



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 30 janvier 2013 — Vol. 43 N° 5

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 (2)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	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
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 30 janvier 2013 — Vol. 43 N° 5

Table des matières

Auditions (suite)

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
(ASSS—Chaudière-Appalaches)

1
23

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSS-Estrie)

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

Mme Suzanne Proulx

Mme Diane Gadoury-Hamelin

M. Norbert Morin

Mme Rita de Santis

M. André Spénard

M. Yves Bolduc

Mme Hélène Daneault

Mme Stéphanie Vallée

M. Denis Trottier

M. Sylvain Roy

* M. Daniel Paré, ASSS—Chaudière-Appalaches

* Mme Dyane Benoit, idem

* M. Stéphane Langlois, idem

* M. Philippe Lessard, idem

* M. Jacques Bachand, idem

* Mme Johanne Turgeon, ASSS-Estrie

* Mme Irma Clapperton, idem

* Mme Lynda Périgny, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 30 janvier 2013 — Vol. 43 N° 5

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 (2)

(Dix heures)

Le Président (M. Bergman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demanderais à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Alors, la commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2007-2008 à 2011-2012 en application de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Richer (Argenteuil) est remplacé par M. Trottier (Roberval).

Le Président (M. Bergman): Merci. Collègues, on a avec nous aussi le député de Côte-du-Sud et le député de Beauce-Nord. Est-ce que j'ai le consentement pour que ces députés nous joignent pour demander des questions en temps et lieu? Consentement? Consentement.

Alors, bienvenue. J'inviterais maintenant M. Paré, président-directeur général de l'agence de Chaudière-Appalaches, à nous présenter les gens qui vous accompagnent et à faire votre présentation. Vous avez 30 minutes pour votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission pour un autre 90 minutes. Alors, bienvenue chez nous, chez vous.

Auditions (suite)

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSS—Chaudière-Appalaches)

M. Paré (Daniel): Bien, merci, M. le Président. Premièrement, j'aimerais remercier les membres de la commission, ici, de nous recevoir. C'est un moment privilégié pour nous de venir présenter nos bilans, de venir présenter aussi tous nos plans d'action et nos résultats et ainsi que nos défis.

Et aujourd'hui, effectivement, je serai accompagné, à ma gauche, ici, de la directrice générale adjointe à la coordination des services, à la planification de la main-d'oeuvre et à l'innovation clinique, Mme Dyane Benoit.

Mme Benoit (Dyane): Bonjour.

M. Paré (Daniel): À ma droite, je serai aussi assisté du directeur régional des ressources financières, matérielles et informationnelles, M. Stéphane Langlois... le mentionner...

M. Langlois (Stéphane): Bonjour.

M. Paré (Daniel): Excusez, des petits problèmes de santé.

Une voix: ...vous avez des médecins...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paré (Daniel): Effectivement. On ne posera pas la question: Y a-t-il un médecin dans la salle? Ça fait que ça va bien aller.

Aussi, à ma droite, directeur régional des affaires médicales, universitaires et en cancérologie pour notre réseau Chaudière-Appalaches, le Dr Jacques Bachand. Et aussi j'aimerais souligner la présence, en arrière, de notre directeur de la santé publique, Dr Philippe Lessard, qui sera aussi disponible à répondre à vos questions.

Avant de débiter la présentation en tant que telle, j'aimerais quand même préciser que je suis arrivé en poste en avril dernier, donc je n'étais pas présent officiellement, en tant que président-directeur général, pour les années qui sont couvertes dans le cadre de cette commission. Cependant, je peux vous dire que je travaillais, au niveau de la région, en tant que directeur général d'un CSSS, au niveau de la région de Chaudière-Appalaches. Et aussi j'aimerais souligner que nous sommes quand même chanceux, comme organisation, de pouvoir bénéficier de la présence de Mme Benoit, qui agissait en tant que président-directeur général par intérim pendant les trois dernières années. Ça fait qu'encore là vous voyez qu'il y a une belle continuité au niveau de notre réseau régional, et on peut compter sur une équipe aguerrie qui, j'en suis sûr, saura répondre à vos questions.

Dans mon plan de présentation aujourd'hui, je vais vous parler des grandes caractéristiques de la région Chaudière-Appalaches, qui, selon nous, est la plus belle région du Québec, avec ses particularités...

Des voix: ...

M. Paré (Daniel): Et là je sais que peut-être à l'instar d'autres régions qui vous ont dit la même chose, mais vous allez découvrir rapidement que c'est nous, la plus belle région.

Ensuite, nous allons parler du portrait évolutif de la santé de la population. Même dans un réseau comme le nôtre, nul va sans dire qu'il faut parler de ressources, qu'elles soient au niveau financières, humaines et médicales. On va parler aussi de nos défis de résultats en lien avec les programmes des services. Et enfin, avec les dernières minutes, je vais vous parler de nos perspectives d'avenir.

Ce qui a motivé les actions de l'Agence de santé et services sociaux Chaudière-Appalaches au cours des cinq dernières années, c'est vraiment son désir d'autosuffisance régionale. Vous savez, on entend beaucoup parler, dans d'autres régions du Québec, du 450 et du 514, mais ici, au niveau de la région Chaudière-Appalaches, on a vraiment un lien de proximité avec la grande région de Québec, et on veut garder des liens de proximité au niveau des services spécialisés, mais, au niveau de la première ligne et de la deuxième ligne, c'est important pour la population de recevoir des services chez eux, à la couleur aussi de notre région. Ce qui a aussi motivé nos actions, ça a été aussi un désir de se prendre en main. On sait que, dans notre région, l'entrepreneuriat, ça fait partie de nos gènes, et vous allez être capables de voir aussi, dans nos bilans, qu'on n'a jamais hésité à innover.

On a aussi un désir d'avoir le bon usager, le bon service au bon endroit et en temps opportun. C'est ce qui nous motive, et c'est ce qui nous amène souvent à se poser des questions, dire: Est-ce qu'on fait la bonne chose, et, en même temps, de garder toujours l'objectif, qui est l'usager.

Enfin, on est convaincus que la réussite d'un bon système de santé et services sociaux, ça ne se fait pas tout seul. Ça se fait avec un réseau, ça se fait avec les communautés, parce que la santé et services sociaux, c'est quelque chose... on sait que c'est la première priorité des Québécois, mais, en même temps, quand on regarde les déterminants de la santé, la santé et services sociaux ne contrôle pas tout, et ça doit se faire en collaboration avec son réseau.

Enfin, on regarde toujours le niveau de la performance de notre réseau. On est toujours concernés, on se demande toujours: On est-u efficaces? On est-u performants? Et on veut toujours faire mieux. Et, comme on dit souvent, on ne veut pas se contenter d'être bons, on veut être les meilleurs.

Si je vous parle un peu de notre belle région Chaudière-Appalaches: elle est située entre le fleuve et les lignes américaines, et, à l'est, bordée par le Bas-Saint-Laurent, et, à l'ouest, avec le Centre-du-Québec et l'Estrie. Bon an, mal an, avec l'augmentation de la population, nous avons maintenant plus de 412 000 personnes qui demeurent dans notre région, et on regarde, au cours des 20 prochaines années, quand même à une croissance entre 6 % et 7 %. La croissance est quand même concentrée dans des secteurs comme le Grand Lévis et le secteur de Saint-Georges-de-Beauce. Comme vous allez voir — peut-être que vous savez — la région de Chaudière-Appalaches n'est pas monolithique, on a des grands enjeux ruraux, parce que 42 % de notre population vit quand même dans des petites communautés sur un grand territoire.

Nous sommes la septième région sociosanitaire de la province. Donc, on n'est pas une petite région, on est quand même une grande région; on a un faible taux d'immigration. Et, au niveau de la langue, nous avons seulement 1 % de notre population qui est considérée anglophone.

Quand on regarde le réseau régional, il est divisé en cinq réseaux locaux de services. On regarde le CSSS de Beauce, le CSSS des Etchemins, la région de Thetford, le CSSS de Montmagny-l'Islet. Et il faut mentionner qu'au cours des dernières années une de nos réussites ou réalité a été la création du CSSS Alphonse-Desjardins qui est devenu le plus grand établissement de notre région et maintenant qui permet d'avoir l'ensemble des services pour le grand territoire d'Alphonse-Desjardins, qui va de Lotbinière à Bellechasse et qui couvre aussi la Nouvelle-Beauce.

Mais, encore là, notre réseau de services, ce n'est pas seulement des CSSS, nous parlons de centres de réadaptation physique. On parle aussi d'un centre de réadaptation des déficiences intellectuelles et des troubles envahissants du développement, centre jeunesse, centre en dépendances, ainsi que six établissements privés conventionnés spécialement au niveau des CHSLD. Encore là, quand on regarde notre grand réseau régional, c'est plus grand que ça: on parle de 184 organismes communautaires, 111 pharmacies communautaires, 18 groupes de médecine familiale. On parle de huit entreprises d'économie sociale, 190 résidences pour personnes âgées. On parle de 94 ressources intermédiaires et 467 ressources de type familial. Comme vous voyez, c'est un réseau qui est quand même complet, qui occupe le grand territoire et qui nous permet d'offrir des services coordonnés.

En parlant de coordination, avec tout le nombre d'organismes et d'organisations que je vous parle, ça prend quand même un niveau de coordination régional. Et, nous, comme agence, on joue ce rôle-là. Qu'est-ce qui nous différencie peut-être d'autres régions? C'est que, nous, nous avons décidé de gérer notre réseau en cogestion avec les établissements. Donc, on a un forum des directeurs généraux avec lequel on prend les décisions sur les grands changements au niveau de notre organisation ou de notre région. Quand on fait ça de cette façon-là, on le fait en partenariat, et ça nous permet aussi d'aller plus loin et d'être beaucoup plus intégrés.

Et aussi on a beaucoup de comités dits stratégiques. Lorsqu'on adresse une problématique, on met les gens ensemble et, ensuite de ça, on travaille sur une problématique en particulier. Pour nous, ça a été un facteur de succès, et on le regarde beaucoup plus dans une vue globale. Au lieu peut-être de le voir par un programme en tant que tel, on aime mieux le regarder au niveau d'une problématique. En exemple: jeunesse, personnes âgées, maladies chroniques. Ça fait que ça vous donne un peu un exemple des grands comités stratégiques cliniques que nous adressons.

● (10 h 10) ●

Aussi, au niveau de nos organismes communautaires, on est choqués d'avoir de bonnes relations avec notre organisme régional, qui regroupe et qui représente les organismes communautaires du territoire, qui est la Table régionale des organismes communautaires, plutôt appelée la TROCCA. Et, encore là, tel que mentionné plus tôt, on est très actifs avec nos partenaires du milieu, que ce soit la CRE, que ce soit notre conseil régional sur la main-d'oeuvre. Pour nous, c'est important. On ne peut pas travailler en solo, on ne peut pas avoir des résultats à long terme sans qu'on puisse intégrer toutes nos municipalités sur divers projets, parce qu'encore là la santé et services sociaux ça doit être attaqué et ça doit être adressé de façon globale et non de façon unique.

Afin de mieux intervenir au niveau de notre région, encore là, sans vouloir jouer au docteur, il faut faire des diagnostics, il faut, dans le fond, bien connaître notre territoire. Et, au cours des dernières années, nous, ce qu'on a fait, on a fait un portrait de nos communautés afin de voir le niveau de défavorisation matérielle ou sociale. Parce qu'encore là, en n'étant pas une région monolithique, souvent on pouvait partir sur des préjugés, que certaines régions étaient plus pauvres que d'autres, plus âgées que d'autres, mais, en même temps, quand on a fait des analyses, on a pu voir qu'effectivement il n'y a pas un territoire qu'on peut mettre à une couleur spécifique, le territoire est particulier.

Et, pour nous, ce que ça nous a permis quand même de voir, c'est qu'il y a quand même 17 % de la population du territoire qui est considérée défavorisée matériellement et socialement... 27 % défavorisée matériellement, et 22 %, socialement. Quand on regarde les définitions entre matériel puis au niveau social, social, quand on regarde des gens qui vivent seuls ou des gens qui sont séparés, au niveau de leur tissu social c'est plus difficile, et c'est un des grands indicateurs aussi au niveau des déterminants de la santé. Au niveau, aussi, matériel, au niveau de l'éducation, au niveau des revenus, on sait que, dans notre région, on a quand même un bon taux d'emploi, mais, en même temps, quand on parle, comme ça, d'autant de régions, on a quand même des poches dans notre territoire qui vivent quand même des défis.

Et, pour nous, bien, ce que ça nous a permis, ça nous a permis de bien cibler nos stratégies. On ne peut pas faire une stratégie pour régler une problématique qui va être unique, exemple, pour un territoire versus un autre. Et, entre autres, on a eu la chance de cibler le transport en commun pour certains territoires. Ça nous a permis aussi, au niveau de certains CSSS, la mise en place de centres de prélèvements quand on pouvait considérer qu'il y avait quand même un volume, mais on pouvait voir qu'il n'y avait pas de transport en commun. Et aussi ça nous a permis de faire des belles collaborations avec les municipalités dans certains projets de Municipalité amie des aînés.

Quand on regarde la population Chaudière-Appalaches, on aime dire qu'on est une population qui vieillit. On regarde, présentement, 18 % de notre population a plus de 65 ans. On arrive avec un genre d'équilibre entre notre population jeune et notre population âgée, mais, encore là, il faut faire attention quand on regarde dans certains territoires. Que ce soit dans le secteur de Montmagny-L'Islet, que ce soit dans le secteur des Etchemins, c'est un territoire qui est plus âgé. Et, encore là, quand on fait nos plans d'action, il faut quand même adapter nos stratégies en conséquence puis avec la réalité du terrain.

Les maladies chroniques, on ne pourra pas s'en sauver. Le vieillissement de la population, on voit qu'il y a quand même plusieurs problématiques qui surviennent, qu'on parle de diabète ou de cancer, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'hypertension puis au niveau d'AVC. Dans les dernières années, ce qu'on a essayé de consolider et que je vous dirais qu'on a quand même réussi, ça a été vraiment de le voir, encore là, dans une vue d'ensemble. Dans une vue d'ensemble, on ne peut pas juste traiter une problématique sans en prendre en considération une autre.

En même temps, je vous mentionnais plus tôt qu'on aimait quand même faire une bonne analyse de notre situation, et on a fait un projet qu'on a appelé Actions-Santé. Actions-Santé, qui, dans le fond, regardait c'est qui nos utilisateurs de soins, c'est qui qui vient dans nos urgences. Et ce qu'on s'est aperçus, c'est que, bon an, mal an, 4 % à 5 % de la population utilisait plus ou moins 50 % des services.

Ça fait qu'encore là tu dis : O.K., pourquoi? On avait quand même des grands utilisateurs qui venaient, exemple, plus de 50 fois dans une année, chercher un service, et là on disait : Pourquoi? Et, dans bien des cas, on disait : Bien, des fois, le service n'était pas adapté à cet individu-là. Et c'est pour ça qu'on a quand même fait beaucoup de changements dans nos processus de travail. Aussi, on a regardé au niveau de guichet unique afin que les gens puissent se retrouver dans notre réseau. Puis je peux vous dire, au cours des cinq dernières années, on a quand même eu des très, très beaux succès par rapport à ça. Et on a fait, un exemple, une cohorte des 100 plus grands utilisateurs de notre région et on a pu diminuer, là, la consommation de leurs services de plus de 40 %. Ça fait que ça vous donne une idée que, quand c'est bien adressé et c'est bien ciblé, effectivement on peut faire une différence avec nos services.

Quand on regarde les indices favorables au niveau de la population de Chaudière-Appalaches, on voit que l'espérance de vie est quand même plus longue. Le taux des infections transmises sexuellement ou par le sang est quand même plus bas que la moyenne provinciale. On a quand même une belle participation au niveau du programme 0-9 ans en santé dentaire. On a moins de grossesses à l'adolescence et d'arrêts volontaires de grossesse dans notre territoire. Et, aussi, une belle réussite, puis je lisais justement les résultats sur le tabagisme récemment, puis notre région, comme le Québec, dans le fond, on a vu quand même une belle diminution, nous : 19 % de notre population est considéré fumeur, comparativement à 27 % en 2003. Ça fait qu'encore là, au niveau de santé publique, on peut voir que nos interventions portent fruit.

De l'autre côté, quand on regarde l'état de santé de notre population, on regarde les suicides, et les suicides, dans la région Chaudière-Appalaches, demeurent élevés. Nous avons vu des améliorations au cours des dernières années, mais, même avec tous nos efforts et l'amélioration, on ne peut pas se satisfaire des résultats que nous avons. Et, encore là, je suis sûr que, dans le cadre de vos questions plus tard, on aura la chance d'en discuter plus amplement.

Aussi, quand on regarde le portrait type de notre région, on a quand même plus de décès associés aux accidents de véhicules à moteur. C'est drôle à dire, quand il y a des gros accidents majeurs, malheureusement les gens décèdent plus qu'avoir des blessures, et souvent, quand on regarde nos routes, on parle plus de routes de campagne en majorité, et ça, ça peut donner des indications, là, dire pourquoi que, chez nous, nos résultats diffèrent. C'est une particularité au niveau de notre région.

Au niveau des risques reliés à la santé en milieu de travail, vous savez, la région Chaudière-Appalaches est une région manufacturière principalement et qui a des défis au niveau de la santé en milieu de travail. Je peux vous dire qu'on a un programme de santé au travail qui fait quand même beaucoup d'efforts, qui donne des bons résultats. Mais cependant, même malgré tous les efforts de prévention et de stratégie, nos taux demeurent quand même plus élevés.

Enfin, taux d'allaitement qui, malgré certains efforts, demeure quand même plus bas, comparativement à la province. Et ce sera certainement un enjeu qu'on va continuer à poursuivre dans nos interventions pour améliorer nos résultats.

Quand on regarde au niveau des ressources financières, les cinq dernières années, on a quand même vu l'arrivée de 143 millions de budget additionnel. C'est une augmentation de 21 %. Ça fait qu'encore là on a quand même vu l'arrivée de 18 millions aussi de développement dans plusieurs programmes, spécialement au niveau des personnes âgées, au niveau de la réadaptation en déficience intellectuelle et en réadaptation physique.

Un fait à souligner qui est une caractéristique de notre belle région: nos organismes communautaires aussi ont vu une augmentation de leur budget de 45 %. Au-delà de l'augmentation dite au coût de la vie, la région a choisi d'investir 2 millions afin d'améliorer la condition de certains organismes, mais aussi d'ajouter certains services.

Je peux vous dire que ça a été fait, 400 000 \$ à chaque année. C'est des sous que nous avons décidé, dans le fond, d'investir, au lieu de le mettre peut-être au niveau de la santé physique ou d'autres programmes, nous avons choisi de le faire dans cette voie-là. Et je peux vous dire qu'on a quand même des très beaux résultats. On a pu augmenter, dans certains endroits, l'accès à des services de répit et aussi au niveau de la sécurité alimentaire.

L'équilibre budgétaire. Comme vous le savez, c'est une loi. Effectivement, on prend ça très au sérieux. Et, au cours des cinq années, malgré les défis, à une exception près les établissements de notre réseau ont livré la marchandise. Et, encore là, avec l'établissement qui a eu des défis et qui était en plan d'équilibre budgétaire, nous avons été en soutien à eux afin de résorber la problématique.

Un fait qu'on ne parle pas beaucoup au niveau de la région de Chaudière-Appalaches, c'est la richesse relative au niveau des ressources. Au niveau de la province de Québec, quand on regarde, on se compare entre les régions, les sous pour donner des services à notre population relativement à l'indice des besoins, quand on regarde les résultats de la dernière année, nous serions en déficit de 18 millions. Encore là, je comprends qu'il y a d'autres régions du Québec aussi qui connaissent le même défi. Et, pour nous, ce que ça veut dire, c'est qu'encore là on ne vit pas avec des surplus et on est capables d'adapter nos soins et nos services avec les deniers qui nous sont accordés. Et, encore là, comme vous voyez, avec l'amélioration de plusieurs indicateurs de nos programmes au niveau de la cible, bien, ce n'est pas le manque de ressources qui est une excuse, dans le fond, à arriver à améliorer les résultats.

● (10 h 20) ●

Aussi, au cours des dernières années, il y a quand même eu des investissements au niveau d'immeubles de près de 63 millions. Au niveau du maintien des effectifs, ça a permis, vraiment, des rénovations de toits, murs de briques, ventilation, gicleurs. Ça nous a permis de mettre aux normes beaucoup de nos établissements. Et aussi, quand on regarde au remplacement des équipements majeurs, plus de 33 millions qui nous ont permis de renouveler des équipements dits spécialisés du type appareils d'anesthésie, du type en imagerie médicale.

Et aussi, au niveau des rénovations fonctionnelles, on a quand même eu des investissements au niveau des CHSLD de plus de 9 millions. Ce qu'on fait avec ces sous-là? Vous savez qu'on a quand même des visites qui ont été faites au niveau des CHSLD avec des recommandations. Et le suivi de nos recommandations souvent était de mieux adapter nos CHSLD avec l'esprit d'un milieu de vie. Et c'est avec ces sous-là qu'on a pu faire la suite des recommandations et faire les ajustements nécessaires pour justement mieux adapter nos CHSLD pour nos personnes âgées.

Aussi, on a quand même eu, vous savez, avec la vision d'autosuffisance de la région, on a pu bénéficier, hein, de projets majeurs. On a juste à penser à l'aménagement de l'urgence et de la chambre hyperbare au CSSS Alphonse-Desjardins. Et, en même temps, il faut souligner que la chambre hyperbare est quand même la plus grande au Québec, sinon au pays.

Ensuite de ça, l'aménagement de l'urgence et des cliniques externes au CSSS de Montmagny-L'Islet, agrandissement au niveau du centre de réadaptation en déficience physique pour l'ajout d'un nouveau service, encore là avec notre désir d'autosuffisance et notre désir aussi d'offrir des services de proximité à notre population. Il y a certains services qui étaient offerts dans la région de Québec et maintenant qui sont offerts chez nous, entre autres au niveau de la déficience visuelle.

Aussi, il y a eu des relocalisations de CHSLD dans la région de Thetford et aussi l'ouverture d'un centre de dialyse rénale au CSSS de Beauce. Ça fait que, comme voyez, quand on regarde notre réseau régional, on a été capables, avec ces investissements majeurs là, de consolider notre réseau régional.

Au niveau des ressources informationnelles, encore là, au niveau des cinq dernières années, on a vu quand même des grands chantiers. On a juste à parler ou à penser, au niveau du dossier clinique informatisé, nous avons fait le choix d'aller de l'avant avec ce projet-là. Et nous avons fait le choix aussi d'utiliser les ressources existantes, et, dans le fond, de faire parler les systèmes que nous avons. Et je peux vous dire que c'est toujours en déploiement. Justement, demain, je serai au CSSS de Beauce pour justement dire comment, faire l'état de situation, où en sommes-nous. Et vraiment, maintenant, c'est devenu une réalité, au niveau de l'informatisation de notre dossier clinique informatisé.

Aussi, au niveau de la télésanté, vous savez qu'avec une région comme Chaudière-Appalaches, c'est particulier, il faut adapter nos services. On a pu développer, avec certains CSSS, avec le soutien financier même de certaines fondations, des services spécialisés par visioconférence. Ça fait qu'encore là, oui, il y a la distance mais le médecin peut être présent et être en consultation au niveau de médecins ou de professionnels de la santé à distance.

Et, enfin, un autre projet-phare de notre région, qui a été l'unité de coordination clinique de soins préhospitaliers d'urgence, qui amenait la télémétrie, dans le fond, au niveau de nos ambulances. Comme vous savez, grand territoire, les transports en ambulance sont longs. Et, en même temps, avec les technologies, maintenant les ambulanciers, le personnel en dedans des ambulances sont capables d'être en contact avec un médecin à l'urgence et d'avoir une meilleure coordination des services. Ça vous démontre un peu l'innovation clinique que nous avons au niveau de Chaudière-Appalaches.

Rapidement, au niveau des ressources humaines, c'est particulier, mais, au cours des dernières années, nous avons vu une diminution de notre personnel. C'est un indicateur des transformations, dans le fond, qui ont eu lieu dans notre réseau régional. Ça s'est fait par de la titularisation des postes, ça s'est fait par des optimisations de travail et ça s'est fait aussi par des grands projets de réorganisation du travail.

Aussi, on a formé nos gestionnaires à l'approche «lean», la gestion de projet, gestion de changement. Pour gérer le réseau d'aujourd'hui et de demain, ça prend des nouvelles compétences au niveau des gestionnaires. Et, nous, de façon conjointe avec notre réseau, on travaille fort à amener nos gestionnaires avec des nouvelles façons de faire, et je peux vous dire qu'il y a eu quand même beaucoup de beaux résultats en lien avec ça.

Main-d'oeuvre. On demeure avec des grands défis par rapport à l'assurance salaire, malgré tous nos efforts. Nous avons adhéré à certains projets de mobilisation du travail... au milieu de vie, au niveau types d'entreprises en santé, etc. L'assurance salaire demeure un enjeu pour nous, mais, en même temps, on ne baisse pas les bras. On continue à travailler en coordination avec notre réseau pour du recrutement et aussi afin de développer des ressources chez nous. Entre autres, on a pu développer, en partenariat avec l'Université du Québec de Rimouski, site Lévis, un programme de baccalauréat en service social et aussi au niveau des préposés aux soins aux bénéficiaires. Et ça, ça nous a permis, dans le fond, de créer notre propre main-d'oeuvre, chez nous, pour offrir les services.

Au niveau médical, les derniers cinq ans ont quand même été des très belles années au niveau d'arrivée de médecins en omnipratique. Quand on regarde, à terme nous avons eu 52 nouveaux médecins en omnipratique, 50 médecins spécialistes. Nous sommes une région qui est considérée attractive parce qu'on est quand même à proximité d'un grand centre. Cependant, on ne peut pas avoir le même qualitatif à tout l'ensemble de la région Chaudière-Appalaches: plus attractif au niveau du grand Lévis, et plus qu'on est dans les territoires plus au sud, plus de difficultés de retenir nos médecins. Grands enjeux: le vieillissement de notre équipe médicale et aussi les coûts reliés à l'arrivée des nouveaux spécialistes.

Quand on regarde, rapidement, au niveau des défis et des résultats par programmes, santé publique: bon taux de vaccination. Vous savez que, dans les derniers cinq ans, nous avons eu à faire face au H1N1 et, en même temps, comme tout récemment avec la grippe, encore là, on est mobilisés et notre taux de vaccination est très bien. On a quand même des défis pour certains, des fois une deuxième dose ou une troisième dose au niveau des vaccins, mais, somme toute, le résultat à la fin, on a un bon taux.

Au niveau des maladies nosocomiales, c'est une réalité dans nos établissements comme ailleurs au Québec, nos taux sont dans la moyenne et, comme je vous mentionnais tantôt, on ne se contente pas de la moyenne, on fait encore beaucoup d'efforts afin de prévenir ces maladies.

Au niveau de nos programmes en perte d'autonomie et les programmes généraux, dans le document qu'on vous a présenté vous pouvez voir qu'on a eu quand même des augmentations substantielles de productivité et aussi au niveau du nombre d'usagers. Entre autres, on parle juste du nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux, des augmentations de 65 %; le nombre d'heures moyen travaillé par des services professionnels dans les CHSLD, des augmentations de 9 %, et aussi, en soutien à domicile, une augmentation de 21 % du nombre d'heures de services qui est offert.

Tu sais, on parle beaucoup de réorganisation du travail. Un projet que nous voulons mentionner au niveau de la vision intégrée des services, on regarde maintenant plus des programmes qu'on combine ensemble afin d'offrir un meilleur service.

Entre autres, il faut souligner aussi des beaux succès au niveau des services sociaux, au niveau de la réinsertion sociale, au niveau des troubles sévères et persistants et au niveau de la déficience intellectuelle. Dans le fond, c'est qu'il y avait des gens qui étaient au niveau d'une institution au niveau du Lac-Etchemin et maintenant ont retourné dans leur territoire.

Aussi, au niveau de nos urgences, au niveau de la santé physique, je crois qu'on performe bien, et vous voyez que nos temps d'attente sont demeurés relativement stables ou se sont améliorés. Il faut toujours souligner aussi que l'achalandage est quand même plus élevé qu'il était. Et, au niveau des soins palliatifs aussi, le nombre en soins palliatifs à domicile a augmenté de 24 %.

J'aimerais conclure, M. le Président, avec nos perspectives d'avenir. Région Chaudière-Appalaches, comme vous voyez, dynamique, des défis, mais on ne perd pas de vue notre désir d'autosuffisance. Notre prochaine vision, c'est au niveau de la cancérologie. Nous travaillons fort afin de développer un centre intégré régional en cancérologie qui nous permettrait d'offrir des services de radiothérapie ici, dans notre région, et aussi, dans une approche de deux régions, au niveau même aussi de la région de Québec, de venir supporter les deux régions et d'offrir des services de proximité.

On veut aussi poursuivre nos travaux d'organisation du travail, d'aller encore plus loin spécialement au niveau des services diagnostiques, soit en imagerie médicale et laboratoire, afin d'avoir une organisation dite régionale complémentaire entre les établissements. On veut aussi poursuivre nos hiérarchisations de services. Dans nos résultats, vous avez pu constater qu'entre les CSSS et nos services dits régionaux, on a vu quand même des transferts importants au niveau des clientèles. Le patient ou l'usager vient chercher son service au bon endroit, et, enfin, on veut vraiment poursuivre sur notre vision d'avoir le bon usager, le bon service au bon endroit et en temps opportun.

Ça complète ma présentation, M. le Président.

● (10 h 30) ●

Le Président (M. Bergman): Merci, M. Paré. Merci pour votre présentation. Merci pour votre présence ici, aujourd'hui, avec votre équipe.

Alors, je reconnais maintenant la députée de Sainte-Rose. Mme la députée.

Mme Proulx: Bonjour, M. Paré. Je vous souhaite la bienvenue, à toute votre équipe aussi. Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de nous préparer cette présentation. Je pense que vous nous avez tracé un portrait très

complet de la situation dans votre territoire. Vous avez effectivement... ce que j'entends, c'est que beaucoup d'efforts ont été déployés, et vous avez des résultats qui m'apparaissent intéressants, notamment au niveau de la santé publique. Et je voulais souligner aussi les efforts et les résultats que vous avez obtenus au niveau du vieillissement de la population, donc avec les personnes âgées, l'augmentation du nombre d'heures en soutien à domicile, et tout ça, et notamment, là, aux CSSS de Thetford et Montmagny, dans tout ce qui touche l'approche adaptée aux personnes âgées.

Donc, vous avez certainement des très bons coups, là, que je tenais à souligner, mais j'ai certaines préoccupations aussi, deux dossiers en particulier dont je voudrais vous parler qui touchent en fait des clientèles plus démunies ou fragiles, les personnes âgées et les jeunes en difficulté. Alors, le premier, je voudrais vous parler de deux incidents malheureux qui se sont produits dans votre agence, le premier étant la fermeture du centre pour personnes âgées qui a laissé 21 personnes âgées, l'an dernier... en fait, oui, l'an dernier, à moins de 24 heures d'avis, là, sans... La fermeture du centre d'hébergement privé dont je vous parle, la Villa Léry à Beauceville. Et je voulais savoir, quel bilan, premièrement, vous faites de votre gestion de cette situation-là? Et quelles sont les mesures que vous avez mises de l'avant pour éviter que ça se reproduise? Est-ce que vous avez des mécanismes de contrôle un peu plus serrés pour les centres privés, pour éviter qu'on se retrouve avec une fermeture comme ça qui laisse des personnes âgées totalement dans une situation, là, très difficile pour elles et complètement instable? Ça, c'est la première chose dont je voulais vous parler.

Et la deuxième, c'est le décès de la jeune fille hébergée dans un centre jeunesse. Là aussi, j'aimerais vous entendre sur le bilan que vous faites de la gestion de cette situation-là, mais surtout les mesures que vous avez décidé de mettre en place pour éviter qu'une situation comme ça se reproduise?

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Premièrement, j'aimerais débiter avec la première situation de personnes âgées. Pour nous, ce qui est non négociable, c'est la qualité des services et la sécurité des usagers au niveau des résidences de personnes âgées. Dans la situation qui nous préoccupait, nous étions en interrelation avec le CSSS de Beauce. Et finalement, sans aller dans les grands détails, on n'avait vraiment aucun employé qui s'était présenté à la résidence et nous devions agir. Et, en collaboration avec le CSSS de Beauce, nous avons, dans le fond, entré et offert des services pour les nourrir, c'était jusqu'à ce niveau-là. Nous, on avait été appelés pour dire que la personne qui préparait les repas n'allait pas se présenter et nous avons pris action pour prendre soin des gens qui étaient là. Nous, ce qu'on a fait dans cette situation-là, on a contacté les propriétaires, et, encore là, il n'y avait aucune action, là, puis ça s'est fait quand même dans un court laps de temps. Et, en collaboration avec le CSSS de Beauce, on a relocalisé les gens pour leur sécurité.

C'est certain que des situations comme ça ne sont pas faciles, ce n'est certainement pas facile pour les usagers parce que les usagers, des fois, ne comprennent pas. C'est leur milieu de vie, hein? Ça fait qu'on a beau dire que, regardez, la résidence a des défis au niveau de la certification, que, là, maintenant, on parlait de faillite... C'était carrément ça aussi qui était la situation financière de l'établissement.

Ça fait que je vous dirais que, dans ce dossier-là, oui, on a agi vite, mais c'était dans l'intérêt des usagers. Et, en même temps, par la suite, les gens ont été relocalisés, là, aux endroits, là, avec le niveau de soins qu'ils devaient bénéficier. Ça fait que la sécurité...

Mme Proulx: Comprenez-moi bien, je ne remets pas en question du tout que vous ayez sorti les 21 personnes âgées de là, je pense que c'est ce qu'il fallait faire. Ma question est beaucoup plus: Comment se fait-il qu'on se soit rendu là? Comment se fait-il qu'il n'y ait pas eu de signaux d'alarme avant, vous indiquant qu'il y avait de grandes difficultés dans ce centre d'hébergement?

M. Paré (Daniel): C'est certain qu'encore là nous, on est toujours en soutien avec eux, la résidence, dans le cadre de la certification justement des résidences pour personnes âgées. On travaille conjointement avec eux. Il y a des bouts qu'on ne peut pas contrôler. C'est un bel exemple, là, que, là, maintenant, il n'y avait, comme on dit, plus de son, plus de lumière, et les résidents étaient là. Nous, au niveau de la loi, là, c'est certain qu'après ça il y a des recours contre la résidence pour personnes âgées. Mais ça reste que, nous, notre priorité, c'était les usagers. Je vous dirais qu'on n'aurait pas pu le voir venir. Oui, on travaillait en collaboration avec eux pour dire: Bien, on pourrait peut-être vous aider. Le CSSS de Beauce, entre autres, avait emmené des ressources supplémentaires souvent pour venir palier certaines pénuries, raretés. Mais, je vous dirais, comme vous mentionnez, c'est la seule situation comme ça qui est arrivée. Je peux vous dire que, tel que présenté comme ça, on n'aurait pas pu le prévenir. Mais, en même temps, ce qu'on a appris, c'est qu'on est en soutien avec nos autres résidences pour personnes âgées, puis, en même temps, on est clair aussi: Là, si ça arrive, appelez-nous avant.

Tu sais, je veux dire, nous, on n'est pas là... Dans le programme de certification, on n'agit pas comme police. On veut vraiment être en soutien. On croit à ce modèle d'hébergement là et on veut bien les soutenir. Et ça, ça se joue des deux côtés. Ça fait que ça prend une bonne relation entre les résidences. Puis je peux vous dire que, dans 99 % des cas, c'est le cas.

Dans l'autre situation qui vous préoccupe puis qui nous a préoccupés aussi, vous comprendrez qu'il y a des poursuites judiciaires dans le cas, ça fait que je ne pourrai pas, encore là, élaborer tant que ça. Mais, au niveau des recommandations du coroner, je peux vous dire que toutes les recommandations ont été appliquées, et suivies, en lien avec ça. C'est un incident malheureux, ça, il n'y a aucun doute par rapport à ça. Mais je me demandais si, Mme Benoît, vous vouliez rajouter au niveau des recommandations.

Mme Benoît (Dyane): Bien, en fait, les principales recommandations, c'était de mettre en place un service de soins infirmiers. Vous savez que, dans les centres jeunesse habituellement, on a des jeunes, quand même, qui sont en

santé. Donc, de s'assurer qu'il y ait une présence infirmière à chaque fois qu'un enfant, un jeune est malade. Il y a eu aussi toute la révision du protocole avec Info-Santé. Donc, chacun des intervenants a été reformé par rapport à l'application du protocole d'Info-Santé, et une étude de cas a été faite de toute la situation, de A à Z, pour s'assurer qu'effectivement il n'y a pas de situation comme ça qui se reproduise par la suite.

Je vous dirais aussi que des recommandations ont été faites aussi à l'Association des centres jeunesse du Québec, et eux aussi ont mis en place les mêmes mesures pour s'assurer que, dans un autre centre, ça n'arrive pas. Et, comme le disait M. Paré, évidemment, on ne peut pas entrer dans les détails pour la suite des choses compte tenu de la poursuite au civil actuellement.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. C'est bien. Je comprends, là, la situation, il y a des éléments plus légaux, là, qui vous empêchent. Mais ma préoccupation, c'était vous, comme agence — tu sais, je ne voulais pas les détails — mais vous, comme agence, le bilan que vous faites de votre gestion de cet état de crise. Alors là, je comprends qu'il y a eu des recommandations, mais ma question, c'était aussi ça, vous, le bilan que vous faites et ce que vous, comme agence, comme dirigeants, comme gestionnaires, vous allez mettre de l'avant pour éviter que ça se reproduise.

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Ah bien, c'est comme je vous disais, au niveau de la situation, oui, ça a été quand même bien géré dans les circonstances. Quand même, il a fallu expliquer. Encore là, quand des situations comme ça arrivent, c'est... C'est arrivé. Ça fait qu'il faut que... Puis, encore là, en lien avec le coroner, on a été d'accord avec toutes les recommandations. Je peux vous dire, pour avoir parlé principalement aux dirigeants du centre jeunesse et aussi aux employés qui étaient très... comment vous dire, vous pouvez croire qu'ils étaient très malheureux de la situation. On a appris de cette situation-là. Et, en même temps, au niveau de la transparence, je pense qu'au niveau transparence tout a été bien fait, là, par rapport à ça.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Masson.

Une voix: Vous pouvez y aller, oui.

Mme Gadoury-Hamelin: Alors, bonjour. Bonjour, M. Paré. Bonjour. Vous avez la chance d'avoir une espérance de vie... Vos habitants ont la chance d'avoir une espérance de vie, là, dont la moyenne est plus longue que l'ensemble du Québec. C'est tout un avantage. C'est un boni. Par contre, on constate que le taux plus élevé de mortalité par suicide est présent. Puis il y a également une proportion importante de votre population de 65 ans et plus, là, qui fait usage d'anxiolytiques, de sédatifs, et tout ça, qui présente des défis à relever en santé mentale. Pouvez-vous nous exposer un peu cette situation-là puis quelles sont, là, les façons dont vous avez choisi, là, de travailler à régler ou, en tout cas, à améliorer cette situation-là puis à relever ces défis-là? J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Paré (Daniel): On est d'accord avec vos constatations. Pour nous, tel que mentionné, c'est un défi, on le sait. Et, avec la permission de M. le Président, je demanderais au Dr Lessard, qui est directeur de la santé publique...

Le Président (M. Bergman): M. Lessard.

● (10 h 40) ●

M. Paré (Daniel): ...il pourrait nous donner encore plus d'information, là, pour répondre à la question.

Le Président (M. Bergman): M. Lessard.

M. Lessard (Philippe): Oui, bonjour. Écoutez, ça fait 12 ans que je suis directeur de la santé publique à Chaudière-Appalaches et ça fait 12 ans que la problématique du suicide est une problématique qui nous préoccupe comme région, comme agence et comme directeur de la santé publique. C'est sur cette base-là d'ailleurs, ces statistiques-là que vous avez soulevées, que nous en sommes arrivés, en 2006, à faire un effort particulier pour que la région se mobilise davantage autour de la problématique du suicide et sur la façon d'intervenir de façon la plus concertée et la plus efficace possible par rapport à cette problématique-là. Et il y a un rapport qu'on a produit à ce moment-là, qui s'appelle, le rapport du directeur de santé publique, *La problématique du suicide*, c'est un rapport qui est disponible, là, et on en a profité, à ce moment-là, pour faire le point sur la problématique, identifier c'est quoi, les différents facteurs de risque qui sont en cause, qui rentrent en ligne de compte dans une situation de crise suicidaire ou surtout qui amène des gens à se suicider.

Ce n'est pas une problématique qui est simple à traiter. Il y a plusieurs facteurs de risque, c'est multifactoriel comme causes. On sait qu'il peut y avoir des facteurs socioéconomiques ou il peut y avoir des facteurs individuels en termes de capacité de résilience, par exemple dans des situations lorsqu'on vit une problématique de couple, par exemple, de divorce, ou de séparation, ou des situations comme ça. Et particulièrement, et ce n'est pas propre à la région de Chaudière-Appalaches, mais c'est une problématique qui affecte surtout les hommes. On sait...

Mme Gadoury-Hamelin: ...maintenant, hein?

M. Lessard (Philippe): Pardon?

Mme Gadoury-Hamelin: Les hommes d'âge moyen plus.

M. Lessard (Philippe): Oui, dans le milieu de la vie, là, donc plus jeunes que moi un peu. Mais donc c'est une problématique fort complexe, et le rapport a bien énoncé à ce moment-là, en 2006, quelles étaient les recommandations qui étaient faites à la région pour tenter d'améliorer la situation. Il y a plusieurs recommandations là-dedans qui ont été appliquées, qui ont été mises en action, et, à chaque année, il y a une rencontre régionale de tous les partenaires concernés par la problématique du suicide qui font le point sur l'état d'avancement des différentes recommandations et les actions à poser pour l'année suivante.

Entre autres, il y a des actions qui ont été menées, qui sont assez particulières et propres à Chaudière-Appalaches, lesquelles on peut être fiers, c'est le développement d'un projet qui s'appelle le projet REMI, on en parle dans le rapport, et ce projet-là, c'est une façon, je dirais, d'assurer qu'à toutes les étapes d'une crise suicidaire, si on veut, l'individu ou la personne qui est en crise ne tombe pas entre les mailles d'un filet de suivi de services, de continuum de services. Et ça rejoint ou ça réunit autour d'une même table et d'un même processus de prise en charge les différents partenaires que sont l'Info-Santé, les policiers, l'urgence, le CSSS, etc. Donc, c'est un protocole... Excusez-moi, j'avais l'impression que vous vouliez intervenir.

Le Président (M. Bergman): Ça va? M. le député de Côte-du-Sud.

M. Morin: Merci, M. le Président. Merci. Bon, je voudrais dire bonjour à M. Paré, Mme Benoît, Dr Bachand, Dr Philippe Lessard. Bienvenue chez vous.

Comme vous connaissez très bien, M. Paré, le CSSS de Montmagny-L'Islet, je ne ferai pas de grande dissertation, je vais aller à trois questions bien précises qui amènent une réponse assez courte. Mais, avant, j'aimerais dire à cette dame, Mme Benoît, au nom des gens de Montmagny-L'Islet, un grand merci pour votre présidence de directrice générale de Chaudière-Appalaches... Excusez-moi, je vous regarde. C'est vos yeux, peut-être, qui me dérangent. Vous dire merci pour avoir assuré l'intérim et avoir aussi toujours eu une écoute de nos jeunes, de nos besoins chez nous, au CSSS de Montmagny-L'Islet. Donc, merci, Mme Benoît.

Donc, M. Paré, vous connaissez, vous en avez parlé tout à l'heure, du vieillissement de nos médecins. Ce que j'aimerais savoir, c'est qu'au CSSS de Montmagny-L'Islet, pour assurer des soins de qualité à la population, combien de permis allons-nous pouvoir accordés? Vous connaissez notre problématique à l'urgence de Saint-Jean-Port-Joli. Combien de permis de dépanneurs qu'on espère avoir pour assurer nos soins? Et aussi, vous en avez parlé un petit peu, la problématique des ambulances à Saint-Pamphile et Saint-Fabien, j'aimerais bien avoir un petit soupçon de réponse, puis une vision d'avenir, et qu'on puisse espérer régler ce problème-là d'ambulances chez nous. Voilà.

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Je vais débiter. Après ça, peut-être je vais me faire assister du directeur Bachand pour d'autres éléments à la réponse.

Au niveau des permis de médecins, vous savez, à chaque année, chaque région reçoit un nombre de permis pour des nouveaux facturants et des permis pour des mobilités interrégionales. Bon an, mal an, à chaque année, la région Chaudière-Appalaches a la permission, dans le fond, d'engager entre 18 et 20 médecins.

Nous, comment on réussit à se partager une certaine pauvreté — il faut quand même se le dire, même si notre plan d'effectifs médicaux est complet, il faut quand même dire que nos besoins ne sont pas tous comblés — quand on regarde pour bien distribuer nos médecins, on regarde les besoins, puis encore là, dans un territoire... comme Montmagny-L'Islet est un territoire, spécialement dans le secteur de L'Islet, qui est considéré comme défavorisé et qui, au cours des dernières années, a eu un recrutement quand même soutenu d'au moins un par année pour venir soutenir, dans le fond, effectivement le vieillissement de la population. Et justement, tout récemment, là, un autre permis pour 2013 a été accordé pour le secteur de Saint-Pamphile. Ça fait qu'en nombre de permis à chaque année, selon ce que nous recevons, il est impossible pour moi de dire qu'on ne pourra pas garantir des permis. Ce n'est pas comme ça qu'on fonctionne; on va sur les éléments de besoin. Mais, pour le secteur que vous me parlez, c'est certain que c'est un secteur qui est considéré en grand besoin, et je sais que le département régional de médecine générale va toujours prendre en considération, dans le fond, une demande dans ce sens-là.

Aussi, dans le défi du territoire, puis effectivement, comme vous mentionnez, je le connais bien, c'est souvent, pour avoir un permis, d'avoir le bon individu qui veut aller travailler. Et, un territoire comme L'Islet, qui est un beau territoire, il faut regarder maintenant, les nouveaux médecins, quel genre de pratique qu'ils veulent exercer. Et souvent ils veulent être jumelés ensemble, en groupe. Ce qu'ils veulent aussi, c'est avoir accès à des technologies, des trajectoires de services pour des médecins spécialistes. Et, au cours des dernières années, le CSSS de Montmagny-L'Islet a travaillé fort à ce niveau-là pour pouvoir développer un groupe de médecine familiale. Ça fait que, maintenant, tous les médecins du secteur de Montmagny-L'Islet sont groupés à travers un groupe de médecine familiale. Donc, ils ont accès à des professionnels de la santé, infirmières. Aussi, ce qu'il faut dire, on a aussi eu l'ajout de deux infirmières praticiennes de première ligne qui, entre autres, font du bon travail et qui permettent aussi une prise en charge de la population. Ça fait que, pour cet élément de réponse là, si on peut trouver le bon médecin, encore là, c'est certain qu'il y aura une ouverture du département régional de médecine générale.

Au niveau des médecins dépanneurs, c'est en lien avec l'urgence de Saint-Jean-Port-Joli. Comme vous le savez, au niveau de l'urgence de Saint-Jean-Port-Joli, nous avons dû procéder à une transformation. L'urgence était à découvert plus de 50 % du temps. Et, en même temps, ce qu'on regardait, l'analyse des... Plus tôt, je vous mentionnais les grands

consommateurs, on regardait qui consomme quoi, où, et, dans nos analyses, ce que ça disait, c'est que les gens de ce secteur-là n'avaient pas beaucoup de médecins de famille, ils consommaient leurs services à travers l'urgence. Ça fait que, dans la transformation, ça a permis une meilleure prise en charge des résidents de ces territoires-là par l'équipe médicale en place. Et, en même temps, on a pu maintenir aussi une urgence avec des heures garanties. Et aussi, même en diminuant le nombre d'heures, l'équipe actuelle n'est pas en position de maintenir une offre de service, là, permanente, et c'est pour ça qu'on fait appel au mécanisme de dépannage.

Et, dans le fond, la demande d'accès à un service de dépannage comme ça se fait selon le besoin. Ça fait qu'un exemple: si, aujourd'hui, on est capables de voir le nombre de quarts de travail qui va être à découvert, qui est l'équivalent de huit quarts de travail dans le mois, on est capables de faire une demande au ministère qui est dans un comité paritaire aussi avec l'association des médecins, si on peut dire, et qui nous permet de faire une demande pour combler les besoins. À date, on a toujours eu une réponse positive et nous, en tant qu'agence, on va toujours supporter. Parce qu'encore là l'urgence de Saint-Jean-Port-Joli, pour nous, c'est important de la maintenir, et elle a toujours été ouverte, même dans le cadre de la transformation.

● (10 h 50) ●

Enfin, au niveau des ambulances, nous, ce qu'on fait au niveau de l'agence, on maintient, on regarde toujours l'utilisation des ambulances parce qu'encore là ça ne fonctionne pas en vase clos, ça fonctionne dans un réseau régional. Et je peux vous dire que les analyses se font régulièrement. Dans le secteur qui vous préoccupe, plus dans le secteur de Saint-Pamphile et de Saint-Fabien, dans le fond, quand on regarde ces secteurs-là, c'est une grande distance par rapport au centre de référence, et il y a une coordination qui se fait à ce niveau-là. Dans les actions qui ont été prises, tantôt je vous parlais de l'unité de coordination au niveau des services préhospitaliers, en emmenant les technologies dans les ambulances, ça a permis de réduire aussi les temps que les ambulances étaient sur la route, et aussi au niveau de certains autres protocoles de santé qu'ils nous ont permis d'améliorer. Mais on est à l'affût, mais, pour vous dire, au niveau de la dernière analyse que nous avons faite, les ambulances de ce secteur-là travaillaient à l'équivalent de 90 % sur les échelles qu'on utilise. Il faut dire que 100 % est équivalent à 25 heures de travail par semaine. Ça fait que pour vous dire que, maintenant, ils sont à 90. Ça fait que c'est certain que ça fluctue, il faut demeurer à l'écoute, et, en même temps, ce qu'on a pu voir, c'est que, justement, la transformation des soins qu'on a faite avec une meilleure prise en charge, on a pu diminuer la pression sur les ambulances de cette façon-là.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Côte-du-Sud.

M. Morin: Oui. Simplement vous rappeler que, compte tenu qu'on a diminué les heures d'urgence à Saint-Jean-Port-Joli, ça cause une certaine problématique, que Saint-Pamphile, ils n'arrêtent plus à Saint-Jean, donc ils s'en vont directement à Montmagny. Donc, si vous avez ça en tête, moi, je suis content de la réponse.

M. Paré (Daniel): ...Dr Bachand aurait aimé rajouter quelque chose ou Mme Benoît? Mais, comme je vous dis, on est préoccupés, on le suit et on le suit de façon, là, comme on dit, quotidienne. Et en même temps, au niveau de la province, on le sait qu'il y a toujours une évaluation qui est faite de tous les services d'ambulance, puis je peux vous dire que, dans le secteur d'ambulance que vous mentionnez là, je vous dirais qu'il est toujours dans les 20 qu'on surveille le plus étroitement, là, pour s'assurer d'avoir une bonne couverture.

M. Morin: ...remercier pour l'appui que vous nous avez donné pour concrétiser la dialyse pour 2014. Je sais que vous avez travaillé fort ces derniers temps, donc merci. En même temps, je peux dire merci à l'ancien ministre de la santé, Dr Bolduc. Merci.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin: Oui. J'aimerais, Dr Lessard, pouvoir continuer votre réponse de tout à l'heure, si vous n'avez pas d'objection. On nous a coupés, c'est le temps, c'est organisé comme ça. Alors, également, on m'a dit que vous avez... Vous savez, on a parlé tout à l'heure d'une situation particulière par rapport au suicide, mais vous avez posé des gestes concrets. J'aimerais, entre autres, particulièrement vous entendre sur l'implantation de vos sentinelles, qui s'est faite ailleurs, mais apparemment que, chez vous, c'est assez réussi comme expérience. Ça fait que j'aimerais vous entendre là-dessus, pour le bénéfice des autres régions aussi qu'on côtoie, puis tout ça. Les bons coups, on aime ça, les entendre.

M. Lessard (Philippe): Bon, écoutez, je reçois bien le commentaire, en même temps, malheureusement, je pense que je ne pourrai pas vous donner beaucoup de précisions, je ne me suis pas préparé à me vanter sur la situation de l'évolution des services en Chaudière-Appalaches. Mais effectivement, quand même, au niveau de l'implantation du projet des sentinelles dans la région, c'est un des dossiers qui a été priorisé, là, dans les suites des recommandations du rapport, et ça s'est déployé à plusieurs niveaux: au niveau du réseau de l'éducation, mais aussi au niveau, même, des entreprises, des milieux de travail.

Maintenant, je ne voudrais pas en donner plus que ça, je risquerais peut-être de dire des choses qui ne sont pas tout à fait la réalité. Mais, si vous le souhaitez, on pourrait vous faire parvenir une information complémentaire, éventuellement, sur l'état de déploiement, là, de cette expérience-là... pas une expérience mais du réseau sentinelles dans Chaudière-Appalaches.

Mme Gadoury-Hamelin: Bien, on apprécierait. La procédure, c'est — hein, c'est ça, monsieur — que ce soit envoyé...

Le Président (M. Bergman): Oui. Si vous envoyez du matériel, envoyez ça au secrétaire de la commission, et le secrétaire va l'envoyer à tous les membres de la commission, et vous êtes certainement bienvenu pour envoyer ce matériel à nous.

M. Lessard (Philippe): Ça me fera plaisir.

M. Paré (Daniel): Si vous permettez, M. le Président, je pourrais quand même bonifier, peut-être, la réponse de Dr Lessard en lien avec pourquoi le succès dans Chaudière-Appalaches au niveau de ce projet-là. C'est qu'on a quand même une belle relation avec les gens du marché du travail, et on sait que les sentinelles, c'est des gens qui sont formés au niveau des entreprises, ils sont sur le terrain. Ça fait que tout le travail qui est fait en amont, en lien avec, comme je vous dis, les entreprises, en lien avec les autres organismes gouvernementaux de notre région, ça nous permet, dans le fond, de passer nos messages et ça nous permet aussi de bien convaincre.

Ça fait qu'encore là pour avoir parlé à certains dirigeants, et même eux en font une fierté, pour avoir parlé, des fois, à diverses tables, eux m'en parlent, ils disent: Vous savez, M. Paré, nous, on a des gens en sentinelle, et, eux, c'est un engagement, et aussi ce qu'on voit, c'est qu'ils nous appellent lorsque, un exemple, un employé quitte, bien ils veulent le remplacer. Ça fait que je vous dirais, là, que le crédit revient aussi aux employeurs, je vous dirais, aux employeurs de la région et peut-être aussi au niveau de tous les messages, dans le fond, médiatiques qui ont permis de faire la promotion et aussi de faire une différence. Je pense que quelques éléments de réponse, là, à la clé du succès dans notre région, là, se tiennent à ce niveau-là.

Mme Gadoury-Hamelin: Le partenariat avec les entreprises...

M. Paré (Daniel): L'engagement des entreprises.

Mme Gadoury-Hamelin: ...qui sont bien implantés dans les entreprises. Pour les plus jeunes, j'imagine que c'est dans les écoles, dans les centres...

M. Lessard (Philippe): Dans les milieux secondaire et collégial.

Mme Gadoury-Hamelin: ...en fonction de chacune des clientèles.

M. Lessard (Philippe): Oui, oui, c'est ça.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui, alors j'aimerais vous parler de santé mentale et de l'atteinte des cibles ou de la diminution, là, des personnes desservies. En fait, ce qu'on constate, c'est que l'agence prévoyait offrir des services aux personnes en santé mentale, des services de première ligne. Il y a 6 185 personnes, mais, dans les faits, c'est seulement 3 000, c'est la moitié. J'aimerais ça que vous nous expliquiez un peu, d'une part, comment se fait-il que les cibles n'ont pas été atteintes? Est-ce que c'est les cibles qui étaient trop élevées? Si oui, pourquoi les cibles ont été déterminées aussi élevées?

M. Paré (Daniel): Avec votre permission, M. le Président, je demanderais à Mme Benoît de commenter, mais, d'entrée de jeu, je pourrais vous dire que, oui, effectivement, c'est un enjeu pour nous. Comme vous le voyez dans le bilan, on en prend acte. Et, plus tôt, je vous mentionnais, au niveau de la coordination régionale, on avait des comités stratégiques qui voulaient adresser, là, des grandes problématiques avec tous les intervenants autour de la même table. C'est un bel exemple.

Sur ce, je demanderais peut-être à Mme Benoît d'ajouter des éléments de réponse.

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

Mme Benoît (Dyane): Bien, en fait, au niveau de la santé mentale, effectivement, il y a une problématique autour de la cible qui a été fixée. En fait, la cible pour Chaudière-Appalaches est plus élevée que celle de Québec. Alors, on a commencé à questionner un peu. On travaille avec le ministère actuellement pour réajuster la cible, là, pour que ce soit un petit peu plus réaliste. Et évidemment c'est des cibles qui sont basées sur un taux de prévalence. Donc, pour l'année 2012-2013, comme on a indiqué, la cible a été changée, a été ramenée un peu plus basse.

En ce qui concerne aussi le programme santé mentale, peut-être vous avez vu une note dans le cahier qu'on vous a livré, c'est un programme qui, chez nous, est en pauvreté relative. Comme disait M. Paré tantôt dans sa présentation, il y a une pauvreté relative d'environ 18 millions dans la région, et le programme santé mentale est en retard au niveau des investissements. Alors, c'est sûr qu'on investit beaucoup plus dans la réorganisation du travail, et tout ça, pour essayer d'atteindre nos cibles. Il y a beaucoup d'énergies, actuellement, qui sont mises en place pour justement développer le suivi intensif, suivi d'intensité variable également, et on travaille étroitement avec les organismes communautaires.

Donc, il y a une partie aussi de notre offre de service qui n'est pas captée par les indicateurs parce que les informations ne sont pas saisies puisque les services sont donnés en collaboration avec le communautaire. En même temps, bien, ça fait aussi un réseau qui est plus fort. Comme le disait M. Paré, autant au niveau du suicide qu'en santé mentale, nous, on est très, très maillés avec les organismes du milieu.

Aussi, peut-être dire qu'on travaille aussi à essayer de ramener le niveau de service au bon endroit. Il y avait une pratique, pas juste dans Chaudière-Appalaches, mais qui faisait en sorte que la deuxième ligne était souvent la porte d'entrée. Donc, les gens, ou les médecins omnipraticiens, ou les intervenants en première ligne avaient tendance à référer directement en psychiatrie les personnes qui ont une problématique de santé mentale. On est à travailler actuellement pour réviser l'ensemble du programme. On démarre justement les travaux, là, de révision de l'ensemble de la trajectoire pour être capables de ramener en première ligne les ressources et également consolider l'offre de service.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. Ce que j'entends, c'est une difficulté, hein, dans la collecte de données, et même l'arrimage avec votre plan, comme agence, et le plan régional, le plan stratégique régional. D'après ce que j'ai cru comprendre, on ne calcule pas nécessairement les cibles de la même façon. Et ça, ça devient compliqué dans une reddition de comptes quand on veut évaluer l'impact des politiques, l'impact des mesures, l'impact du travail que vous effectuez. Est-ce que vous vous préoccupez de cette question d'harmoniser ou de collecter les données pour que ça puisse donner un portrait compréhensible, là?

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

● (11 heures) ●

Mme Benoît (Dyane): Je vous dirais que, notamment au niveau de la santé mentale, il y a eu une problématique de consolidation, je dirais, des indicateurs. Vous avez vu, on a expliqué qu'il y a une année, l'année passée, il y a deux des six indicateurs qui ont changé, donc c'est venu changer les résultats. Donc, sur une période plus longitudinale, c'est difficile de faire des liens puis de dire: Est-ce qu'effectivement on s'améliore, on se détériore, ou autre?

Donc, on travaille très, très fort actuellement sur, justement, la fidélité de nos indicateurs, la fidélité de la collecte de données et, évidemment, la validité. On sait que c'est un défi de tous les jours, hein, parce que les intervenants terrain sont moins portés souvent sur les statistiques que sur l'offre de service directe aux clients. C'est une caractéristique souvent, en psychosocial, et ça fait en sorte qu'il faut être très, très déterminé pour suivre de façon rigoureuse.

Par contre, l'autre chose qu'on a travaillée beaucoup avec le ministère aussi, c'est de s'assurer que, si on est en entente de service avec des organismes partenaires, on puisse capter ces informations-là. Parce qu'on travaille de cette manière-là, mais on n'arrive pas... En personnes âgées, c'est la même chose, on n'arrive pas à capter ce que les entreprises d'économie sociale font quand on est en entente de service puisqu'eux ne sont pas des distributeurs du réseau santé et services sociaux. Donc, vous voyez qu'il y a des travaux, là, qui se font dans ce sens-là.

Mme Proulx: O.K. Merci. Avais-tu...

Une voix: ...

Mme Proulx: Oui? Je voulais...

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. Alors, je voulais vous parler de répit de proches aidants. Alors, ce que j'ai constaté, là, c'est qu'il y a eu, en 2011, le transfert de lits de répit pour les proches aidants du public vers le privé, et ça a presque doublé les coûts. Alors, les données que j'ai, c'est que le coût journalier d'un lit de répit est passé de 17 \$ à 32 \$. Et c'est sûr que, pour des personnes à revenus modestes, cette facture-là, elle n'est pas négligeable, et le risque qu'il peut y avoir associé à ça, c'est qu'une personne ne s'en prévale pas. Parce qu'on sait que les proches aidants, bien souvent, sont elles-mêmes des personnes âgées qui ont besoin de répit, et, si le coût devient prohibitif et fait en sorte qu'elles ne se prévalent pas de ce répit, je pense que la situation ne va pas en s'améliorant.

Et, moi, j'aimerais savoir deux choses. Premièrement, qu'est-ce qui a motivé cette décision de transférer ces lits-là vers le privé? Et est-ce que les personnes reçoivent une compensation, compte tenu de l'augmentation de ces coûts-là?

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Avec votre permission, M. le Président, je demanderais à Mme Benoît...

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

M. Paré (Daniel): ...qui connaît bien l'organisation du service.

Le Président (M. Bergman): Certainement. Mme Benoît.

Mme Benoît (Dyane): Alors, oui, en fait, la transformation des lits au niveau du répit, on a fait un grand travail au niveau du programme personnes âgées pour, d'une part, diminuer le nombre de lits d'hébergement en CHSLD, parce que, comme on le sait, la politique ministérielle fait en sorte qu'on doit travailler à consolider davantage la première ligne et le soutien à domicile. Donc, le choix qui a été fait dans la région, c'est de diminuer le nombre de lits institutionnels pour développer avec la communauté, autant en relation avec le privé que les organismes communautaires ou les OMH ou autres

types, et ce qui s'est passé dans ce dossier-là effectivement, c'est que le répit n'était pas considéré comme un service spécialisé. Donc, des organismes sont en mesure de l'offrir, et c'est pour ça qu'on a fait ce choix-là.

Par contre, la tarification en tant que telle, je vous dirais qu'on travaille actuellement à l'harmonisation régionale, et il y a des travaux également, au ministère, avec lesquels on va s'arrimer, parce qu'il y a des tarifs qui sont variables dans la région et variables avec le reste du Québec. Il y a à peu près de tout là-dedans.

Concernant les programmes, effectivement, il y a des programmes financiers de soutien aux familles, des budgets qui existent pour lesquels des allocations sont confiées aux personnes. Et évidemment on a développé aussi des programmes, comme Baluchon Alzheimer, qui fait que ça permet de donner du répit aux proches aidants. On a mis en place aussi des services de répit atypique, qu'on appelle, donc, pour vraiment ajuster l'offre de service aux besoins des proches aidants, et l'organisme, l'appui aussi qui a été mis en place, qui s'occupe de l'ensemble de l'organisation des services aux proches aidants. Donc, je vous dirais que, globalement, on a augmenté le nombre de répits, et effectivement pour ce qui est de la tarification, on est sur le point, là, avec l'équipe ministérielle, d'ajuster pour qu'il y ait une harmonisation.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis: Bonjour. J'aimerais revenir à la question des suicides et la santé mentale. D'après les données qui sont publiées par le Commissaire à la santé et bien-être, vous n'êtes pas les pires, vous êtes 10e. Il y a un autre chiffre qui est préoccupant quant au taux d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée, vous êtes aussi 10e. Ça, c'est aussi préoccupant.

Vous avez huit places par 100 000 habitants au sein de ressources intermédiaires destinées aux individus atteints de troubles mentaux, quand, dans l'ensemble du Québec, il y a 34,2 places. Donc, vous vous classez 14e. Vous vous placez 14e ou 15e quand la proportion de la population ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale, ou ayant consulté un psychologue, ou ayant consulté par téléphone un professionnel de la santé. Toujours d'après les données sur le site du commissaire, il y a 7,3 % des individus dans votre région atteints de troubles anxiodépressifs. C'est beaucoup plus élevé que la moyenne. Vous vous classez 13e pour la proportion de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale.

Alors, je reviens à la question de la cible de 6 000 usagers souffrant de troubles mentaux qui devraient avoir des services de santé mentale de première ligne. En 2010-2011, il y avait 3 600 usagers; en 2011-2012, il y avait 3 000 usagers. Il y a une diminution. Quand je regarde l'ensemble de cette information-là, il me semble qu'il y a un problème beaucoup plus important que le chiffre de la cible.

J'aimerais comprendre, d'abord: Est-ce que vous avez, à part... Vous avez parlé un peu des programmes de prévention au suicide, et on va obtenir plus de renseignements. Mais qu'est-ce que vous faites pour rejoindre les gens qui ont des problèmes de santé mentale avant que ça déborde? Qu'est-ce que vous faites pour rejoindre les jeunes, ou même les enfants, avant que ça devienne un problème encore plus important pour la région et pour notre communauté?

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Avec votre permission, encore là toujours en suivi, je demanderais peut-être à Mme Benoît de commenter.

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

Mme Benoît (Dyane): Merci. Alors, comme j'expliquais, effectivement on fait le même constat que vous que, dans la région de Chaudière-Appalaches, le programme santé mentale est en retard. Je vous parlais tantôt d'un manque de financement, d'un sous-financement de ce programme-là. Donc, c'est sûr...

Une voix: ...

Mme Benoît (Dyane): Oui?

Mme de Santis: Je voulais simplement ajouter — je m'excuse...

Mme Benoît (Dyane): Oui, ça va.

Mme de Santis: ... — que, d'après les renseignements que j'ai, vous dépensez 113 \$ par habitant quand la moyenne au Québec, c'est 137 \$, et je parle là pour des programmes de santé mentale. Alors, c'est beaucoup moins que ce qui est dépensé ailleurs dans la province.

Mme Benoît (Dyane): Tout à fait. Ça vient confirmer effectivement que, dans la région, le budget alloué au programme santé mentale est inférieur. Donc, dès qu'on pourra être consolidés... Évidemment, on n'est pas dans un contexte budgétaire actuel qui nous permet de penser qu'il va y arriver des investissements énormes, mais le prochain endroit... et, à chaque fois, je vous dirais, dans les dernières années où on a reçu des budgets de développement dans la région, on a alloué des argents au programme santé mentale parce qu'il est en retard. Quand je parlais tantôt de la révision de l'ensemble du continuum de services, c'est à ça aussi que ça réfère. Concernant les ressources non institutionnelles, oui, il y a moins

de places, effectivement. On vient d'ailleurs d'en inaugurer des nouvelles, là, dernièrement. En fait, ça fait partie du développement de l'ensemble de l'offre de service.

On a une approche aussi, dans la région, qui vise beaucoup plus à soutenir les personnes en logement que d'aller vers les ressources non institutionnelles. Et il y a également aussi le soutien au logement social qui est quand même très présent dans la région. On a d'ailleurs une entente spécifique avec la CRE et 20 quelques partenaires autour de ça. Donc, ce qu'on essaie plus de faire, c'est de les maintenir dans les milieux qu'ils ont choisis. Par contre, oui, il y a du travail à faire, c'est pourquoi on s'est lancés dernièrement avec un grand comité qui va regrouper aussi des experts. On travaille avec le Centre national d'excellence en santé mentale pour nous soutenir dans ce dossier-là également.

Quand on parlait des hospitalisations plus importantes au niveau de la santé mentale...

M. Bachand (Jacques): Bon, ce que je peux rajouter, le constat qu'on a fait ces dernières années...

Mme de Santis: ...les hospitalisations répétées.

● (11 h 10) ●

M. Bachand (Jacques): Oui. Oui. Probablement qu'il y a un problème, c'est la prise en charge au niveau de la première ligne, puis dans la communauté, au niveau des problèmes de santé mentale. Historiquement, dans la région Chaudière-Appalaches, la seconde ligne faisait le jeu aussi de la première ligne, un peu comme on retrouve dans d'autres spécialités il y a quelques années. Maintenant, ça s'est amélioré dans d'autres spécialités comme la pédiatrie. En santé mentale, il y a un exercice à faire. Je vous dirais que, depuis les derniers mois, les chefs de département de psychiatrie ont embarqué dans cet exercice-là, conjointement avec les organismes de première ligne, les médecins de famille, aussi.

On disait tantôt que les médecins de famille, quand ils ont un problème dans leurs cabinets ou à domicile, problème de santé mentale, la seule porte d'entrée, c'était la salle d'urgence. Le patient était hospitalisé presque automatiquement en santé mentale à ce moment-là. Les psychiatres nous disaient que la prise en charge au niveau de la première ligne n'était pas sécurisée, dans leur idée à eux. Ils connaissaient pas les intervenants de première ligne en santé mentale. Donc, eux, la réponse qu'ils donnaient aux gens de la population qui avaient des problèmes de santé mentale récurrents: Bien, venez-vous-en à l'urgence, on va vous réhospitaliser. C'était un petit peu le langage. Je simplifie, c'est sûr.

Comme dans d'autres régions au Québec aussi, c'est arrivé qu'on a reconnu ce problème-là ailleurs. Mais, en Chaudière-Appalaches, on avait ce problème-là, qui a été reconnu maintenant depuis un an. Les gens se sont concertés et là il y a un comité stratégique qui est mis en place, il y a déjà eu des rencontres, et là-dessus la discussion est faite justement autour de la place de la première ligne pour la prise en charge de santé mentale. On est en train de réviser l'offre de service au niveau des professionnels, comme les travailleurs sociaux qui sont en établissement, puis on se demande jusqu'à quel point on a besoin autant de travailleurs sociaux en établissement. Peut-être c'est mieux de les envoyer plus près de la première ligne pour prendre en charge ces patients-là pour aider les organismes communautaires, les médecins de famille.

Les médecins de famille nous disent que, oui, ils pourraient prendre des clientèles vulnérables en santé mentale de façon plus régulière, avec un volume amélioré. Mais, pour ça, il faut les aider, parce que la santé mentale, tout le monde le sait, ça ne se traite pas par une personne, ça se traite par une équipe en santé mentale. Et c'est cette équipe en santé mentale là qui doit changer ses paradigmes au niveau de la prestation au niveau de la première ligne et donc de travailler avec les infirmières, GMF, avec les infirmières praticiennes, les IPL qu'on a dans nos établissements de première ligne comme les GMF.

C'est tout cet exercice-là qui est en train de se faire, puis vos constats, on est tous d'accord avec ça, puis c'est les constats qu'on a faits depuis un an, puis ça passe par la réorganisation au niveau de la première ligne, bien entendu. Puis les omnipraticiens, ils sont d'accord avec nous; les psychiatres, maintenant, constatent que d'améliorer le climat de confiance entre les équipes de première ligne et les psychiatres va faire que, oui, le transfert va se faire vers la première ligne. On va arrêter de dire au patient: Si ça va mal, venez-vous-en à l'urgence, on va vous réhospitaliser. C'est le constat que vous faites, c'est le constat qu'on fait aussi.

Mme de Santis: Mais...

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis: ...j'aimerais aussi une réponse à l'autre question: Est-ce qu'il y a des interventions qu'on fait, auprès des jeunes ou des enfants, qui pourraient aider pour la longue durée?

Mme Benoît (Dyane): C'est sûr que, si on parle de problématique de santé mentale chez les enfants, on a des équipes dédiées dans chacun des CSSS. Donc, il y a des équipes de base qui agissent en collaboration avec les équipes de pédopsychiatrie, et ça, c'est une intervention qui est très structurée depuis au moins huit ans dans la région. Donc, de ce côté-là, je vous dirais qu'on est plus avancés du côté des jeunes que du côté des adultes. On a adressé la situation différemment, et on a mis en place, dès le départ, des équipes interdisciplinaires, et ça a favorisé effectivement une amélioration des services auprès des jeunes.

On sait aussi que les jeunes hébergés en centre jeunesse, vous avez peut-être pu le voir dans le document, il y a beaucoup, beaucoup d'enfants maintenant qui arrivent au centre jeunesse avec des problématiques de santé mentale. Alors, le centre jeunesse a mis en place un programme structuré pour l'intervention en santé mentale auprès des enfants, en collaboration avec l'équipe de pédopsychiatrie du CSSS Alphonse-Desjardins. Donc, vous voyez que c'est une intervention ciblée, aussi.

Évidemment, si on parle de prévention — je vais voler la vedette de mon collègue — il y a aussi des programmes qui sont à se mettre en place actuellement au niveau de l'intervention en négligence, hein? On sait que le problème de

santé mentale souvent va se déclencher à la suite d'un certain nombre d'événements. Donc, un programme d'intervention en négligence qui est à se déployer actuellement. On a aussi un programme qu'on appelle Concerto, qui vise à intervenir chez l'enfant de moins de neuf mois. Donc, ça veut dire qu'on intervient dès que la maman est enceinte et qu'elle présente des risques, des risques au niveau des habiletés parentales et autres. Donc, ce projet-là est en place actuellement depuis la dernière année.

Alors, il y a aussi tous les programmes d'intervention, de soutien intensif aux parents dans les milieux plus défavorisés. Donc — M. Paré en parlait tantôt — on travaille avec la caractérisation des communautés pour ajuster, dans les lieux où il y a plus de risques à la santé, pour être capables de dépister rapidement les enfants. Et ça, c'est sans parler des interventions avec le ministère de l'Éducation, École en santé, et tous ces programmes-là pour lesquels on est très impliqués.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Beauce-Nord.

M. Spénard: Merci, M. le Président. Alors, en premier lieu, merci de venir nous dresser un portrait de la situation dans Beauce-Appalaches en ce qui concerne la santé et les services sociaux. Alors, c'est un très beau rapport.

Maintenant, moi, à l'intérieur de ce rapport-là, je ne sais pas qui peut me répondre, mais je n'ai pas vu... en tout cas, ça, ça fera partie de peut-être une question supplémentaire. Il est marqué que la région a une proportion moins élevée de la population n'ayant pas de médecin régulier. Par contre, elle affiche un taux moins élevé de médecins omnipraticiens lorsqu'on la compare à la moyenne québécoise. C'est quoi, l'explication logique de ça? Est-ce que les médecins ont plus de patients qu'ailleurs au Québec?

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Je vais demander à Dr Bachand de débiter mais je vais revenir, moi, après. Vas-y.

M. Bachand (Jacques): Cette année, il y a un sondage québécois qui a été fait par le ministère, puis la Fédération des médecins omnipraticiens aussi a complété par un autre sondage. La région de Chaudière-Appalaches, à l'exemple de Bas-Saint-Laurent, à l'exemple de Saguenay, a une proportion de personnes qui ont un médecin de famille la plus élevée au Québec. Chaudière-Appalaches, c'est 89 %. C'est sûr que c'est un chiffre. Ce qu'on rencontre d'un autre côté, même si tout le monde a un médecin de famille, c'est de le voir quand on en a besoin. C'est ça, le problème, des fois.

L'accessibilité. Je dirais que, dans Chaudière-Appalaches, on ne peut pas se plaindre de l'accessibilité, je dirais, là, par rapport à d'autres régions. Quand les gens ont besoin de voir un médecin, même s'ils n'ont pas de médecin de famille, ils ont des endroits attitrés qu'ils vont toujours puis ils ont un service. Bon, ça ne règle pas certains problèmes au niveau des clients qui ont des maladies chroniques ou des patients vulnérables, c'est sûr. L'idéal, c'est d'avoir un médecin de famille qu'on peut appeler, rencontrer au besoin. Ça, là-dessus, on le travaille.

L'autre élément que vous apportez, oui, il y a des médecins qui ont des clientèles très élevées. Il y a des médecins qui ont des clientèles de 2 000, 3 000 inscriptions, puis c'est des médecins qui ont 60 ans au-dessus, bien souvent, qui n'ont pas nécessairement les ressources nécessaires aujourd'hui pour les aider à continuer la pratique. C'est là-dessus qu'il faut travailler, aussi. On ne veut pas que ces médecins-là lâchent. On ne voudrait pas que ces patients-là perdent leur médecin, non plus. On sait qu'on essaie de les aider avec le recrutement, le regroupement des médecins. On sait que les jeunes médecins, les nouveaux médecins qui rentrent dans une région comme Chaudière-Appalaches, c'est de la pratique de groupe qui les intéresse, travailler avec une infirmière, travailler dans un contexte de groupe de médecins de famille. Mais on ne veut pas dévaloriser quand même la pratique de ces médecins-là qui ne veulent pas nécessairement rentrer dans des GMF. Il y a des médecins qui sont plus éloignés des groupes comme ça. Quand on les rencontre, ces médecins-là, ils nous disent: Bien, ma pratique est-elle si mal que ça? Je dis: Non, docteur, votre pratique n'est pas mauvaise, mais vous n'attirez pas des jeunes médecins dans votre pratique, ils ne viendront pas travailler avec vous dans ce contexte-là. Donc, on travaille là-dessus, mais c'est vrai que c'est un problème, quand il y a un médecin de 60, 60 quelques années qui délaisse, par maladie ou par retraite ou quoi que ce soit, puis qu'on regarde le nombre d'inscriptions, puis qu'on ramasse 3 000 inscriptions tout d'un coup. C'est sûr qu'il faut regarder, dans le territoire, qu'est-ce qu'on peut faire pour prendre en charge ces clients-là.

M. Spénard: Une autre question. Vous dites qu'il y a 89 % des personnes qui bénéficient d'un... bien, en tout cas, qui disent avoir un médecin de famille dans Chaudière-Appalaches. Est-ce que vous l'avez séparé par MRC? Parce que, dans la MRC Nouvelle-Beauce, je pense que ce n'est pas plus de 50 % qui ont un médecin de famille. En tout cas, moi, c'est les chiffres qu'on me donne, là.

M. Paré (Daniel): Non...

M. Spénard: Je ne sais pas quelle étude est la bonne, là, mais.

M. Paré (Daniel): O.K. Non, encore...

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Merci, M. le Président. Non, encore là, au niveau des données dans Chaudière-Appalaches, une de nos particularités, c'est justement au niveau de l'accès. Le delta est vraiment un des plus petits au Québec. Toutes

nos régions ont une représentativité ou un nombre de médecins relativement équivalent. Ça joue, de mémoire, entre 83 % et 89 %, là. Ça fait que je ne sais pas d'où votre chiffre de 50 %, là, vient. Mais, en même temps, à ce niveau-là, non, il y a quand même une prise en charge.

Mais, en même temps, il faut faire attention: oui, on a un bon nombre de médecins, oui, on a un défi au niveau du vieillissement de nos équipes médicales et, en même temps, au niveau du nombre pour remplacer les gens de la pratique, et c'est pour ça qu'il faut maintenant adapter nos stratégies puis nos solutions dans chacun de nos territoires.

Bon, comme une question précédente, on disait: Bien, dans le secteur de L'Islet, il a fallu consolider un groupe de médecine familiale ensemble. La communauté s'est même mise ensemble aussi pour recruter le médecin et de faire une promotion de la région. Eux ont dit: On va vendre notre milieu. Il faut toujours se souvenir qu'un médecin c'est un travailleur autonome. Donc, ils nous choisissent... il nous choisit. Ça fait que le volet qui est en partenariat entre la population et le volet entre le réseau, c'est vraiment de dire: Écoutez, technique, on va bâtir une infrastructure, des trajectoires de services, mettre des équipes, et, en même temps, une belle alliance avec le milieu pour vendre le milieu en tant que tel.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

● (11 h 20) ●

Mme Proulx: Oui. Alors, j'aimerais vous parler d'immobilisations, notamment du chantier de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ce que vous nous indiquez, c'est que vous avez rencontré des problèmes majeurs, là, dans ce projet-là puisque l'échéancier actuellement prévu et la livraison en avril 2013, c'est donc 20 mois de retard sur l'échéancier initial, et c'est une augmentation de coûts supplémentaires aussi, une augmentation de 7 millions.

Alors, j'aimerais que vous nous fassiez aujourd'hui le portrait, où en est ce dossier, quels sont les échéanciers et est-ce que vous évaluez que les coûts supplémentaires vont demeurer à 7 millions. En fait, je veux vraiment que vous nous fassiez le portrait de ce dossier-là.

M. Paré (Daniel): Avec votre permission, M. le Président, je demanderais à M. Langlois, ici, là, qui est responsable du dossier, de répondre à la question.

Le Président (M. Bergman): M. Langlois.

M. Langlois (Stéphane): Alors, M. le Président, en termes de projet d'immobilisations, ce n'est probablement pas le dossier le plus glamour que nous avons eu à traiter. Le dossier a quand même très mal débuté, il y a eu des problématiques au niveau des plans de structure, ce qui fait qu'on s'est rendu compte, au début du chantier, que, les plans de structure, il y avait des défaillances. Donc, le chantier a été arrêté pendant plusieurs mois afin de refaire les plans, ce qui a amené des échéanciers. Et, normalement, où il y a eu une hausse de budget considérable, bien, normalement, il devrait y avoir des poursuites qui devraient être faites auprès de la firme-conseil qui avait fait les plans. Donc, présentement, là, il y a des procédures judiciaires qui sont en train de se mettre en place.

Mais, pour nous, bon, l'échéancier, est-ce que les coûts vont augmenter, présentement les coûts sont en contrôle, comparativement au début, mais ça a amené beaucoup de problématiques avec l'entrepreneur, avec les sous-traitants et avec aussi la firme d'ingénieurs qui est visée par les travaux. Pour l'instant, les travaux suivent leur cours, les chantiers d'avril sont toujours dans le collimateur, qu'on pourrait dire, donc il n'y a rien qui nous dit à ce moment que la livraison ne se fera pas en avril.

Mme Proulx: Donc, vous prévoyez toujours le même échéancier, livraison en avril et contrôle des coûts.

M. Langlois (Stéphane): Tout à fait. À partir du moment qu'il y a le rehaussement des coûts, bien le rehaussement des coûts est principalement dû aux erreurs qui ont été faites au niveau des plans en architecture, parce que, par la suite, il a fallu tout rajuster; bon, l'entrepreneur, les sous-traitants, les autres professionnels, ça a eu un impact sur l'ensemble du dossier, le retard pour l'arrivée de la chambre hyperbare parce que c'était tout dans un projet de construction de cet ordre-là. Il y a tout un échéancier qui est à respecter pour que chacun des titres d'emploi, des corps de métier puissent rentrer en fonction des plans qui sont faits. Donc, là, comme on retardait le volet infrastructures... le volet structure, plutôt, excusez, bien, tout déboulait, là.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Pour demeurer dans le thème du contrôle des coûts, le CSSS Alphonse-Desjardins et le Centre de réadaptation en déficience Chaudière-Appalaches sont les deux seuls qui ont fait des déficits. Alors, j'aimerais savoir: Est-ce que ces établissements ont dépassé leur déficit autorisé et à quoi vous attribuez le déficit?

M. Paré (Daniel): M. le Président, je demanderais à notre spécialiste aux finances.

M. Langlois (Stéphane): Je vous dirais, bon, dans le cadre du CSSS Alphonse-Desjardins, bon, il y a eu une situation particulière qui est arrivée en 2010-2011. Il y a eu un plan assez serré qui a été fait avec eux. La présidente-directrice générale de l'époque, Mme Benoît et moi, le Dr Bachand, on a été assez présents avec le CSSS pour qu'on arrive avec des solutions, je vous dirais, permanentes.

L'approche qui a été faite est très intéressante, et c'est une approche qu'on essaie de véhiculer pour les autres situations difficiles, c'est d'évaluer... La première chose qu'on regarde: Est-ce que l'établissement est performant par

rapport à ses groupes de comparables au niveau du Québec? Et, lorsqu'il y a des zones de non-performance, l'établissement doit se ramener à la performance, minimalement, je vous dirais, de la moyenne de ses groupes comparables, donc, et, je vous dirais, ultimement viser à l'atteinte d'être dans les premiers de groupe, tout le temps.

Et là, à ce moment-là, on ne diminue pas nécessairement l'offre de service, mais on la fait mieux. Et ça, le CSSS Alphonse-Desjardins avait un énorme défi, je peux vous dire qu'ils l'ont réalisé, ils ont réalisé le défi. Il y a eu un virage quand même considérable. C'était, à l'époque, le volet plus Hôtel-Dieu de Lévis que le CSSS en général. Et il y a eu un virage majeur qui a été fait, et je pense que l'établissement a maintenant les contrôles de ses finances.

Et, dans le cas du CRDP, du centre de réadaptation, c'est une situation qui est beaucoup plus, je dirais, isolée. Le Centre de réadaptation en déficience physique fait face à des fluctuations considérables au niveau des revenus qui touchent beaucoup plus avec... C'est des revenus de tiers, CSST, SAAQ. Mais il y a eu une grosse fluctuation, au cours des dernières années, sur les revenus, je vous dirais, qui sont attendus versus l'équipe qui est en place. Donc, elle doit se réajuster continuellement avec l'équipe qu'elle a au niveau de la... son équipe de professionnels versus les revenus qui arrivent de tierces personnes, là.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin: Oui. Moi, j'aimerais vous entendre sur deux sujets qui préoccupent presque l'ensemble des Québécois, c'est dans les situations dans les CHSLD, les mesures de visites d'appréciation qui sont en place pour justement s'assurer, là, que les choses qui ont fait les manchettes ne se reproduisent pas ou, en tout cas, qu'on élimine ces situations-là le plus possible.

Alors, je vois que vous avez appliqué ces visites d'appréciation dans l'ordre de 68 % des cas, qu'on nous dit. Alors, où en êtes-vous au niveau des recommandations? Est-ce que vous continuez, est-ce que vous poursuivez? Puis qu'est-ce que vous avez mis en place, là, pour atteindre l'objectif, là, un objectif plus élevé, là, pour que les CHSLD soient bien visités et bien...

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Effectivement, ça se continue. Au niveau des visites, nous avons des inspecteurs dédiés qui travaillent et qui font les suivis avec tous les CHSLD de notre réseau.

Au niveau du suivi des recommandations, encore là il y a un suivi rigoureux qui est fait avec une reddition de comptes. Et, dépendamment des recommandations... Parce qu'il faut dire que, pour notre région, souvent, les recommandations sont beaucoup plus en lien avec les milieux de vie, donc c'est souvent en lien avec des petites rénovations fonctionnelles, donc, des fois, ça peut prendre quelques mois avant de mettre en place. Ça fait que, nous, notre reddition de comptes qu'on fait avec eux, c'est justement de dire: Où est-ce que vous en êtes rendus?

Et justement, jusqu'à tout récemment, de façon annuelle, là, les exceptions, des fois, du non-suivi des recommandations, ça pourrait être, un exemple, des poignées de porte qui n'ont pas été changées, des poignées de porte qui se barraient, etc., et le contrat a été donné où le travail allait se faire dans les semaines, dans les mois, là, qui suivaient. Ça fait qu'à ce niveau-là je vous dirais qu'on est quand même à l'aise de dire qu'on a pris ça au sérieux, nous, ce processus de visites là. On avait un historique aussi au niveau de l'hébergement, là, qu'on est soucieux. On veut toujours, encore là, s'améliorer. On a quand même eu aussi des projets de rénovation, là, quand même majeurs à ce niveau-là, qui nous a aidés, là, justement, aussi à faire face aux changements, dans le fond, dans la façon de l'approche en milieu de vie en CHSLD.

Mme Gadoury-Hamelin: On parle de choses physiques, en tout cas, mais les relations par rapport avec les usagers ou les gens qui sont dans les centres, là, la qualité des soins et des rapports avec les aînés, ça, de ce côté-là, ça va, c'est correct?

M. Paré (Daniel): Encore là, nous, toujours avec la même... il me semble que, des fois, je dis souvent la même chose, mais, au niveau des résidents, les comités des usagers, au niveau des CHSLD, sont très présents. Ça fait partie de la culture, le sentiment d'appartenance, là, et on a plusieurs projets de CHSLD qu'on a mis en place dans des villages. Ça fait que, pour nous, c'est important, et ça, ça amène que les recommandations se font de façon régulière et non dans des grands processus de visites. Les visites viennent souvent, dans le fond, officialiser ce qui s'est fait, mais les comités des usagers sont très présents.

Et, quand on regarde aussi au niveau des commissaires locaux aux plaintes, qui travaillent très étroitement aussi avec ces groupes-là, on n'a aucune donnée qui nous dit, là, que c'est beaucoup plus haut qu'ailleurs. Même, au contraire, c'est plus bas, spécialement au niveau des CHSLD; sentiment d'appartenance très, très fort.

Mme Gadoury-Hamelin: Dans le fond, ce que vous nous dites, c'est que votre milieu est tissé serré, donc ça a l'avantage d'avoir des grandes présences à ce niveau-là.

● (11 h 30) ●

M. Paré (Daniel): Oui, puis il y a quand même une culture d'ouverture par rapport à ça, une culture d'amélioration de la qualité, là, qui est grande. Et ça se joue à tous les milieux, là: au niveau des menus, au niveau des activités, des activités de groupe. Le comité des usagers, aussi, travaille très, très, très étroitement. Souvent, on peut entendre certains groupes qui se rencontrent de façon ponctuelle ou éloignée. Je vous dirais qu'en grande majorité nos comités d'usagers le prennent à coeur, c'est leur milieu. Et, souvent, ce qui est particulier, c'est que même, des fois, après le décès, là, de leurs personnes

proches, les gens veulent demeurer pour faire une différence. Ça fait que c'est encore une petite caractéristique particulière à la région.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon): Merci, M. le Président. D'abord, merci d'être ici. Puis je m'en voudrais de ne pas remercier Mme Benoît de tout le travail qu'elle a fait pendant trois ans, une très bonne collaboration. Et elle était très appréciée dans la région de Chaudière-Appalaches et par chacun des établissements. Et elle-même nous a aidés à trouver son remplaçant, là, M. Paré, qui, après avoir forcé un peu, a accepté d'assumer les tâches. Et je tiens à le féliciter. Jusqu'à maintenant, les commentaires sont excellents. Qui, en passant, c'est un région qui a la réputation d'être très proclient pour les patients puis également bien organisée. Puis je pense que c'est tout à votre honneur.

La première question, c'est peut-être juste une question d'information. On sait que, dans votre région, vous êtes à proximité de la région de Québec. Il y a une partie des services surspécialisés qui sont donnés à Québec. Avez-vous le chiffre, le pourcentage de population ou l'équivalent de population de la région Chaudière-Appalaches qui consomme ses services dans la région de Québec?

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Avec votre permission, je demanderais au Dr Bachand puisqu'effectivement on regarde ces données-là.

Le Président (M. Bergman): Dr Bachand.

M. Bachand (Jacques): Je n'ai probablement pas le chiffre. Ce qu'on a par discipline, par exemple, c'est notre indicateur d'autosuffisance. C'est sûr que, selon des types de chirurgies qui se font à Québec, pour nous autres, ça varie entre... Si le chiffre 1 était l'autosuffisance, ça varie entre 0,6 à 0,8 puis 0,9 pour l'autosuffisance. On n'a pas la prétention d'atteindre un chiffre 1 dans toutes les disciplines médicales spécialisées par rapport à Québec. On sait qu'on utilise des services que, Québec, ils seraient bien heureux qu'on rapatrie de Québec vers Chaudière-Appalaches pour ce qui est du niveau primaire et secondaire au niveau de la médecine spécialisée. On sait que, dans certaines disciplines, on pourrait récupérer peut-être l'équivalent de 30 à 40 lits de chirurgie facilement qui sont dans les hôpitaux de la ville de Québec et même au-dessus de ça si on allait plus loin.

Juste à prendre en cancer, par exemple, le fait qu'on pourrait rehausser les chirurgies du cancer dans Chaudière-Appalaches, ça augmenterait la proximité, pour une certaine partie de la clientèle, pour des services secondaires. Pour ce qui est des services tertiaires, on s'entend très bien qu'il y aura toujours des services en néphrologie de greffe de rein qui vont se faire à Québec. Mais, au niveau de la dialyse, au niveau de la consultation, on regarde qu'est-ce qu'on pourrait rapatrier dans les établissements de Chaudière-Appalaches pour en faire un service régional, par exemple, en néphrologie ou en hémato-oncologie, comme je vous disais, dans certaines chirurgies.

Je n'ai pas le chiffre au juste pour une population globale. Ce qu'on a fait, c'est l'exercice par spécialité pour se donner des priorités. On ne peut pas tout récupérer. C'est historique que la ville de Québec... Un peu la même chose qui se passe autour de Montréal dans certaines régions. Il y a un historique qu'on essaie de récupérer. La négociation, on la fait avec Québec. Vous avez probablement entendu parler du projet de radiothérapie. C'est quelque chose qui se fait de concert avec l'établissement à Québec qui s'occupe du cancer puis de la radiothérapie. On ne veut pas être autonome pour être autonome. On veut avoir un service qui est au même niveau qui existe à Québec. Quand on parle de service primaire, secondaire, on ne veut pas être un service moyen. On veut avoir le même service qui se fait à Québec.

Mais l'entente qu'on a avec certaines spécialités, je pense que ça augure bien, pour qu'on répartisse l'offre de service entre Chaudière-Appalaches, qui compte, bon, 400 000 personnes. En cancer, c'est au-dessus de 1 000 personnes qui ont de la radiothérapie à Québec qu'on pourrait récupérer, par exemple. En urologie, on pourrait dire la même chose. En poumon, on peut dire la même chose. Mais, c'est des services primaires et secondaires. On s'arrête là, à ce moment-là.

M. Bolduc (Jean-Talon): Des gens...

Le Président (M. Bergman): M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon): Merci, M. le Président. Des gens de Québec qui consultent dans Chaudière-Appalaches, je pense que ça doit être marginal.

M. Bachand (Jacques): C'est marginal.

M. Bolduc (Jean-Talon): C'est marginal. Et puis, de ce que vous venez de nous expliquer, il y a comme quand même un phénomène normal, même si vous récupérez tous les services dans votre région, c'est-à-dire la radiothérapie, augmenter l'offre de service en hémato-oncologie et les différentes spécialités, il va toujours exister une partie de la population de Chaudière-Appalaches qui va venir consulter ici, à Québec. C'est ce que j'ai cru comprendre.

M. Bachand (Jacques): Oui.

M. Bolduc (Jean-Talon): O.K. Et puis comment vous expliquez ce phénomène-là?

M. Bachand (Jacques): On a un historique de consultation. On travaille avec les médecins qui réfèrent des patients à Québec pour leur montrer que, dans Chaudière-Appalaches, on pourrait augmenter nos services en spécialité s'ils voulaient référer leurs patients dans l'établissement régional, comme à Lévis, dans certaines disciplines. On le voit au niveau du laboratoire, qui proviennent de Chaudière-Appalaches, qui s'en viennent à Québec, qui ne devraient pas venir à Québec, parce que ce n'est pas des laboratoires surspécialisés.

On travaille avec l'historique de la consultation que les gens avaient. Un médecin de Thetford Mines qui a été formé à Québec, pour lui, le médecin spécialiste, il est à l'hôpital Laval, il est au CHUQ, il est à L'Enfant-Jésus. Mais de démontrer, un peu comme on disait tantôt en santé mentale, de créer la confiance envers l'hôpital régional va faire que, progressivement — puis on le voit, là, parce que les gens posent des questions puis réfèrent de plus en plus — on pourrait faire une rétention puis se servir, en fait, des hôpitaux spécialisés universitaires à Québec comme hôpital spécialisé tertiaire, là, tout simplement.

M. Bolduc (Jean-Talon): À la fin, il y en aura... Selon vous, c'est quoi le pourcentage, même quand vous allez avoir tout récupéré, compte tenu de la proximité, compte tenu également qu'il y a des gens de Lévis qui viennent travailler à Québec. Quel est le pourcentage que vous estimez, à l'oeil, comme ça, qui vont continuer à consulter à Québec par choix? Parce qu'au Québec on offre quand même le choix aux gens de décider de consulter où ils veulent. Puis ça, ce n'est pas au détriment de vos établissements qui font un excellent travail. Avez-vous une idée à peu près du pourcentage que ça pourrait représenter?

M. Bachand (Jacques): Bien, si j'essaie de récupérer au niveau de chacune des spécialités, ce que je pense devrait rester, d'après moi, on va jouer entre 10 % et 20 % des services qui vont être encore desservis par Québec. Selon les spécialités, là, on peut jouer facilement entre 10 % et 20 %.

M. Bolduc (Jean-Talon): Et, tantôt, vous avez fait l'analogie avec la région de Montréal et les Laurentides. Est-ce que vous estimez que c'est à peu près le même pourcentage qu'on pourrait retrouver qui va consulter des périphéries vers la grande ville et très, très peu de la grande ville vers les périphéries? Un jugement, là.

M. Bachand (Jacques): Montréal et Laval, c'est un peu particulier. On regarde les habitudes de consultation des gens qui restent à Sainte-Thérèse et ceux qui restent en Montérégie, au niveau, par exemple, des omnipraticiens, c'est vraiment différent. Si on regarde la fidélisation du patient envers son médecin, c'est un peu différent de ce qui se passe dans les autres régions du Québec. On a juste à voir le pourcentage de patients qui sont attirés dans chacune des régions à un médecin de famille comme je disais tantôt. C'est différent à Montréal. On joue une fidélisation peut-être de 70 %, 60 %, tandis que, dans les autres régions, c'est 85 % au-dessus. Je pense qu'on a différents types de consultations.

Moi, je pense, plus les régions limitrophes à Montréal vont se développer puis elles vont offrir des services de deuxième ligne, il va y avoir de la rétention, mais je ne pense pas que les gens de Montréal vont... à moins que les gens, ils ne sont plus de Montréal, quand ils restent à Sainte-Thérèse. Donc, si on offre des services à Saint-Jérôme, je pense que les gens, ils vont aller à Saint-Jérôme, tout simplement. Ça va suivre une évolution. Je pense qu'on n'aura pas une ligne à franchir tout d'un coup, là. Comme je vous dis, c'est vraiment la confiance, parce que c'est vraiment de médecin à médecin et de population à médecin aussi ou à établissement. La confiance d'un établissement, c'est important pour la population. Les gens vont aller consulter dans tel établissement parce qu'ils ont confiance. Le service est bon, ils ont l'accueil, il y a plein de trucs comme ça.

M. Bolduc (Jean-Talon): Merci de la réponse. Est-ce que ça serait possible, vu que vous avez fait des travaux, de faire parvenir au secrétaire de la commission les taux de rétention dans deux secteurs, le premier, en première ligne, c'est quoi vous estimez comme population qui part de la région de Chaudière-Appalaches, puis, si c'était possible, j'aurais aimé l'avoir par CSSS? Parce que je vois qu'il y a quand même une différence entre Thetford Mines, où la première ligne, probablement que les gens vont venir bien plus à Sherbrooke, versus à Lévis, compte tenu de la proximité de la tête des ponts, qu'il y en a une partie qui vont peut-être consulter ici, à Québec. Ça nous donnerait peut-être une idée. Parce qu'il faut être réaliste sur le pourcentage de desserte qu'on veut avoir, et, s'il y a des gens qui viennent de Québec, qui demeurent à Lévis puis qui ont toujours eu leur médecin à Québec, ils vont probablement continuer à utiliser leur médecin de Québec. Puis le principe de liberté de choix, on veut le respecter. Donc, il ne faudrait pas vous pénaliser comme région en disant: Vous devriez faire plus, alors qu'on sait parfaitement qu'ils ont un pourcentage de population, puis c'est...

Dans le fond, c'est pour protéger votre région de mauvaises langues qui pourraient dire que vous n'en faites pas encore assez, alors que vous avez atteint votre capacité maximale. J'aurais aimé ça l'avoir pour les médecins de famille et par spécialité. Puis on sait que, si on veut avoir plus de radiothérapie dans le coin de Lévis, bien il va falloir tout simplement ouvrir un centre de radiothérapie, à quoi on est très favorables, mais, à ce moment-là, on fera les évaluations en temps et lieu. Ça, je vous remercie. Puis faire parvenir ça à la commission, là, si possible, le plus tôt possible.

L'autre question que je voulais vous poser, parce que vous avez ouvert la porte, c'est l'approche «lean» qui a donné des très bons résultats dans vos CSSS. J'aimerais ça entendre vos commentaires et puis comment était la réception de l'approche par les établissements, par la population puis également au niveau du personnel, et quels en sont les résultats?

● (11 h 40) ●

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Merci, M. le Président. Premièrement, les premières fois que les gens ont entendu parler de cette approche-là, il y avait toujours une résistance, puis on l'a lu dans plusieurs médias: Ça veut dire quoi, l'approche «lean» Toyota, on n'est pas des autos, nous? Et il y a vraiment eu une portion d'enseignement qui a dû être faite pour dire: Regarde, on parle de processus, on parle de façons de faire. Et, en même temps, dans les années, quand même, qu'on a débuté, nous, au niveau Chaudière-Appalaches, parce que j'aime à dire qu'on était quand même assez précurseurs, c'était quand même des années où on disait: On ne veut pas le faire pour des économies de coûts, on veut le faire pour, je radote encore, mais le bon patient au bon endroit, en temps opportun, comment qu'on peut faire mieux avec les ressources qu'on a.

Et, en même temps, je vous dirais, certains groupes ont adhéré plus vite, des groupes médicaux, plus difficiles. Encore là, de convaincre un médecin, de dire: Viens t'assise une semaine avec nous pour améliorer — ou un chirurgien — les processus, pas évident. Mais en même temps les résultats ont été probants. Entre autres, quand on regarde au niveau de la chirurgie dans le CSSS Montmagny-l'Islet, on a quand même vu des augmentations majeures au niveau du nombre et de l'efficacité, nombre de cas qu'on fait dans une journée et, ultimement, le nombre de personnes qu'on a pu opérer dans l'année. Dans d'autres projets, ça a été plus au niveau de soutien à domicile. Ça a permis aussi de donner des résultats, là, probants d'amélioration de processus.

En même temps, le bout, je vous dirais, où est-ce qu'on est rendu, le défi, c'est d'amener ça dans une culture. Au début, on fait un projet «lean», et tout le monde en a fait, puis on a eu des gains. Maintenant, c'est d'amener la philosophie, une philosophie «lean», de dire: Bien, c'est à tous les jours. On ne devrait pas faire des... Là, sans faire des jeux de mots, là, souvent on mélange la philosophie «lean» avec des activités de type kaizen, là, mais, en même temps, la philosophie «lean», c'est qu'à tous les jours il y a-tu quelque chose qu'on peut améliorer, et d'amener cette culture-là. Je vous dirais, il est maintenant là, l'enjeu. Et c'est pour ça que je vous mentionnais, plus tôt dans la présentation, qu'il faut contaminer nos gestionnaires de façon différente au niveau... C'est parce que ça prend des gestionnaires, des compétences différentes, et nous, on a adhéré à ça. Mais je vous dirais que c'est sans fin, et c'est pour ça que nous, nous, on y croit et on y croit à tous les niveaux, clinique, aussi administratif. Je vous dirais qu'un des grands enjeux pour certains établissements c'est d'avoir la capacité de poursuivre leur mission au niveau de leurs services administratifs. Et... Pardon?

Le Président (M. Bergman): Est-ce qu'on peut terminer ce bloc?

M. Paré (Daniel): Ah! O.K. Bien, peut-être je terminerais, juste pour finir...

Le Président (M. Bergman): Oui, certainement.

M. Paré (Daniel): Merci, M. le Président. Et de dire: Maintenant, il faut l'appliquer à d'autres secteurs parce que les gains sont là, mais je peux vous dire que c'est bien reçu.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Groulx, pour un bloc de quatre minutes.

Mme Daneault: Merci. Bonjour...

Mme Proulx: Oui, alors, j'aimerais vous parler... Oh! Groulx. Excusez.

Le Président (M. Bergman): Non. Mme la députée de Groulx.

Mme Proulx: J'ai confondu avec Proulx. Excuse-moi.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault: Confusion ce matin. Bonjour. Bien, heureuse de vous voir avec nous ce matin. Il y a une question qui me vient, c'est que les demandes de service jugées de priorité urgente dans votre agence sont traitées à 59,9 %, alors que la cible est fixée à 90 %. Donc, on a près du tiers de vos patients qui ne sont pas traités dans les délais prescrits. Est-ce que vous avez pris des mesures pour modifier cette réalité?

M. Paré (Daniel): D'entrée de jeu, si je peux répondre, M. le Président, c'est que ça en est un qui est un nouvel indicateur, qu'on a vraiment divisé, les urgents, semi-urgents. Il y avait un volet de compréhension, et on a vu déjà, même dans un an, une amélioration, là, très notable. Mais, avec votre permission, je demanderais à Mme Benoît de venir compléter, là, pour répondre, là, dans l'essence de votre question, au niveau des actions qui ont été prises.

Mme Benoît (Dyane): Bien, en fait, en déficience physique et en déficience intellectuelle également, on a commencé un petit peu en retard, je dirais, l'application du plan d'accès. Maintenant, effectivement, dans la dernière année, il y a des projets aussi de réorganisation du travail qui ont été faits. La problématique de compréhension et de distinction, on considérait plus les priorités élevées qu'urgentes. Donc, dans l'élevé, on retrouvait aussi les situations urgentes, et l'autre élément, c'est qu'il y a très peu de demandes urgentes, alors c'est très rare. Il y a des établissements qui n'en ont pas du tout, de demandes urgentes, qui sont plus catégorisées dans le «élevé», mais je vous dirais qu'à ce moment-ci en fin d'année on devrait atteindre les objectifs fixés pour 2012-2013.

Mme Daneault: Quelles sont les mesures que vous avez mises en place pour corriger?

Mme Benoît (Dyane): Bien, en fait, il y a eu de la réorganisation du travail pour s'assurer qu'il y ait des effectifs suffisants pour répondre à la demande et également la compréhension même de l'indicateur et du processus d'évaluation pour catégoriser de la bonne façon les clientèles qui font des demandes de service.

Mme Daneault: Est-ce que les groupes de médecins de famille ont des corridors d'accès, entre autres, prioritaires pour les laboratoires, les plateaux techniques, les consultations en spécialités?

Le Président (M. Bergman): Dr Bachand.

M. Bachand (Jacques): Il y a déjà des corridors qui sont, depuis plusieurs années, installés entre l'hôpital comme Lévis et les médecins de première ligne, pas juste aux GMF, en fait, là, pour la clientèle aussi. Donc, à ce moment-là, quand on fait ces corridors-là, c'est pour tous les médecins. Les médecins GMF en profitent plus facilement parce qu'ils ont du personnel, des infirmières qui les aident à avoir accès à ces corridors-là. On est en train d'en développer de façon plus large, de ce type de corridors là. Il y a peut-être cinq, six corridors, là, qui fonctionnent, de mémoire, là, assez dans les normes qu'on désire avoir, là.

C'est certain que, dans d'autres établissements, comme dans d'autres CSSS, il faut dire que les médecins qui sont en clinique privée autour de l'établissement, c'est des médecins qui travaillent dans l'hôpital aussi, ce qui est un peu facilitant, je dirais, là, pour ce type de corridors là. Dans les zones urbaines, c'est nécessaire, parce que ça devient trop facile d'envoyer le patient à l'urgence au lieu de l'envoyer directement à la clinique externe auprès des médecins spécialistes.

Là, on a une clinique réseau qui est en train de faire ses premières armes à Lévis, donc ça, ça nous a incités aussi à être encore plus proactifs dans ces corridors-là parce qu'eux ont besoin, à cause du débit puis certain nombre de patients qui ne sont pas inscrits à aucun médecin, d'avoir des corridors vers la spécialité pour éviter la salle d'urgence. C'est fait pour désengorger l'urgence aussi. Ça fait que, ça, ces corridors-là sont en train d'être... On se rassure de ceux qui sont là et qui fonctionnent, là, puis on est en train de développer les autres aussi, un peu à l'image de ce qui a été fait pour les cliniques-réseaux à Québec, là, avec les établissements.

Mme Daneault: Merci.

M. Paré (Daniel): Peut-être en complément d'information, M. le Président, ce que je pourrais faire, c'est qu'encore là, dans la façon que la région Chaudière-Appalaches est divisée, puis justement, comme Dr Bachand le mentionnait, les médecins qui travaillent en GMF ont aussi des responsabilités au niveau de l'établissement, c'est comme au niveau des trajectoires, là, je vous dirais, ça fait un bon petit bout que ça existe. Dans ce que Dr Bachand mentionnait, c'est plus au niveau du grand territoire du CSSS Alphonse-Desjardins qu'on vient de compléter la fusion et ces trajectoires-là maintenant qu'on est en train de formaliser. Mais, quand je regarde dans les autres CSSS, c'est historique, là, je vous dirais que ça va très bien à ce niveau-là.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. Alors, Sainte-Rose, c'est bien moi, cette fois-ci.

Le Président (M. Bergman): Un bloc de cinq minutes.

Mme Proulx: Merci. Alors, j'aimerais vous parler d'une situation qui m'apparaît préoccupante suite à la fusion de l'Hôtel-Dieu de Lévis et du CSSS du Grand-Littoral, en fait qui a précédé la mise en place du CSSS Alphonse-Desjardins. Alors, de ce que je comprends de la situation, on a un directeur général par intérim qui est nommé, on attendait la nomination d'un directeur général de la nouvelle entité, mais, en même temps, parallèlement, on reconduit dans leurs fonctions les deux autres directeurs généraux et, si je comprends bien, les deux directeurs des services professionnels aussi.

Cette situation-là m'apparaît assez particulière, j'aimerais ça entendre les explications. Comment on peut payer le salaire de trois directeurs généraux en même temps? J'aimerais savoir combien de temps cette situation-là a duré, si elle est encore, si ça a été rétabli. Et ma préoccupation, c'est: Comment ça s'est fait? Qui a autorisé ça, de payer trois directeurs généraux? Moi, ça me préoccupe.

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Bien, merci. Avec votre permission, je demanderais à Mme Benoît qui, je suis sûr, aura les informations.

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

Mme Benoît (Dyane): Alors, M. le Président, en fait, il faut expliquer que, lorsqu'on a fait le projet de fusion, évidemment, c'est une fusion qui a été volontaire. Les deux établissements se sont assis, on a, nous, coordonné la démarche pour arriver à ce grand projet. Il y en avait deux autres, au Québec, qui se faisaient un petit peu en même temps ou qui sont arrivées un petit peu après.

Évidemment, les règles au niveau du décret des conditions de travail des directeurs généraux font que, pendant une période donnée, les gens restent en fonction et ils ont une période pour prendre une décision, à savoir est-ce qu'ils

choisissent de se replacer dans le réseau, ailleurs, ou est-ce qu'ils choisissent, par exemple, de quitter le secteur de la santé. Il y a différentes modalités comme ça qui s'appliquent. Donc, pendant la période où, effectivement, il y avait les deux directeurs généraux, ils étaient déjà en période où on avait dénoncé leurs contrats. Donc, à partir de là, on doit respecter l'application du décret. Et nous, on a décidé de ne pas les envoyer chez eux. On a dit: Ils ont des expertises, ces gens-là, on aimerait qu'ils participent et qu'ils contribuent à la mise en place de la fusion avec leurs expertises et leurs connaissances.

Donc, c'est vrai qu'il y a eu une période autour de six à huit mois, je pense, là, où, effectivement, le directeur général par intérim, lui, était mandaté pour mettre en oeuvre l'ensemble de la fusion administrative, je dirais, jusqu'à ce qu'on embauche un directeur général permanent qui, lui, a assuré, dans le fond, la fusion clinique de l'ensemble des services.

En même temps, évidemment, c'est la même situation au niveau des DSP. Il y a aussi des contrats, des décrets qui s'appliquent aux directions. Donc, pendant une période donnée, ils ont aussi continué à travailler, à être en poste. Mais actuellement, vous voyez... C'est sûr que c'est un jeune établissement, hein, je vais oser dire, c'est un établissement qui est majeur, qui dessert 220 000 de population, c'est le deuxième CSSS le plus gros au Québec. Et ça a pris un certain temps pour marier les deux cultures. Ce n'était pas naturel, pour un hôpital de cette taille-là, avec une mission universitaire, de travailler, de se marier avec un établissement de première ligne. Évidemment, il y avait de l'historique aussi.

On a choisi d'aller chercher une personne plus neutre, je dirais, dans le processus pour nous assurer, là, que la mise en place de la fusion se fasse rapidement. Donc, tout ça a été fait en respect des règles qui s'appliquent au niveau des différents décrets.

● (11 h 50) ●

Mme Proulx: Donc, si je comprends bien, la période de six à huit mois pendant laquelle il y a eu trois directeurs généraux, en fait, ce que vous me dites, c'est que vous aviez une obligation, vous n'aviez pas le choix, il fallait respecter les contrats.

Mme Benoît (Dyane): Tout à fait. On aurait pu les laisser faire autre chose, mais les conditions de travail font en sorte que les règles qui s'appliquent prévoient une période de temps où on doit dénoncer le contrat, et après ça eux ont une période aussi pour prendre la décision, comme je dis, de rester dans le réseau de la santé, ou de quitter le réseau, ou de faire autre chose. Donc, c'est en application de ces règles-là que tout ça s'est fait.

Mme Proulx: Et, dites-moi, pour un meilleur éclairage, est-ce que ces contrats-là sont uniformisés? Est-ce que ce sont des contrats négociés un à un avec chacun des directeurs généraux ou si ce sont des contrats qui sont les mêmes pour tous, qui s'appliquent de la même façon et qui sont les mêmes pour tous?

Mme Benoît (Dyane): Il y a un contrat type qui existe. Donc, tous les D.G. de la province ont le même contrat, avec les mêmes règles d'application. Il y a certaines nuances très minimes, je vous dirais, au niveau des plans de développement qui sont à l'intérieur, qui sont prévus, qui se discutent avec les conseils d'administration lorsqu'ils embauchent. Mais ce sont des contrats types. Même la classification salariale est faite par une équipe ministérielle qui applique de la même façon pour tous les établissements au Québec.

Le Président (M. Bergman): Merci. Mme la députée de Gatineau, pour un bloc de 7 min 50 s.

Mme Vallée: Merci, M. le Président. Alors, bonjour. C'est très précis, alors on va y aller de façon très précise. Dans votre rapport annuel de gestion de 2011-2012, il n'y a pas, au niveau des programmes services Jeunes en difficultés, il n'y a pas de résultat de précisé, on réfère aux cibles du plan stratégique. Et, moi, je suis préoccupée, je vous dis pourquoi. Parce que, dès 2009, la Stratégie d'action jeunesse du gouvernement prévoyait, à l'intérieur des mesures, qu'on devait, sur l'ensemble du territoire, contrer la négligence chez les 0-12 ans. On a vu en septembre dernier, lors du rapport de l'Association des centres jeunesse, que le taux de signalement pour négligence augmentait de façon considérable. C'était un des objectifs... L'objectif de la Stratégie d'action jeunesse, c'est de diminuer ça, d'offrir aux parents des services directs, d'offrir aux jeunes un soutien. Et je regarde votre programme service Jeunes en difficultés, je ne vois pas de résultat, je ne vois pas d'indicateurs. Et vous disiez tout à l'heure, suite à une collègue, ma consœur, que vous étiez en train de déployer un programme en négligence.

Donc, j'ai des questions, j'ai des interrogations. On en est où? On est rendu en 2013, on parlait d'une stratégie qui a été lancée en mars, le 27 mars 2009. Et on en est où? On le déploie, on est en déploiement, ça veut dire quoi? Combien de CSSS l'offrent? Puis est-ce qu'on rejoint tout le monde? Est-ce qu'on rejoint même les jeunes des communautés rurales? Parce qu'on sait que, dans les milieux plus défavorisés, le taux de négligence, malheureusement, est plus élevé. Donc, j'aimerais ça vous entendre là-dessus.

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Oui, bien merci. Je demanderais à Mme Benoît peut-être de répondre.

Le Président (M. Bergman): Mme Benoît.

Mme Benoît (Dyane): En fait, effectivement, au niveau des indicateurs, il y a eu des changements dans les indicateurs jeunesse en cours de route. Donc, c'est sûr qu'il y en a qui ont été abandonnés. Ça n'empêche pas qu'on les suit quand même, là, j'ai toute la brique, nous, on les suit, mais ils n'apparaissent plus à l'entente de gestion. Donc, c'est pour ça qu'on ne les retrouve pas.

Par ailleurs, j'en ai parlé un petit peu tantôt, il y a quand même beaucoup d'interventions qui ont été faites au niveau du programme PSIF, qu'on appelle, soutien intensif aux jeunes parents, aux parents en milieux défavorisés, je dirais, ou qui sont en situation de vulnérabilité. Ça, c'est déployé partout dans la région de Chaudière-Appalaches, et je vous dirais même que c'est surtout déployé dans les milieux un petit peu plus défavorisés ou ruraux. On sait que, là, il y a des défis à relever. Donc, les efforts sont mis dans ce sens-là.

En plus, bien, oui, au niveau du programme de négligence, le programme a été conçu par le CSSS Alphonse-Desjardins. Il est en déploiement au CSSS qui agit comme site pilote, et tous les établissements vont le déployer au cours de l'année. Donc, cette intervention-là est faite aussi, et, comme je mentionnais tantôt, le projet Concerto, nous, on a misé sur l'intervention très, très, très précoce, quand je disais, là, les 0-9 mois, avant que la maman accouche. On a des indicateurs qui font qu'on sait qu'il y a des clientèles qui sont à risque de négligence, donc on essaie d'intervenir dès que la maman est enceinte ou qu'on connaît sa situation. Alors, ce sont des types d'intervention qu'on a déployés qui vont tout à fait dans le sens de mettre en place des mesures pour la négligence.

L'autre chose, on a aussi mis en place un comité stratégique jeunesse. On s'est donné des objectifs. C'est sûr qu'il y a aussi beaucoup d'interventions qui se font au niveau de l'adolescence. Actuellement, on est à documenter. On trouve qu'il y a trop de signalements. La première ligne doit être consolidée au niveau de l'expertise également. Alors, c'est sur ces axes-là qu'on travaille actuellement.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée: Toujours dans le dossier jeunesse, au niveau du déploiement du programme de qualification des jeunes, on en est où dans votre région? Est-ce que ce programme-là se déploie sur l'ensemble du territoire ou est-il concentré dans la région de Lévis?

Mme Benoît (Dyane): Le programme de qualification des jeunes est déployé depuis au moins cinq ans dans la région. En fait, partout, tous les territoires sont concernés. On a environ 60 jeunes qui sont suivis de façon spécifique pour les aider au passage à la vie adulte. On n'a pas d'appartement supervisé par ailleurs, sauf qu'on a de l'intervention d'accompagnement qui se fait dans le milieu de vie que le jeune a choisi, et ça, c'est partout dans la région.

Il y a aussi des programmes d'intégration au milieu de travail. Il y a au moins trois sites actuellement où on travaille avec l'entreprise pour intégrer des jeunes, évidemment qui sont accompagnés par des intervenants du centre jeunesse, pour nous assurer qu'après 18 ans ils soient en mesure d'affronter la vie.

Mme Vallée: Merci. Et, rapidement, vous aviez fait l'objet d'une vérification du Vérificateur général, vous étiez ciblés pour l'aide aux organismes communautaires. Je me demandais quelle suite vous avez donnée aux interventions du Vérificateur général, aux recommandations du Vérificateur général quant aux mesures de reddition de comptes des organismes qui sont financés par le PSOC puis aussi peut-être au niveau du choix et du financement des organismes.

Le Président (M. Bergman): M. Paré.

M. Paré (Daniel): Oui. Suite aux recommandations, ce qu'on a fait, on a signé des conventions avec chacun d'entre eux. Je vous dirais qu'en date d'aujourd'hui il y en a quatre qui demeurent à être terminées. Dans ces conventions-là, on parle de financement et on parle aussi au niveau de la reddition de comptes. Ça a été fait avec aussi notre partenaire au niveau de la Table régionale des organismes communautaires, ça fait que ça a été fait vraiment en partenariat. Et nous, là-dedans, bien, c'est certain qu'on fait ce qu'on appelle aussi des suivis de gestion avec eux. Si on se rappelle, au niveau des recommandations, on disait: Bien, c'est quand même de l'argent du public. Qu'est-ce qu'ils font avec ça? Ça fait que nous, on est alerte avec eux, et je vous dirais que, présentement, on en a quelques-uns qu'on est en suivi de gestion avec eux pour voir, là, comment qu'on peut, un, les accompagner et, de deux, qu'est-ce qui se passe dans leurs organisations. Ça fait que, je vous dirais, pratique-pratique, c'est vraiment vers ça que nous avons été.

En même temps, au niveau du financement, tel que mentionné dans le rapport, nous, on y croit, ça fait qu'on a quand même investi beaucoup de sous dans ce sens-là. Nous, on regarde beaucoup nos indices de besoin. Ça fait qu'on aime être beaucoup plus ciblés. Maintenant, notre région, on dit, on la connaît relativement bien, ça fait qu'on aime aller cibler, là, des préoccupations particulières, dernièrement plus sécurité alimentaire, répit, dépannage. Ce sont des endroits, là, très, très spécifiques pour nous, que, quand on regarde l'offre de service globale, on aime cibler avec les argents qui nous sont alloués.

Mme Vallée: Est-ce que vous avez établi une série de critères objectifs en vertu desquels vous allez soutenir les organismes? Comment vous avez travaillé le choix? Comment établissez-vous le choix et les sommes qui sont attribuées à chacun des organismes? Il y a énormément de besoins, je comprends que vous ciblez des organismes dans certains secteurs, mais avez-vous une grille plus objective pour éviter que le financement soit attribué de façon plus subjective?

Le Président (M. Bergman): Pour une très courte réponse, s'il vous plaît.

M. Paré (Daniel): Bien, je demanderais peut-être à Mme Benoît, qui a travaillé carrément, là, au niveau du contrat.

● (12 heures) ●

Mme Benoît (Dyane): En fait, on a développé un modèle d'allocation au travail très étroitement avec la direction des finances, donc un modèle d'allocation qu'on s'est donné pour essayer d'estimer quel est le niveau de besoin de

l'organisme en fonction des services qu'il offre ou de la clientèle visée. Donc, il y a une grille objective qu'on partage d'ailleurs avec la TROCCA, donc qu'on parlait tantôt, la table régionale qui est associée à nous, qui nous permet aussi de documenter à qui on doit donner. Et évidemment on observe aussi la règle des surplus. On sait que les établissements... les organismes plutôt ont droit à un certain surplus financier à la fin de l'année au-delà duquel on ne finance pas ou on réduit en conséquence. Alors, le suivi, de ce côté-là, se fait de façon très, très serré.

Le Président (M. Bergman): Alors, M. Paré, votre équipe, merci beaucoup pour vos présentations et les échanges aujourd'hui. Le temps est écoulé, et, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 13 heures aujourd'hui. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 12 h 1)

(Reprise à 13 h 9)

Le Président (M. Bergman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2007-2008 à 2011-2012 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Alors, Mme Turgeon, je vous souhaite la bienvenue avec votre équipe. Je vais vous demander de faire votre présentation et, premièrement, présenter ceux qui sont ici avec vous. Vous avez 30 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les députés de la commission pour un autre 90 minutes. Alors, le micro est à vous.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSS-Estrie)

Mme Turgeon (Johanne): Merci, M. le Président. Merci, membres de la commission. Je voudrais vous présenter Mme Lynda Périgny, qui est directrice de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, Mme Irma Clapperton, qui est directrice de santé publique, et on a aussi Mme France Simoneau, qui est directrice des finances et des ressources matérielles, et Mme Nathalie Léonard, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines.

● (13 h 10) ●

Tout au long des cinq années, les établissements de l'Estrie et l'agence ont mis l'accent sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Des tableaux de bord de suivi périodique ont été développés afin de mesurer l'atteinte des offres de service. Chaque allocation financière pour le développement et la consolidation d'offre de service, quel que soit le programme service, a fait l'objet de négociations entre les établissements et l'agence quant aux cibles à atteindre. La présente reddition de comptes permet donc d'apprécier les résultats de la région par rapport à ses engagements et selon les ressources dont elle dispose. En parallèle, la performance des établissements de la région et l'optimisation des ressources ont été au cœur des décisions stratégiques d'organisation de services de proximité pour l'ensemble de la région.

La population de l'Estrie, c'est 312 150 personnes. C'est une population qui augmente de façon soutenue depuis plusieurs années. Globalement, l'état de santé de la population de l'Estrie se maintient dans la moyenne québécoise. L'espérance de vie est légèrement supérieure, en Estrie, à celle du Québec.

En matière de santé des mères et des tout-petits, le taux de césariennes est moins important en Estrie qu'ailleurs au Québec, le taux de prévalence du diabète est inférieur à celui du Québec et le taux d'incidence de prise en charge des jeunes en difficulté dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse est inférieur à celui du Québec. La proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours des périodes de deux ans est supérieure à la moyenne provinciale. La population estrienne est cependant un peu plus vieille que celle du Québec et elle vieillit un peu plus rapidement que celle du Québec.

En matière, maintenant, du réseau de santé et des services sociaux de l'Estrie, c'est 12 500 employés, six entreprises ambulancières, dont 230 techniciens ambulanciers, un centre de communication de santé, 366 médecins omnipraticiens, 439 médecins spécialistes, 13 groupes de médecine de famille, une clinique-réseau, 112 résidences privées pour personnes âgées, 125 ressources non institutionnelles, 126 organismes communautaires, 60 pharmacies communautaires et six entreprises d'économie sociale.

Au cours de la période visée par la reddition de comptes, les établissements de santé et des services sociaux ont vu leur budget passer de 643 millions à 780 millions, c'est une croissance de 21 %, alors que du côté des organismes communautaires, ils ont vu leur budget passer de 14,5 millions à 17,4 millions, c'est une croissance de 20 %. Au niveau du secteur préhospitalier d'urgence, les budgets sont passés de 16 millions à 22 millions pour la période de référence. C'est une croissance de 37 %. Au cours de cette période, au niveau du développement de services, c'est des investissements de 51,5 millions qui ont été réalisés en Estrie. Au même moment, les établissements ont été appelés à faire des efforts de réduction de leurs dépenses administratives de l'ordre de 8 millions.

Concernant les immobilisations en Estrie pendant cette période, il y a eu des immobilisations dans les infrastructures de nos centres de réadaptation, de nos centres de santé et du centre hospitalier universitaire de la région pour un total de 108 millions d'investissements.

En regard de nos ressources informationnelles, le dossier clinique informatisé régional est un dossier travaillé avec et pour les établissements de l'Estrie. La collaboration, la planification et toutes les étapes de décision sont au coeur de la table de travail des directeurs généraux. En 2007, on a réalisé la première phase du dossier clinique informatisé régional en facilitant le regroupement et l'hébergement des infrastructures sur une plateforme régionale, permettant ainsi la circulation de l'information entre les intervenants et entre les organisations. En 2009, le CHUS s'est vu mandater le maintien et le développement de la plateforme régionale, et, au même moment, nous avons déployé le système d'information de radiologie dans nos CSSS. En 2011, les travaux se sont poursuivis, et, au début de l'année 2012, on est passés au déploiement du deuxième module, soit celui des laboratoires dans l'ensemble des CSSS de l'Estrie.

Peu après le lancement du déploiement du Dossier de santé Québec en Estrie, les travaux liés au volet médicaments ont débuté. Pour ce qui est des volets laboratoires et imagerie médicale, les travaux ne sont pas encore lancés. Toutefois, la région a pris de l'avance en réalisant des travaux au niveau de son DCI régional qui vont contribuer largement à l'atteinte des objectifs du DSQ. Le regroupement des infrastructures technologiques en Estrie, c'est une chose qui est faite. Ce qu'il nous reste à faire, c'est d'optimiser l'ensemble des serveurs dans ces deux centres de traitement. De plus, on a acquis une plateforme technologique et on l'a déployée, qui nous permet de rendre disponible la technologie du client léger dans l'ensemble des établissements de la région.

En matière de services, d'accessibilité, de continuité et de qualité, la difficulté éprouvée par environ 25 % de la population à avoir un médecin de famille, dont une proportion d'environ 12 % sont des clientèles vulnérables, ainsi que la difficulté d'accès aux services médicaux sans rendez-vous sont au coeur des travaux et demeurent parmi les priorités d'action de notre région. En date de l'année 2012-2013, c'est 13 groupes de médecine de famille qui sont en place en Estrie. On est en voie de conclure des ententes pour un 14e groupe de médecine. On a aussi mis en place des guichets d'accès pour la clientèle n'ayant pas de médecin de famille dans chacune des MRC de l'Estrie et on a convenu avec les équipes médicales des modalités de prise en charge des clientèles et de détermination des délais d'accès selon le niveau de priorité de ces clients.

On a, depuis l'automne 2012, une clinique sans rendez-vous à Sherbrooke pour soutenir toute l'offre de service médicale sans rendez-vous en Estrie, une offre de service pour laquelle le suivi, la prise en charge des clientèles est en complémentarité avec le travail qui est fait dans les guichets d'accès. Au même moment, c'est cinq infirmières praticiennes qui sont venues rejoindre les équipes, et on vise bien, d'ici les prochaines années, rendre ce nombre à 14.

En regard de la chirurgie, trois établissements sont visés en Estrie: le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre de santé et de services sociaux Memphrémagog et celui du Granit. Des efforts considérables ont été faits pour augmenter la production, mais aussi surtout pour réduire les délais d'attente au niveau de la chirurgie électorale.

En regard des services d'urgence, les travaux en amont et en aval des services d'urgence, grâce à une collaboration bien ancrée entre les établissements et les cliniques médicales de l'Estrie, demeurent le reflet constant de la performance de notre région. À travers les années qui sont visées par la reddition de comptes d'aujourd'hui, on a réussi à maintenir notre séjour moyen sur civière autour de 12 heures. Par contre, on sait que c'est un effort et c'est un travail soutenu, c'est difficile, ça demande beaucoup d'énergie et on va poursuivre dans ce sens-là.

● (13 h 20) ●

Il est à noter par ailleurs qu'un des facteurs influençant les délais moyens d'attente pour la clientèle en santé mentale est le nombre considérable de ressources en toxicomanie et en jeu pathologique présentes sur le territoire de l'Estrie. 15 ressources, un peu plus de 600 places, ça représente 21 % des places d'hébergement du Québec, alors que l'Estrie ne représente seulement que 4 % de la population. Donc, vous pouvez faire la relation entre cette information-là et le travail important qu'on a à faire au niveau de la durée moyenne de séjour et des services qu'on rend dans les urgences de notre territoire.

En regard de la santé mentale, pour la période desservie, au début de la période, nos CSSS desservaient 2 500 usagers. À la fin de l'année 2011-2012, ils en desservaient 4 360. Au même moment, ils ont réalisé la décentralisation de l'offre de services d'hébergement de première ligne. Maintenant, la responsabilité d'hébergement des clientèles en santé mentale est une responsabilité des CSSS. On s'est assuré, à travers ce processus-là, qu'on trouve le milieu de vie le plus adapté pour la clientèle en santé mentale et on a aussi réalisé la réévaluation de l'ensemble de leurs besoins.

En regard des clientèles aux prises avec une perte d'autonomie liée au vieillissement, l'ensemble des efforts pour cette clientèle s'est fait principalement autour de l'implantation des neuf composantes du Réseau de services intégrés aux personnes âgées, du mécanisme d'accès à l'hébergement et du soutien à domicile. L'Estrie se classe bonne première au Québec en ce qui a trait au degré d'implantation des composantes du réseau de services intégrés. En regard des mécanismes d'accès à l'hébergement, les orientations régionales sur la définition de nos profils d'accueil en CHSLD, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial, jumelées à une évaluation continue des clientèles hébergées, nous ont permis de maximiser nos capacités d'hébergement à tous les niveaux. L'Estrie travaille maintenant avec un taux réel d'hébergement de 2,6 par 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Au cours de la période, des efforts significatifs ont été faits par l'ensemble des établissements de l'Estrie pour maintenir les délais de transfert entre la courte durée et l'hébergement en CHSLD à l'intérieur d'un délai minimal de séjour. Et, depuis juin 2012, le délai qu'on s'est fixé, c'est maintenant à l'intérieur de trois jours.

En regard du soutien à domicile des personnes qui ont des besoins, au niveau de nos personnes âgées, pendant la période visée, on est partis de 6 200 personnes âgées dans le besoin de services à domicile et, maintenant, on en dessert 7 350. De ces 7 350, 40 % sont accompagnés d'un gestionnaire de cas. Et, en moyenne, ils reçoivent tout près d'une trentaine d'interventions de l'ensemble des professionnels des services de soutien à domicile.

En déficience physique, par nos CSSS, on est passés d'une desserte de 1 440 clients à 1 770 clients avec une moyenne d'interventions de 41 interventions. En déficience physique, mais au niveau des services spécialisés, on est passés

de 3 200 clients desservis à 3 450 clients. Au niveau de la déficience intellectuelle, des services offerts par les CSSS, on est passés de 660 clients à 960 clients.

Dans les programmes de déficience, notre objectif, au cours des trois dernières années, a été de travailler d'arrache-pied avec nos établissements pour s'assurer que les clientèles reçoivent des services à l'intérieur de standards et de délais qu'on s'est fixés. Et, pour l'ensemble des clientèles en déficience physique, en déficience intellectuelle, en troubles envahissants du développement, on est fiers des résultats qu'on a obtenus, autant pour la prise en charge urgente, élevée que modérée. On a été capables d'atteindre des taux de desserte au-delà de 90 %.

Pour les jeunes en difficulté, pendant cette période, on a mis en place des services d'intervention de crise et on a aussi développé un programme pour conter la négligence. Au cours de la période, les CSSS ont passé d'une desserte de clientèle jeunes en difficulté de l'ordre de tout près de 4 000 à maintenant tout près de 6 000 avec aussi, au même moment, des efforts significatifs au niveau de la protection de la jeunesse. On a diminué les délais d'attente à l'évaluation, on est passés de 24 jours à 15 jours de délai. Et, au niveau de l'application des mesures, ce délai-là est passé de 25 jours à 18 jours.

En même temps, de nombreux efforts se sont faits par l'ensemble des établissements pour améliorer la qualité des services et rendre compte de ces services-là à la population de l'Estrie. Les établissements ont développé un programme de promotion continue de la qualité des services, ils ont travaillé à se coordonner au niveau des plans de service individualisés et en même temps bien répondre aux objectifs et aux normes qui sont fixés par l'agrément.

Nous avons travaillé à la certification des résidences privées, 112 résidences privées pour personnes âgées en Estrie, 106 certifiées, quatre en processus de certification et deux avec refus de certification. Les visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD, c'est poursuivi dans l'ensemble de nos 21 installations. Et actuellement trois plans d'action d'amélioration sont en cours pour répondre aux recommandations des équipes visiteuses.

Au même moment, j'aimerais souligner qu'on a aussi beaucoup travaillé à la promotion de la défense des droits des usagers. On a convenu, avec les commissaires locaux de traitement des plaintes et de la qualité des services de nos établissements, d'un travail conjoint avec les comités des usagers des établissements pour faire des activités de promotion de la défense des droits des usagers en continu. Et les gens se sont donné un plan de travail au cours des quatre dernières années pour réaliser cet objectif-là.

En matière de main-d'oeuvre maintenant, notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation de la main-d'oeuvre, c'est un des enjeux principaux de la région de l'Estrie. La région a mis en place plusieurs projets significatifs qui ont contribué à amenuiser les impacts de la pénurie de la main-d'oeuvre. Nous avons réalisé des projets de collaboration avec l'ensemble des milieux de l'éducation, un pour bien faire connaître aux étudiants les métiers et les professions de la santé. On a aussi développé nos collaborations avec le milieu de l'éducation pour optimiser les places de stage dans nos établissements. En faisant l'optimisation des places de stage dans les établissements, on peut soutenir les établissements de l'éducation à augmenter leur capacité d'accueil de nouveaux étudiants.

On a aussi réalisé des travaux importants au niveau de la réorganisation du travail pour soutenir la rétention de notre main-d'oeuvre. On en a fait en CHSLD, on en a fait dans le continuum de soins en santé mentale et dans le continuum de soins en oncologie. Au même moment, on a implanté le soutien aux jeunes infirmières par des préceptrices dans nos établissements et on a aussi mis en place un programme d'accueil et d'intégration du nouveau personnel d'encadrement pour les soutenir dans les responsabilités qu'ils ont à mettre en oeuvre.

● (13 h 30) ●

En matière de ressources humaines, trois indicateurs ont attiré notre attention quant à notre performance. Le premier, c'est celui de l'assurance salaire. Au cours de la période visée, on a été capables de maintenir notre taux d'assurance salaire autour de 5 %. En fait, on est passés de 5,9 % à 5,3 %. En regard aussi d'un indicateur important au niveau des ressources humaines, le temps supplémentaire travaillé par le personnel dans nos établissements, on a été capables de se maintenir autour de 5 % pour le personnel infirmier et à moins de 3 % pour l'ensemble du réseau.

En regard du recours à la main-d'oeuvre indépendante, en Estrie, la plupart de nos établissements ont adopté des politiques de non-utilisation de la main-d'oeuvre indépendante. C'est le reflet des informations que vous avez dans le document, donc on a un très, très faible taux d'utilisation de la main-d'oeuvre indépendante.

En regard des activités de promotion, de prévention, de protection de la santé publique, en ce qui a trait au Programme québécois de dépistage du cancer du sein, notre comité régional a beaucoup travaillé au cours de la période pour s'assurer de la qualité de nos services et aussi pour mettre en oeuvre des services de soutien aux femmes.

En regard de la vaccination des enfants, plusieurs travaux ont été faits pour améliorer notre réponse quant aux délais de vaccination. Par contre, on est une des régions du Québec qui avons un registre de vaccination depuis plusieurs années. Donc, on peut aussi rendre compte de notre couverture vaccinale, on a une couverture vaccinale d'autour de 73 %, et on pourra vous parler plus longuement de l'ensemble de nos stratégies, là, d'amélioration de notre couverture vaccinale, mais aussi dans le respect des délais.

En matière des indicateurs de travaux au niveau des écoles en santé et du programme intégré de 0-5 ans, bien, on est très, très fiers des résultats qu'on a atteints. On dépasse des objectifs de 100 % à ce niveau-là.

Tout au long des cinq années visées par notre bilan, la direction de la santé publique s'est assurée de mettre tous les efforts dans la réalisation de l'implantation des activités du Programme national de santé publique, et on a des résultats maintenant de 84 % d'implantation des activités du Programme national de santé publique.

Au niveau de la productivité, depuis 2007, les ratios de productivité ont été fournis à chaque année à nos établissements. Ça leur permet d'apprécier l'évolution globale du réseau de production de services sur une base continue, et servent de levier dans nos CSSS, et leur permettent de mesurer leurs résultats et de se comparer à leur région. Les résultats obtenus permettent de donner un signal important quant à certaines opérations ou changements de pratique à mettre en oeuvre de façon prioritaire. Les CSSS doivent atteindre la moyenne régionale, et, pour ceux dépassant la moyenne régionale, soit minimalement la maintenir ou l'améliorer.

En regard des ententes de gestion et d'imputabilité, le cycle administratif des ententes de gestion entre les établissements et l'agence s'est poursuivi au cours de toute cette période. L'agence demande à chaque année aux établissements de transmettre son offre de service en incluant des objectifs d'amélioration de l'accessibilité aux services et d'amélioration de la productivité dans chacun des programmes services.

Quant à l'optimisation, six grands chantiers ont été identifiés. Les priorités régionales identifiées étaient la vaccination des enfants, les urgences en termes de durée moyenne de séjour, l'implantation de l'approche adaptée en courte durée, le respect des normes d'occupation des lits de courte durée pour les patients en fin de soins actifs, l'optimisation des services de soutien à domicile et différentes mesures d'optimisation et d'amélioration de l'accessibilité.

Nous avons aussi développé plusieurs outils d'information et de comparaison de la performance des établissements de la région afin de soutenir l'ensemble de nos établissements dans la prise de décisions et de gestion pour l'ensemble des programmes services. La mise en place de mécanismes systématiques de «benchmarking» pour nos indicateurs a aussi été rendue disponible aux établissements.

Des travaux régionaux spécifiques à l'optimisation des ressources ont été initiés avec l'arrivée du projet de loi n° 100 visant particulièrement la réduction des frais de déplacement, de formation, de publicité, mais aussi en visant une réduction des dépenses de nature administrative.

Afin de faire ces travaux avec nos établissements, nous avons convenu avec les directeurs généraux de principes pour nous guider et nous appuyer dans les décisions que nous avons à prendre. Nous avons aussi convenu avec les directeurs généraux que tous les projets d'optimisation de la région seraient sous la gouverne de la table des directeurs généraux.

Actuellement, on a un certain nombre de projets en cours. On a celui de la logistique hospitalière dans lequel on vise le regroupement, dans un centre de distribution, de l'ensemble des fournitures médicales de l'Estrie. On a aussi des travaux en cours concernant l'entretien des équipements spécialisés et la coordination de nos appels d'offres auprès des fournisseurs. On a terminé des travaux d'harmonisation des fournitures de soins de plaies à domicile, une activité qui a été réalisée par les directrices de soins infirmiers des CSSS. On est en train de faire l'implantation d'un service régional pour les 12 500 employés de l'Estrie concernant le traitement de leur paie, la rémunération et leurs avantages sociaux. Et on va débiter des travaux et se faire une idée de vers où on devrait aller dans le domaine des archives, de la gestion documentaire, la numérisation du dossier patient, la gestion des immobilisations, et on vise aussi à se donner des moyens pour améliorer le taux de rétention de nos ressources humaines.

Les défis pour les prochaines années. En regard de l'accessibilité, la qualité et la continuité des services, les résultats sont significatifs dans l'ensemble des programmes services. L'engagement des directeurs généraux pour améliorer les services à toutes les clientèles est au coeur des discussions et des actions qu'on a à poser à chaque jour.

Par ailleurs, nous devons poursuivre nos efforts d'organisation de services d'urgence en santé mentale pour l'accessibilité à un médecin de famille, pour l'accessibilité à des services médicaux spécialisés et à des services d'imagerie médicale. La coordination des services entre les établissements, la préparation des transferts et des congés demeurent et demeureront la clé de notre potentiel d'amélioration, et nous le reconnaissons. Nous avons aussi la conviction que la mise en place de modalités favorisant le travail conjoint entre le personnel des établissements et les équipes de médecins en cabinets privés et en groupes de médecine de famille est aussi une piste de travail incontournable pour améliorer les services en Estrie.

Pour agir sur l'accessibilité, la qualité, la continuité des services, l'enjeu portant sur la main-d'oeuvre disponible et qualifiée demeure entier. Le plan régional des établissements pour attirer, retenir et assurer le développement du personnel est réalisé à 80 %. De nombreuses mesures sont déployées, et c'est sûrement l'ensemble de l'oeuvre qui nous permet de tirer notre épingle du jeu. L'innovation des établissements qui travaillent à devenir des employeurs de choix et partenaires de leur milieu sera au coeur des interventions pour les prochaines années.

Pour notre troisième enjeu, le travail de promotion, de prévention, de protection de la santé, notre guide demeure notre plan d'action régional adopté en 2010. Beaucoup d'activités sont réalisées, mais il reste encore beaucoup à faire. Même si on est loin de notre idéal de pratique, nous pouvons nous réjouir de la performance de l'Estrie qui se situe au deuxième rang, tout près du premier rang, dans l'implantation du Programme national de santé publique.

Concernant le dernier enjeu, la performance, nous sommes fiers de travailler depuis plusieurs années à l'amélioration de la productivité, et ce travail va se poursuivre dans tous les établissements. Les outils d'évaluation, des mécanismes de partage, des processus «lean» sont au coeur de nos efforts de performance. Deux chantiers majeurs méritent notre attention: les projets régionaux d'optimisation des ressources et le déploiement du dossier clinique informatisé pour la région. La concertation des établissements est au coeur des résultats et nous permet de poursuivre l'amélioration des services de santé et des services sociaux. Le réseau de l'Estrie a su développer, au cours des années, un partenariat qui fait l'envie de plusieurs régions du Québec. C'est dans nos valeurs, et nous continuerons à y travailler avec rigueur. Merci.

● (13 h 40) ●

Le Président (M. Bergman): Merci, Mme Turgeon, pour votre présentation. Je vous remercie beaucoup. Alors, je cède la parole à la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Bonjour, Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Bonjour.

Mme Proulx: Bonjour, mesdames qui l'accompagnez dans cette délégation toute féminine. Je vous salue toutes. Ça me fait bien plaisir de vous voir. Écoutez, d'entrée de jeu, je vous félicite pour la qualité non seulement de votre présentation, mais des résultats obtenus par votre agence. Je pense que c'est tout à fait notable, là, la qualité de la concertation. Je note toutes sortes d'initiatives qui ont été prises avec les gens du milieu et je pense que c'est la clé pour une agence d'être

en mesure et capable de travailler en étroite concertation avec toutes les parties prenantes dans sa collectivité, dans son environnement.

Donc, si je regarde spécifiquement, vous avez tout à fait raison d'être fières de votre performance en santé publique. Et j'aimerais ça que vous nous parliez peut-être de comment vous en êtes arrivées, parce que ce n'est pas partout qu'on peut constater des résultats comme les vôtres, comment vous en êtes arrivées... Quels sont les éléments clés, là, d'après vous, qui font en sorte qu'on peut arriver à des bons résultats? Ça, c'est une première chose, donc une occasion de partager avec nous vos bonnes pratiques.

Et mon autre préoccupation, bien, en fait, oui, c'est que j'aimerais que vous nous en parliez plus, c'est au niveau de la santé des femmes. Vous avez parlé de prévention, de cliniques de dépistage du cancer du sein, et j'aimerais voir comment vous vous y prenez. Est-ce que vous obtenez des bons résultats? Est-ce que vous mettez en place d'autres cliniques de dépistage, notamment des cancers féminins?

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Merci. Merci de votre reconnaissance, c'est très apprécié, et je vais rapporter ça, ne soyez pas inquiète, à l'ensemble des directeurs généraux, hein, parce que j'ai l'impression de rendre compte pour eux de tout le travail qu'ils ont réalisé pendant cette période-là.

Écoutez, en santé publique, c'est une aventure qui n'a pas commencé hier, hein? Les gens, dès le premier plan national de santé publique, la direction régionale de santé publique de l'époque — je vais vous parler un peu de ça, et Mme Clapperton va vous parler de maintenant — a travaillé à soutenir les établissements dans l'élaboration de leurs plans locaux de santé publique. Donc, il y a eu un exercice, à partir du Programme national de santé publique, d'élaboration du plan régional. Et une des phases qui a suivi ça, c'est l'accompagnement de chacun des CSSS dans la réalisation du plan local de santé publique. Et là les gens ont pu voir, entre les objectifs qu'ils se fixaient, les ressources qu'ils avaient en place, les corrections qu'ils avaient à actualiser, la réaffectation de ressources... mais l'agence a soutenu, au cours aussi de toute la période de développement de services, qu'un budget spécifique soit protégé pour le développement d'activités en santé publique. Donc, on avait identifié qu'à chaque entrée d'allocations il y aurait une enveloppe spécifique qui serait consacrée à la santé publique. Et les travaux se sont poursuivis comme ça, et on a renouvelé notre plan en 2010. Et là peut-être qu'Irma souhaiterait compléter.

Le Président (M. Bergman): Mme Clapperton.

Mme Clapperton (Irma): Merci beaucoup. Écoutez, au niveau de la santé publique, moi, je suis là depuis à peu près deux ans et en poste par intérim depuis quatre mois, mais ce que je suis en mesure de constater, c'est qu'il y a une tendance fondamentale, je pense, dans la région, qui est, comme on a dit tout à l'heure, la concertation et l'écoute aux besoins de santé des populations locales. Et on a travaillé beaucoup, dans la région, au niveau du développement des communautés. C'est très bien attaché entre les CSSS, différents ministères. On a même des chercheurs qui ont développé l'observatoire, aussi, estrien pour regarder les indicateurs qui nous permettent, dans le fond, d'orienter notre action. Et je pense que cette perspective-là d'être capables de bien connaître les besoins, d'entendre les besoins et, après ça, d'organiser nos services préventifs en conséquence, je pense que c'est une clé du succès.

Je dirais aussi que, dans notre approche de santé publique, vous savez, on a une approche qui est près de la pratique professionnelle, qui est près des cliniciens. Donc, on travaille beaucoup au développement des compétences et on est dans des enjeux, partout dans le système, de travailler sur la réorganisation, je dirais, des processus de travail clinique. Et ça, c'est quelque chose qui fait partie de notre travail depuis nombre d'années. Donc, on a beaucoup soutenu le développement des compétences et toujours dans un esprit de concertation.

Et bien évidemment, on est guidés aussi... parce qu'il y a eu un bon travail de fait, au niveau du ministère, avec le Programme national de santé publique, sur les grandes orientations, et on finit, dans le fond, par bien optimiser nos ressources — optimiser dans le bon sens, là — pour être capables d'avoir certains résultats. Évidemment, on a des écarts, mais la concertation est bien établie. On travaille très bien aussi avec les sept MRC et on est en train justement de revoir avec eux notre planification pour les orientations stratégiques 2015 et de se redire que la santé publique, il faut la travailler pour influencer, dans le fond, la norme sociale en faveur de la prévention.

Mme Turgeon (Johanne): En matière de santé des femmes, dans le fond, les efforts qui ont été réalisés au cours des deux dernières années se sont plus focussés sur le développement du programme de dépistage pour une clientèle qui était plus loin de Sherbrooke, hein? Donc, depuis un peu plus d'un an, on offre le programme de dépistage de cancer du sein au CSSS du Granit. Donc, on avait une population de femmes, là, qui était éloignée de notre service, et c'est les travaux qu'on a réalisés, là, pour poursuivre leur gamme de services.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui, je voulais vous parler, vous l'avez mentionné dans votre présentation, là, au niveau de la santé mentale... C'est quoi, les mesures que vous prenez pour raccourcir le temps d'attente sur civière à l'urgence, notamment en santé mentale?

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, je vous expliquais tout à l'heure qu'on a identifié une problématique particulière en Estrie. On a une quinzaine de ressources qui accueillent des clientèles aux prises avec des problématiques de toxico,

jeu pathologique, mais aussi difficultés de santé mentale. Et ce sont des gens qui viennent de l'extérieur de l'Estrie, hein, qui sont orientés vers ces ressources-là, et ce qui fait que ça donne une pression supplémentaire, dans nos salles d'urgence, pour le volet santé mentale.

On a commencé à regarder ce travail-là avec le département de psychiatrie, mais aussi avec les partenaires de la communauté, les CSSS qui ont leurs équipes locales en santé mentale, ils ont aussi le soutien de médecins de famille qui y reçoivent la clientèle en santé mentale. Mais on a un exercice de collaboration à mettre en place avec ces ressources-là. Une des actions qui s'est développée au cours des derniers 18 mois, c'est la certification des ressources. Donc là, on commence à avoir un peu plus de contacts et de collaboration avec les ressources privées par ce biais-là. On y travaille avec les établissements de première ligne, donc des intervenants en santé mentale, des intervenants en toxico, mais aussi avec des intervenants qui sont dans notre centre de réadaptation en dépendances.

Donc, on pense qu'en travaillant ce volet-là de collaboration on va soutenir ces ressources-là et on va s'assurer qu'il y a des prises en charge adéquates et qu'on ne soit pas toujours pris devant un fait accompli d'orienter la clientèle vers l'urgence quand les services ne sont pas disponibles ailleurs. Ça fait que ça, c'est une des mesures. Et on a bien sûr tout le programme santé mentale, hein, qui est en déploiement de la deuxième ligne à la première ligne.

Le Président (M. Bergman): Il vous reste 1 min 30 s sur ce bloc, alors... Oui.

Mme Proulx: Ah bon! D'accord. Bien, parlez-moi donc un petit peu plus de l'arrimage entre le centre de réadaptation et les services de première ligne.

● (13 h 50) ●

Mme Turgeon (Johanne): Le centre de réadaptation en dépendances. Écoutez, on est chanceux, on a un service d'externes de deuxième ligne qui est déployé dans l'ensemble du territoire, et les intervenants spécialisés en réadaptation-dépendances sont dans les établissements, sont localisés dans les établissements de première ligne. Donc, ils peuvent autant offrir des services directs à la clientèle lorsque c'est requis qu'un soutien et un partage à leurs collègues qui sont des intervenants souvent santé mentale, adultes, services courants. Donc, ça a créé cette proximité-là de collaboration et de travail de soutien. Au même moment, on a un établissement qui offre des services d'hébergement, de réadaptation de longue durée. Donc, ça aussi, c'est un service qui permet souvent à la clientèle qui a des grandes difficultés d'avoir des services soutenus de réadaptation interne, après d'aller vers une offre de service externe et une offre de service, aussi, d'accompagnement dans le milieu vers les équipes de première ligne.

Ce que je vous disais dans ma présentation surtout aussi, c'est qu'on a beaucoup travaillé au cours des trois dernières années à revoir tout le volet d'hébergement pour les clientèles aux prises avec des problèmes de santé mentale, et ça, pour nous, c'était très précieux parce qu'on voulait être capables d'offrir à cette clientèle-là, qui ont des troubles sévères et persistants, un milieu de vie le plus adapté à ce qu'ils souhaitaient et qu'ils soient bien encadrés et bien soutenus au niveau de l'offre de service.

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

Mme Proulx: Une petite question complémentaire...

Le Président (M. Bergman): Certainement. Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Alors, est-ce que vous vous êtes donné des indicateurs pour voir toute cette offre de service et tout ce que vous offrez, ce travail que vous faites en collaboration. Est-ce que vous êtes en mesure de voir si les résultats sont tangibles et si vous êtes dans la bonne direction?

Mme Turgeon (Johanne): Tout à fait. Écoutez, dans l'ensemble des programmes, on est revenus aujourd'hui avec quelques indicateurs, mais, dans l'ensemble des programmes services, incluant celui de la santé mentale, on a des indicateurs d'accès, on a des indicateurs de productivité, on a aussi des indicateurs de qualité de notre offre de service. On est capables de mesurer les exercices de transformation qu'on a faits, comme celui de l'hébergement. Et notre principal outil, c'est à travers ces indicateurs-là, de voir si on est en train de poser les bons gestes et si on a des choses à corriger ou s'il y a des choses qui vont nous prendre plus de temps qu'on le pensait. Est-ce qu'on doit ajouter des mesures? C'est à travers ça qu'on le fait.

On a un suivi périodique, donc 13 fois par année, là, de l'ensemble de ces indicateurs-là, avec des moments de bilan stratégique dans l'année, à la période 7, à la période 10 et à la période 13. Et ça, c'est un ensemble d'informations qui est rendu disponible non seulement aux établissements concernant les indicateurs qui les concernent, mais chaque établissement a l'ensemble des indicateurs de la région parce que la performance d'un peut rendre la situation plus difficile, là, pour l'établissement suivant qui a à prendre la relève, hein? Donc, le continuum de services puis de regarder la performance de l'ensemble du groupe, elle est importante pour l'agence, mais elle est aussi importante pour l'ensemble des directeurs généraux qui ont à assurer des corrections lorsque c'est requis.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée: Merci, M. le Président. Alors, bonjour. Ça me fait plaisir d'être avec vous cet après-midi. On a peu de temps, alors on va rapidement aborder certains sujets. Je suis particulièrement préoccupée par la situation des jeunes, des jeunes en difficulté. Je sais que le nombre de signalements qui a été retenu par les centres jeunesse de l'Estrie a augmenté de

façon significative au cours des dernières années. C'est une situation aussi qu'on retrouve dans d'autres régions du Québec, mais je comprends qu'en Estrie vous avez une population jeune qui est quand même assez importante et je me demandais, suite à ce constat-là, quelles actions sont prises par l'agence, par les centres jeunesse afin de tenter de diminuer ces statistiques-là. Où en êtes-vous dans le déploiement des programmes pour contrer la négligence chez les 0-12 ans? Bref, j'aimerais vous entendre sur le sujet.

Mme Turgeon (Johanne): D'accord.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Merci. Écoutez, présentement, on suit particulièrement deux indicateurs, hein, dans le volet de la prise en charge des jeunes en protection de la jeunesse. On suit de façon très sérieuse, avec le directeur général de l'établissement et son DPJ, les délais à l'évaluation et les délais à l'application des mesures. Donc, malgré l'augmentation des signalements, ce sont deux endroits où on mesure bien l'accès à nos services, et on s'est amélioré de façon significative dans la période. Donc, il y a eu des investissements puis de l'organisation des ressources en conséquence, hein? Vous comprenez qu'il y a là un effort soutenu qui est fait par le centre jeunesse.

Au cours de cette période-là, on a développé un programme Crise-Ado qu'on a lancé dernièrement officiellement comme service. Ça va nous permettre d'étirer les plages horaires. Crise-Ado en première ligne, hein, on tente de mettre tous nos efforts vers la première ligne, mais quand même en soutenant nos équipes de centres jeunesse. Ça va nous permettre d'élargir les plages horaires des équipes qui travaillent avec les jeunes en difficulté et les familles tous les soirs. Et on vise, à travers ça, non seulement la réponse à la crise, mais surtout l'organisation de tout le suivi intensif auprès des jeunes et des familles. On a déployé les ressources pour s'assurer que chaque famille ait un minimum d'une offre de service de l'équivalent de trois heures par semaine pour des périodes de 12 à 15 semaines pour les soutenir dans les difficultés que les jeunes vivent.

Au niveau de la négligence, je demanderait à Mme Périgny, peut-être, là, de vous parler un petit peu plus de ce qui se passe, là, dans le dossier.

Mme Périgny (Lynda): Bien, bonjour...

Le Président (M. Bergman): Mme Périgny.

Mme Périgny (Lynda): Bonjour. Depuis deux ans, là, on a formé les gens, on les a outillés par rapport au programme négligence. Donc, c'est des équipes qui se déploient dans chacun des territoires. On a regardé parce que la négligence, on comprend que ce n'est pas... tu n'arrives pas dans un service en disant: Je suis négligent. Alors, on savait que ces clientèles-là, souvent, sont à travers des clients qu'on connaît dans d'autres programmes services, donc il y a un travail qui a été fait pour les repérer, travailler avec les écoles aussi pour être capables d'être en mesure d'arriver tôt dans le processus pour être capables de corriger puis de soutenir ces familles-là. Ça fait qu'on pense que c'est des programmes qui vont nous permettre, évidemment, de réduire, là, la rétention notamment des signalements. Parce qu'il y a les signalements, mais il y a aussi tout le volet de la rétention, de l'évaluation, et ce travail-là, quand on est déjà dans le dossier en première ligne, bien, se fait en collaboration avec le centre jeunesse. Évidemment on souhaite que ces programmes-là s'inscrivent tôt, donc chez des clientèles jeunes, pour être capables de récupérer, là, le processus qui pourrait amener encore des adolescents ou des jeunes avec de plus grands problèmes.

Mme Vallée: Depuis 2009, le gouvernement, lors du lancement de la Stratégie d'action jeunesse, a ciblé la prévention de la négligence chez les 0-12 ans comme étant une priorité, comme étant un moyen d'action. Vous me dites aujourd'hui: Bon, on a des programmes qui sont en cours de déploiement. Qu'est-ce qui fait que les programmes n'ont pas été déployés plus rapidement? Puis quand pensez-vous être en mesure d'offrir ces programmes-là sur l'ensemble du territoire de l'Estrie?

Mme Périgny (Lynda): Ce programme-là est offert actuellement à l'ensemble de la population de l'Estrie. C'est sûr que, quand on déploie un programme, il y a de la formation, il y a de l'outillage au niveau des intervenants, il y a un cadre, une façon de travailler au niveau des ententes avec les différents établissements, notamment aussi des groupes communautaires, les écoles. L'implantation, c'est une chose. Et actuellement, depuis un an, on a déployé le programme, il est offert à l'ensemble des familles de l'Estrie quand il y a des difficultés, et on a aussi un indicateur de suivi, là, qu'on a prévu à la fin de l'année pour voir le nombre de clientèles qu'on aura rejoint dans ce programme-là.

Mme Vallée: Est-ce que vous avez constaté dans le déploiement du programme, dans la mise en oeuvre, des difficultés particulières?

Mme Périgny (Lynda): Bien, en Estrie, on a une expérience assez grande de la collaboration entre les différents établissements puis les différents partenaires, notamment, là, je vais parler un peu du programme de santé publique qu'on a appelé les SIPPE, donc l'intervention auprès des jeunes familles. Ça fait depuis 1997, en Estrie, que ce programme-là est en place. Donc, tout le volet de l'intervention 0-5 ans très structurée est là. Donc, cette pratique-là, cette culture-là de travail de collaboration, centres jeunesse, CSSS, groupes communautaires, milieux scolaires, là, on parle aussi de garderies dans ce cas-là, donc c'est ça qui fait qu'on est capables d'avancer dans ce type de dossier là.

Mme Vallée: Dans un autre dossier, j'aimerais, par curiosité, savoir comment se déroule le déploiement du programme de qualification des jeunes aussi sur le territoire de l'agence et avec les centres jeunesse. Est-ce que le programme est offert sur l'ensemble du territoire ou est-ce qu'il est plutôt, en raison, là, de la géographie, plutôt centré dans les centres de service des centres jeunesse?

● (14 heures) ●

Mme Turgeon (Johanne): Le programme est offert à Sherbrooke, mais, hein, vous comprendrez que la taille de la région nous rend ça quand même, là, assez facile, parce que le transport des jeunes qui seraient dans une ressource d'accueil à 45 minutes du centre où on rend les activités, c'est possible et c'est organisé par notre centre jeunesse. Depuis trois ans, hein, qu'il y a eu des investissements de faits dans le programme de qualification. Mais c'est un service qui était déjà existant en Estrie qu'on a bonifié. Donc, on a une capacité d'accueil d'autour de 50, hein?

Une voix: ...

Mme Turgeon (Johanne): 50, c'est ça, une cinquantaine de places. Et, si je fais, là, le suivi du nombre de jeunes qui ont pu bénéficier du programme de qualification, on est entre 650 et 700 jeunes, à date, là, qui ont pu bénéficier, là, du programme, mais c'est concentré dans une installation, et c'est le centre jeunesse qui s'occupe d'amener les jeunes vers le service.

Mme Vallée: J'aimerais vous entendre, justement, sur le visage que porte le programme de qualification des jeunes en Estrie, parce que c'est différent, c'est adapté, les régions l'adaptent aussi en fonction de leurs réalités. Donc, je comprends que, vous, c'est en oeuvre depuis probablement 2006, 2007, autour, dans la première mouture de la première Stratégie d'action jeunesse. J'aimerais que vous nous parliez un petit peu du visage que ça a pris.

Mme Turgeon (Johanne): Oui, mais j'aimerais ça vous spécifier que le programme date de plus longtemps que ça en Estrie. Il y avait une préoccupation des dirigeants du centre jeunesse d'il y a plusieurs années, je dirais peut-être même près de 15 ans, de commencer à regarder le travail de transition à faire avec les jeunes qui ont 16, 17 ans pour que, lorsqu'ils ne bénéficient plus des services du centre jeunesse, à 18 ans, ils aient un projet de vie, ils soient capables de s'organiser, ils aient déjà travaillé à un logement, qu'il y ait un projet de travail ou un projet de scolarisation qui va se poursuivre. Donc, c'est ces facettes-là qui ont été travaillées, comme je vous dis, depuis plusieurs années, et l'intensification qui est arrivée avec la stratégie jeunesse a permis au centre jeunesse de poursuivre dans ces domaines-là et de s'adapter à la réalité des besoins des jeunes d'aujourd'hui aussi et de l'organisation des services qu'on peut mettre en place pour les soutenir.

Donc, avec l'arrivée de la stratégie jeunesse, c'est le nombre de places qu'on a augmenté dans notre service pour rendre ça le plus accessible à tous les jeunes.

Mme Vallée: Donc, je comprends que votre programme est offert dans un centre. Donc, un jeune de l'Estrie, un jeune de Saint-Gérard ou de Weedon doit se rendre quand même au centre de Sherbrooke...

Mme Turgeon (Johanne): C'est organisé comme ça.

Mme Vallée: ...le programme n'est pas nécessairement déployé dans les communautés rurales.

Mme Turgeon (Johanne): Il n'est pas décentralisé, non.

Mme Vallée: O.K.

Mme Turgeon (Johanne): Il est centralisé à Sherbrooke, mais on s'organise pour que le jeune...

Mme Vallée: Mais ces jeunes-là, ils y ont quand même accès par le service de transport auquel vous faisiez référence.

Mme Turgeon (Johanne): Tout à fait.

Mme Vallée: D'accord.

Le Président (M. Bergman): Merci. Alors, M. le député de Roberval.

M. Trottier: Oui, merci, M. le Président. Merci pour votre présentation. Dans les statistiques, on note que l'Estrie se démarque négativement au sujet des traumatismes non intentionnels.

Entre autres, on explique, là, qu'il y a des plus fortes proportions de citoyens qui sont hospitalisés pour des chutes accidentelles, les accidents de la route, plus de gens perdent la vie sur des accidents de la route. Est-ce que vous avez une explication par rapport à ce phénomène-là?

Mme Turgeon (Johanne): Je vais demander à Mme Clapperton...

Le Président (M. Bergman): Mme Clapperton.

Mme Clapperton (Irma): Bien, écoutez, l'explication, dans le fond, on reste dans un territoire qui est urbain mais aussi rural. Donc, évidemment, les causes des accidents, ça peut être de tout ordre, le facteur humain, le facteur de l'environnement, la façon dont les routes sont organisées. Évidemment, il peut y avoir toutes sortes de causes.

Nous, en Estrie, antérieurement, on a déjà travaillé beaucoup sur la prévention des traumatismes non intentionnels. Et je vous dirais que, en tout cas, depuis les deux dernières années, on a mis un petit peu moins d'investissement à ce niveau-là, et c'est un dossier qu'on est en train de reprendre, compte tenu des statistiques, là, qu'on voit, là, comme vous avez mentionné, que c'est un problème qui est important.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Roberval.

M. Trottier: Je vais vous poser la même question que j'ai posée à d'autres. Si vous aviez des suggestions à faire pour faire en sorte qu'on puisse améliorer le bilan de santé des Québécois sans augmenter le budget, qu'est-ce que vous pourriez nous suggérer?

Une voix: ...

Mme Clapperton (Irma): C'est moi qui répond?

Une voix: ...

Mme Clapperton (Irma): Bien, écoutez, je pense qu'il n'y a pas une solution, hein, il y a plusieurs solutions. Parce que, si on l'avait... ça ferait longtemps qu'on l'aurait trouvée. Mais je pense qu'il faut avoir fondamentalement une approche, une approche qui est axée sur la santé de la population. Et là je ne parle pas de la population comme une masse informe, là, mais dans une perspective où... Quand on met la santé au coeur de nos préoccupations, on n'a pas le choix que de regarder les facteurs qui influencent la santé. Et là on débord du secteur du service de santé, et on est dans des facteurs sociaux. Les déterminants de la santé, il y en a sûrement d'autres qui vous en ont parlé. On est au niveau des déterminants sociaux, on est au niveau des déterminants environnementaux physiques, les habitudes de vie, je dirais même le développement de la petite enfance.

Et donc, c'est sûr que, quand ça nous amène à un autre niveau... on n'est plus, excusez-moi l'expression, dans le département des conséquences. surtout lorsqu'on parle des pathologies chroniques — on sait que 70 % des pathologies sont évitables. Donc, dans une perspective où on travaille auprès des problèmes évitables, il faut être capable de regarder ça d'une façon différente. Et ça, ça nous amène à regarder d'autres stratégies.

Oui, on a des stratégies qui sont sur tout le continuum: santé, maladie, mort, évidemment. On a des approches centrées sur les personnes en clinique, mais il faut avoir davantage de stratégies environnementales, il faut avoir des stratégies qui influencent les politiques publiques favorables à la santé. Et là on pourrait parler longtemps de ce que ça veut dire. On connaît l'épidémie de l'obésité. Il y a une étude, là, qui vient de sortir, on le sait que ça coûte 700 millions au niveau du budget, c'est 5,8 % du budget de la santé. On sait que c'est 800 millions en termes de pertes de productivité. Mais il y a quelque chose à faire. Donc, il va falloir le regarder autrement. Et on voit qu'il y a des stratégies au niveau de l'alimentation, le transport actif, au niveau des politiques publiques. Il y a des pays qui taxent les boissons énergisantes. Donc, vous voyez, il y a une panoplie d'activités qu'on peut faire.

Et ça, évidemment, ça ne se fait pas tout seul dans le service de santé, ça se fait avec tous les partenaires en intersectorialité — je suis sûre que c'est un terme que vous avez entendu aussi — donc avec les différents paliers de gouvernement, évidemment, et les autres secteurs de la société pour qu'on puisse, dans le fond, converger nos efforts dans une perspective de produire la santé.

Et là je rajouterais, on a beaucoup de données sur la performance de ce qu'on fait, mais il faut aussi s'attarder à mesurer la performance en termes d'état de santé. Au Québec, on mesure l'état de santé, mais est-ce qu'on s'en sert comme donnée pour être capable de dire: On a nos ressources, on a des activités, mais est-ce qu'on produit plus de santé? Et, quand on regarde les choses de cette façon-là, bien c'est une autre façon de faire de la planification. Je dirais que c'est de la planification populationnelle.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Roberval.

M. Trottier: Compte tenu du fait que vous avez abordé cet aspect-là, la question de la taxe sur certains produits, il y a des débats là-dessus. Il y a des gens qui sont pour, qui sont contre qu'on taxe la malbouffe, les chips, la liqueur, etc. C'est quoi votre position par rapport à ça?

Mme Clapperton (Irma): Bien, écoutez... Ah! je pense que je ne rentrerai pas dans un grand débat, mais c'est sûr que, quand on est en santé publique puis qu'on regarde c'est quoi, les problèmes qui sont occasionnés par, mettons, les boissons gazeuses ou les boissons énergisantes, quand on sait que nos jeunes de 7 à 19 ans, c'est par là qu'ils vont chercher tout le sucre qui, dans le fond, génère l'obésité qu'on a, moi, je vais vous dire franchement, je suis pour. Et je pense que... C'est sûr qu'il faut amener ça pour que la norme sociale soit en faveur de ça, mais, à quelque part, ça nous permet de réinvestir les argents autrement.

Le Président (M. Bergman): Alors, avant de donner la parole à la députée de Masson, pour les collègues de la commission, j'ai consenti pour donner au gouvernement leurs deux blocs — ils sont dans leur deuxième bloc, 10 minutes — pour donner le troisième bloc en même temps pour les accommoder. Alors, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin: Bonjour, merci d'être là. Écoutez, il y a une petite préoccupation à la lecture des éléments. Vous avez dû fermer des résidences — je crois que c'est la Résidence Saint-François et Bellevue — récemment, hein, je crois que ça s'est passé à la fin de 2012. J'aimerais ça que vous nous expliquiez les étapes qui ont été franchies avant de mener à cette décision-là puis si c'était inévitable. Un peu le contexte, dans le fond.

● (14 h 10) ●

Mme Turgeon (Johanne): D'accord. Bien, écoutez, les deux résidences ne sont pas fermées, mais elles sont dans un statut de refus de certification, d'accord?

Mme Gadoury-Hamelin: C'est différent.

Mme Turgeon (Johanne): C'est différent.

Mme Gadoury-Hamelin: Ils ne rencontraient pas les exigences, c'est ça?

Mme Turgeon (Johanne): Voilà.

Mme Gadoury-Hamelin: O.K.

Mme Turgeon (Johanne): On a travaillé... C'est deux résidences qui n'avaient pas obtenu une première certification, hein? Donc, on avait jusqu'au 30 novembre 2012 pour faire les travaux complets. Donc, on a travaillé avec les partenaires de la ville de Sherbrooke pour le volet de sécurité incendie et la Régie du bâtiment, comme on l'a fait pour l'ensemble des 106 autres résidences, là, sur le territoire de l'Estrie, et ces deux milieux-là ne rencontraient pas les exigences quant au volet de sécurité incendie. Et on a quand même cheminé avec eux, avec des recommandations de la part des partenaires sur des mesures qui pourraient être mises en place, etc. Et, au début décembre, malheureusement, après des travaux de soutien avec les deux exploitants, hein — c'est deux exploitants différents — ils n'ont pas rencontré les exigences qui font partie des critères. Et c'est difficile, parce que c'est des milieux de vie pour les personnes âgées qui sont là, des milieux de vie qu'ils ont choisis avec leur famille. Et d'apprendre qu'à partir d'une date x l'établissement n'aura plus la reconnaissance d'une résidence privée pouvant offrir des services aux personnes âgées, bien, c'est difficile.

Ce qu'on a fait très tôt, je dirais à partir de l'été dernier, quand on a vu qu'il y avait un risque de refus de certification, on a impliqué les travailleurs sociaux du CSSS du programme de soutien à domicile pour qu'ils soient en soutien à toutes ces familles et ces personnes âgées là pour s'assurer qu'ils aient l'information juste aussi et puis qu'ils puissent comprendre qu'ils ne sont pas abandonnés là-dedans, qu'ils vont avoir de l'aide et du soutien.

Malgré tout, le 1er décembre, j'ai écrit un avis de refus de certification. Donc, dans les jours qui ont suivi, les deux organisations se sont retournées vers le Tribunal administratif du Québec pour demander à être entendues. Présentement, concernant la Résidence Bellevue, les audiences ont eu lieu. La décision du TAQ a été de suspendre la décision, la décision de refus, là, ils vont nous revenir avec une position, là, au cours des prochains mois. Et, pour l'autre résidence, les audiences n'ont pas eu lieu encore, donc on est dans... Mais, tout au long de cette période-là, les travailleurs sociaux, et l'équipe qui est responsable de la certification à l'agence, et le commissaire régional aux plaintes, là, soutiennent, là, les personnes et les familles, là, qui sont dans ces deux résidences.

Mme Gadoury-Hamelin: Advenant la situation où ces résidences-là devraient cesser leurs activités, avez-vous des plans pour...

Mme Turgeon (Johanne): Tout à fait.

Mme Gadoury-Hamelin: ...s'assurer que ces gens-là, ces personnes-là soient prises en charge? Vous avez des solutions?

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, ce n'est pas l'ensemble des résidents qui sont visés, hein, parce que ce n'est pas l'ensemble des résidents qui avaient besoin d'une offre de service de soutien à domicile que l'exploitant ne pourra plus rendre, mais ceux qui sont dans ces besoins-là, ils ont tous une prise en charge individuelle avec un travailleur social sur comment la relocalisation, si c'était le cas, va s'organiser puis qu'est-ce qui s'offre à eux.

Mme Gadoury-Hamelin: Parfait.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. Alors, les données nous indiquent qu'il y a certaines maladies infectieuses... ITSS, là, transmissibles sexuellement ou par le sang, notamment la chlamydie, qui ont une incidence plus élevée dans votre territoire que dans la moyenne du Québec. Parallèlement à ça, je vois dans vos bons coups que vous avez mis en place un comité intersectoriel pour faire des campagnes de prévention, notamment dans les milieux collégiaux et universitaires. Ma question, c'est: Je ne vois pas que vous ayez fait ce type de campagne de prévention dans les écoles secondaires. Est-ce que c'est simplement un oubli ou si, vraiment, les campagnes de prévention ne visent pas les écoles secondaires?

Mme Turgeon (Johanne): Non. On fait les campagnes telles qu'elles nous sont demandées par le ministère. Donc, quand on a des campagnes qui visent d'autres clientèles que le collégial, mais aussi le secondaire, on les fait. Donc, habituellement, on les fait.

Mais c'est sûr qu'on a toute une stratégie au niveau des ITSS. On n'est pas à l'abri de l'épidémie silencieuse qui se vit actuellement au Québec. Et, quand le directeur national de santé publique a sorti son rapport, évidemment, ça nous a tous un peu comme réveillés. Et évidemment c'est le genre de maladie, je dirais, qui touche les jeunes, hein, surtout les 15-24 ans, et c'est un peu banalisé aussi à quelque part.

Donc, on a, nous, en tout cas, mis sur pied vraiment une concertation avec tous les partenaires impliqués autour, même avec les organismes communautaires, et tout, pour être capables, là, d'avoir vraiment un plan d'action qui est vraiment, là, prévenir, dépister, traiter. Et, dans ça, on a de tout, là, donc être capables d'essayer de travailler pour que les gens puissent adopter des comportements de santé sécuritaires, mais aussi travailler auprès des clientèles qui sont vulnérables, hein, les travailleuses du sexe, les personnes qui sont en détention. On a des projets, là, auprès de ces gens-là, auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Donc, c'est sûr qu'on est vraiment un peu dans tout ça, mais, évidemment, tout ce qui est vraiment prévention prévention, tout ce qui est éducation, je dirais, au niveau de la santé sexuelle dans les écoles, ça, c'est une dimension qui est pilotée davantage par le ministère de l'Éducation, et nous, on est là en soutien à chaque fois qu'il y a des demandes précises au niveau des écoles pour pouvoir aller faire de l'éducation.

On soutient aussi... il y a des cliniques jeunesse aussi, un peu, dans notre territoire. Il n'y a plus autant de cliniques jeunesse comme il y avait avant, mais il y a deux territoires qu'il y a des cliniques jeunesse. On les soutient et on essaie aussi de travailler davantage au niveau des omnipraticiens, les infirmières en GMF, donc tout ce qu'on appelle la prévention en milieu clinique avec les pratiques cliniques préventives. On sait qu'il y a des stratégies probantes organisationnelles qui nous permettent, en tout cas, de mieux soutenir cette intervention-là dans les milieux cliniques, et ça, c'est quelque chose qu'on doit accentuer, là.

Donc, on a une stratégie qui est assez multiniveaux, là, et donc on fait avec les ressources qu'on a aussi.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. J'avais aussi une question, notamment au niveau des ressources humaines. Vous aviez, dans les années passées, une pénurie de pharmaciens en Estrie. Est-ce que la situation s'est améliorée? Est-ce que vous avez mis des mesures en place ou vous prévoyez en mettre? Comment ça se passe, maintenant, avec les pharmaciens?

Mme Turgeon (Johanne): Oui, la situation s'est améliorée. Ça a permis quand même à nos établissements de développer des mécanismes de collaboration entre eux, pour les médecins... pas les médecins mais les pharmaciens en établissements. Ça a permis aussi de revoir nos façons de travailler, hein, et puis on a présentement trois CSSS qui sont à regarder ensemble la mise en place d'un robot pour la dispensation des médicaments.

Donc, en même temps qu'on est... Heureusement, hein, la pénurie, elle est moins forte. On a aussi travaillé à la réorganisation de notre travail. Donc, les deux volets ensemble font qu'on est dans une situation où le volet critique n'est plus là.

Mme Proulx: Effectivement, c'est parfois en situation de besoin qu'on devient très créatifs et qu'on innove, parce que j'entends votre robot distributeur de médicaments, là, c'est... Juste comme ça, pouvez-vous me dire ce que c'est?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, écoutez, présentement, c'est un projet qui concerne trois CSSS. Ils sont en train d'explorer ça. On a discuté avec eux de cette possibilité-là à la fin septembre dernier. Ils sont en train de regarder toutes les modalités, parce que c'est des CSSS quand même qu'il y a du transport, là, à réaliser, il y en a un qui a quatre installations à desservir, il y en a un qui a cinq installations à desservir. Ça fait que le volet logistique de tout ça est à se mettre en place, mais c'est un projet qu'on va soutenir sur le plan régional au niveau des équipements.

Mme Proulx: Mais je ne sais toujours pas ce que c'est.

Mme Turgeon (Johanne): Bien, écoutez...

Mme Proulx: C'est quelque chose qui est en gestation ou c'est un projet...

● (14 h 20) ●

Mme Turgeon (Johanne): Non, non, non. Le projet, il est déjà déployé dans certaines organisations du Québec. On a un robot dans les installations du CHUS, hein, même, je pense, dans les deux sites. Ça permet, à partir des réquisitions de pharmacies et le processus de vérification, d'assurer la distribution aux clients à partir de dosettes bien identifiées...

Une voix: ...

Mme Turgeon (Johanne): Pardon?

Une voix: Des codes barres.

Mme Turgeon (Johanne): Et tout un système de codes barres, là, vous comprenez que c'est une opération qui est informatisée. Mais ce que ça permet, c'est d'augmenter le processus de distribution, mais ça permet aussi toute la validation et la réduction des erreurs dans la distribution des médicaments. Ça va me permettre de faire une ouverture sur, hein, vous savez, dans la gestion des risques, des incidents, les erreurs de médicaments, de distribution des médicaments et les chutes, c'est deux secteurs d'activité sur lesquels on met beaucoup d'énergie. Et le déploiement du robot au niveau de la pharmacie d'un de nos CSSS, qui est un petit CSSS mais qui pourrait desservir les deux autres CSSS à proximité, bien, c'est quelque chose qui pourrait être rentable puis donner des résultats intéressants aussi dans la réduction des risques et des incidents au niveau de la distribution des médicaments.

Mme Proulx: Très intéressant.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx: Oui. On continue. Je voulais vous parler au niveau de l'équilibre budgétaire maintenant. Si on regarde les finances, vous avez, depuis 2009, 2010, 2011, des surplus budgétaires, mais on constate des grands écarts entre vos surplus. Alors, je me demandais s'il y avait une explication. Par exemple, en 2009, il y a des écarts quand même importants, là. L'année financière 2009-2010, on est partis d'un déficit de 4 millions; en 2010-2011, un surplus de 439 000 \$; et, en 2011-2012, un surplus de 5 millions. Alors, cette variation-là, c'est quand même important, là, ces écarts-là. Simplement voir comment vous pouvez expliquer ces écarts dans vos résultats financiers.

Mme Turgeon (Johanne): Vous parlez de l'ensemble de la région, des établissements?

Mme Proulx: Oui. Oui. L'ensemble des établissements.

Mme Turgeon (Johanne): O.K. Écoutez, moi, je n'ai pas le tableau auquel vous faites référence, là.

Mme Proulx: En fait, ma question, c'est: Comment on peut se retrouver, là, de 400 000 \$ de surplus à 5 millions de surplus d'une année à l'autre? Est-ce qu'il y a eu des services qui ont été suspendus ou... C'était plus ça ma question, là.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, je n'ai pas le tableau, là, d'information que vous avez devant vous, mais peut-être vous dire qu'en général l'équilibre budgétaire c'est l'affaire de tous les établissements en Estrie, d'accord? Il n'y a pas de déficit. Et on a déjà eu un déficit autorisé qui a été réglé. Donc, l'ensemble de nos établissements sont en équilibre budgétaire. On a une enveloppe régionale dédiée aux établissements qui est de l'ordre de 780 millions. Donc, en fin d'année, qu'on se retrouve avec un surplus dans lequel il peut y avoir, vous comprendrez, et des revenus reportés, hein, d'une année à l'autre, là, de l'ordre de 5 millions, bien, c'est, je pense, là, quelque chose, là, qui est à une hauteur raisonnable sur 13 établissements en Estrie.

Par contre, on a la préoccupation que l'ensemble des allocations de ressources qui sont faites à nos établissements se traduisent en offres de service à la clientèle. Et des situations où un établissement accumulerait un solde du fonds, c'est des choses qu'on va regarder avec eux et qu'on va traduire en offres de service à la clientèle.

Mme Proulx: D'accord. Merci.

Le Président (M. Bergman): Alors, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon): Merci, M. le Président. Bienvenue. C'est toujours un plaisir de vous revoir. Puis on sait que l'Estrie est une région modèle au Québec dans laquelle, historiquement, il y a eu de la transformation des services qui devait être faite, entre autres au niveau des personnes âgées. Et, encore là, c'est tout à votre honneur.

Aujourd'hui je voudrais peut-être commencer par la question de l'informatisation. Vous avez un système informatique, au CHUS, qui date de plusieurs années, qui est très fonctionnel. Et ce que vous disiez tantôt, c'est que vous êtes en train d'étendre l'informatisation à tous les autres centres. Pouvez-vous nous expliquer comment ça va fonctionner?

Mme Turgeon (Johanne): Bien d'accord. Écoutez, on a fait, premièrement, une expérience très positive au CHUS, hein, depuis 1986, la première apparition du dossier clinique informatisé. Je trouve ça important de vous le rappeler, parce que c'est tout une expertise technologique, mais de soutien aux cliniques qui s'est développée dans ce milieu-là, qui a fait qu'en Estrie en 2007 on a pu envisager, à partir de l'application qui était déployée au CHUS, de regarder la possibilité d'en faire un dossier régional, de construire une plate-forme régionale dans laquelle on serait capables, avec le fournisseur de l'application, d'avoir des condos pour tous les établissements. Parce que, même si on a un dossier régional, on a une obligation, là, quant à la gestion de l'accès à l'information. Donc, on veut s'assurer que tout ce qu'on a comme outil informatisé respecte ce volet-là. Donc, on a, à partir de 2007, construit la plate-forme régionale et on a construit les infrastructures pour que l'ensemble de nos établissements CSSS et les centres de réadaptation qui ont besoin de partage d'information clinique soient mis en condo sur cette plate-forme régionale là. Et, à la fin de ce premier exercice là, on a été capables d'implanter le système d'imagerie et le PACS dans l'ensemble des CSSS.

On vient de terminer, après un travail majeur, parce que vous comprenez qu'il y a la plate-forme régionale, il y a les activités cliniques au CHUS qu'on doit continuer à soutenir et le déploiement dans nos CSSS qui avaient tous des systèmes informatisés de laboratoire, mais fermés, hein, pas en relation avec les autres activités cliniques de l'établissement. Donc, on a préparé chacun des CSSS pour pouvoir migrer leur application laboratoire sur l'application régionale Ariane et s'assurer, au cours de ces processus-là, que le volet requête résultat entre le CHUS et les CSSS, mais aussi avec les cliniques médicales, c'est un processus informatisé sans erreur, sans égarement de résultats. Et on est très, très fiers du travail qui a été fait par les équipes de soutien technologique et les équipes cliniques qui sont capables de s'assurer des processus, là, quand on suit des opérations comme celles-là.

On est chanceux, on a une application régionale, on est capables de convenir, avec les directeurs généraux des établissements, nos priorités aussi de déploiement des différents modules. Bien, on est chanceux de profiter de l'expertise de ces gens-là pour pouvoir construire, là, le dossier clinique informatisé pour la région. On a encore beaucoup de défis, hein, tout n'est pas fait, c'est beaucoup de travail, mais je pense qu'on est en train de démontrer que c'est possible, que les résultats sont là.

Nos prochaines priorités, on est en train, là, d'y travailler avec les directeurs généraux, mais sûrement que ça va tourner autour du module de pharmacie et probablement le module RSIPA qui a été travaillé beaucoup par Jardins-Roussillon. On est en train de regarder avec eux si on n'est pas capables de bénéficier de tout le travail qui a été fait en Montérégie dans ce secteur-là.

M. Bolduc (Jean-Talon): Pour nos auditeurs, quand vous utilisez le mot «condo», c'est de l'espace réservé sur un ordinateur et non pas de l'espace dans un...

Mme Turgeon (Johanne): Tout à fait. Oui, oui, oui.

M. Bolduc (Jean-Talon): Juste parce que l'utilisation populaire du mot, c'est plus dans l'immobilier, mais, en informatique, ça veut seulement dire que chacun des établissements a sa propre petite boîte dans un ordinateur central, et puis c'est, avec l'utilisation du cloud, la nouvelle façon de travailler pour s'assurer de la sécurité puis une meilleure accessibilité des services. Juste une clarification.

Maintenant, la relation que vous faites actuellement entre ce que vous êtes en train de développer et le Dossier santé Québec, nous avons annoncé, il y a environ une année, l'arrivée du Dossier santé Québec pour la région de l'Estrie. Il y a eu un contre-temps parce qu'il y a eu une négociation avec l'association des pharmaciens propriétaires. Actuellement, cette situation-là a été réglée, à ma connaissance, je pense. Où vous en êtes rendus dans l'évolution du dossier de l'implantation du Dossier santé Québec dans votre région, qu'on croyait que ça allait être une région que ça allait se faire assez bien?

● (14 h 30) ●

Mme Turgeon (Johanne): Volet médicaments. Volet médicaments, je vous ai dit, en début de présentation, dans le réseau de la santé de l'Estrie: 60 pharmacies communautaires. On devrait avoir terminé le volet médicaments avec l'ensemble des pharmacies communautaires pour le mois d'avril 2013. Donc, dans quelques mois, on va avoir terminé. Et le fait que la région a un DCI régional, vous comprenez que, pour nous, l'alimentation du DSQ, autant dans le volet médicaments que dans le volet laboratoire, que dans le volet imagerie, bien, ça nous facilite le travail grandement, aussi. Donc, on est prêts. Puis non seulement on est prêts, mais on est un petit peu en avance, là, sur les travaux du DSQ pour le volet laboratoire et imagerie.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon): Pour terminer, c'est du côté du Dossier santé Québec, la mise en application va bien.

Mme Turgeon (Johanne): On va poursuivre, là, jusqu'au mois d'avril. Ensuite de ça, d'avril à la fin juin, on veut terminer le travail avec nos groupes de médecine de famille. Et on veut regarder aussi la possibilité de l'implantation du DSQ dans certaines salles d'urgence, à la demande de nos médecins. Il y a là quelque chose, là, d'intéressant qui est en train de lever, là.

M. Bolduc (Jean-Talon): Bien, je vous pose cette question-là parce qu'il y a eu beaucoup de mauvaises langues qui ont parlé contre le DSQ, et puis ça va être un succès au Québec. Je pense que, maintenant, même le gouvernement du Parti québécois le reconnaît qu'il y a eu des belles avancées à ce niveau-là. Il y a eu des délais qui ont été faits, comme dans tout système informatique. Le ministre Hébert a eu l'occasion de l'expliquer. Il reprenait pratiquement mes mots pour expliquer que la mise en place est complexe, mais que, pour le Québec, ça va être une avancée que l'arrivée du Dossier santé Québec. La région de Québec va bien. Moi, je peux le constater. Également, votre région, ça va bien. On a Lanaudière qui va se mettre en place et également Montréal. Donc, c'est un enjeu pas juste pour votre région, pour toute la région du Québec, parce que l'informatisation du réseau de la santé, c'est une des façons qu'on a d'améliorer les soins directs aux patients. Et la stratégie qu'on a prise au Québec, c'est une stratégie d'interopérabilité où chaque citoyen va avoir son dossier, il va être accessible à tous les professionnels, là, qui vont avoir à le traiter. Je pense que c'est important de faire cette mise au point.

J'aurais aimé vous parler de la question des cliniques-réseaux. Vous avez une population de plus de 300 000, vous avez plus d'une dizaine de groupes de médecine de famille mais vous n'avez qu'une seule clinique-réseau, alors que l'orientation qui est prise, là, généralement, c'est une clinique-réseau par 50 000 de population. Je comprends, lorsqu'on a

des petits CSSS, l'urgence va couvrir les services à la population au lieu d'une clinique-réseau, puis ça, c'est tout à fait légitime et ça doit être comme ça. Mais il reste que, pour la ville de Sherbrooke, il me semble qu'il y aurait du volume pour plus qu'une clinique-réseau. Quelles sont vos orientations par rapport à ça?

Mme Turgeon (Johanne): Peut-être. Peut-être. Écoutez, on vient d'implanter la première clinique-réseau. Donc, nos efforts étaient, à la suite de l'implantation de la clinique-réseau, de la doter en effectifs médicaux pour avoir les plages horaires pleines, mais aussi bien convenir avec les médecins en clinique privée puis les médecins en GMF sur, oui, l'offre de service sans rendez-vous médicaux, mais l'organisation de la prise en charge de la clientèle qui se présente là et le retour vers le GMF lorsqu'il y a un problème d'organisation de service dans le GMF. Pour nous, ça, c'était très important de bien se concerter alentour de ça. On a réalisé ça dans la dernière année. Là, on est en train d'actualiser le 14e GMF. Et probablement que, suite à ça, bien, là, le DRMG va se remettre à faire une évaluation de ses forces, ses faiblesses, les niveaux de prise en charge aussi et les priorités de prise en charge par territoire dans l'Estrie, et vont regarder la meilleure action, là, pour soutenir, là, l'offre de service sans rendez-vous.

À ce moment-ci, je ne pourrais vous annoncer maintenant que c'est l'option qui va être privilégiée. Je sais que l'ensemble des GMF travaillent beaucoup aussi à introduire, dans leur organisation de service, le volet de sans rendez-vous, et c'est une chose qui est beaucoup demandée par la population d'avoir accès à la prise en charge, le suivi par son médecin de famille, mais, en même temps, aussi le volet de sans rendez-vous. Tous les sans rendez-vous ne peuvent pas passer par là. On le voit, la clinique-réseau à Sherbrooke fonctionne bien. Elle fonctionne bien parce qu'elle a des bonnes relations avec les GMF et elle est capable de s'assurer du suivi et de la prise en charge par les équipes médicales, là, dans les GMF. Puis on va voir la situation évoluer, mais on est au fait que peut-être qu'on a de la place pour d'autres types de clinique-réseau.

Le Président (M. Bergman): Merci. Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault: Merci, M. le Président. Bonjour. Je voudrais revenir sur le dossier informatique. Je pense que vous avez déjà fait un bon bout de chemin puis je vous en félicite. Par contre, effectivement, je pense qu'il y a eu des critiques non pas quant à la qualité de l'informatisation et quant aux résultats qu'ils vont nous apporter dans le réseau, mais bien du coût. Alors, j'aimerais vous entendre: Chez vous, est-ce que vous avez été capables de respecter les coûts qui avaient été prévus? Parce qu'on parle, au Québec, d'un projet qui avait débuté à 600 millions et là on était rendus à 1,6 milliard à terme. Alors, j'aimerais savoir, dans votre région, quels ont été les coûts et est-ce qu'ils ont respecté le budget initial.

M. Bolduc (Jean-Talon): M. le Président? Peut-être, je ne sais pas, quand il se dit quelque chose qui est plus ou moins vrai, si on peut faire le correctif tout de suite pour nos auditeurs? Parce que le projet...

Mme Daneault: Le rapport du Vérificateur général est très clair.

M. Bolduc (Jean-Talon): Non. Le rapport du Vérificateur général, le coût du Dossier santé Québec était de...

Mme Daneault: M. le Président, je m'excuse, c'est mon temps de parole.

Le Président (M. Bergman): On va laisser Mme la députée compléter sa pensée.

M. Bolduc (Jean-Talon): Parfait.

Mme Daneault: Merci.

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, par rapport à votre question, pour le volet de l'allocation des ressources qui ont été consenties à l'Estrie pour le déploiement du Dossier santé Québec, le volet médicaments, c'est autour de 900 000 \$. Oui? J'ai un «oui», là. Bon. O.K., autour de 900 000 \$. Je n'ai pas le chiffre exact, là, peut-être 960 000 \$. Et, nous, on va réaliser, là, le déploiement dans nos 60 pharmacies communautaires à l'intérieur de ce budget-là.

Mme Daneault: Et des établissements?

Mme Turgeon (Johanne): Et des établissements. L'ensemble du déploiement...

Mme Daneault: Les hôpitaux, les GMF, êtes-vous à l'intérieur du budget initial?

Mme Turgeon (Johanne): On va déployer le volet médicaments du DSQ à l'intérieur des budgets initiaux qui nous ont été consentis. Il n'y a pas de révision budgétaire à ce niveau-là.

Mme Daneault: Vous parlez uniquement du volet médicaments.

Mme Turgeon (Johanne): On a été obligés...

Mme Daneault: Moi, je parle de l'ensemble du volet informatique.

Mme Turgeon (Johanne): Oui, mais là, je vous parle, j'ai eu l'argent pour le volet du DSQ médicaments. Pour ce qui est des autres services informatiques, on est en train de déployer, en Estrie, le dossier clinique informatisé, que je vous présentais tout à l'heure. Ces investissements-là ont été faits à partir des crédits régionaux. Ça veut dire des allocations faites à la région de l'Estrie depuis plusieurs années. Et on a des crédits régionaux non récurrents qui ont été dégagés par le conseil d'administration de l'agence, avec la recommandation des établissements, pour mettre en place, là, le dossier clinique informatisé.

Présentement, les investissements, qui ont commencé autour de la fin de l'année 2006 à maintenant, sont de l'ordre de 5,1 millions pour construire la plateforme régionale, faire la mise en condo, réaliser le déploiement du PACS et du système d'imagerie et le volet laboratoire. Et là, comme je vous dis, on est en train de regarder avec nos établissements nos prochaines priorités. On n'a pas épuisé nos crédits régionaux encore, là, mais on est en train de regarder ça.

Mme Daneault: Le budget récurrent annuel, est-ce que vous l'avez figuré?

Mme Turgeon (Johanne): Présentement, pour le volet du...

Mme Daneault: D'entretien.

Mme Turgeon (Johanne): ...DCI clinique, là, on a un budget récurrent annuel de 1,1 million. 1,1 million. Peut-être, c'est un peu moins, un peu plus, là, mais ça tourne autour de ça. C'est ça qu'on... Oui?

Mme Daneault: J'aurais une autre question à vous poser.

Mme Turgeon (Johanne): Oui.

Mme Daneault: Vous le savez, le budget de la santé au Québec, à chaque année, est autour... une augmentation de dépenses d'autour de 7 % à 8 % — des fois un peu plus, même — alors que le PIB est autour de 2 %, 2,5 %.

Vous avez fait des études de «benchmarking». J'imagine que vous avez été en mesure de voir où vous performez mieux qu'ailleurs au Québec et les endroits où il y aurait de l'amélioration à y avoir. Est-ce que vous avez évalué être capables, avec votre étude de «benchmarking», un jour d'arriver à une croissance de 2 %, 2,5 % et de quelle façon? Avez-vous des pistes de solution puis qu'on pourrait transmettre à l'ensemble du Québec, selon les études que vous avez faites?

● (14 h 40) ●

Mme Turgeon (Johanne): Bien, premièrement, je voudrais vous dire, là, que l'exercice de travail qui a été fait en Estrie, ce n'est pas un exercice de financement par activité, hein, c'est plus un exercice de productivité. Donc, on a regardé, avec les ressources qu'on dispose, combien on produit de services, hein? Notre travail a davantage été fait à ce niveau-là. Par contre, le fonctionnement des établissements... et la croissance de nos établissements, elle est plus autour de 3,8 %, 4 %, hein? C'est plus autour de ça que de 8 %, quand on regarde le réseau établissements.

Présentement, on est appelés à faire des efforts d'optimisation depuis 2010, et on a la collaboration et l'investissement de l'ensemble des directeurs généraux dans ce sens-là. On y est arrivés. Les choix qui ont été faits en Estrie et ceux qui sont à faire...

Le Président (M. Bergman): En conclusion, s'il vous plaît. En conclusion.

Mme Turgeon (Johanne): ...ce sont souvent des choix de mise en commun, en regard des services administratifs. Donc, c'est ce volet-là qu'on regarde présentement.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis: Merci, M. le Président. Félicitations! Je suis vraiment fière de voir le tableau de bord. C'est très bien. Mais j'aimerais poser trois questions.

Ma première question touche la proportion des incidents et des accidents survenus en 2011-2012. Je vois que le deuxième semestre de 2011-2012, en ce qui touche les accidents, il y a une amélioration parfaite. Mais, quand on regarde les accidents, il y a eu presque deux fois et demie plus d'accidents dans le deuxième semestre.

Il y a un autre volet à cette question. Je fais référence à un article du 28 janvier 2011, dans le site Web du SRC Estrie qui a publié que plus de 6 000 erreurs médicales avaient été répertoriées, en 2010, au Centre hospitalier universitaire Sherbrooke. Alors, j'aimerais d'abord toucher les accidents, deuxième semestre 2011-2012, et aussi j'aimerais bien que vous me dites que ça va beaucoup mieux au CHUS.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Bien, écoutez, on était à un deuxième rapport, hein, c'était le deuxième rapport concernant les incidents et les accidents. Quand on a vu monter les incidents, on peut penser que le travail des gens qui s'occupent de la qualité et de la gestion des risques a sûrement été un travail très intense pour inciter les gens à déclarer. Donc, on eu un premier rapport, et les gens ont poursuivi leurs efforts de promotion, de soutien à déclarer des situations, qui sont autant des incidents que des accidents, pour qu'on puisse, à partir de ces informations-là, agir et mettre en place des mesures correctives.

En Estrie, on n'est pas moins bons, on n'est pas meilleurs que le Québec en cette matière-là. Nos deux secteurs qui nous préoccupent beaucoup puis qu'on va continuer à travailler, c'est le volet des erreurs au niveau des médicaments et c'est la situation des chutes qui peuvent entraîner des conséquences importantes, là, chez l'utilisateur.

Mais, moi, je pense que c'est un phénomène d'introduction d'un nouveau registre, d'une promotion par les gens qui s'occupent de la gestion des risques et la gestion des incidents dans nos organisations, les directeurs de qualité des services, sûrement aussi beaucoup les directrices de soins infirmiers à amener les gens à faire la déclaration.

Mme de Santis: Et, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 6 000 incidents, est-ce que la situation s'est améliorée? Qu'est-ce qu'on a fait?

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Je n'ai pas les informations. Je peux vous revenir avec les améliorations, je n'ai pas cette information.

Mme de Santis: Je trouve 6 000 erreurs médicales assez élevé, mais j'espère qu'on ne me dit pas que c'est la moyenne.

Mme Turgeon (Johanne): C'est sûr qu'on parle, là, d'un établissement qui a 700 lits de courte durée, avec un gros achalandage d'activités. Donc, il y a sûrement beaucoup d'activités médicales, mais l'objectif du registre était de signaler les incidents, d'avoir les informations pour pouvoir mettre en place des mesures correctives, et c'est une responsabilité qui est assumée par l'ensemble des effectifs de l'établissement. Donc, on va suivre ça.

Mme de Santis: Parfait. Ma deuxième question, maintenant, touche le traitement de patients en chirurgie oncologique. Le traitement qui devrait se faire dans un délai de 28 jours ne correspond pas aux cibles. En 2011-2012, le pourcentage est passé de 54,4 % à 46 %. Est-ce que cela a été corrigé? En plus, actuellement, quelle est la durée de l'attente pour recevoir des services en hémodynamique — il faut me pardonner, le français, c'est ma troisième langue, alors, excusez-moi — et particulièrement en chirurgie cardiaque? En chirurgie cardiaque, c'est à l'intérieur des délais, c'est allé de 73 % à 35 %. Les situations dans les deux cas se sont détériorées, comme vous voyez, en 2011-2012. Alors, quelles sont les pistes de solution qui ont été prises pour améliorer cette situation-là?

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Bonjour. Je vais laisser Mme Périgny, la directrice de l'organisation des services, répondre.

Le Président (M. Bergman): Mme Périgny.

Mme Périgny (Lynda): Au niveau de l'hémo-onco, on a eu un problème, notamment, de ressources médicales. On a trois postes vacants, actuellement. Donc, ça, c'est sûr, ça vient expliquer une partie du problème. Et actuellement on a quand même... on s'est améliorés à P-7. Cette année, on est à 56 % pour le 28 jours. Mais c'est quelque chose qu'on suit de très, très, très près. C'est sûr que là il y a un problème structurel à l'intérieur, là, du CHU, au niveau de ces équipes-là, et les gens, ils travaillent, là, pour être capables de recruter et de mieux offrir le service à la population.

Mme de Santis: Et la chirurgie cardiaque?

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, je n'ai pas l'information avec moi. Je suis désolée. Je vais pouvoir...

Mme de Santis: Est-ce que vous pouvez nous revenir?

Mme Turgeon (Johanne): Oui, tout à fait.

Mme Périgny (Lynda): Oui, tout à fait.

Le Président (M. Bergman): Si vous pouvez envoyer cette information au secrétaire de la commission, qui va envoyer l'information à tous les députés membres de la commission.

Mme Turgeon (Johanne): Tout à fait.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis: Et quant à la chirurgie oncologique?

Mme Périgny (Lynda): C'est la même chose. On a un problème aussi d'effectifs médicaux à ce niveau-là, mais on est aussi, là, très, très vigilants, là, pour essayer de s'améliorer, évidemment. Mais vous comprendrez que les efforts sont faits, là, pour être capables de recruter les effectifs à ce niveau-là.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis: Ça m'amène à ma troisième question. Vous rapportez, en 2011-2012, qu'alors que 50 % des établissements auraient dû mettre à jour leur plan de main-d'oeuvre, seulement 38 % l'ont fait. Les cibles pour les heures supplémentaires travaillées pour l'ensemble du réseau et des infirmières n'ont pas été atteintes. Les heures supplémentaires ont légèrement augmenté.

Vous dites que la rareté de la main-d'oeuvre est le principal motif pour tout cela. Maintenant, qu'est-ce que vous faites concrètement pour vous assurer que vous avez la main-d'oeuvre, que ce soit parmi les médecins, les infirmières, etc.?

Et, en plus, j'aimerais savoir pourquoi, dans votre rapport, on n'a pas les données PREM. Parce que, quand vous faites rapport de votre effectif, on ne sait pas combien d'omnipraticiens ou spécialistes vous sont alloués par PREM et combien sont là. Alors, il y a un manque dans votre rapport en ce qui touche l'effectif.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

● (14 h 50) ●

Mme Turgeon (Johanne): D'accord. Écoutez, on va vous faire venir le PREM en omnipratique et le PREM en médecine spécialisée. On va vous transmettre cette information-là, et on va aussi vous fournir les postes vacants dans chacune des spécialités, donc ça va répondre aussi à la question précédente.

Par rapport au temps supplémentaire, écoutez, l'information dont on dispose concernant les heures travaillées en temps supplémentaire pour le personnel infirmier, c'est qu'on a maintenu nos efforts autour de 5 % et de moins de 3 % pour le personnel du réseau, O.K.? On nous avait fixé des objectifs beaucoup plus grands que celui-là, O.K.? Mais, nous, avec l'organisation des ressources qu'on a sur le territoire, ce sont des objectifs de temps supplémentaire qui sont très bas quand on se compare à d'autres régions du Québec, là. Donc, on est très satisfaits de ça. Si on peut faire mieux avec les prochaines années, tant mieux, mais, d'avoir un taux de temps supplémentaire pour l'ensemble du réseau en bas de 3 %, c'est une très bonne performance, d'accord? Si on me demande de tenter de diminuer ça, on va travailler pour le diminuer. Mais vous comprendrez que, quand on arrive à un certain taux, l'effort de diminuer de 1 % quand on est à 3 % est beaucoup plus difficile que quand on est à 13 % puis on nous demande de descendre à 12 %. Bon.

Le Président (M. Bergman): Mme la...

Mme Turgeon (Johanne): Donc, on est là.

Le Président (M. Bergman): Mme la députée de Groulx, pour votre dernier bloc de quatre minutes. Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault: Ah! C'est du lousse?

Tout à l'heure, on est allés un petit peu rapidement sur les mesures d'optimisation. Je sais que votre conclusion, c'étaient les services administratifs. Est-ce qu'il y a à d'autres endroits où vous pensez qu'il y aurait de l'optimisation à faire dans le réseau, bien, entre autres chez vous, dans votre région?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, écoutez, on a fait des travaux importants d'optimisation au niveau des salles d'urgence. On a fait aussi des travaux importants d'optimisation dans tout le soutien à domicile, O.K.? Il y a des efforts significatifs qui ont été faits par l'ensemble des CSSS. On leur a fixé des objectifs de croissance pas juste quant au nombre de personnes desservies, mais au nombre d'interventions par personne desservie. Parce que, oui, on peut augmenter le nombre de clients, mais on peut passer moins de temps avec eux, puis on peut en voir plus. Vous comprenez ça. Donc, on a une mécanique de suivi de la productivité dans tous nos centres d'activité de CSSS, particulièrement des efforts dans le SAD, le SAD pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, mais le SAD pour la clientèle en déficience physique, puis le SAD pour la clientèle en déficience intellectuelle aussi.

Il y a sûrement des gains à faire dans nos offres de service à la clientèle, et c'est pour ça qu'on met les équipes des différents CSSS ensemble, pour qu'ils puissent se comparer, pour qu'ils puissent comprendre les bons coups de un et voir comment ils pourraient les appliquer dans leurs CSSS.

Au cours de la dernière année aussi, on a permis l'actualisation dans la région de cohortes de gestionnaires ou d'intervenants qui vont conduire des projets d'optimisation dans leurs établissements. Donc, on a permis la formation. On a deux cohortes d'une vingtaine de gestionnaires ou d'intervenants de premier niveau qui sont formés pour diriger des travaux d'optimisation avec des équipes terrain. C'est la stratégie qu'on a prise. Et on a la possibilité, avec l'Université du Québec à Trois-Rivières, de démarrer une troisième cohorte, donc un autre groupe d'une vingtaine de gestionnaires qui va pouvoir actualiser une méthode d'optimisation mais dans leurs services. Donc, ça aussi, c'est une stratégie qu'on prend.

Quand une cohorte finit son travail avec l'Université du Québec, on rend ce travail-là disponible à l'ensemble des gestionnaires de la région. On organise un événement pour que ceux-ci puissent venir voir qu'est-ce que les autres établissements ont réalisé spécifiquement dans un secteur d'activité, qu'il soit clinique, qu'il soit administratif, qu'il soit de soutien, qui a fait qu'ils ont eu des gains, puis ça permet aux gens, là, de bénéficier et de faire ce transfert d'activité là dans leurs organisations. On mise beaucoup là-dessus, sur ce partage-là entre eux.

Le Président (M. Bergman): Merci. Alors, Mme la députée de Masson, vous avez un bloc de sept minutes.

Mme Gadoury-Hamelin: Merci. Que je vais partager avec mes collègues. Alors, moi, j'aurais deux questions pour vous. La première touche... Entre autres, je vous dirais que, pour avoir écouté les autres agences, celles qu'on a entendues jusqu'à maintenant, ce que je constate aussi, c'est que le défi de la santé mentale est un enjeu important partout et c'est un grand défi pour tout le monde.

Alors, je me posais la question par rapport à vos services de soutien d'intensité variable. J'avais lu, dans la documentation, que vous aviez une préoccupation parce qu'il était difficile pour cinq CSSS de desservir une population de moins de 20 000 personnes, ils avaient de la difficulté à mettre une équipe réservée au soutien d'intensité variable là-dessus. Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Est-ce que vous avez des solutions et...

Mme Périgny (Lynda): Regardez, dans le fond, les petites équipes, ils ont quelques intervenants qui s'occupent plus de cette clientèle-là, donc être capables, là, de faire le travail. Mais, dans les petits milieux, l'équipe n'est pas dédiée juste... c'est ce qu'on appelle SIV, ils font un peu de tout. Donc, ils font aussi de l'intervention d'intensité variable, ils font aussi de l'ambulance. C'est la façon qu'on s'est organisés pour le faire.

Il faut aussi dire que le transfert — Johanne en a parlé tout à l'heure — tout le volet du transfert de l'hébergement au niveau de la première ligne, ça a permis aussi, au niveau du financement interne dans la région, là, je pensais à l'optimisation notamment, mais le travail qu'on a fait, c'est qu'on a réévalué 300 personnes qui étaient logées dans de l'hébergement de type familial ou de ressources intermédiaires et on a pu relocaliser ces gens-là plus dans des ressources ou même dans la communauté, du logement autonome avec soutien, ce qui a permis de dégager des sommes pour être capables de bien faire le travail au niveau du SIV.

Alors, au courant des dernières années, là, ça a permis de rehausser aussi ces équipes-là. Ça nous a permis aussi, en santé mentale, au niveau du CHUS, d'être capables d'autofinancer, là — on parle de la région — tout le volet du suivi intensif, d'une équipe de suivi intensif au CHUS aussi, avec les budgets qu'on a pu dégager. Quand on a fait le transfert vers la première ligne, ça nous a donné des sous pour être capables de financer cette demi-équipe-là qui, actuellement, suit une quarantaine d'usagers.

Mme Gadoury-Hamelin: Donc, vous êtes en mode solution.

Mme Périgny (Lynda): Absolument.

Mme Gadoury-Hamelin: Une autre petite question. Le projet du Centre femme-jeunesse-famille qui a été, en tout cas, mis en évidence à plusieurs reprises, honoré même pour ses percées et sa particularité et la qualité, est-ce que vous avez des développements dans ce dossier-là? Est-ce que vous êtes en mesure de nous en parler?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, écoutez, le dossier a été déposé au début de l'automne, hein, au gouvernement. Il comporte deux phases: bien sûr, tout le volet de Centre femme-jeunesse-famille, mais aussi on avait demandé à l'établissement de regarder son organisation de ses services d'urgence. Et, en construisant une partie, est-ce qu'on est en train de poser des gestes qui ne porteraient pas de sens pour l'avenir au niveau de l'organisation des services d'urgence? Ce travail-là a été terminé, il a été complété, et on est en attente, là, d'une réponse, là, qu'on va voir, comme l'ensemble des régions du Québec, là, quand le gouvernement va faire ses annonces, là, sur le plan quinquennal.

Mme Gadoury-Hamelin: ...choses d'attachées pour ce service-là? Est-ce qu'il y avait eu des engagements?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, les travaux finaux du dossier n'avaient pas été déposés au gouvernement. Donc, on avait des travaux à faire, qui ont été réalisés au cours de l'été dernier et déposés pour le 30 août. Donc, le dossier, présentement il est complet. On est plus en attente, là, d'un positionnement sur les prochaines étapes.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Bonaventure, vous avez trois minutes.

M. Roy: Oui. Merci beaucoup. Félicitations, mesdames, pour votre travail. Vous aurez peut-être des exemples à donner à d'autres agences de santé.

Juste, bon, un petit état de fait. On dit que la durée moyenne du séjour à l'urgence est de 12,4 heures et que, bon, la moyenne au Québec est de 12 heures. Est-ce que vous avez pensé à des stratégies pour diminuer un peu le temps d'attente?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, la moyenne au Québec, elle doit être 17, hein?

Une voix: Oui.

Mme Turgeon (Johanne): Oui, oui, oui. C'est la cible. C'est la cible.

M. Roy: C'est la donnée que j'avais là.

Une voix: On aimerait ça, être dans...

Mme Turgeon (Johanne): Non, non, mais c'est parfait.

M. Roy: Je n'ai pas la prétention de tout savoir, mais c'est...

Mme Turgeon (Johanne): C'est parfait.

M. Roy: O.K. Donc, vous êtes en deçà de la cible.

Mme Turgeon (Johanne): On travaille énormément. C'est un travail constant, quotidien. Chaque journée est une surprise. Comme je vous dis, en plus, là, on est en train de décortiquer tout le volet de santé mentale. Parce que, quand on voit la durée moyenne de séjour en santé mentale, elle est incluse dans la durée moyenne de séjour. Donc, nous, si on est capables de trouver des solutions à cet achalandage-là, dans nos salles d'urgence, de clientèle qui, on pense, vient majoritairement des ressources d'hébergement privées, si on est capables d'agir là-dessus et de trouver des solutions, bien, ça va nous permettre de continuer à améliorer notre performance pour les clientèles sur civière.

M. Roy: Merci.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Roberval, il vous reste une minute.

● (15 heures) ●

M. Trottier: Il y a une grande différence sur l'accessibilité des médecins, dépendant des secteurs. Est-ce que vous pouvez expliquer brièvement pourquoi puis qu'est-ce que vous envisagez de faire? Parce qu'on voit que ça passe de 70 % jusqu'à 95 %, l'accès aux médecins de famille.

Mme Turgeon (Johanne): O.K. Dans la région de l'Estrie...

Le Président (M. Bergman): ...

Mme Turgeon (Johanne): Dans la région de l'Estrie, présentement inscrits à un GMF ou en service auprès d'un médecin de famille, on a 68 % de la clientèle. On a la perspective de l'ouverture bientôt d'un nouveau GMF, hein? On sait que, là, on devrait avoir un gain additionnel.

Ce qu'on souhaiterait, c'est qu'au cours des prochaines années on puisse atteindre au moins 80 % de la clientèle. Parce qu'on sait que, dans le 25 %, là, il n'y en a pas, il y a là un pourcentage de clientèles vulnérables qui ont besoin d'un médecin de famille. On a trouvé des...

Le Président (M. Bergman): En conclusion, s'il vous plaît.

Mme Turgeon (Johanne): Pardon?

Le Président (M. Bergman): En conclusion, s'il vous plaît.

Mme Turgeon (Johanne): En conclusion, on a des efforts à faire sur le recrutement, on a les moyens. Présentement, on a rehaussé notre prime pour l'année en cours et on pense que notre prime va être rehaussée l'année prochaine. Mais aussi il va falloir penser à d'autres mesures de travail en collaboration entre les médecins en GMF et les professionnels qui sont dans nos établissements pour soutenir la pratique médicale.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Jean-Talon, vous avez 9 min 30 s.

M. Bolduc (Jean-Talon): Merci beaucoup, M. le Président. Je suis content de terminer. J'aimerais, mais poliment, faire peut-être trois correctifs. Le premier, c'est: les coûts de santé, au Québec, ont augmenté de moins de 5 % au cours des dernières années. Vous l'avez dit tantôt, c'est entre 4 % et 5 %, tout dépendant des missions, et l'année dernière je pense qu'on était autour de 4,6 % ou 4,8 %. Le chiffre de 7 % à 8 % date de plusieurs années, ça fait longtemps qu'il a été corrigé. Je voulais juste apporter ce correctif-là parce que, si on part avec les mêmes données... Je pense qu'on travaille tous pour améliorer la santé du Québec, ça fait que, si on part avec des fausses données, ça va nous obliger à prendre des mauvaises décisions qui, par la suite, vont avoir des conséquences sur le réseau de la santé.

Deuxième élément que je voudrais rappeler, c'est que la croissance économique et l'inflation, c'est environ 4 % ensemble. Donc, si on réussit à ramener la croissance des coûts de système du réseau de la santé à 4 %, on a un système qui est viable pour les 20 prochaines années.

Pourquoi je dis ça? C'est que, si les gens nous arrivent avec des scénarios catastrophiques, on va rejouer dans le film de recouper alors qu'on est capables d'avoir ce réseau-là pour les 20 prochaines années. Puis ça, je le dis indépendamment des partis politiques, parce qu'on veut tous que le Québec aille bien puis, à un moment donné, on voudrait tous travailler ensemble pour avoir ça. Ça fait que, si on part avec ces données-là, qui, en passant, sont des données probantes, confirmées par à peu près tous les instituts qui en discutent, je pense qu'on est sur la bonne voie. Si, à un moment donné, on est à 8 %, bien on se posera des questions. Je ne pense pas qu'on puisse descendre en bas de 2 %... en bas de 4 % dans le contexte actuel.

Le troisième élément, puis ça, je pense que... Je vais juste faire la mise au point poliment encore. Quand il a été discuté du dossier informatique, le Dossier santé Québec — je pense que le Parti québécois le reconnaît maintenant — le coût était de 560 millions, approximatif. On est à l'intérieur des prix budgétaires du Dossier santé Québec qui est de 560 millions. Et actuellement on devrait être capables... comme vous l'avez dit tantôt, vous avez un montant, on va arriver à l'intérieur de ces budgets-là. Le coût de l'informatisation qui n'a jamais été compris dans le Dossier santé Québec qui est autre, c'est des hôpitaux, ce qu'on appelle le DCI. Et également, quand on décide d'informatiser les groupes de médecine de famille ou les cliniques médicales, comme il y a eu une entente récemment avec la FMOQ à laquelle le Parti québécois, je pense, était content de participer, à ce moment-là, oui, ça peut monter au-dessus de 1 milliard de dollars. Mais on a toujours été à l'intérieur des balises budgétaires pour le Dossier santé Québec.

Ce que le Vérificateur général a dit, c'est qu'informatiser le réseau de la santé, puis il faut le calculer, c'est 1,4, mais le Dossier santé Québec est à l'intérieur de 560. Donc, je voulais juste faire cette mise au point pour, par la suite, quand on discute, qu'on discute des vrais chiffres. Puis, depuis que le Parti québécois est au pouvoir, il a le même discours que, moi, je disais à l'époque. Ça fait qu'on ne doit pas être si différents que ça dans notre pensée.

Ma question, puis je reviendrais sur votre évaluation qui, en passant, va sortir certainement très bonne, c'est par rapport aux guichets d'accès pour les clientèles vulnérables, les clientèles orphelines. Où vous en êtes rendus, comment est l'utilisation du guichet? Vous en avez glissé un mot dans votre introduction. J'aimerais savoir vous avez combien de patients sur chacun des guichets, puis ça peut prendre combien de temps à un patient, selon sa codification, à avoir un médecin de famille.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Présentement, on a sept guichets d'accès, sur le territoire de l'Estrie, en attente, toutes priorités confondues, parce qu'il y a un exercice de priorisation qui est fait. On a 13 300 clients en attente dans nos guichets d'accès. Présentement, avant la rencontre, je demandais à ma collègue la priorité un, hein, des clientèles qui doivent être vues à l'intérieur de trois semaines...

Une voix: 30 jours.

Mme Turgeon (Johanne): 30 jours? On a 15 clients. Donc, les priorités un, la prise en charge par les équipes médicales, elle est très, très efficace. Par contre, hein, on voit, là, qu'il y en a quand même 13 000, et là, après, on passe après à la priorité deux, on s'en va comme ça. C'est notre baromètre de la situation de la prise en charge médicale. Quand on voit par catégories qui ont été priorisées, hein, parce qu'il y a un bel exercice d'évaluation des besoins de la clientèle... Puis en même temps, moi, ce que ça me fait dire, comme PDG de l'agence de l'Estrie, c'est que les clientèles vulnérables qui ont besoin d'avoir accès à un médecin de famille dans des courts délais, bien, elles y ont accès. Puis ce sont ces résultats-là qui sont évalués puis qui sont discutés avec le DRMG en Estrie, qui sont la base des travaux qu'on a à faire au niveau de l'organisation des services de première ligne. Ça nous permet de guider nos actions, là, pour les prochaines années.

Le Président (M. Bergman): M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon): Je vais avoir deux autres petits sujets. Le premier, c'est le site Web. Je sais que vous avez des sites Web pour chacun de vos établissements et je vous rappellerais qu'avec le projet de loi n° 83, grâce à la collaboration du Parti québécois, on a fait mettre un article demandant à ce que, un, chaque établissement ait un site Web, une obligation légale.

Deuxièmement, des documents doivent y être insérés obligatoirement, dont le rapport annuel et le rapport financier de l'établissement qui est la AS-471 dénominalisée. Je vous le rappelle parce que je sais que c'est enregistré puis il y a des gens qui nous écoutent. Quand on va faire les crédits, je vais questionner probablement tous les établissements qui n'auront pas eu leur AS-471 et/ou leur rapport financier sur leur site Web, parce qu'actuellement ils sont dans l'illégalité. Je connais le monde réel du réseau de la santé, tout le monde veut être du côté de la loi. Ça fait que ça, c'est juste une remarque préliminaire.

La deuxième, bien, vous savez, on a travaillé beaucoup au niveau de la performance du réseau de la santé, puis j'aime beaucoup la question du député de Roberval qui ramène toujours: Qu'est-ce qu'on pourrait faire, sans ajout d'argent, pour donner des meilleurs soins puis améliorer la performance du système? On revient souvent qu'une, pas la seule, mais une des stratégies, c'est l'utilisation des projets «lean» dans notre réseau de la santé, et je sais que vous êtes très avancés, pour en avoir visité, dont entre autres au CHUS, au niveau de la pharmacie. J'aimerais ça que vous me parliez de vos projets «lean» spécifiquement et quelle est votre évaluation de cette méthode.

Le Président (M. Bergman): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Bien, actuellement, quand je parlais, tout à l'heure, des travaux d'optimisation, bien, je faisais référence à cet accompagnement-là qu'on a de l'UQTR. Présentement, dans nos établissements, on a un mécanisme de suivi puis on regarde des travaux qui ont été réalisés avec les méthodes «lean» ou les Kaizen. On regarde aussi les travaux qui sont en cours et ceux qu'on voudrait voir apparaître. On a commencé ce travail-là puis on s'est rendu compte que ça tournait toujours autour de 60 à 75 projets pour l'ensemble des établissements, bien sûr beaucoup de projets au CHUS. Mais on voulait aussi s'assurer que ça soit une pratique de gestion qui puisse être partagée par l'ensemble des gestionnaires de l'Estrie, hein? Les gestionnaires de premier niveau en Estrie, c'est autour de 300, 325 gestionnaires de premier niveau qui ont

à réaliser ces projets-là avec leurs équipes, et on est très contents de voir qu'on va être capables de lancer une troisième cohorte formée et accompagnée par l'université du Québec à Trois-Rivières en Estrie, hein? Ils viennent, en Estrie, nous accompagner là-dedans. Donc, ça va nous permettre de lancer une autre série de projets qui sont identifiés par les équipes dans nos établissements.

Donc, il y en a de toutes les sortes. Il y en a au niveau de l'approvisionnement, il y en a au niveau du soutien à domicile. Ceux qui ont attiré beaucoup mon attention lors de la présentation des travaux de la dernière cohorte, les gens se sont questionnés sur le temps présence des intervenants en soutien à domicile par rapport à l'ensemble de leurs tâches, puis voir comment ils pourraient réduire les tâches accessoires à la présence des intervenants auprès des usagers en soutien à domicile.

● (15 h 10) ●

Ça fait que l'ensemble des travaux, là, sont de cette nature-là. Il y en a qui sont au niveau de l'organisation des centrales de rendez-vous, il y en a qui sont au niveau de l'accueil dans les salles d'urgence, donc on en a une panoplie. Notre objectif, je vous le répète, c'est de s'assurer que tout ce travail-là puisse aussi être partagé aux autres établissements puis de trouver, nous, les modalités, comme agence, de soutenir nos établissements dans ce partage-là puis les aider à pouvoir bénéficier entre eux, là, de ce qui a été réalisé chez les uns et chez les autres.

Le Président (M. Bergman): Alors, Mme Turgeon, Mme Clapperton, Mme Périgny, Mme Léonard, Mme Savoie, merci d'être avec nous aujourd'hui pour les échanges.

Et la commission suspend ses travaux quelques instants avant de réunir en séance de travail. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 15 h 11)