté comme pratique. Et ce qui est intéressant, c'est qu'en quelque part vous dites: Quand on dégage... Mettons, vous constatez l'équilibre budgétaire ou non de vos établissements, vous dites: Ah! lui, cet établissement-là, ça s'explique, ou pas. Vous allez récompenser l'efficacité et ne pas trop toucher à l'inefficacité si elle peut s'expliquer. Je me comprends... Vous, vous me comprenez?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**Mme Doyer:** Alors, moi, je trouve que c'est rare et c'est rafraîchissant d'entendre ça cette semaine. Moi, ça m'a fait du bien. Puis je me demande comment ça se fait... comment ça se fait, en quelque part, que ces succès que vous avez en Abitibi-Témiscamingue, on ne les connaît pas tant que ça? On les... on n'en entend pas parler, puis des exemples, hein...

**Mme St-Amour (Lise):** On est discrets.

**Mme Doyer:** Bien, vous êtes...

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

**Mme Doyer:** ...vous êtes... vous êtes trop discrets.

**Mme St-Amour (Lise):** On est modestes.

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

**Mme Doyer:** Oui. Alors, moi, je veux, M. le Président... D'abord, je vous félicite, puis continuez comme ça.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci.

**Mme Doyer:** Puis, vous savez, ces régions-là comme... Nous, on est loin de vous, hein? La Gaspésie, l'Est-du-Québec, on se sent des régions soeurs et frères, avec des problématiques à ne plus finir. La Côte-Nord, hier, qui était ici, hein? Des communautés autochtones, le Nunavik, ça a été extrêmement, aussi, rafraîchissant de les rencontrer. Ils ont une multitude de problèmes puis ils sont bien campés sur leurs deux pattes et bien décidés à aller chercher des solutions innovantes aussi.

Alors, cet exercice, M. le Président, aura au moins servi à ça. Les six régions qu'on a reçues cette semaine, les six agences de la santé et des services sociaux vont nous avoir donné, je dirais, comme parlementaires, davantage de perspectives et ajouté à notre réflexion qu'on est obligés de faire, là. Bien, on n'est pas au pouvoir, nous, mais on espère... on y aspire, mais on peut...

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

**Mme Doyer:** ...on peut tout au moins essayer d'influencer nos collègues de l'autre parti, hein, pour aller chercher des solutions, et, je vous dirais, dans une optique de construction de ce Québec-là qu'on aime, de faire les bonnes choses pour toujours... la cible, parce qu'à travers tous ces documents-là... là, je me... je suis partie pour un discours...

**Une voix:** Oui, oui, oui!

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

**Mme Doyer:** ...et j'ai décidé, je le fais, mon discours. C'est qu'à travers... à travers toutes ces cibles, hein... Parce que c'est... M. le Président, des indicateurs, des cibles, tout ça, c'est quoi qu'il y a à côté, là? Des chiffres, c'est du monde. C'est du monde qui vivent des problèmes de santé physique. M. Boivin, qui a été très rafraîchissant avec sa... hein, les problèmes de maladies chroniques, le diabète qui

touche beaucoup les communautés autochtones, des... des... Vous avez une région forestière, moi aussi. On a été très touchés par des problèmes, dans les dernières années, de développement socioéconomique, on ne savait plus trop quoi faire. Là, vous avez un petit peu de souffle avec le secteur minier, mais, voyez-vous, on a une parenté au niveau des problématiques, mais ce qui nous rejoint, c'est de dire que ce monde-là, là, en santé mentale, ou les enfants qui ont des problèmes, ou les grossesses qu'on ne veut pas trop jeune pour nos jeunes filles, la scolarisation qu'on veut qu'elles poursuivent, vous voyez, et toujours d'aller chercher des bonnes ressources... Les pénuries... Moi, j'ai vécu, M. le Président, zéro chirurgien au plan d'effectif: j'en avais deux. Zéro chirurgien. On n'avait pas de chirurgien, on avait un anesthésiste. On avait un anesthésiste, on n'avait pas de chirurgien. Pendant deux ans, on a monitoré, je vais le dire comme ça, avec mon directeur Gilles Tremblay, puis on a fait en sorte... on s'appelait quasiment tous les jours puis on était en urgence avec les ministres. Ça a été M. Rochon, ensuite M. Couillard, puis on était tout le temps en alerte. Et on les payait, les itinérants: 1 000 \$ par jour. 1 000 \$ par jour puis il fallait leur organiser des séjours de pêche au saumon. C'est-u pas pire? Bon. Heureusement, on avait Glen Emma qui pouvait les contenter. C'est, hein, une bonne fosse à saumon pour, bon... Alors, voyez-vous, vous êtes pris aussi avec ça: des beaux forfaits de golf, des voyages de saumon. Là, M. le Président, je déborde, mais c'est ça. C'est avec ça qu'on vit, nous, les parlementaires, c'est avec ça qu'on vit dans les régions.

Alors, je reviens à ça, M. le Président. Je vais vous déposer, par le biais de la présidence et de notre très efficace secrétaire, une liste de questions, puis vous tenterez... je suis sûre, costauds comme vous êtes, que vous allez répondre à ça assez facilement. Et je veux y aller, là, maintenant dans les choses... en santé mentale, parce qu'en santé mentale il y a des choses à ramener.

Là, tantôt, je parlais des cibles. Comment, au niveau des services d'urgence en santé mentale, vous avez réussi à diminuer... Diminution du temps de séjour moyen sur civière à l'urgence et du pourcentage de séjours de 48 heures. Parce que vous avez six CSSS, hein?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**Mme Doyer:** Puis, comment vous réussissez à répondre, avec vos établissements, aux problématiques de santé mentale, là? Parce que c'est des cibles... Je regarde, laissez-moi... L'indicateur ne permet pas d'avoir un portrait de la situation, en santé mentale, pour les services de crise et d'intégration dans la communauté. Comment procédez-vous lorsque des patients ont besoin de services, de suivi intensif? Combien de patients sont dans cette situation actuellement? Avez-vous des données des dernières années? L'offre de services de suivi intensif serait motivée par combien de patients? Quel type de suivi — cette question-là m'apparaît aussi importante: Quel type de suivi est fait auprès de l'organisme chargé du service, dans un territoire de CSSS, pour des problématiques, bien sûr, de santé mentale assez sérieuses?

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Au niveau de la santé mentale, au niveau des différents indicateurs, on voit quand même qu'il y a une amélioration, dans le temps, dans l'évolution des différentes données. Je pense que les services sont donnés à nos établissements. Il y a un élément ou un

indicateur qui ne répond pas vraiment ou qui ne donne pas vraiment, entre guillemets, toute la vérité parce que... c'est justement le nombre de places en soutien en intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus. Parce que les données qui sont inscrites à l'intérieur de ça, c'est compilé à l'intérieur des données des CSSS.

**Mme Doyer:** ...O.K.

**Mme St-Amour (Lise):** On a un établissement à Rouyn-Noranda, justement, le CSSS de Rouyn-Noranda, qui fait affaire ou qui a une entente de service avec un organisme qui s'appelle Le Pont et qui gère vraiment tout ce volet-là d'intensité variable...

**Mme Doyer:** Mais c'est ça qu'on avait de la mise à voir, hein, à cause de vos six CSSS.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est ça, les six CSSS. Et effectivement le fait de l'utiliser ou d'avoir recours à nos organismes communautaires ne nous aide pas vraiment à donner vraiment le vrai portrait, quand on regarde vraiment les indicateurs du ministère.

Dans notre région, O.K., au niveau de l'urgence — vous avez parlé de l'urgence — nos résultats à l'urgence pour notre région, c'est quand même aussi très favorable ou très... très bon, si on compare avec la moyenne du Québec.

Par contre, nos données sont... moi, en tout cas, personnellement, quand je les regarde, je dois être un petit peu... un petit peu sévère quand je regarde les données, parce que là je me dis, tu sais, c'est des données qui ne devraient pas exister en santé mentale, dans une urgence, sur une civière; ça ne devrait pas exister. Mais, dans notre région, quand on regarde la compilation qui en est faite, il y a un établissement qui était problématique à ce niveau-là, c'est le CSSS de La Vallée-de-l'Or. Et actuellement il y avait des problématiques, mais pas juste pour le volet santé mentale, il y avait des problématiques pour l'ensemble des clientèles dans le temps.

Cette année... Bien, depuis l'année passée, avec la nouvelle direction générale permanente, bien c'est sûr que là il y a eu une prise en charge vraiment de cette problématique-là: on a installé vraiment un plan d'action pour s'assurer que les gens ne demeurent pas sur civière, qu'on évalue rapidement les gens, qu'on les oriente vraiment au bon endroit. S'ils doivent aller en courte durée, ils sont installés en courte durée; s'ils doivent aller en hébergement, on essaie d'enligner notre... le personnel ou les... pas notre personnel, mais les usagers au bon endroit. Donc, le fait de s'être donné vraiment un plan d'action en lien avec les problématiques de l'urgence, bien, permet finalement de donner des résultats quand même positifs.

Là, en santé mentale, au niveau du CLSC, naturellement, parce que là on sait qu'il y a eu des argents de développement qui ont été donnés dans les dernières années, dans notre région, on a aussi investi dans le volet santé mentale. En CLSC, en fait on parlait peut-être d'un petit peu plus loin, dépendamment de l'établissement où on se situait, parce qu'on était à revoir vraiment la hiérarchisation des différents services entre la première ligne et la deuxième ligne. On est toujours en processus actuellement. Ce n'est pas toujours simple, parce que c'est des petits établissements, c'est donc des petites équipes. Donc, c'est plus difficile finalement à monitorer ou à donner des résultats qui sont quand même tangibles et favorables.

**Mme Doyer:** Merci, madame... Et là je vais nous inviter à être succincts parce que j'ai tellement de questions.

**Mme St-Amour (Lise):** Ah! O.K. Parfait.

**Mme Doyer:** Je vais y aller tout de suite sur le jeu pathologique, hein? C'est la journée pour faire ça, d'ailleurs, avec l'annonce de M. Bachand et de Loto-Québec...

**Mme St-Amour (Lise):** O.K.

● (15 h 30) ●

**Mme Doyer:** ...M. le ministre et de Loto-Québec. Et, dans les documents qu'on a au niveau du jeu pathologique, Val-d'Or est considérée comme l'une des sept villes du Québec la plus... les plus à risque que sa population développe des problèmes de jeu pathologique, en raison du nombre élevé d'appareils de loterie vidéo sur son territoire. Et vous avez un projet pilote, hein, je crois?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, à Val-d'Or.

**Mme Doyer:** Est-ce que vous pourriez nous dresser un bilan de ces résultats? Puis, ce projet pilote a-t-il un lien... Justement, ça a sûrement un lien, pour que vous ayez développé un projet pilote. Et comment vous trouvez ça? Puis, on a souvent, je dois vous le dire, et je l'ai dit à presque toutes les agences, on a de la misère avec... même les agences, là, quand on les questionne, on a de la misère à voir la situation réelle au niveau des dépendances, hein, que ce soit en toxicomanie ou au jeu, etc. Et souvent les gens vont jouer à l'extérieur de leur région, c'est encore... on n'espionne pas les gens, et d'où mon inquiétude, d'ailleurs, pour le jeu en ligne, là. Ça, bon, c'est un autre débat, là.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est... Oui, effectivement.

**Mme Doyer:** On s'en reparlera dans trois ans, voir qu'est-ce que ça a donné, combien de jeunes ont été ruinés avec ça. On le verra plus tard. Mais comment ça se passe chez vous au niveau des jeux, des dépendances, Val-d'Or qui est ciblée avec un projet pilote?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, Mme Desgagné, qui est la directrice de l'organisation des services, serait en mesure de vous répondre par rapport aux dépendances.

**Mme Desgagné (Nicole):** Alors, effectivement, du côté de La Vallée-de-l'Or, c'est un endroit où il y a beaucoup de jeu, de machines vidéo, là, d'appareils de loterie vidéo. On a une proportion de 6,6 pour 1 000 habitants. Par rapport au Québec, là, c'est énorme, c'est trois fois plus. Ça fait que c'est une réalité, bon, sur laquelle on n'a pas grand pouvoir. On peut faire de la sensibilisation au niveau de Villes en santé, etc., mais, dans la vraie vie, il y a des gens qui en profitent financièrement, il y a des bars, et tout ça.

Alors, on a pris ça, la première année, du côté de la sensibilisation des... ça fait que la première année du projet a été de rencontrer des gens et de sensibiliser les propriétaires et les travailleurs des bars, essayer de sensibiliser les intervenants aussi à cette problématique-là, les étudiants. Alors, on a fait des rencontres des étudiants en travail social, des étudiants, parce qu'on a encore, dans notre société, la manie de banaliser cette problématique-là qui a des impacts sur... on le sait, hein, sur la famille, et tout ça. Donc, la première année,

ça a été comme de travailler, observer ce qui se passe, sensibiliser les gens, leur donner des outils, donner quoi faire aussi, parce qu'on peut... pour que ces gens-là soient à l'affût lorsqu'ils ont des joueurs qui deviennent désorganisés ou qui sont inquiets, ou ils ont des inquiétudes, où on peut appeler, et tout ça, rendre les numéros d'urgence disponibles. Alors, le travail s'est fait plus à ce niveau-là. Et, dans la deuxième année, on s'en va un peu plus près de l'intervention. On continue de travailler sur essayer de faire comprendre la problématique et aller plus loin, mais on forme aussi nos intervenants des CSSS, du Centre Normand, qui est notre centre en réadaptation en dépendance, et on essaie de travailler pour un meilleur arrimage aussi, qu'on puisse référer, qu'on puisse recevoir les gens, qu'on puisse les traiter.

On a une réalité autochtone aussi dans notre région. Du côté de La Vallée-de-l'Or, c'est... nos observations nous ont permis de voir justement qu'il y avait une grande partie de personnes autochtones. De ce côté-là, il y a du travail qui se fait, il y a des services de première ligne qui sont en train de s'installer dans deux des communautés autochtones, et ça va s'étendre dans toutes les autres dans les années qui viennent. Et une des mesures que les communautés ont choisies elles-mêmes, c'est de l'accompagnement lorsqu'ils vont faire des achats en ville pour... ils souhaitent être accompagnés, parce qu'avec leurs chèques, quand ils vont en principe à l'épicerie, des fois c'est tentant d'aller jouer, quand tu es pris dans ce système-là.

**Une voix:** ...

**Mme Desgagné (Nicole):** Exact. Alors, elles se sont donné ce genre de moyen là. On est aussi en train de travailler, du côté de La Vallée-de-l'Or, pour nos autochtones en milieu urbain, parce qu'eux aussi font partie des gens qu'on cible, et le centre d'amitié du côté de La Vallée-de-l'Or travaille en collaboration avec le centre de santé de La Vallée-de-l'Or pour essayer de rejoindre mieux, parce qu'il reste que nos centres de santé allochtones ne rejoignent pas toujours la clientèle autochtone. Leur référence va être vers le centre de... vers leur centre de santé autochtone.

Alors, on travaille à divers niveaux. Je vous dis que c'est un défi, là, il s'agit de rejoindre les gens. Autant les professionnels que les usagers d'appareils, les gens souvent banalisent, là, cette situation-là, ça fait qu'on est là-dessus.

**Mme Doyer:** Je vous remercie. J'ai trois autres questions que je ne veux pas échapper. Une première, c'est parce que je veux aussi vous féliciter parce que vous me semblez avoir réussi des choses intéressantes au niveau de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement, au niveau du soutien à domicile. À la page 21 de ce qu'on a comme fiche, là, il y a une forte augmentation du nombre de personnes desservies à domicile, et la cible 2010 est dépassée de près de 150 %, et ça, c'est bon.

Et vous avez aussi, au niveau des services spécialisés, un lien avec le milieu scolaire. Le soutien à l'enfant se poursuit, même si ce dernier a intégré le milieu scolaire, afin de faciliter la transition entre le milieu de garde et le milieu scolaire. C'est ce qui est souhaité, hein? Comment vous avez réussi ça, cette cible?

**Mme Desgagné (Nicole):** Alors, je vais y aller aussi. Je veux juste vous mettre en garde, parce que l'augmentation de l'année passée, elle n'était pas... on avait des explications qui nous permettent de dire que c'était ponctuel. En fait, la...

**Mme Doyer:** Conjoncturel, ponctuel? Ah bon, O.K.

**Mme Desgagné (Nicole):** Oui, conjoncturel, oui, c'est une activité qu'on a faite. En fait, déjà, hormis la situation de l'année dernière, on rejoint beaucoup plus que le reste de la province les personnes avec une déficience intellectuelle. Et je pourrais en profiter pour faire une petite parenthèse: tout ce qui s'appelle soutien à domicile, que ce soit perte d'autonomie, que ce soit déficience physique, que ce soient les personnes en déficience intellectuelle ou TED, on les rejoint beaucoup à domicile. Un virage première ligne est commencé chez nous depuis longtemps, et on y croit. Je pense que ça traduit une partie de la réalité.

L'année passée, juste pour vous faire une petite parenthèse sur l'opération, ce qui s'est passé l'année dernière, c'est qu'on avait des personnes qui étaient desservies par des organismes communautaires seulement dans le cadre d'une entente avec les centres, d'une entente avec les centres de réadaptation. On était dans un processus de transfert de ces ententes-là vers les centres de santé, alors il y a eu une opération de tout évaluer ces personnes-là de façon à bien les connaître, et ces personnes-là, elles n'auront pas toutes des suivis du CSSS, là. On les connaît, on a les rejointes, on a évalué les besoins, puis certaines vont venir dans nos services, mais il y a une partie du 150 % qui est expliquée par cette opération-là qui s'est faite à travers toute la région.

**Mme Doyer:** ...je trouvais ça bon. En tout cas, disons... Ça va.

**Mme Desgagné (Nicole):** Oui. Non, c'est ça, c'est... comme on pourrait se demander comment... ça ne se peut pas qu'il y ait autant de personnes déficientes en Abitibi qui ont des besoins. C'était conjoncturel.

**Mme Doyer:** Bien oui, ça n'avait pas de bon sens. O.K. Merci. Alors, M. le Président, j'aurais une question sur le Programme de soutien aux organismes communautaires pour votre région. Est-ce que la... Ils demandent un rehaussement, comme dans la plupart des régions. Est-ce que vous trouvez que ce rehaussement-là, qui est de... Dites-moi le chiffre, je ne l'ai pas ici.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, je peux vous dire, moi, que le chiffre qu'ils demandent, là...

**Mme Doyer:** Oui, c'est quoi?

**Mme St-Amour (Lise):** ...c'est parce que l'équivalent d'à peu près le double de ce qu'ils reçoivent, donc c'est beaucoup, O.K.? On est à 10 millions, à peu près, au niveau du programme...

**Mme Doyer:** C'est 10 millions, puis ils demandent 10 millions de plus?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Oui, parce que, bien, en fait, la demande n'est pas officiellement de 10 millions, c'est sûr qu'on va y aller en fonction du besoin direct, sauf qu'à l'intérieur du cadre de référence et de collaboration sur lequel on travaille actuellement avec les organismes communautaires on a établi un seuil plancher pour les différents organismes communautaires, dépendamment de leur mission, s'il y a une mission d'hébergement ou autres, et, si on faisait

un financement complet en lien avec les seuils planchers, il faudrait ajouter au Programme de soutien aux organismes communautaires l'équivalent de 10 millions.

On sait que c'est quelque chose qui n'est pas réalisable. Par contre, on s'entend avec les organismes communautaires pour dire qu'on est conscients que l'objectif à atteindre, c'est quand même ça, et on s'est mis une norme ou une balise de financement annuel de l'ordre de 10 % des nouveaux crédits de développement, parce que, là, c'est sûr et certain que, s'il n'y a pas de nouveaux crédits de développement, bien je n'ai pas d'argent nécessairement supplémentaire à leur fournir, parce qu'actuellement on leur donne le coût de système, le coût de système salarial, etc., donc l'indexation comme telle, là, des sommes qu'ils reçoivent. Il y a certains projets ponctuels qui se développent également, et le budget historique des organismes communautaires.

**Mme Doyer:** Juste une petite question plus pointue par rapport, par exemple, aux maisons de jeunes, parce que vous devez être pris avec la même problématique que moi, où des maisons de jeunes se mettent en place, ont besoin, à un moment donné, d'un budget récurrent, ils ont un petit budget, et on a de la misère à les faire entrer dans le système, puis, comme on a... moi, j'ai une population dispersée, c'est difficile, ils vivent pendant cinq ans, six ans, jusqu'à temps qu'on ait la capacité d'avoir des budgets récurrents pour des maisons de jeunes. Est-ce que vous êtes pris avec cette problématique-là aussi ou si ça va bien?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, pas nécessairement une problématique au niveau des maisons des jeunes, effectivement.

**Mme Doyer:** Pas nécessairement? Mais d'autres organismes, j'imagine que oui.

**Mme St-Amour (Lise):** D'autres organismes, oui, ça peut arriver qu'on nous demande...

**Mme Doyer:** Des nouveaux.

**Mme St-Amour (Lise):** ...un financement ponctuel. Donc, on a une petite marge de manoeuvre qu'on se garde à tous les ans et qu'on donne aux organismes communautaires pour...

**Mme Doyer:** J'ai-tu le temps encore?

**Le Président (M. Kelley):** On arrive à 20 minutes maintenant.

**Mme Doyer:** On arrive à 20 minutes? Fini?

**Le Président (M. Kelley):** Oui, fini.

**Mme Doyer:** On reviendra.

**Le Président (M. Kelley):** Mais il y a d'autres possibilités, mais je vais maintenant tourner à ma droite et céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. À mon tour de vous saluer. Ça me fait plaisir de vous rencontrer aujourd'hui.

Ma question, ma première question va être en lien avec le projet que vous avez présenté, Dr Boivin. D'ailleurs, je vous félicite, parce que vous êtes particulièrement jeune pour s'impliquer dans ce genre de dossier de prévention, et généralement, des jeunes comme vous, c'est l'urgence, c'est les patients, ainsi de suite, puis je vous lève mon chapeau parce que c'est excellent. Je dis que je mets en lien votre projet parce que... avec la prochaine question que j'ai, parce que le réseau de la santé, puis je l'ai posée un peu à toutes les agences qui sont venues, c'est un réseau qui est complexe, qui est diversifié, qui est multiple. On parle de la naissance jusqu'à... en passant par la maladie, jusqu'à la fin, la fin de vie et les soins palliatifs, donc ça prend une offre de services, un panier de services assez varié, assez diversifié pour répondre à des besoins de la communauté. Et évidemment le réseau ne peut pas être seul à répondre à cet ensemble de besoins là, donc ça prend les partenaires, les commissions scolaires, les organismes communautaires, la municipalité, on parle des pharmacies privées, ainsi de suite.

Alors, j'imagine que c'est très bon chez vous, parce que le résultat au niveau de votre bilan populationnel est quand même assez intéressant. J'aimerais savoir comment ça se vit, cette relation-là avec les partenaires du milieu, vos bilans, votre portrait populationnel, après ça les projets cliniques. Comment tout ça s'est enclenché?

● (15 h 40) ●

**Mme St-Amour (Lise):** Pour le portrait de santé de notre population, je vais laisser la parole à Dr Lacombe. Pour nos projets cliniques, c'est certain que, depuis quelques années, on travaille à l'élaboration et à la réalisation des projets cliniques et organisationnels. En fait, on a fait faire une petite synthèse des résultats de nos projets cliniques et organisationnels. Nous avons visé, avec nos établissements, cinq secteurs où il fallait débiter les différents projets cliniques et organisationnels, et les secteurs qui étaient visés, où on voulait avoir l'offre de services complète, parce que, comme vous dites, hein, c'est à la naissance jusqu'à la mort, mais on a différents programmes de services, on avait visé la perte d'autonomie liée au vieillissement — je pense que ce n'est pas peu dire, parce que c'est un programme très important — les jeunes en difficulté, il y avait la santé mentale, lutte au cancer et maladies chroniques. Donc, maladies chroniques, là, le projet clinique et organisationnel, les établissements se devaient de travailler également à l'intérieur de ce volet-là.

Tantôt, Antoine nous en a parlé un petit peu, mais je pense que, comme c'est là, les gens ont vraiment bien initié l'ensemble de la définition de leur offre de services par programmes clientèles, et on a... et on voit les résultats actuellement, hein? Quand même, les résultats, quand on regarde l'évolution au niveau de l'entente de gestion, bien les résultats sont vraiment, vraiment bons, on est vraiment en évolution en termes d'augmentation de services à travers les différents programmes.

Donc ça, ça a une répercussion sur notre bilan de santé. Je laisserais peut-être Dr Lacombe vous parler un petit peu du bilan de santé.

**Le Président (M. Kelley):** Dr. Lacombe.

**M. Lacombe (Réel):** Merci beaucoup. Juste d'entrée de jeu, l'expérience de la concertation dans notre région, c'est une expérience qui date de très longtemps non seulement au niveau des services qui sont rendus à la population, mais aussi au niveau de la prévention puis la promotion de la santé.

On a mentionné tantôt, Mme St-Amour, Villes et villages en santé; le Réseau québécois de villes et villages en santé est né en Abitibi-Témiscamingue. Aujourd'hui, 86 % de la population est couverte par ce genre de réseau là. Un des projets les plus anciens, en fait le tout premier, celui de Rouyn-Noranda, est encore extrêmement actif. Ils sont impliqués dans les... beaucoup, depuis plusieurs années, dans la lutte à la pauvreté, etc.

Donc ça, École en santé, c'est la même chose. On a 84 écoles sur 98, dans notre région, qui font partie de ce mouvement d'École en santé. Donc, tout récemment, on a eu, ma P.D.G. et moi, l'occasion de participer aussi avec quatre autres organismes régionaux, quatre autres ministères, CRE, etc., au Rendez-vous de la solidarité, sur la lutte à la pauvreté, et on a décidé de ne pas attendre que le gouvernement adopte une nouvelle politique de lutte à la pauvreté pour donner un suivi à cet exercice-là.

**M. Chevarie:** Par rapport aux écoles, vous mentionnez qu'elles participent au programme Villes et villages en santé, c'est ça? Est-ce que...

**Une voix:** École en santé.

**M. Lacombe (Réal):** Oui, c'est École en santé.

**M. Chevarie:** Oui, École en santé, École en santé. O.K. Est-ce que vous avez un taux de décrochage scolaire comparable au reste du Québec, ou c'est un peu mieux, ou...

**M. Lacombe (Réal):** On a un taux de décrochage scolaire un petit peu plus élevé, on a un taux de diplomation au secondaire qui est pas mal plus bas que la moyenne du Québec. On a un taux, aussi, de... en fait je pourrais vous donner les chiffres, là, mais on a un taux, aussi, de diplomation universitaire qui est plus bas aussi qu'au Québec. D'ailleurs, c'est un de nos gros défis.

**M. Chevarie:** Le décrochage scolaire, est-ce que c'est particulièrement les garçons, surtout?

**M. Lacombe (Réal):** Oui, c'est comme partout ailleurs, c'est principalement les garçons. Même chose au niveau de la diplomation, là, les taux sont... Bien, je vous donne un exemple, là: le pourcentage de personnes qui ont un diplôme universitaire, c'est de 13 % chez les femmes, chez nous, et de 9 % chez les hommes. Ça s'explique probablement historiquement aussi beaucoup par le fait que c'est une région d'activités manuelles aussi, là, mais il y a eu d'autres raisons, malgré que l'accès à l'éducation s'est énormément amélioré, là, depuis de nombreuses années. C'est très décentralisé, l'éducation universitaire est très décentralisée chez nous, l'éducation collégiale aussi, donc ça se dispense un peu partout dans la région. On vous parlait tantôt qu'on n'avait pas d'hôpital régional; bien, on a appliqué un peu le même modèle, si on veut, avec des éléments différents, là, mais au niveau de l'éducation.

Pour ce qui est du portrait de santé comme tel, de façon générale, ça ressemble pas mal à l'état de santé moyen de la population au Québec. Il y a des petites différences, l'espérance de vie, dont on parlait tantôt, une différence de un an, par exemple. Il y a des secteurs...

**M. Chevarie:** Est-ce que c'est plus chez les hommes qu'est la différence ou... C'est plus chez les hommes, oui?

**M. Lacombe (Réal):** Oui. D'ailleurs, au Québec en général, il y a plus de différences... enfin, les hommes ont une espérance de vie plus courte que celle des femmes.

Il y a aussi... Ce qui est peut-être un petit peu remarquable... pas remarquable, mais un petit peu plus typique, là, de problèmes de santé chez nous, il y a tout le problème du suicide. On a toujours été une région où les taux de suicide ont été élevés. Ça fait très, très, très... enfin, ça fait à peu près 30 ans qu'on intervient sur ce problème-là, et qui n'est pas un problème simple, là, puis, encore hier, ça... hier, il y avait un colloque régional, dans la région, il y avait 260 personnes. Donc, ça veut dire qu'il y a beaucoup, beaucoup de gens qui travaillent sur ce domaine-là, mais on reste encore supérieur au Québec.

**M. Chevarie:** Votre première cause de mortalité, vous parlez de l'appareil circulatoire, là, les... cardiovasculaire, tout ça.

**M. Lacombe (Réal):** Oui, tout à fait, oui, mais...

**M. Chevarie:** O.K. Ce n'est pas le cancer.

**M. Lacombe (Réal):** Non.

**Une voix:** Non, mais il fait partie...

**M. Lacombe (Réal):** C'est le... Oui. Le cancer, c'est le troisième, et on a un taux, encore là, là, les taux de cancer... on a un taux de cancer qui... d'incidence du cancer qui est un peu plus bas que la moyenne provinciale, mais c'est dû à certains cancers en particulier. Comme le cancer du sein, par exemple, c'est un petit peu plus bas, dans le cas du cancer de la prostate également, c'est un petit peu plus bas. Cancer du poumon, on était des champions, on est revenus un peu à la normale actuellement, en partie, probablement parce que le taux de tabagisme a baissé aussi beaucoup, là, dans notre région.

Un autre, même si ce n'est pas en chiffres absolus, là, un autre tueur, je dirais, chez nous, c'est les accidents.

**M. Chevarie:** Traumatismes de la route?

**M. Lacombe (Réal):** Les accidents de la route particulièrement, mais aussi il y a des accidents de travail, quand même relativement fréquents à cause des secteurs d'activité: foresterie, minier, etc. C'est intéressant de voir dans nos statistiques — c'est intéressant puis ça ne l'est pas, là — qu'on a des taux d'hospitalisation plus bas pour les traumatismes, mais on a un taux de décès plus élevé. Ça veut dire tout simplement que les gens n'ont pas le temps de se rendre à l'hôpital.

**M. Chevarie:** Ils ne se blessent pas, ils ne se blessent pas.

**M. Lacombe (Réal):** Ils meurent, soit que les traumatismes sont plus violents, alors c'est ce qu'on voit parfois sur des routes, là, des routes à grande vitesse puis avec les conditions météo.

**M. Chevarie:** Vous m'amenez, en parlant d'hospitalisation, à vous poser une question un peu pointue: C'est quoi, la durée moyenne de séjour en courte durée? Est-ce qu'on est dans les normes au Québec, six jours point quelque chose, ou...

**M. Lacombe (Réel):** Ça, ma patronne sait ça mieux que moi.

**Mme St-Amour (Lise):** ...selon, moi, là, c'est à peu près l'équivalent de ça. Oui. Oui, on n'est pas... ce n'est pas un taux élevé.

**M. Chevarie:** Est-ce que vous avez des...

**Mme St-Amour (Lise):** On essaie de faire rouler les lits, hein, on sait, c'est l'engorgement à l'urgence si ça ne bouge pas, donc on...

**M. Chevarie:** O.K. Est-ce que vous avez beaucoup de personnes âgées en courte durée ou en attente d'hébergement?

**Mme St-Amour (Lise):** Ça, j'ai la dernière statistique. Il y en a qu'il y en a plusieurs, sauf que ça aussi, c'est une donnée qui tend à diminuer dans le temps. Donc, je pense que, dans les dernières données qu'on avait, là... J'avais ça pas loin, je vous donne ça, ça ne sera pas long.

**Le Président (M. Kelley):** Une course aux chiffres.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, c'est ça. On le sait qu'on l'a.

**M. Chevarie:** Bien, tu sais, je ne veux pas prendre trop de temps là-dessus, là.

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Regardez, en 2008-2009, le nombre d'usagers moyen en attente d'hébergement d'une place d'hébergement occupant un lit de courte durée, je vous ai dit que ça s'en allait en diminuant, mais les statistiques que j'ai là actuellement sont en augmentant. Donc, en 2006-2007, il y en avait 27; on est rendu à 43 aujourd'hui pour...

● (15 h 50) ●

**M. Chevarie:** Pour l'ensemble de la région.

**Mme St-Amour (Lise):** ...pour l'ensemble de la région.

**M. Chevarie:** Ce n'est quand même pas... oui, ce n'est pas énorme, ce n'est pas énorme.

**Mme St-Amour (Lise):** Ce n'est quand même pas majeur, sauf que, n'ayant pas beaucoup de places quand même en hébergement en ressources intermédiaires, et etc., c'est sûr que, quand ça vient bloquer les lits courte durée, ça occasionne vraiment la problématique au niveau des urgences, et etc., mais on doit avoir des bonnes façons de faire, parce qu'on a des bons résultats aux urgences aussi, ça fait que...

**M. Chevarie:** Alors, ce que je comprends au niveau du bilan populationnel, c'est quand même relativement bon, même très bien. Et, si vous comparez à une dizaine d'années en arrière, ça évolue positivement. Vous parliez du tabagisme, entre autres.

**M. Lacombe (Réel):** Oui, pour certaines choses. Par contre, pour d'autres, la montée, par exemple, de l'excédent de poids dans la population, bien, de ce côté-là, c'est une lumière jaune, à tout le moins, qui s'allume.

Il y a quelque chose que je voudrais aussi peut-être juste rajouter, c'est la problématique particulière des communautés autochtones et des personnes d'origine autochtone. Les problèmes sociaux sont extrêmement importants. Moi, ça fait 30 ans que je suis impliqué avec la communauté de Kitcisakik en particulier, puis on fait... on a un projet d'intervention depuis quatre ans maintenant qui est absolument majeur avec cette communauté-là. On vient de finir une enquête sur la santé des femmes où 92 % des femmes ont participé. 80 % des femmes ont vécu la violence, les abus, la violence physique, psychologique, sexuelle. 80 %, c'est énorme.

**M. Chevarie:** C'est beaucoup.

**M. Lacombe (Réel):** On a appris aussi des choses là-dessus, par exemple, un peu étonnantes, c'est que 70 % de la violence physique et non pas sexuelle ou psychologique que les femmes subissent sont dus... sont causés par d'autres femmes. Ça, c'est étonnant, c'est quelque chose qu'on...

**Une voix:** ...

**M. Lacombe (Réel):** Oui. En fait, c'est à cause de ça en bonne partie, là, en fait il y a... donc les hommes sont impliqués là-dedans. Mais les personnes d'origine autochtone sont aussi en ville de plus en plus.

**M. Chevarie:** À Val-d'Or particulièrement.

**M. Lacombe (Réel):** Particulièrement à Val-d'Or, particulièrement à Val-d'Or. Les problèmes de santé physique sont très importants aussi, les problèmes d'infection chez les jeunes, les problèmes de diabète, par exemple, même si on n'a pas de données spécifiques pour les Algonquins, là.

**M. Chevarie:** Quand vous dites: Infections chez les jeunes, c'est ce que j'ai compris?

**M. Lacombe (Réel):** Infections, oui. Oui, c'est plus...

**M. Chevarie:** Infections? MTS?

**M. Lacombe (Réel):** Bien, pas... oui, les MTS ou ITSS, comme on les appelle aujourd'hui, mais qui sont reliées à la fois à l'activité sexuelle mais aussi au fait qu'on voit apparaître dans les communautés autochtones l'utilisation de drogues intraveineuses, ce qui était très, très rare il n'y a pas si longtemps, là. Ça n'existait à peu près pas.

**M. Chevarie:** O.K. Je vous amène sur un autre volet. En ce qui concerne l'objectif d'une qualité optimale puis de la sécurité des soins et des services, l'obligation pour les établissements, depuis 2005, d'enclencher une démarche d'agrément, j'imagine que vos établissements ont été sollicités, se sont inscrits soit au Conseil québécois d'agrément ou Agrément Canada. Comment ça se passe généralement dans votre région, sur ce processus-là qui est très rigoureux, difficile, qui demande beaucoup d'énergie de la part des établissements, du personnel? Et quels sont les résultats? Puis, les gens sont relativement satisfaits de cette démarche-là?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, je vais faire le début de la réponse, et Denise complétera pour vous donner peut-être plus en termes de résultats. En fait, ce qu'on en entend,

les établissements, c'est sûr et certain qu'ils sont dans le processus. Il y a des établissements... les plus petits établissements ont embarqué dans ce processus-là, au début, par obligation, mais je pense que le fait de vraiment travailler à l'intérieur d'un processus d'amélioration continue, tel que le présente le programme d'agrément, c'est sûr que ça nous demande, comme vous disiez tantôt, beaucoup de temps et d'énergie, mais combien on peut voir à s'améliorer à l'intérieur de ça! Il y a certains établissements que ça faisait déjà... c'était un processus régulier, il y en a que c'est vraiment...

**M. Chevarie:** Particulièrement les hôpitaux, hein, c'est ça?

**Mme St-Amour (Lise):** Les hôpitaux en particulier, effectivement. Donc, les gens poursuivent ou commencent, débutez vraiment le processus d'agrément.

Là, Denise, elle pourrait peut-être vous faire un petit suivi par rapport à nos différents établissements en Abitibi-Témiscamingue.

**Mme Stewart (Denise):** Bien, écoutez, tous les établissements ont sollicité l'agrément, tous les établissements ont eu la visite d'évaluation, tous les établissements ont passé, soit avec un rapport, il n'y a aucun établissement qui a été refusé. On commence une deuxième tournée.

Je veux vous dire que les établissements sont très mobilisés là-dedans. C'est sûr qu'au début ils trouvaient ça difficile, c'était une obligation, puis c'est sûr qu'ils avaient travaillé au plan des hôpitaux, mais là tu as le CLSC, CHSLD. C'était une nouvelle culture pour ces gens-là, mais ce qu'ils découvrent là-dedans, c'est des données probantes, et c'est des données probantes avec lesquelles travailler pour améliorer. Alors, ils sont toujours ouverts à ça, il y a des gens qui travaillent en qualité dans chacun des établissements, aux plaintes, à l'amélioration des services.

Donc, comme je vous dis, ils ont tous sollicité l'agrément, puis, lorsqu'ils l'ont, ils font des communiqués, ils sont fiers, ça mobilise le personnel sur leurs forces. Alors, peu à peu, ils découvrent que c'est vraiment intéressant, puis c'est un processus continu. On n'arrête pas après l'agrément, on continue. Donc, ils sont tous rendus à peu près au deuxième, là... à la deuxième demande d'agrément.

**M. Chevarie:** Excellent. Je vais avoir une dernière question, je pense qu'il ne me reste pas grand temps...

**Le Président (M. Kelley):** Trois minutes.

**M. Chevarie:** ...une question que je veux absolument aborder, parce que ça va totalement dans l'orientation de maintenir ou de soutenir nos personnes en perte d'autonomie le plus longtemps à domicile. Et je ne veux pas nécessairement aborder le programme du soutien à domicile, mais un volet, qui est le Programme d'adaptation du domicile, et j'aimerais savoir si, dans votre région, vous êtes aux prises avec les mêmes problématiques que... en tous les cas, que je semble rencontrer dans d'autres régions également, sur le manque de disponibilité, par exemple, des ergothérapeutes pour faire les évaluations, faire les plans et après ça aménager les domiciles pour permettre à la personne de rester chez elle. Est-ce qu'on est encore dans des...

**Mme St-Amour (Lise):** Des problèmes de...

**M. Chevarie:** ...des bons services ou encore si c'est difficile?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, dans notre région, le programme d'adaptation domiciliaire manque effectivement, là, d'ergothérapeutes, là, pour aider vraiment à déployer le service adéquatement. Il y a deux secteurs en particulier où il y a des problématiques, c'est Rouyn-Noranda et Val-d'Or, et c'est les deux plus gros secteurs. Actuellement, il y a des démarches qui sont faites pour justement recruter des ergothérapeutes, mais aussi voir avec les autres établissements s'il n'y a pas moyen de faire une entente de service pour se transférer ou s'aider mutuellement pour avoir accès à des ergothérapeutes. Donc, il y a du travail qui est fait à l'intérieur de ça pour les deux secteurs en particulier. Rouyn-Noranda est peut-être plus avancé actuellement dans sa démarche, là, pour poursuivre ou essayer d'améliorer ces services-là. Val-d'Or, c'est des choses qui sont à venir dans le temps.

Il y a également le volet Société immobilière du Québec... pas immobilière...

**M. Chevarie:** CHQ.

**Mme St-Amour (Lise):** ...la SHQ, la SHQ, Société d'habitation du Québec, où là il y a peut-être un petit peu de problématiques, là, par rapport à leurs disponibilités. Donc, ce qu'on nous a mentionné, c'est qu'il y avait vraiment eu un transfert de responsabilité pour le volet d'allègement opérationnel. Par contre, quand il y a des grosses problématiques, c'est certain que c'est difficile d'avoir accès, là, à vraiment un déploiement adéquat, là, du programme d'adaptation. Je ne sais pas, Nicole...

**Mme Desgagné (Nicole):** Peut-être ajouter qu'une autre des problématiques, c'est le nombre d'entrepreneurs qualifiés pour faire les ajustements, là aussi. Puis l'information qu'on a, c'est qu'ils n'ont pas... ce n'est pas suffisamment financé, là, ils le font un peu à perte, ou en tout cas ce n'est pas nécessairement payant, là, de réaliser les adaptations. Alors, des fois, c'est un des éléments aussi avec lequel on doit composer.

**M. Chevarie:** O.K. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme Desgagné. On va maintenant... avant de procéder, il reste 31 minutes à ma gauche, 33 minutes à ma droite, et c'est M. le député de Marie-Victorin qui va prendre le prochain bloc.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. D'abord, pour ce qui est des documents, Dr Boivin, ça va être possible de le transmettre à la commission, le document que vous nous avez présenté tout à l'heure? Ce serait très apprécié.

**Une voix:** Oui, on va le transmettre.

**M. Drainville:** Maintenant, Mme la directrice générale, est-ce que c'est possible pour vous de nous faire parvenir, «nous» étant la commission, le document du ministère de la Santé sur les indicateurs de performance pour les centres hospitaliers?

**Mme St-Amour (Lise):** L'efficiencia des CH, oui.

**M. Drainville:** Voilà. Qui démontre, entre autres, que celui des... le CSSS Les Eskers est très performant. Si jamais vous voulez rajouter à ça une ou deux pages: comment lire le document ou comment... ça pourrait être très utile, là, parce que, moi, je ne l'ai jamais vu, ce document-là, puis pourtant ça fait des mois, sinon... oui, au moins des mois que je demande un tel document. Je suis, comment dire, surpris qu'il existe et j'ai bien hâte d'en faire la lecture, mais je soupçonne que ça peut être un peu ardu pour quelqu'un qui ne s'y connaît pas. Alors, si vous avez un mode d'emploi pour attirer l'attention sur les choses qui vous semblent les plus importantes, le plus objectivement possible, n'est-ce pas?

Puis j'aimerais ça également si vous pouviez nous soumettre votre document qui nous explique peut-être un peu le partage de votre fonds de 1,3 million, les critères à partir desquels vous faites votre partage. Ça pourrait nous aider également à bien d'abord comprendre votre mécanique, puis après ça peut-être essayer de voir si on ne pourrait pas s'en inspirer pour la faire partager à d'autres.

Maintenant, médecins étrangers. Je pense que ça fait partie, ça, de... je pense que c'est un des ingrédients de votre recette et j'aimerais bien vous entendre là-dessus. Vous en avez, si je ne m'abuse, 25? Vous en avez 25, je crois, ou autour de 25, plus 10 autres, genre, qui seraient en préparation.

● (16 heures) ●

**Mme St-Amour (Lise):** C'est ça.

**M. Drainville:** Alors, pouvez-vous nous expliquer un peu comment vous avez réussi à en attirer autant? Vous êtes probablement la région qui en compte le plus.

**Mme St-Amour (Lise):** Effectivement.

**M. Drainville:** Bon, bien, dites-nous comment vous êtes arrivés à ce résultat et quels sont les... d'abord les critères... pas les critères, les conditions puis les leçons, le bilan que vous faites de l'expérience jusqu'à maintenant.

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Bon. À venir jusqu'à maintenant, c'est certain, quand on regarde les statistiques, entre guillemets, des résultats du nombre de médecins étrangers qui pratiquent en Abitibi-Témiscamingue, on voit quand même... les résultats sont quand même assez élevés. Puis je mentionnais tantôt qu'on avait beaucoup plus d'omni-praticiens, puis on a beaucoup plus de spécialistes également. Donc, ce qu'on fait dans notre belle région, c'est qu'on n'attend pas nécessairement d'avoir un médecin québécois qui vienne pratiquer en Abitibi-Témiscamingue. C'est sûr qu'on est bien contents quand il y a des médecins québécois qui veulent venir travailler en Abitibi-Témiscamingue, sauf que, si on veut continuer à améliorer l'offre de service médical, bien je pense qu'il faut aller un petit peu plus loin dans notre recrutement.

Je laisserais Dr Desbiens, qui est le directeur des affaires médicales et universitaires, vous expliquer un petit peu comment ça fonctionne dans notre belle région.

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

**M. Desbiens (François):** Notre stratégie de recrutement de main-d'oeuvre médicale a deux piliers: un en médecine de famille, un en médecine spécialisée. Je dirais que le pilier en médecine spécialisée, c'est l'accueil des médecins en permis restrictif.

**M. Drainville:** En comment?

**M. Desbiens (François):** En permis restrictif.

**Une voix:** En permis restrictif, oui.

**M. Drainville:** En permis restrictif. Ça veut dire quoi, ça?

**M. Desbiens (François):** C'est un permis qui est... un médecin qui a été formé à l'étranger à qui on accorde un permis restrictif de pratique dans la région.

Alors, c'est un processus dans lequel on est impliqués depuis de nombreuses années; on a été, encore là, des pionniers. L'Abitibi-Témiscamingue compte 20% de médecins spécialistes formés à l'étranger, ce qui est le double de la moyenne canadienne. Alors...

**M. Drainville:** Pas... pas québécoise, canadienne.

**M. Desbiens (François):** Canadienne. Je n'ai pas de statistique québécoise, mais j'imagine que c'est à peu près semblable. Alors, ça remonte à de nombreuses années, initiative de l'agence et des CSSS d'aller au devant des candidats à l'étranger, en bien identifiant nos besoins.

**M. Drainville:** Au devant?

**M. Desbiens (François):** Au devant, oui.

**M. Drainville:** Vous voulez dire dans leurs pays d'origine?

**M. Desbiens (François):** Oui, on se rend... il y a des gens qui se sont rendus les voir. Il faut communiquer avec eux, il faut rentrer en communication avec ces gens-là en premier. Il faut d'abord savoir qu'est-ce qu'ils font, quelles sont leurs compétences, quelles sont leurs aptitudes, après avoir identifié très bien quels sont nos besoins. Une fois que ça, c'est identifié, on peut parrainer un candidat, et ce candidat-là, lorsqu'il arrive au bout du processus, s'installe, puis il est un succès. On n'en entend pas parler dans les médias autant, mais il s'intègre à la communauté, il fait un travail extraordinaire, ils sont, à... Ça, c'est un avis subjectif de ma part: ils sont la différence qui fait que, dans une région comme la nôtre, on a notre 84 % d'autonomie parce qu'on va chercher ces spécialistes-là qu'on n'aurait pas autrement. Et ils sont...

**M. Drainville:** Vous auriez...

**M. Desbiens (François):** ...intégrés à la communauté, ils sont heureux d'être là, ils ont acheté des maisons, ils ont des familles, ils sont installés à long terme.

**M. Drainville:** O.K. D'abord, c'est une très belle histoire.

**M. Desbiens (François):** Oui.

**M. Drainville:** Je m'étonne de ne pas l'avoir vue ou lue nulle part, mais je ne lis pas tout puis je ne vois pas tout, alors peut-être que c'est déjà passé, mais c'est tellement une belle histoire, il me semble qu'on aurait dû en entendre parler

davantage. En tant qu'ancien journaliste je dois vous dire que je pourrais faire un maudit beau reportage avec ça. Alors, je... je vous invite, et, si vous voulez...

**M. Desbiens (François):** On... on a déjà été...

**M. Drainville:** ...si vous voulez que je vous aide à trouver un journaliste qui va le faire, n'hésitez pas à me...

**M. Desbiens (François):** Ça va me faire plaisir.

**M. Drainville:** ...à m'en parler.

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

**M. Desbiens (François):** Ça va me faire plaisir, on n'a jamais été sollicités ailleurs que dans nos médias régionaux pour parler de ces bons coups là.

**M. Drainville:** Bien, vous allez l'être, là, enfin s'il n'en tient qu'à moi. Je ne peux pas m'engager, là, mais je vais faire... je vais faire ma part. Je vais faire ma part. Oui?

**M. Desbiens (François):** Mais on en a 10 aussi...

**M. Lacombe (Réal):** Brièvement, il y a...

**Le Président (M. Kelley):** M. Lacombe...

**M. Lacombe (Réal):** ...il y a environ trois ans, on en avait déjà une vingtaine, et, moi, j'avais fait une entrevue avec M. Nicoloff, à Radio-Canada, à ce sujet-là...

**M. Drainville:** O.K.

**M. Lacombe (Réal):** ...puis il y avait des entrevues auprès du Collège des médecins, puis... et auprès de médecins étrangers.

**M. Desbiens (François):** Mais, si je peux me permettre, c'est sûr que, dans cette problématique-là... puis là je vous parle du régional, mais je suis aussi professeur à l'Université de Montréal, puis j'ai participé à des entrevues de sélection de médecins étrangers, je connais assez bien le processus, je suis aussi au conseil d'administration du Collège des médecins, qui fait bien son travail, en passant, là-dessus, qui a été aidant au cours des dernières années, mais malheureusement on parle des difficultés, mais on ne parle pas...

**M. Drainville:** Des... des succès?

**M. Desbiens (François):** ...des succès, parce que c'est possible de réussir.

**M. Drainville:** Bien sûr.

**M. Desbiens (François):** Il est beaucoup plus difficile pour quelqu'un qui a pris l'initiative de s'installer chez nous, qui ensuite sollicite une place dans le système, de trouver sa place dans le système. Alors ça, c'est plus difficile. Le succès qu'on a eu, c'est tout simplement de bien identifier que le candidat a tout ce qu'il faut pour combler le besoin que, nous, on a, de par sa compétence et sa formation, d'emblée, au début du processus. Alors, à ce moment-là, si

on suit le taux de succès à l'intérieur du processus, qui s'est simplifié, là, au niveau du Collège des médecins et... rencontre un beaucoup plus grand succès.

**M. Drainville:** O.K. Est-ce que vous avez fait une espèce de bilan de cette stratégie-là? Est-ce que vous avez... Par exemple, moi, je serais très curieux de voir quels sont les pays au sein desquels vous êtes allés recruter. Je serais très curieux de voir d'où viennent-ils, en ordre quantitatif, là.

**M. Desbiens (François):** C'est le monde francophone à 80 %, je dirais: le Liban, l'Égypte, le reste du Maghreb, France, jusqu'à un certain point, Belgique aussi. C'est à peu près ça pour la très grande majorité.

**M. Drainville:** Puis, vous envoyez des gens dans ces... des gens de l'Abitibi dans ces pays pour les recruter?

**M. Desbiens (François):** Aujourd'hui, on n'a plus besoin parce qu'on a un système de visioconférence. Alors, ces gens-là passent des entrevues en visioconférence au préalable, et on les évalue déjà, et il y a une évaluation au préalable qui est faite par le CSSS et l'agence à savoir si ce candidat-là peut vraiment répondre à un besoin, et c'est seulement après ce processus-là que débute le processus d'immigration et le processus d'accueil au Québec, et ces gens-là, à ce moment-là, ont un taux d'intégration qui est bien meilleur.

**M. Drainville:** Je maintiens que ça ferait une très bonne histoire, M. le Président.

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

**Mme Doyer:** Le journaliste fatigué.

**M. Drainville:** Oui, là, le journaliste fatigué. Ça ne m'est pas arrivé souvent depuis que je suis en politique...

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

**M. Drainville:** ...mais là le journaliste fatigué, comme dit ma conjointe... ma voisine. Alors, je vous dis que c'est une bonne histoire puis que vous avez... si vous avez l'occasion de la publiciser...

**M. Desbiens (François):** Il faudrait nous la donner.

**M. Drainville:** ...de la médiatiser...

**M. Desbiens (François):** Il faudrait nous la donner.

**M. Drainville:** ...je pense, ce serait une sacrée bonne idée.

J'aimerais par contre... l'histoire du permis restrictif, vous avez parlé également de parrainage. Moi, j'ai un peu de difficultés à m'y retrouver, par moments, dans l'espèce de processus, là. Puis je suis confronté, moi, à des médecins étrangers qui viennent me voir par moments puis qui me demandent de l'aide, là. Puis évidemment, bon, bien, je suis un peu limité, mais je fais ce que je peux avec les moyens que j'ai. Mais ils me décrivent un parcours du combattant, là, c'est vraiment assez... parfois assez complexe, le nombre... les examens. Puis il y a différentes portes par lesquelles ils peuvent entrer, et tout ça. Vous ne trouvez pas, vous, que c'est compliqué?

**M. Desbiens (François):** Je peux me permettre de ne pas partager ce point de vue là. C'était vrai il y a cinq ou six ans; le processus a été largement simplifié, là. Le Collège des médecins a fait son travail là-dessus, puis il y a des gens qui ont demandé à ce... incluant les gens des régions, à ce qu'ils fassent un travail là-dessus. Il y a un processus qui est maintenant très bien arrêté, qui est le même pour tout le monde: il faut passer l'examen... l'équivalence de l'EMCC, l'ALDO; ensuite, il y a un stage. Les gens qui sont vraiment prêts passent à travers ce processus-là en moins de deux ans.

**M. Drainville:** O.K. Mais les gens que vous...

**M. Desbiens (François):** La problématique, c'est une problématique humaine complexe, là, vous savez? Moi, j'ai participé à des entrevues de sélection comme professeur. J'ai refusé des candidats et j'ai trouvé ça absolument déchirant, hein? Je peux vous décrire une femme exceptionnelle de 40 ans, venue de Chine, qui fait de la recherche depuis 15 ans, qui a fait son cours de médecine il y a 15 ans, qui a été réfugiée à Paris, chargée de recherche à Paris, qui travaille aussi comme chercheuse maintenant ici, qui veut qu'on la laisse entrer en résidence de médecine, mais elle n'a pas touché à un stéthoscope depuis 15 ans, hein? C'était une femme extraordinaire, mais il aurait fallu lui faire refaire son...

**M. Drainville:** Son cours.

**M. Desbiens (François):** ...son cours de médecine, mais ce n'est pas le choix de la société québécoise actuellement.

**M. Drainville:** Je comprends.

**M. Desbiens (François):** Alors... Mais... Et, si cette personne-là se retrouve dans votre bureau, mais elle vit un drame humain, et ça, j'en conviens... Mais, contrairement à ce qui peut être dit, là je témoignerais en tant que professeur de l'Université de Montréal, les professeurs de l'Université de Montréal se désâment pour que ces gens-là qu'on prend réussissent. Ça nécessite deux fois plus d'efforts...

**M. Drainville:** Non, ça... Oui...

● (16 h 10) ●

**M. Desbiens (François):** ...à cause de l'adaptation culturelle, et on le fait, et ils sont extrêmement frustrés que, comme Québécois, ça donne l'image d'une certaine intolérance, qui n'est pas, hein? Les gens se dévouent pour essayer qu'il y ait le plus de gens possible qui puissent passer le parcours. Mais, pour...

**M. Drainville:** Bien, Dr Desbiens...

**M. Desbiens (François):** Je vais juste terminer là-dessus...

**M. Drainville:** Oui.

**M. Desbiens (François):** ...ça me tient beaucoup à coeur. Pour avoir travaillé trois ans au Salvador pour y développer un programme de médecine familiale — sous notre modèle, là... On a bâti des UMF au Salvador. Ce sont mes grands amis, mais je sais que les finissants... les finissants de la Faculté de médecine du El Salvador — et la doyenne est une amie, là — ne pourraient pas pratiquer la médecine, même si on leur donne un diplôme.

**Une voix:** À cause des standards.

**M. Desbiens (François):** Par contre, ceux à qui on a fait faire la formation équivalente au Salvador, et, si eux veulent immigrer ici, eux vont pouvoir s'installer. Vous comprenez? C'est le décalage qui est là. Alors, dans certains cas...

**M. Drainville:** Alors, dites-moi, pour une finissante de la Faculté de médecine de l'Université d'El Salvador, en médecine...

**M. Desbiens (François):** Qui a fait son premier cycle...

**M. Drainville:** ... — oui — qu'est-ce que ça lui...

**M. Desbiens (François):** Elle n'a pas la formation...

**M. Drainville:** Non, mais qu'est-ce que ça lui prend comme ajustement...

**M. Desbiens (François):** ...clinique fondamentale.

**M. Drainville:** ...ou comme formation supplémentaire? Je ne vous demande pas, là, en termes de semaines, je vous demande une approximation, pour être en mesure de pratiquer chez nous, avec les standards de chez nous.

**M. Desbiens (François):** Idéalement, d'avoir fait leur résidence de médecine familiale dans son pays, qui n'existe pas, qui... qui est en voie d'élaboration. Si elle a réussi ce programme-là chez elle, elle est parfaitement en mesure rapidement...

**M. Drainville:** Non, mais vous parlez du programme que vous avez vous-même mis sur pied sur notre modèle.

**M. Desbiens (François):** Oui.

**M. Drainville:** Mais, s'il n'y avait pas ce programme-là, il y en a beaucoup... Alors?

**M. Desbiens (François):** La barrière est très haute.

**M. Drainville:** Vraiment?

**M. Desbiens (François):** La barrière est très haute. Il y a des gens... Écoutez, moi, je dirige une unité d'enseignement...

**M. Drainville:** Moi, je m'attendais à ce que vous me disiez: Écoutez...

**M. Desbiens (François):** Non, non.

**M. Drainville:** ...le cours de médecine là-bas, à El Salvador, c'est quoi, c'est quatre ans?

**M. Desbiens (François):** C'est quatre ans, mais il n'y a pas de formation clinique, ou très peu.

**M. Drainville:** Oui. Alors, je me serais attendu...

**M. Desbiens (François):** Alors, quand vous admettez...

**M. Drainville:** ...à ce que vous me disiez: Un à deux ans...

**M. Desbiens (François):** Quand vous admettez certains... Quand, malheureusement...

**M. Drainville:** ...on la met à niveau.

**M. Desbiens (François):** C'est quand, malheureusement, vous devez faire des ateliers de base, l'examen physique — ça veut dire comment manier un stéthoscope — à des candidats qui rentrent à la résidence pour qu'ils soient à niveau, O.K., c'est...

**M. Drainville:** Oui, O.K.

**M. Desbiens (François):** ...c'est extrêmement difficile. Et, moi, comme directeur d'enseignement, parce que la médecine familiale québécoise est exceptionnelle au monde par le standard qu'on exige d'être capable de faire de l'urgence, des soins intensifs, en plus de la première ligne... Moi, quand j'ai un résident qui commence à être de garde, jour 1, il est de garde aux soins intensifs, et, si votre père est hospitalisé pour un infarctus à deux heures du matin, c'est lui qu'on appelle et c'est lui qui va décider si la douleur rétrosternale nécessite une intervention et qui va devoir décider s'il m'appelle, moi, qui suis de garde. Alors, ces gens-là... il y a des décalages énormes et une responsabilité énorme qu'on n'arrive pas à combler.

**M. Drainville:** O.K. Mais je ne remets pas ça en question. Je...

**M. Desbiens (François):** Le rapport Échavé...

**M. Drainville:** Oui? Oui!

**M. Desbiens (François):** ...est en mesure de résoudre une partie de ça. Il y a une mesure qui peut peut-être aider un certain nombre, pas un si grand nombre que ça, un certain nombre de gens à aider. Ça, c'est... Et cette demande-là est venue des enseignants. On a demandé à ce que certains des meilleurs candidats aient six mois d'externat au préalable de la résidence pour faire cet ajustement-là.

**M. Drainville:** Six mois d'externat?

**M. Desbiens (François):** Six mois d'externat, c'est là... ce sont les années qui précèdent, hein? Il y a les deux ans d'université, deux ans d'externat, deux ans de résidence pour la médecine familiale. On a...

**M. Drainville:** Mais c'est quoi, la différence entre un six mois d'externat puis un six mois de résidence?

**Une voix:** De plus.

**M. Desbiens (François):** La résidence, c'est de 24 mois.

**M. Drainville:** Oui.

**M. Desbiens (François):** Donc, ces gens-là vont avoir 30 mois. Ils vont avoir six mois d'ajustement avant de rentrer dans leur 24 mois.

**M. Drainville:** O.K. Mais, pendant ces six mois-là, ils sont supervisés.

**M. Desbiens (François):** Oui.

**M. Drainville:** Comme s'ils étaient en résidence.

**M. Desbiens (François):** Oui. Ils vont être... Bien, comme s'ils... à titre d'externes.

**M. Drainville:** Oui, voilà. Mais ils sont supervisés.

**M. Desbiens (François):** Oui, et ça, ça va en aider quelques-uns. Il y en a quelques-uns qui, grâce à cet ajustement-là, vont sûrement pouvoir rencontrer le standard.

**M. Drainville:** Mais quelle est la différence entre ce six mois-là pendant lequel ils vont être supervisés et les 24 mois qui suivent pendant lesquels ils vont être en résidence officiellement?

**M. Desbiens (François):** Bien, c'est un six mois... c'est un six mois qui se rajoute.

**M. Drainville:** O.K., mais c'est la même chose.

**M. Desbiens (François):** Oui, mais à un niveau de responsabilité beaucoup moindre, là.

**M. Drainville:** Bien sûr.

**M. Desbiens (François):** Le niveau d'exigence est beaucoup moindre. On est beaucoup moins avancé dans...

**M. Drainville:** O.K.

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être... peut-être, parce qu'on arrive au mi-chemin de votre temps, on est à 15 minutes...

**M. Boivin (Antoine):** Oui...

**Le Président (M. Kelley):** ...Dr Boivin, juste...

**M. Boivin (Antoine):** Bien...

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, ça va, ou?

**M. Boivin (Antoine):** ...c'est juste... il faut juste comprendre, là, ce que le Dr Desbiens est en train d'expliquer, c'est le niveau de responsabilité. Le médecin résident a un statut de médecin et est capable de prescrire, il est capable... Donc, c'est ça qui est la différence, là, contrairement à un externe, qui va faire l'évaluation, qui ne pourra pas faire de prescription, etc., là.

**M. Drainville:** Non, non, ça, je le sais, ça. Mais j'essaie de comprendre: Est-ce que, pendant ce six mois-là... C'est parce qu'il y en a qui ont suggéré un stage d'intégration, une espèce de stage d'intégration qui dépassait la stricte pratique médicale, qui était une espèce de stage d'adaptation, quasiment, à la culture québécoise...

**M. Desbiens (François):** On joue sur les mots.

**M. Drainville:** ...la culture hospitalière et médicale québécoise.

**M. Desbiens (François):** On joue sur les mots. C'est l'équivalent...

**M. Drainville:** O.K. C'est de ça dont on parle ici, là.

**M. Desbiens (François):** C'est l'équivalent d'un certain nombre de mois d'externat où ils vont avoir...

**M. Drainville:** Oui, mais c'est parce que vous utilisez un terme médical, «externat», qui à mon avis ne décrit pas bien ce que ce six mois-là pourrait être. Il y en a qui proposent que ce six mois-là soit plus qu'un externat, qui disent: Ça devrait être un six mois pendant lequel on va permettre au nouvel arrivant de se familiariser non seulement avec la pratique de chez nous, mais également avec la culture de chez nous, la vie de chez nous, et on va voir, pendant ce six mois-là... On peut découvrir, par exemple, qu'il pourrait ou elle pourrait être un bon médecin, mais elle n'est juste pas comme prête à s'intégrer à la société québécoise, ou il n'arrive pas à s'intégrer à la société québécoise. Il y a un conflit de valeurs, par exemple, dans certains cas.

Ça, on me le dit, moi. Chez les résidents, par exemple, l'association des résidents, on me dit: Écoute, dans certains cas, ça prendrait un stage pour qu'ils... avant d'arriver dans de la médecine et de la pratique médicale, il y a comme un bout de chemin à faire pour s'ajuster à la culture dans laquelle ils vont s'intégrer, pas juste dans la profession, mais dans la culture. Est-ce que c'est de ça dont vous me parlez?

**M. Desbiens (François):** Écoutez, il y a... moi, je... il y a un bout de chemin qui peut être fait, là, par cette démarche-là, mais il restera des gens qui... qui n'y arrivent pas. Je pense qu'une des choses que j'ai trouvées très intéressantes dans le rapport Échavé, c'est de s'assurer que les gens qui n'y arrivaient pas trouveraient une autre avenue utile dans la société. Ça, c'est un des grands, grands manques.

**M. Drainville:** Mais, Dr. Desbiens... Oui.

**M. Desbiens (François):** Parce que, quand on fait l'évaluation, on sait bien, là... Vous me dites... vous me dites... vous me dites — vous ne me reprochez pas, mais...

**M. Drainville:** Non, non, je ne vous reproche...

**M. Desbiens (François):** Vous ne me reprochez pas, mais on ne parle pas assez du succès qu'on a eu. Effectivement, on parle des gens qui ont réussi un processus d'évaluation. Tous ne réussissent pas. Ceux qui n'y arrivent pas sont déçus. Il faut quand même leur trouver une utilité dans la société.

**M. Drainville:** Une utilité.

**M. Desbiens (François):** C'est sûr que c'est un défi énorme. Je veux dire, moi, j'ai de mes résidents que j'ai supervisés qui ont réussi mes examens. Je me souviens de... j'ai un nom — je... je ne le nommerai pas — écoutez, il a connu les... les camps de tentes en Palestine. Alors, le chemin que lui a parcouru, et la fierté qu'on avait comme équipe de professeurs quand lui a vraiment réussi, c'est sûr que, d'une certaine façon, il a plus de mérite que mes résidents québécois parce qu'il y a une adaptation culturelle énorme.

**M. Drainville:** Bien sûr.

**M. Desbiens (François):** Mais il reste qu'au bout de tout ça je pense que le filet... ce que j'ai trouvé le plus intéressant dans le rapport Échavé, c'est que le dernier filet, c'est de dire: Au moins, ceux qui ne sont pas capables, on va les intégrer, parce que c'est sûr qu'ils peuvent être des citoyens très, très productifs.

**M. Drainville:** Oui, absolument. Alors, je dois vraiment passer la parole à mes collègues de l'autre côté parce qu'il ne me restera plus de temps pour la dernière intervention, mais, sur 10 — juste en terminant...

**M. Desbiens (François):** Oui?

**M. Drainville:** ...un chiffre — sur 10 médecins étrangers que vous faites venir, il y en a combien pour qui l'expérience se termine par une réussite?

**M. Desbiens (François):** Bien, ça dépend...

**M. Drainville:** Je ne vous dis pas qu'ils restent nécessairement en Abitibi, mais ils finissent par pratiquer en médecine?

**M. Desbiens (François):** Dans ce processus-là?

**M. Drainville:** Oui.

**M. Desbiens (François):** Bien, 90%, là. Ils sont ici, là, j'en ai 10, là, en... j'en ai 10, noms, ici, là, qui sont déjà admis, ils sont dans le processus d'intégration.

**M. Drainville:** O.K.

**M. Desbiens (François):** Leurs places sont prévues au PREM, puis ils sont attendus. J'en ai, là... j'ai un dermatologue, psychiatre, médecine interne, anesthésiologie. Radiologie: lui, il est installé; il vient d'arriver chez moi, dans mon CSSS.

**M. Drainville:** O.K.

**M. Desbiens (François):** Puis c'est des gens en chair et en os, là.

**M. Drainville:** Alors, est-ce que... ça existe-tu, un bilan de votre expérience avec les médecins étrangers? Ça serait bien... S'il n'existe pas, ça serait vraiment bien que vous puissiez le concocter.

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

**M. Desbiens (François):** On va attendre votre invitation. Non... Voulez-vous...

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, on pourrait...

**M. Drainville:** Sérieusement, si vous pouviez. Si vous pouviez.

**Mme St-Amour (Lise):** ...on pourrait quand même sortir...

**M. Desbiens (François):** On pourrait faire quelque chose. Oui, oui, on peut...

**Mme Doyer:** Bien oui!

**M. Desbiens (François):** Oui, oui, on peut vous les sortir.

**Mme St-Amour (Lise):** ...sortir les... les données, parce que, je pense, ça fait quand même quelques années qu'on travaille avec les médecins étrangers.

**M. Drainville:** Ça serait utile. Ça serait très utile.

**Mme St-Amour (Lise):** Au moins, on pourrait vous donner cette information-là.

**M. Drainville:** O.K.

**Le Président (M. Kelley):** Je pense que, Dr Desbiens, vous êtes invité, si j'ai bien compris.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui! Ah oui!

**Le Président (M. Kelley):** ...et, sur ça...

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

**Mme St-Amour (Lise):** Plus invité que ça, là, je ne sais pas comment il faut le demander!

**Mme Doyer:** ...à une séance de travail; on va vous inviter à une séance de travail.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, c'est très intéressant, cet échange...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui!

**Le Président (M. Kelley):** ...passer de Senneterre à El Salvador, mais on va maintenant passer la parole à ma droite, au député de Laurier-Dorion. Il vous reste 33 minutes à votre formation politique.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Si vous me permettez, j'aimerais aborder avec vous — parce que c'est une question qui a été abordée avec l'agence de la Côte-Nord, la régie régionale de Nunavik également, à cause de votre éloignement — la question de télésanté, votre recours à télésanté. Évidemment, on sait que, pour certaines régions, là, l'accès à un spécialiste peut être difficile, et je crois que c'est une méthode qui était très intéressante pour permettre une conférence, une consultation à distance. Pouvez-vous nous dire, chez vous, si vous en avez recours? Qu'est-ce qui se passe? Quels sont vos projets dans ce domaine-là?

● (16 h 20) ●

**Mme St-Amour (Lise):** Bon. Depuis quelques années déjà, il y a le CSSS de Lac-Témiscamingue qui a développé un projet de télésanté pour travailler à l'intérieur de sa MRC, donc ils ont vraiment développé la télésanté via le CH versus les différents points de service. Parce qu'on sait quand même qu'ils ont toujours un centre de santé,

un point de... un CH principal, le siège social, et, dans les différents villages de la MRC, il y a des points de service qui sont déployés. Donc, je donne l'exemple avec Belleterre versus Ville-Marie: bien, à Belleterre, il y a une infirmière qui va travailler avec les usagers, qui vont faire un lien en télésanté avec le médecin à Lac-Témiscamingue. Donc, il y a vraiment, vraiment des choses qui sont faites à ce niveau-là, et c'est très intéressant parce que l'usager n'a pas à se déplacer à l'urgence de Ville-Marie pour avoir différents services, on est capables de régler ça de façon différente, via la télésanté.

Il y a aussi tous les développements qui se font ou les projets qui se font avec les différents RUIS. On est conscients... avec le RUIS McGill, c'est le RUIS avec qui on est affiliés... a un travail aussi ou... est en train de développer le volet de télésanté. On sait qu'il l'a fait avec le Grand Nord, hein? Il y a vraiment des services de télésanté déployés dans ce niveau-là. Donc, on est en train quand même de regarder avec eux comment on est capables de déployer pour une partie de services de la télémédecine ou de la télésanté dans notre région.

On en fait également avec de la télépsychiatrie, l'Hôpital de Malartic, qui relève du CSSS de la Vallée-de-l'Or, a aussi des liens avec un établissement tertiaire en psychiatrie.

Et on regarde également les différents autres projets des différents autres RUIS. On sait qu'il y a un projet de télépathologie; je pense que ça, c'est un projet qui est quand même très intéressant. On sait la rareté ou la pénurie de pathologistes qu'il y a ici, au Québec, donc on est en train de regarder aussi comment on pourrait arrimer la télépathologie avec les services de notre région. Donc, il y a vraiment des choses, là, à ce niveau-là, qui est en évolution.

**M. Sklavounos:** Sur un autre sujet — je ne suis pas sûr que vous avez touché ce sujet-là — c'est la certification des résidences privées pour personnes âgées.

**Mme St-Amour (Lise):** O.K.

**M. Sklavounos:** Voulez-vous nous informer où vous êtes rendus là-dedans? Quels sont vos échéanciers qui sont rattachés à vos projets? Qu'est-ce que vous avez, en ce moment, de fait?

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Là, la dernière donnée qu'on a, la fiche que j'ai ici, ça date du 14 janvier, mais j'ai reçu un petit peu d'information la semaine passée, et on nous disait qu'il nous restait seulement deux résidences privées à certifier pour toute notre région. Donc, on parle de 54 résidences privées, je pense que c'est bien important; il en reste deux, et le volet de certification qu'il reste est vraiment le volet au niveau du Code du bâtiment. On sait qu'il y a des petites problématiques...

**Une voix:** ...

**Mme St-Amour (Lise):** ...sécurité incendie, effectivement. Puis, dans une des deux résidences, pour la connaître, moi, personnellement parce que mes parents demeurent à cet endroit-là, c'est vraiment au niveau justement de la sécurité incendie. Tu sais, les gens, ils font des pratiques, hein, des pratiques pour l'incendie...

**Une voix:** Des simulations.

**Mme St-Amour (Lise):** ...les simulations, puis les gens, bien, même s'ils ne savent pas que c'est une pratique, ne se dépêchent pas nécessairement pour sortir. Donc, j'étais là à une de ces...

**Une voix:** Ce n'est pas parce qu'il y a du... c'est les normes, hein?

**Mme St-Amour (Lise):** Hein? Non... Ça fait que là, non, sauf que, là, il va falloir qu'ils rehaussent le décibel au niveau...

**Des voix:** Les décibels.

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

**Mme St-Amour (Lise):** Le problème, c'est nos décibels. Donc, il y a vraiment... pas vraiment de grosse problématique au niveau de la certification, hein, comme vous pouvez le constater, hein? Il reste deux résidences à certifier, et on est en pourparlers avec les propriétaires, il n'y a pas de... il n'y a pas d'animosité ou de chicane par rapport aux services ou au lien avec les propriétaires, ça se fait vraiment... du bon travail entre les différentes parties. Et je crois que, d'ici... d'ici quelques mois, là, ça devrait être complété, là, quand on aura finalisé les éléments au niveau du Code du bâtiment et la sécurité incendie.

**M. Sklavounos:** Je change de sujet, là — mais il y a plusieurs sujets que je veux aborder — je pense que ça a été touché un petit peu, le sujet de la prévention pour les saines habitudes de vie, surtout au niveau de l'école, etc. J'aimerais savoir, au niveau de l'obésité, j'ai compris que vous êtes pas mal dans la moyenne...

**Mme St-Amour (Lise):** La moyenne.

**M. Sklavounos:** ...j'aimerais savoir s'il y a une disparité entre la population générale, la population autochtone. Je sais qu'il y a une question de diabète, qu'on discute des fois, j'aimerais savoir s'il y a des actions ciblées pour cette population-là autour de l'obésité...

**Mme St-Amour (Lise):** L'obésité en particulier, diabète.

**M. Sklavounos:** ...si ça passe par les écoles, de quelle façon vous procédez à niveau-là.

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Là, je laisserais peut-être Dr Lacombe répondre à votre question.

**M. Lacombe (Réal):** Oui...

**M. Sklavounos:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Lacombe, s'il vous plaît.

**M. Lacombe (Réal):** Oui. Effectivement... En fait, on a un problème, là. Comme je l'ai mentionné tantôt, au niveau de l'embonpoint, là, on dépasse la moyenne provinciale. Ce n'est pas le cas au niveau de l'obésité. Il y a une différence entre l'embonpoint puis l'obésité, là. Bon.

**M. Sklavounos:** Oui, oui.

**M. Lacombe (Réal):** On a en marche plusieurs programmes qui visent soit la population en général ou les jeunes en particulier: il y a le programme 05-30 Combinaison Prévention, là, qui fait partie d'ailleurs de notre programme intégré de lutte aux maladies chroniques, là, comme on l'a montré tantôt. Nous, on a choisi de ne pas faire des programmes complètement séparés. Dans ce cadre-là, on a un superbe exemple à La Sarre, en entreprise, le projet Jocoeur, qui a gagné un prix d'excellence au niveau provincial. C'est fantastique, ce que l'équipe maladies chroniques a réussi à faire comme programme de prévention.

Pour les jeunes, il y a évidemment École en santé, qui est un... qui est un... et, comme je vous l'ai dit tantôt, 84 écoles sur 98 chez nous en font partie; et tout ce qui touche les habitudes de vie, c'est très, très présent dans les projets d'École en santé.

Il y a aussi Québec en forme, qui est installé chez nous, dans tous les territoires. En fait, c'est près de 1 million de dollars maintenant que Québec en forme dépense auprès des enfants, des jeunes de zéro à 17 ans; donc, ça couvre... On a même fait aussi des choses un petit peu originales, on avait un programme... en fait, on finançait une initiative, qui s'appelle Jeunes en milieu rural, qui visait les jeunes qui vivent dans les petites communautés, qui étaient souvent désœuvrés le soir, quand ils retournaient chez eux, la fin de semaine, bon, puis des problèmes de... bon, de toxicomanie, vandalisme, etc. Depuis plusieurs années, on a un programme qui s'appelle Jeunes en milieu rural, et, depuis l'année passée, Québec en forme ont décidé d'intégrer ce programme Jeunes en milieu rural dans ses activités qui touchent les habitudes de vie. Donc, il y a beaucoup de choses, là, qui se passent chez nous à ce sujet-là.

**M. Sklavounos:** Un autre sujet, les infirmières praticiennes. Pouvez-vous nous parler... parce que je sais qu'il y a des choses intéressantes qui se passent chez vous à ce sujet-là.

**M. Drainville:** Excellente question.

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

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, tantôt, dans l'allocation de départ, hein, j'en ai ciblé un petit peu, cette information-là au niveau des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, parce que je pense que c'est important de mentionner que c'est vraiment en première ligne. Quand on parle d'accessibilité à des services de base, c'est en Abitibi-Témiscamingue, mais je peux vous dire que c'est à Rouyn-Noranda qu'ils ont vraiment travaillé très fort, là, à développer et à essayer d'obtenir un programme ou une nouvelle catégorie d'emploi de ce type-là.

Actuellement, le programme est vraiment déployé. C'est sûr que ça n'a pas été facile, parce que c'est vraiment une nouvelle initiative de développer des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne. On a eu beaucoup de travail de fait avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, il y a eu beaucoup de travail de fait. Nous autres, on était affiliés avec le RUIS McGill, avec l'Université McGill pour pouvoir faire toute la formation. C'est sûr que ce n'est pas facile encore, il y a beaucoup de travail qui reste à faire. On est quand même en formation actuellement, puis

il y a des stages d'IPS qui sont déployés, là, dans les différents GMF, puis on les a associés aux GMF justement pour s'assurer... Bien, premièrement, dans les UMF/GMF, on est au courant qu'il y a quand même des médecins résidents, il y a quand même des superviseurs cliniques. Donc, on les a associés vraiment à ces organisations-là ou à ces cliniques-là pour être certains que les infirmières aient tout le background, là, ou les connaissances qu'il faut pour pouvoir pratiquer.

Peut-être, Dr Desbiens pourrait élaborer un petit peu plus, là, sur le volet clinique de l'infirmière praticienne.  
● (16 h 30) ●

**M. Desbiens (François):** Bien, on est un petit peu victimes de notre succès, parce qu'on a été pionniers encore une fois, oui, et ça fait en sorte qu'on est un peu en avance sur les autres régions en ayant vraiment des candidates qui sont prêtes à travailler. La difficulté que je rencontre en essayant de les intégrer dans la pratique actuellement, c'est qu'il y a des choses qui ne sont pas encore attachées, entre les fédérations puis le ministère, qui font en sorte qu'on a un petit peu de difficultés effectivement à les intégrer, et on souhaite... on espère que ça va se faire le plus tôt possible. Parce qu'on a deux groupes de médecins pionniers: un groupe qui s'est impliqué dans la formation, carrément, d'un programme universitaire il y a quatre ou cinq ans; il y a un autre groupe qui ont intégré des infirmières praticiennes spécialisées avant même que tout soit attaché avec les fédérations, alors ça cause beaucoup de difficultés. Mais on a pris la décision régionale de les intégrer en GMF pour que ça soit congruent avec la vision de première ligne qu'on s'est donnée. On a procédé à la... ce que j'appellerais la GMFisation de notre territoire. On s'en va vers 90 000 inscriptions et on développe la deuxième... la...

Notre offre de service en première ligne est bonifiée par l'interdisciplinarité. Alors, en GMF, on a actuellement un ratio de deux infirmières par cinq médecins équivalents temps plein. Alors, il était important pour nous que cette infirmière-là soit intégrée dans cette philosophie-là. On a cinq ans de travail de GMF où on a bâti, mais on se voit cinq ans en avant, donc notre interdisciplinarité augmente.

Je dirais que l'ultime idée sur laquelle on travaille, qu'on planche actuellement, c'est notre plan... notre projet le plus novateur, c'est ce qu'on appelle un GMF-Plus. On vise à essayer de rencontrer, dans un projet-pilote, l'objectif du Commissaire à la santé, dans sa troisième recommandation, de pousser au maximum l'interdisciplinarité dans le modèle GMF; rencontrer même l'objectif et la revendication FMOQ qui est d'arriver à un pour un. Ça voudrait dire 10 pour 10, un pour un. Et on a un CSSS...

**M. Sklavounos:** Un pour un: qu'est-ce que vous voulez dire?

**M. Desbiens (François):** Une infirmière par médecin; donc ça, ce n'est pas possible, là. C'est un professionnel autre par médecin dans un réseau de première ligne. Alors, on aurait un projet-pilote qui pourrait se mettre en branle assez rapidement, qui est en élaboration, qu'on appelle GMF-Plus.

On y arrive par ce qu'on appelle un processus de délocalisation. On prend une équipe de maladies chroniques dans le CLSC, on la déménage au sein d'un groupe de médecins, sans nécessairement les intégrer, et on fait travailler ces gens-là. Dans un même lieu pour le patient, il y a une seule consultation, une seule secrétaire, une seule salle

d'attente, un seul dossier dans lequel tous les professionnels se parlent. Très, très important pour l'avenir, parce que tout ça, c'est une question de synergie dans l'avenir. Il y a une seule cuisinette autorisée. Tout le monde travaille dans le même endroit, mais on arrive à 15 équivalents temps plein pour 15 équivalents temps plein non médecins qui sont...

**M. Drainville:** Incluant les infirmières.

**M. Desbiens (François):** ...infirmières: IPS, IPS en formation, résidents en médecine, résidents en médecine en formation, inhalothérapeutes, kinésiologues, etc.; on arrive à ce ratio-là à un coût qui est quand même très intéressant, parce que c'est une masse salariale d'à peu près 1 million qu'on déménage pour à peu près 100 000 \$, parce qu'on fait juste les déménager.

Ce qu'on fait par synergie, c'est qu'on s'attaque à ce que je considère être les deux silos de notre première ligne. On a deux forces en première ligne au Québec: on a une médecine familiale, qui est un modèle assez exceptionnel au monde, puis on a des CLSC, qui sont un modèle communautaire exceptionnel au monde mais qui n'ont jamais réussi à véritablement remplir leur mission médicale. Ça n'a jamais pris. J'appellerais ça la Guerre des tuques qui a duré 25 ans! Bon.

Mais, à travers les GMF... on a fait entrer les infirmières de CLSC dans les GMF. Puis là ce qu'on fait, c'est qu'on abolit le silo, puis on amène des gens qui travaillent au CLSC, on les fait travailler dans les mêmes lieux, puis on espère que...

**M. Drainville:** Fascinant, M. le Président!

**Mme Doyer:** Oui, c'est vraiment...

**M. Desbiens (François):** ...on espère que la synergie va faire en sorte que la prise en charge de la population va s'améliorer.

**M. Drainville:** Je m'excuse auprès de mes collègues libéraux, mais ils ne m'en voudront pas. C'est comme si vous vouliez faire réussir, à travers les GMF, ce qui n'a pas marché avec les CLSC. Est-ce que je vous comprends bien?

**M. Desbiens (François):** Oui.

**M. Drainville:** Ah!

**M. Desbiens (François):** Bien...

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

**Mme St-Amour (Lise):** Au fond... Bien, c'est de l'intégration, je pense, qu'il faut voir à l'intérieur de ça.

Moi, je peux vous dire, là, la semaine passée, à notre comité de direction, on a eu une présentation, O.K., du CSSS des Aurores-Boréales et de Dr Desbiens sur la notion de GMF-Plus. Puis là j'ai dit: Regarde, c'est un superbe projet. En plus... en plus, à La Sarre, parce que Dr Desbiens pratique toujours à La Sarre, il est à demi-temps chez nous, à l'agence... l'UMF, le GMF, il est déjà localisé dans les mêmes lieux. Ce qu'il dit qu'il va faire, c'est de prendre l'équipe de maladies chroniques... Tu sais, on parle d'intégration de services, là; vous ne pouvez pas avoir un meilleur modèle

que celui-là. On prend l'équipe de maladies chroniques, qu'on installe dans les mêmes lieux que l'UMF/GMF, avec la possibilité, à un moment donné, d'avoir une infirmière praticienne spécialisée de première ligne.

Regardez, tout le monde travaille ensemble. On ne dédouble aucun travail. Quand le patient arrive, qu'il a un diabète puis qu'il doit faire telle action ou telle activité, bien il va rencontrer les bonnes personnes, et ça se passe tout au même endroit. Là, on est chanceux... Parce que, moi, je parlais de ça avec Dr Desbiens, je dis: C'est superintéressant, c'est un superbe projet: à La Sarre, dans votre clinique, avec votre GMF/UMF, c'est faisable parce que c'est tout au même endroit. Moi, je pense qu'il faut aussi regarder un petit peu plus loin, parce que ce n'est pas toutes les installations physiques qui sont comme ça. Comment on va être capables d'exporter un projet comme ça dans d'autres UMF/GMF de notre région? Donc, la question a été posée, la réponse n'est pas encore donnée, mais, moi, je pense qu'on commence un projet comme ça, on appelle ça un projet pilote, on le commence à petits pas; puis, si ça donne des résultats, là, bien tant mieux! Deux, ça va... Nous autres, on va continuer à penser, avec les autres établissements de la région, comment on est capables de faire vivre, entre guillemets, une organisation de ce type-là. Moi, je vous dis, là, quand j'ai entendu, là, le projet comme tel, j'ai dit: Regardez, là, on ne passe pas à côté de ça, à un coût... à un coût très minime, parce qu'on parle de localisation, de lieu physique. On ne parle pas de salaire, parce qu'on les paie déjà, ces gens-là, ça fait que c'est juste une amélioration des services. Moi, je dis bravo à des initiatives comme celle-là. Il y en a plein comme ça chez nous.

**Le Président (M. Kelley):** On arrive au mi-temps...

**Une voix:** Je vais continuer.

**Le Président (M. Kelley):** O.K. Peut-être, ils vont continuer, on va laisser...

**M. Drainville:** Oh, oui, oui! Moi, je...

**Le Président (M. Kelley):** On diminuera. O.K., parfait.

**M. Drainville:** C'était sur leur temps, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Oui, exactement.

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

**Une voix:** On l'a déduit.

**Le Président (M. Kelley):** Je pense, c'est une discussion qui est très intéressante, et, encore une fois, de mieux comprendre la notion d'innovation, comment est-ce qu'on peut mieux faire, c'est quelque chose qui intéresse l'ensemble des membres de la commission. M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Merci. Je voulais... je voulais ajouter, concernant la remarque de mon collègue le député de Marie-Victorin concernant les CLSC, moi, je ne dirais pas que ça n'a pas marché. Je ne sais pas si c'est ça que vous aviez dit? Au contraire, je pense, si on essayait de les enlever aujourd'hui, la population serait beaucoup pénalisée par la gamme des services.

**Une voix:** Ah, oui, oui!

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Chevarie:** Mais il y a effectivement une amélioration qui était à faire au niveau des CLSC, et je pense que c'est en train de se faire avec l'intégration dans les CSSS et le travail par programmes.

**Mme St-Amour (Lise):** Effectivement.

**M. Chevarie:** Nous, on travaille beaucoup plus en réseaux de services intégrés qu'en silos, ce que le Dr Boivin a mentionné.

**M. Desbiens (François):** M. le Président, vous me permettez? J'ai écrit quelque part que je considère que les CLSC sont un joyau de la première ligne au Québec, là.

**M. Chevarie:** Oui, oui, oui, tout à fait d'accord avec vous.

**M. Desbiens (François):** Mais effectivement il y a eu un manque dans le développement, l'intégration... médicale.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est un volet...

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

**M. Drainville:** J'ai dit: Ce qui n'a pas marché...

**M. Chevarie:** O.K.

**M. Drainville:** ...dans la formule des CLSC.

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

**M. Drainville:** Ce qui n'a pas marché, on va essayer de le faire marcher.

**M. Chevarie:** Oui. On se rejoint.

On va aller sur un autre volet complètement: le dossier des immobilisations. Le réseau de la santé, depuis quelques années, a eu un rehaussement quand même assez important au niveau de ses budgets d'immobilisations, tant sur le plan des rénovations majeures que sur le plan des équipements médicaux spécialisés particulièrement. Et j'aimerais ça vous entendre, par rapport à votre région, au niveau des équipements médicaux. Quelle est la situation? Est-ce que vous êtes encore en attente de certains gros équipements? On sait qu'à chaque fois, si on parle de résonance magnétique, c'est 4, 5 millions; un tomodynamomètre, là, un TACO, comme on dit communément, c'est... encore là, ça frise le million. Ça va vite. Comment est votre situation à cet effet-là?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, au niveau des ressources matérielles, on parle autant de budgets d'équipement, maintien d'actif et rénovation fonctionnelle, c'est sûr et certain que, depuis... Je peux vous dire, moi, j'ai les données statistiques ou les données financières depuis 2002-2003 à aller à aujourd'hui, c'est sûr qu'en 2002-2003 je n'ai pas le montant d'équipement de haute technologie, parce que c'était vraiment un budget qui était géré à part, directement par le ministère, en fonction des demandes des

différentes régions, mais je vais vous donner l'équivalent de 2003-2004, parce que là j'ai la haute technologie. Ça fait trois, quatre, cinq, six... j'avais à peu près 6,5 millions, en 2003-2004, pour l'ensemble des volets. En 2009-2010, on reçoit, dans la région, 17 292 895 \$. Ce n'est pas peu dire.

**M. Chevarie:** Non. C'est majeur.

● (16 h 40) ●

**Mme St-Amour (Lise):** Moi, je peux vous dire qu'en termes... qu'en termes d'amélioration, autant au niveau des rénovations fonctionnelles ou du maintien d'actif, là, c'est vraiment important et intéressant, et ça nous permet de maintenir à flot vraiment tout notre parc et nos infrastructures.

Au niveau des équipements de haute technologie, là, c'est certain que ça ne fait pas bien, bien longtemps que c'est un budget que l'on gère régionalement, parce que, comme je mentionnais tantôt, c'était quelque chose qui était géré nationalement, directement au ministère, en fonction des besoins. Maintenant, avec le nouveau cadre de gestion qui a été élaboré, on se doit de faire ou de préparer pour chacun de nos établissements ce qu'on appelle un plan triennal en besoins d'équipement. Et les établissements doivent revoir, à l'intérieur de ça, parce qu'ils connaissent le montant de budget qui va leur être dévolu, comment ils vont être capables de rehausser ou renouveler les différents équipements qu'ils détiennent à l'intérieur de leur établissement.

Donc, à l'intérieur de leur plan triennal, ils sont capables de dire: O.K., cette année, je peux mettre, mettons, 250 000 \$ pour tel équipement, puis je vais mettre une réserve de 200 000 \$ pour prévoir, dans trois ans ou quatre ans ou cinq ans, le changement ou le rehaussement de mon scanner, par exemple, le tomodynamomètre qui coûte 1 million. Donc, moi, je pense qu'en termes d'organisation les établissements sont plus à même de prévoir leurs besoins en équipement et de le moduler dans le temps. Ça fait que je pense que ça, là, au niveau d'avoir récupéré les enveloppes au niveau régional, c'est beaucoup plus facile, et les établissements peuvent aussi prévoir également l'utilisation de ces budgets-là.

Pour notre région, puis on est une région... une petite région, une région éloignée, il y a quand même un budget... une portion de budget qui reste au ministère pour aider justement les régions pour les achats d'équipement de 200 000 \$ et plus. Quand les établissements... Quand on fait un partenariat établissement-agence-ministère, le ministère alloue, dépendamment de la demande, un montant de budget pour aider à rehausser ou acheter un équipement qui est supérieur à 200 000 \$, en autant que l'agence, à même la réserve qu'on a droit de prendre, plus l'établissement, mette aussi un montant d'argent. Donc, je pense que, de cette façon-là, là, c'est beaucoup plus facile de travailler puis de prévoir les différents besoins.

**M. Chevarie:** Tout à fait. Concernant les projets majeurs d'immobilisations, est-ce que vous avez des constructions ou des rénovations majeures?

**Mme St-Amour (Lise):** Des PFT?

**M. Chevarie:** Oui, des PFT, oui.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, des programmes fonctionnels et techniques, qu'on appelle, là...

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**Mme St-Amour (Lise):** PFT? On a notre langage. Actuellement, on a l'Hôpital psychiatrique de Malartic, qui est un établissement appartenant au CSSS de La Vallée-de-l'Or; la fin de la construction, c'est dans les semaines qui s'en viennent. C'est un projet qui datait, mais le montant total du projet, c'est de l'ordre de 15 millions. Donc ça, c'est quelque chose qui est en train de se finaliser.

Aussi, à Malartic, il y a le CHSLD Villa Saint-Martin. Vous n'êtes pas sans savoir que la compagnie minière Osisko est en train de faire un très gros développement au niveau aurifère, et, pour ce faire, bien là, c'est sûr qu'il s'est engagé à déménager plein de maisons. Mais il n'y avait pas juste des maisons dans le secteur en développement, il y avait aussi le CHSLD Villa Saint-Martin; donc, on est en train aussi de construire un nouveau CHSLD. Et le CHSLD devrait être prêt... au printemps 2010, on devrait, avril, mai, commencer à déménager les usagers de l'ancien CHSLD au nouveau CHSLD. Puis c'est un CHSLD qui a été construit selon les normes de centres d'hébergement, conforme à ce qu'on demande dans notre réseau.

Il y a un PFT aussi qui s'en vient au niveau de l'urgence... Bien, ce n'est pas juste l'urgence... là, je me... oui, c'est juste l'urgence, pour le CSSS Les Eskers, de l'Abitibi. Tantôt, on parlait que c'était un établissement très performant, mais c'est un établissement qui détient des spécialités régionales, dont la traumatologie, dont l'orthopédie; donc, deux grosses spécialités. Et, quand je dis régionales, ça veut dire que, quand il y a des gros troubles de traumatismes, c'est à Amos que les gens se déplacent. Et l'orthopédie, bien, l'équipe orthopédique est vraiment toute... d'orthopédistes est vraiment à Amos aussi. Donc, le nombre de transactions ou de déplacements ou de gens qui vont se déplacer vers Amos est important, et l'urgence d'Amos est vraiment désuète. On est en train de travailler à élaborer un PFT à cet égard-là.

Il y a celui du... le réaménagement du pavillon Sainte-Famille, qui est le CSSS du lac Témiscamingue, c'est situé à Ville-Marie. Actuellement, il est en élaboration, on devrait recevoir le dernier document corrigé, complété, d'ici la fin du mois de février 2010. Donc, c'est un projet qui est évalué à peu près à 38 millions, pour le CSSS du Lac-Témiscamingue; il y a quand même beaucoup de travaux à l'intérieur de ce projet-là. Et il y a celui du CHSLD de Macamic qui est un projet de rénovation majeur, de l'ordre de 7,5 millions. Et là on devrait recevoir le projet comme tel, là, d'ici la fin de l'hiver 2010. Donc, c'est les projets qu'il y a sur la table actuellement. Il y en a beaucoup, c'est... Mais...

**M. Chevarie:** Un bel agenda...

**Mme St-Amour (Lise):** Un bel agenda, effectivement.

**M. Chevarie:** Oui. Oui.

**Mme St-Amour (Lise):** Effectivement. Mais il y a quand même des choses qui sont presque réalisées, à l'intérieur de ça.

**M. Chevarie:** Oui. Pour revenir à vos équipements de haute spécialité, j'aimerais ça vous entendre sur votre système de résonance magnétique mobile, parce que ça a été quand même assez novateur. Je pense, ça existait aux États-Unis ou au Nouveau-Brunswick. Puis, nous, on a copié un peu sur votre système...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui?

**M. Chevarie:** ...pour implanter ça en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, puis c'est tout un projet collectif, hein, qui dessert bien la communauté.

**Mme St-Amour (Lise):** Effectivement.

**M. Chevarie:** Parce que sinon chaque petit établissement n'avait pas les moyens de se payer...

**Mme St-Amour (Lise):** Non, puis...

**M. Chevarie:** ...une résonance magnétique...

**Mme St-Amour (Lise):** Une résonance magnétique.

**M. Chevarie:** ...partout, là, oui.

**Mme St-Amour (Lise):** Non, non. Ça, c'est certain que c'est un projet... un projet qui était très dispendieux. On a été chanceux, quand on a élaboré ce projet-là d'imagerie par résonance magnétique, qu'on travaillait avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, où il y avait des chercheurs, au niveau de la douleur, qui avaient besoin d'utiliser un équipement de haute technologie de ce type-là. Donc, c'est sûr que le réseau de la santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, de concert avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, se sont mis ensemble et ont élaboré un projet de ce type-là. Et on s'est donné des façons de fonctionner avec l'équipement afin de s'assurer que le réseau en profitait autant que l'université. L'université a, voilà à peu près, je dirais, trois ans, de par le chercheur qui n'était plus là... a vraiment tout transféré l'actif au réseau de la santé, et maintenant c'est seulement le réseau de la santé qui l'utilise. Et on utilise cet appareil-là pour vraiment le déplacer à travers quatre CSSS: donc, il y a à Rouyn-Noranda, où l'IRM va, à Val-d'Or, à Amos et à La Sarre. Les usagers de Témiscamingue se déplacent vers Rouyn-Noranda pour utiliser les services directement. Et les...

Ce qui est intéressant à l'intérieur de tout ça, c'est que, compte tenu que l'actif appartient quand même à quatre établissements, il fallait bien avoir un gestionnaire de cet appareil-là. Ça appartient aux quatre établissements également. Donc, les quatre établissements se sont mis ensemble et ont fait vraiment une entente de service, un contrat vraiment...

**M. Chevarie:** Collectif.

**Mme St-Amour (Lise):** ... — collectif — englobant vraiment la gestion et l'utilisation de l'appareil comme tel. Tu sais, on sait maintenant que l'IRM, il n'y a plus personne qui est capable de passer à côté de ça, hein? Je pense que c'est un service diagnostique très, très important. Puis, dans notre région, il est vraiment bien utilisé. C'est sûr que des fois on se dit: Ah! ce serait peut-être intéressant si on pouvait en avoir au moins deux parce que les listes d'attente... ça arrive que les listes d'attente augmentent un petit peu. Mais on est en train de se donner vraiment un fonctionnement à l'intérieur des centres... où il y a les listes d'attente peut-être un petit peu plus élevées, d'augmenter le nombre d'heures de technologues, et etc. Donc, il y a des choses de ce type-là qui se font actuellement.

**M. Chevarie:** O.K. Sinon, avant la mise en place du système, la clientèle allait...

**Mme St-Amour (Lise):** Il y avait...

**M. Chevarie:** ...à Ottawa...

**Mme St-Amour (Lise):** À Montréal. À Montréal.

**M. Chevarie:** ...ou? À Montréal?

**Mme St-Amour (Lise):** À Montréal, c'est ça. C'est certain que, là, d'avoir ça, là, tu sais, on dit: C'est un service de proximité; mais ça, c'est un autre gain que la région a réussi à avoir. Puis je pense que c'est... bien, c'est un service qui est très prisé, hein? On parlait de tomodynamomètre. Tu sais, on a des scanners partout dans la région maintenant, tu sais, c'est comme, maintenant, un service de base d'avoir un scanner.

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**Mme St-Amour (Lise):** Ça fait que, quand on arrive avec l'imagerie par résonance magnétique, bien je pense que c'est une coche de plus, là, dans les diagnostics que les médecins peuvent utiliser.

**M. Chevarie:** Il ne me reste plus grand-temps. J'ai une dernière question. Bon, on a parlé beaucoup de ce que vous avez fait, qu'est-ce que vous avez réalisé au cours...

**Mme St-Amour (Lise):** Qu'est-ce qu'on n'a pas fait?

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**Mme St-Amour (Lise):** Je ne le sais pas.

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

**M. Chevarie:** Mais je voudrais vous entendre sur vos enjeux stratégiques pour les trois, quatre, cinq prochaines années, quelles sont les principales cibles que vous allez viser, sur le plan sociosanitaire, pour encore augmenter, je dirais, le bilan de santé de votre population puis faire en sorte que votre population soit la plus heureuse possible et en meilleure condition de vie au sein de votre région.

● (16 h 50) ●

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Bien, c'est certain qu'on a élaboré notre planification stratégique 2007-2010, et, à l'intérieur de cette planification stratégique — qu'on va avoir à renouveler, hein, parce que 2010, c'est comme aujourd'hui — c'est certain qu'on va travailler à l'intérieur... prévention-promotion. Dr Lacombe, il sait que je suis très, très promotion, très prévention. Donc, je pense que c'est vraiment la base d'amélioration de la santé dans notre population, c'est vraiment de commencer en amont de l'ensemble des problèmes. Ça fait que, quand Dr Lacombe vient parler de ses différents projets, regardez que ce n'est pas trop difficile à accepter. Puis on voit quand même, avec les différentes actions, les éléments qu'il a amenés tantôt, là, qu'il y a vraiment beaucoup de choses qui sont faites actuellement.

Notre deuxième orientation, à l'intérieur de notre planification stratégique, ça touchait vraiment l'ensemble des différents programmes, puis on parlait beaucoup de l'accessibilité. Je pense que c'est l'élément clé, parce qu'au niveau de

la qualité je pense que, quand on regarde les résultats de satisfaction des différents usagers, il n'y a pas personne qui va se plaindre du service qu'il a reçu à l'intérieur de l'organisation qui l'a pris en charge, qui l'a soigné. C'est vraiment comment on fait pour améliorer notre accessibilité. Ça fait que, je suis sûre, c'est vraiment quelque chose de vraiment important.

Le troisième élément dans notre planification stratégique, c'est vraiment comment on peut faire pour y arriver. Puis là on vous a parlé, au début, vraiment de la stratégie régionale de main d'oeuvre. On parle de recrutement, on parle de nouvelles façons de faire, et etc., réorganisation du travail. Donc, c'est vraiment le troisième élément.

Je ne pense pas que notre planification stratégique 2010-2015... c'est sûr qu'on va s'inspirer de la nouvelle planification stratégique du ministère. On va l'adapter à nos particularités régionales, mais je ne pense pas que ça va vraiment sortir de ce cadre-là pour l'instant.

Dans les différents enjeux ou différents dossiers qui me tiennent très à coeur puis qui va vraiment améliorer l'accessibilité dans notre région, c'est le dossier qui s'appelle la radiothérapie, en Abitibi-Témiscamingue. Ça, je pense, c'est un élément superimportant, c'est un dossier sur lequel on travaille ardemment. On sait qu'il y a vraiment de nouvelles technologies qui nous permettent peut-être de développer ça de façon différente. On parle de télé-médecine même en radiothérapie. Ça n'enlève pas le fait qu'il faut avoir l'appareil, l'accélérateur chez nous, mais, en termes de spécialistes ou de surspécialistes, bien on est capables de faire peut-être des choses à distance. Ça fait qu'il y a vraiment tout ce volet-là sur lequel on va travailler actuellement, et on travaille ça de concert avec... avec le ministère, naturellement, mais avec nos établissements également pour s'assurer d'avoir ce service-là disponible chez nous. Je ne peux pas donner d'horizon temporel, mais le plus rapidement possible.

**M. Chevarie:** Alors, au nom de mes collègues et en mon nom, je vous félicite pour votre performance, l'agence de santé, les établissements, tout le réseau, le centre jeunesse, le centre de réadaptation, tout le réseau de votre région. Je pense, c'est intéressant, vous êtes réellement impliqués, avec beaucoup de courage et d'enthousiasme et de passion, par rapport aux services de santé et aux services sociaux. Félicitations et bon succès pour... dans vos objectifs de votre nouvelle planification stratégique. Merci.

**Des voix:** Merci.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci beaucoup. Je vous remercie beaucoup. Là, je ne fais pas ça toute seule, hein? J'ai toute une équipe.

**Le Président (M. Kelley):** Non, non. Il nous reste 11 minutes, et c'est Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président, je vais faire vite. D'abord, au niveau de la réadaptation physique, parce que j'ai le tableau, à la page 19 de notre document... Au niveau de la déficience motrice, visuelle, auditive, parole, je vois que vous avez eu, au niveau de la déficience auditive, quand même des personnes qui reçoivent un petit moins que le double. Il y a...

Au niveau de la déficience motrice, j'aimerais ça que vous me parliez, à travers les dernières années, en termes de meilleure accessibilité mais aussi en termes d'intensité, qu'est-ce que vous avez été capables de faire? Et, sur les listes

d'attente... motrice, là, 26 au 31 mars 2009, est-ce que c'est un problème pour vous? Est-ce que... c'est quoi, les particularités par rapport à la dispensation des services en réadaptation physique? Ça, c'est ma première question.

Et la deuxième, je vais vous la donner tout de suite. J'aimerais que vous nous déposiez une liste, au niveau du programme d'adaptation en domicile... au domicile, les délais... c'est combien de personnes sur vos listes d'attente pour l'adaptation, le programme d'adaptation à domicile, puis les délais d'attente?

**Mme St-Amour (Lise):** O.K. Au niveau du...

**Mme Doyer:** L'évolution à travers les années.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, je vais vous répondre tout de suite...

**Mme Doyer:** Oui, allez-y.

**Mme St-Amour (Lise):** ...pour le programme d'adaptation domiciliaire, parce que... C'est autre chose que j'ai regardé ce matin. Ça fait que, de mémoire, là, je peux vous dire qu'il y avait, au 31 mars, 151 personnes en attente d'un service au niveau du programme d'adaptation domiciliaire. Puis, quand je faisais le décompte, là, par rapport aux différents secteurs, j'avais deux secteurs en particulier qui avaient des problématiques. C'étaient le secteur... le secteur de Rouyn-Noranda et le...

**Une voix:** ...

**Mme St-Amour (Lise):** ... c'est parce que tu ne l'as pas... Val-d'Or, O.K., il est ici. On dénombreait, voyez-vous, 31 personnes... ou 31 services à Rouyn-Noranda et 27 à Val-d'Or. Pour les autres, c'est quand même beaucoup moindre. Et je vous contais quelque chose, là, c'était une menterie: c'est 116 dossiers, pas 151. Donc...

**Mme Doyer:** Bon. Ça veut dire que c'est moins que ce que vous pensiez.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, c'est ça. C'est moins que je pensais, et c'est vraiment dans deux secteurs en particulier.

**Mme Doyer:** Oui. Oui?

**Mme St-Amour (Lise):** Et, quand on vous mentionnait, bien, les problématiques, c'est dû à quoi?, bien c'est vraiment au niveau de l'évaluation, avoir l'ergothérapeute, la SHQ, et tous ces volets-là. Mais on travaille actuellement à essayer de développer le service pour justement améliorer... Parce que ça nous tient à coeur, hein, que les gens restent quand même à domicile...

**Mme Doyer:** Bien oui!

**Mme St-Amour (Lise):** Ça fait que, le plus longtemps possible les gens peuvent rester dans leur milieu, bien je pense qu'en termes de santé c'est beaucoup mieux pour eux.

Pour le volet de déficience physique, vous nous parliez des listes d'attente. Dans l'évolution des résultats au niveau de la réadaptation en déficience physique, il y a quand

même, en termes de nombre de personnes ayant reçu un service, si je le compare à partir de 2005-2006, on a toujours été en évolution dans l'attribution des différents services.

Au niveau des listes d'attente, ce que j'ai en comparatif au niveau... si je le décortique, auditif, ici, O.K., juste pour vous donner un exemple: Moi, j'ai, au 31 mars 2009, sept personnes en attente d'un service, et, en 2003-2004, j'en avais 39; ça fait qu'on voit quand même qu'il y a une nette amélioration. Et, dans les différentes déficiences, on voit vraiment une amélioration pour l'ensemble. C'est sûr que ça ne s'est pas fait tout seul, hein...

**Mme Doyer:** Non, le budget.

**Mme St-Amour (Lise):** ...il a fallu injecter des sommes d'argent pour aider notre centre de réadaptation à améliorer ses délais d'attente, ses listes d'attente, et c'est les résultats, là, qu'on voit, là, actuellement par rapport...

**Mme Doyer:** Vous avez... vous avez ciblé les jeunes aussi, j'imagine?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Absolument.

**Mme Doyer:** Hein, en préscolaire?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**Mme Doyer:** Parfait.

**Mme St-Amour (Lise):** Il y a des travaux qui sont faits, oui.

**Mme Doyer:** C'est beau. Bien, je vous félicite, bravo!

**Mme St-Amour (Lise):** Merci.

**Mme Doyer:** Et je passe la parole à mon collègue, par l'entremise, bien sûr, de notre président. Je voudrais dire: Bien-aimé président...

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

**Mme Doyer:** ...et je veux vous féliciter et vous remercier de votre travail que vous faites pour votre population, là, encore une fois.

**Mme St-Amour (Lise):** Merci beaucoup. Merci.

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

**M. Drainville:** O.K. Il me reste moins de 10 minutes, j'ai cinq questions.

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

**M. Drainville:** Sur le rôle... Sur le rôle des pharmaciens, cinq minutes...

**Le Président (M. Kelley):** Sept.

**M. Drainville:** Sept. O.K. Sur le rôle des pharmaciens, je n'ai pas rêvé, hein? Je pense que vous avez,

comment dire, été à l'origine de certaines initiatives pour permettre aux pharmaciens d'effectuer certains actes ou actions réservés normalement aux médecins.

Est-ce que j'ai raison de penser que, de votre côté, vous seriez favorables à ce que les pharmaciens jouent un plus grand rôle et assument, entre autres, peut-être certains actes médicaux qui sont réservés actuellement aux médecins, en plus de ceux qui sont... que vous avez déjà expérimentés, comme la prescription de produits contre les poux ou encore l'offre de vaccin pour prévenir les maladies en voyage?

**Mme St-Amour (Lise):** On parle d'ordonnances collectives.

**M. Drainville:** Oui.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est ça. O.K. En fait... Bien, je peux vous parler des pharmacies, mais les ordonnances collectives, je laisserais peut-être la parole à Dr Lacombe. C'est sûr que, dans notre région, au niveau des pharmacies, on est comme dans les autres régions, hein, on a aussi une pénurie importante de pharmaciens. On s'est inscrits dès la première année, l'année passée, au niveau du projet qu'on appelle, dans notre bon langage, SARDM, qui est un projet de robotisation de nos pharmacies, O.K.?

**M. Drainville:** O.K. Non, malheureusement, on ne pourra pas aller là parce que vais manquer de temps pour les autres.

**Mme St-Amour (Lise):** Non, parce que c'est trop long? O.K.

**M. Drainville:** Je vais être encore plus précis dans ma question. Est-ce que vous seriez favorables à ce que les pharmaciens du Québec aient le pouvoir, par exemple, de renouveler des prescriptions?

**Mme St-Amour (Lise):** Ah! moi, ça m'embête un peu de vous répondre à une réponse comme celle-là parce que je ne suis pas médecin, je ne vois pas comment...

**M. Drainville:** O.K. Est-ce qu'il y a une réponse courte à cette question-là, sinon on va passer...

**M. Desbiens (François):** Il faudrait peut-être qu'ils commencent par laisser la pleine place aux infirmières. Il y a des blocages dans le développement, il y a un blocage important actuellement au Québec dans le développement de l'interdisciplinarité. Un des dossiers les plus difficiles, c'est la résistance de l'Ordre des pharmaciens face aux infirmières. Alors, s'il y avait un...

**M. Drainville:** Dans quel dossier?

**M. Desbiens (François):** Dans le dossier de permettre aux infirmières de...

**Mme Doyer:** Bien, certains médicaments; une simple aspirine.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Desbiens (François):** ...prescrire. Ça, ça assainirait...

**M. Drainville:** Donc, les ordonnances collectives.

**M. Desbiens (François):** Ça, ça aiderait beaucoup.

**M. Drainville:** Hein, dans le dossier des ordonnances collectives.

**M. Desbiens (François):** Peut-être que le reste débloquerait plus rapidement si eux-mêmes avaient cette souplesse-là.

**M. Drainville:** Très bien. Opération H1N1. Est-ce que vous avez fait une sorte de bilan qui tiendrait sur quelques pages et que vous pourriez nous faire parvenir?

**Des voix:** Oui, oui.

**M. Drainville:** Entre autres, on s'intéresse à la question de la vaccination dans les écoles. Est-ce qu'il y en a eu en Abitibi-Témiscamingue?

**Mme St-Amour (Lise):** Vaccination dans les écoles directement? Absolument.

**M. Drainville:** Il y en a eu?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Oui.

**M. Desbiens (François):** Pas dans les écoles.

**Mme St-Amour (Lise):** Dans les écoles?

**Une voix:** Bien non!

**M. Desbiens (François):** Dans quelques.

**Mme St-Amour (Lise):** Dans quelques.

**Une voix:** C'est les endroits...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. Mais, nous... Oui, c'est ça...

**Une voix:** Oui, c'est vrai, La Sarre.

**M. Drainville:** À La Sarre, non?

**Mme St-Amour (Lise):** Oui, oui, à La Sarre.

**M. Drainville:** Oui, voilà.

**Une voix:** Il y en a eu.

**Mme St-Amour (Lise):** C'est ça. Mais on a eu un très bon taux de réussite en termes de vaccination, mais on va vous faire parvenir un petit bilan sur la vaccination.

**M. Drainville:** J'aimerais ça.

● (17 heures) ●

**Mme St-Amour (Lise):** O.K.

**M. Drainville:** Vous faites partie du RUIS McGill...

**Mme St-Amour (Lise):** Oui.

**M. Drainville:** ...avec l'Outaouais. Comment ça va au niveau de l'intégration des médecins résidents qui viennent de McGill? Comment ça se passe au niveau de la langue, notamment? Est-ce que ça pose des problèmes parfois?

**Mme St-Amour (Lise):** En fait, si vous nous parlez de la langue en particulier, on pourrait dire que, oui, ça pose des problèmes, effectivement.

**M. Drainville:** Lesquels?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, bon, quand un médecin d'Abitibi-Témiscamingue téléphone pour avoir un service auprès d'un médecin résident d'un établissement de McGill, ça cause problème parce qu'il ne parle pas nécessairement en français.

**M. Drainville:** Diriez-vous que ça cause un gros problème de faire partie du RUIS McGill?

**Mme St-Amour (Lise):** En fait, ça ne cause pas un gros problème. Moi, ce que je peux vous dire par rapport au fait qu'on fait partie du RUIS McGill, ça nous permet de développer de nouveaux corridors de services, avec le RUIS McGill. Voyez-vous, historiquement parlant, on faisait plus affaire... nos établissements faisaient plus affaire avec les établissements du RUIS de Montréal.

**M. Drainville:** Bien oui.

**Mme St-Amour (Lise):** Après cinq ans, on a fait une évaluation, et ça n'a presque pas changé: nos établissements continuent à travailler avec les établissements du RUIS de Montréal. Donc, on regarde avec le RUIS McGill quel type de corridor de services, quel type de services on devrait... on pourrait développer avec le RUIS McGill. Et on est en train de regarder vraiment quelles spécialités, parce qu'on n'a pas toutes les...

**M. Drainville:** On parle de médecine de troisième et quatrième ligne ici, là.

**Mme St-Amour (Lise):** ... — oui, oui, tertiaire, là, vraiment troisième, quatrième ligne — quel type de services on pourrait développer avec le RUIS McGill. Ça fait qu'on travaille en bonne collaboration avec les gens du RUIS. On a vraiment un appui, un plan d'action qui est en train de s'élaborer. Et on ne perd pas espoir...

**M. Drainville:** Mais vous souhaiteriez...

**Mme St-Amour (Lise):** ...que ça fonctionne bien.

**M. Drainville:** ...si je vous entends bien... En tout cas, il pourrait y avoir davantage d'efforts de la part du RUIS McGill sur le plan de la francisation.

**Mme St-Amour (Lise):** Oui. C'est sûr que ça...

**M. Drainville:** Et ça ferait votre affaire.

**Mme St-Amour (Lise):** Disons que oui.

**M. Drainville:** O.K. Kitcisakik.

**Mme St-Amour (Lise):** Kitcisakik.

**M. Drainville:** Je vous ai entendue tout à l'heure parler de ça, de ce territoire, de cette communauté. J'y suis allé, moi, pendant une couple de jours, pas longtemps, mais assez pour me faire une idée. Je trouve ça inacceptable qu'une telle situation perdure dans une société comme la société québécoise. Je pense qu'on a une responsabilité collective. Je n'ai vraiment pas le goût d'entrer dans le pelletage vers Ottawa, même si je sais qu'il y a une part de responsabilité assez importante qui est attribuable à l'inertie, sinon à l'indifférence du gouvernement fédéral, mais en même temps je trouve ça tellement honteux, puis, moi, je vous dis, comme Québécois, je... j'ai honte. Et j'espère qu'on va réussir à les aider et qu'on va réussir à les ramener à un niveau qui est acceptable, parce que ça demeure... ce sont des Québécois, même s'ils relèvent en partie d'Ottawa, ce sont des Québécois, et je me dis... je vous incite, et je vois que vous faites votre part, puis je sais qu'il y a une grosse part de la solution qui ne peut pas venir de vous, la part financière notamment, mais continuez à faire tout ce que vous pouvez pour les aider. Et il faut absolument, collectivement, là, réussir à... comment je dirais ça... à faire en sorte qu'ils vivent dans la dignité...

**Mme St-Amour (Lise):** Dignité. C'est sûr.

**M. Drainville:** ...à laquelle ils ont droit. Et, moi, je n'en reviens pas, je vais vous dire franchement, là, ça va être... Mais, écoutez, il y a un ouvrage d'Hydro-Québec à côté de la communauté. Comment ça se fait qu'ils n'ont pas l'électricité? Moi, je trouve ça inacceptable. Puis je ne demanderai pas à mon président ce qu'il en pense, mais je le sais...

**Des voix: ...**

**M. Drainville:** ...je le sais très près des communautés autochtones, qui ont une grande affection pour lui d'ailleurs. Et je... et je l'invite très cordialement et très amicalement à passer les messages qui doivent être passés auprès de ses collègues ministres. Il y en a quelques-uns auxquels, je pense, et que je ne nommerai pas, mais qui doivent... Il faut en faire plus pour les aider. Moi, j'ai... Moi, je pense que collectivement on a une espèce d'obligation morale à faire davantage pour aider la communauté de Kitcisakik.

Finalemment...

**Le Président (M. Kelley):** En conclusion, parce que...

**M. Drainville:** Il reste deux minutes. CSSS...

**Le Président (M. Kelley):** Sur quelle horloge?

**M. Drainville:** CSSS. La création des CSSS, c'est en construction, je veux bien, mais ça va changer le rôle des agences. Ça doit changer le rôle des agences, parce qu'on descend vers le plancher, vers le terrain une plus grande part de responsabilité, une plus grande part sur la prise en charge, sur la gestion. Alors, je veux vous entendre, madame, là-dessus, parce que visiblement vous êtes un leader. Ça, c'est assez évident pour qui vous observe et vous écoute. Mais je pense que vous devez... Si vous voulez rester à l'avant-garde, il faut... vous devez avoir une réflexion là-dessus, sur le rôle des agences à l'avenir versus la création des CSSS. Comment est-ce que le rôle des agences va changer?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, en fait, la création des CSSS, avec les réseaux locaux de services, là, le but de créer le CSSS, c'était vraiment l'intégration des services, hein? Quand on parle de CLSC, CHSLD et CH, c'était vraiment de s'assurer que l'offre de services dans sa totalité était adéquate et qu'il n'y avait pas de rupture de service entre un et l'autre. Tu sais, quand les établissements étaient séparés: Bien ça, ça m'appartient, puis ça, ça m'appartient, puis ça aussi, ça m'appartient. Maintenant, là, il n'y a plus personne qui est capable de dire ça, ça appartient à une organisation. Ça fait que, moi, je pense que ce volet-là de CSSS, là, je pense, c'est super bien, ça a permis vraiment une meilleure intégration des services.

Par rapport à une agence, bien je pense qu'avec tout ce que vous avez entendu aujourd'hui, là, vous ne pouvez pas dire que l'agence, qu'une agence, ça ne sert à rien, hein? Juste le volet financier, là, hein, l'équilibre budgétaire, bien, s'il n'y a pas personne proche qui est capable de s'en occuper puis de gérer ça avec les établissements, bien, moi, je peux vous dire que ça pourrait peut-être aller moins bien. Donc, je pense que ce volet-là, là, c'est...

**M. Drainville:** Donc, on ne change rien, c'est le statu quo?

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, moi, je vais vous dire, là, regardez, là, le palier régional... En fait, là, dans nos agences, on a une partie qui s'appelle le département ou la direction de santé publique. Nonobstant le fait qu'il y ait une agence, pas d'agence, ça, c'est sûr que ça va rester parce que c'est le volet deuxième ligne de la santé publique, O.K., parce que la première ligne, c'est en CLSC. Donc, ce volet-là, c'est certain qu'on n'y touche pas. Moi, ce que je peux vous dire, c'est qu'avec tout ce que vous avez entendu je pense que l'équipe de l'agence, qui est une petite équipe en comparaison avec l'ensemble des services qui sont donnés... Bien, je l'ai dit dans mon allocution, moi, s'il y a une terminologie que j'aime beaucoup, c'est de dire qu'on est les gardiens de l'offre de service régionale, parce qu'on est là et on s'assure que les services sont donnés à notre population. Le jour où on enlève le palier régional puis qu'on dit: Bien, O.K., les CSSS... Pas parce que je n'ai pas confiance en eux autres, là, mais je pense que, s'il n'y a personne pour justement s'assurer de la coordination des services et de la qualité des services, de l'accessibilité aux services, bien on va peut-être s'y perdre. Tu sais, on a mis en place les CSSS, on met en place les projets cliniques. Je pense que, tu sais, tout ça mis ensemble...

**M. Drainville:** Alors, s'il doit y avoir moins d'administratif, c'est au niveau du ministère qu'il doit y en avoir moins?

**Le Président (M. Kelley):** Mais, M. le député, honnêtement, on est rendus à 15 minutes, maintenant, sur vos 11 minutes. Alors, en guise de conclusion, Mme St-Amour, s'il vous plaît.

**Mme St-Amour (Lise):** Bien, pour conclure, regardez, moi, là, je suis bien contente de ce qu'on a vécu aujourd'hui, je pense que... C'est sûr que, pour une agence, c'est une grosse préparation, parce qu'on ne connaît pas vos questions et on veut s'assurer qu'on est capables de vous apporter puis de vous donner l'information que vous avez pour être en mesure de poursuivre vos différents dossiers. Ce n'est pas vain. Nous, ça nous reste vraiment entre les

deux oreilles et ça nous permet de dire: O.K. C'est vrai qu'à cet endroit-là, là, on devrait peut-être travailler un petit peu plus. On le fait régulièrement, mais, quand on le fait globalement avec l'ensemble de l'équipe, bien je peux vous dire qu'on est capables de dire: O.K. Demain matin, là, ça, c'est une priorité, on est capables de travailler là-dessus, qu'est-ce qu'on est capables de faire.

Puis, moi, ce que je peux vous dire, juste pour finir: Vous avez vu l'équipe, l'équipe de direction qui est avec moi? Et là je suis toujours un petit peu émue quand je dis des affaires de même, parce que j'ai les émotions toujours un petit peu... Mais je peux vous dire, là, que j'ai une saprée bonne équipe! J'ai été capable de m'entourer de ces gens-là, là. Regardez, je ne peux pas me tromper. Quand on dit oui à devenir P.D.G. d'une agence, là — ça va faire trois ans demain — bien, regardez, c'est parce qu'il y a une équipe comme ça qui m'entoure. Puis ça, c'est ceux que vous voyez, mais il y en a un gros paquet que vous ne voyez pas puis qui travaillent super fort pour notre région, les établissements compris. Donc, merci beaucoup.

**Le Président (M. Kelley):** Merci. Avant de terminer, j'ai — oui! ah bon...

**Mme St-Amour (Lise):** Merci.

#### Documents déposés

**Le Président (M. Kelley):** ... — j'ai une couple d'items d'intendance: je dois déposer le document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux, l'allocation de la présidente-directrice générale, et le tableau des territoires, et l'allocation, ce matin, du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord; la très efficace Mme Laplante: la présentation PowerPoint du Dr Boivin est déjà dans nos BlackBerry, alors c'est déjà rendu. Alors...

**Une voix:** Technologie!

● (17 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** Les technologies, et tout le reste. Et, à mon tour, merci beaucoup pour... Je sais qu'il y a le document qui va venir, Mme Laplante, et peut-être Mme Stewart va faire le suivi nécessaire. Merci beaucoup.

Dr Desbiens va être parmi nous de nouveau, dans un autre mandat, prochainement, alors on attend avec intérêt sa prochaine visite devant cette commission.

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Oui, oui. Alors, une voix des régions pour notre réflexion à ce sujet.

Mais merci beaucoup. Moi, je suis toujours impressionné par votre région. Il y a... Ma dernière visite à Val-d'Or était au mois d'août, parce qu'il y avait un projet sur lequel j'ai travaillé un petit peu avec l'ancien ministre de l'Éducation, Jean-Marc Fournier, et l'actuel député d'Abitibi-Est. C'est le Pavillon des premiers peuples. Et ça, c'est une très belle réussite. Et l'engagement de la communauté, l'ancien recteur, le regretté Jules Arsénault, l'actuelle rectrice, Mme Jean, qui a fait un travail formidable, la communauté, le maire Trahan et l'ancien grand chef des Cris, Ted Moses, qui ont fait une levée de fonds importante, alors, à quel point la région croit dans ce projet.

Je fais écho des commentaires de mon collègue de Marie-Victorin sur plusieurs des communautés de la nation algonquine qui vivent des moments de très grande difficulté, Kitcisakik qui est sur la liste, mais ce n'est pas la seule, malheureusement. Et, je pense, on a une réflexion collective et continue à faire pour la nation algonquine, puis... parce qu'il y a des problèmes profonds dans d'autres communautés aussi qu'il faut... il faut les aider.

Alors, merci pour votre présence. Bravo pour vos réussites. C'était vraiment enrichissant de voir votre enthousiasme. Trois ans moins un jour plus tard, toujours enthousiastes! Et je pense que c'est une bonne leçon à retenir.

Alors, sur ça, je vais suspendre nos travaux quelques instants. On va faire une courte séance de travail après. Mais merci beaucoup pour votre travail, merci beaucoup pour les réponses données.

(Fin de la séance à 17 h 12)