



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le mardi 29 janvier 2013 — Vol. 43 N° 4**

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

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. 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](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 29 janvier 2013 — Vol. 43 N° 4

### Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Auditions   | 1  |
| Agence de la santé et des services sociaux du<br>Bas-Saint-Laurent (ASSS—Bas-Saint-Laurent)                             | 1  |
| Agence de la santé et des services sociaux de la<br>Capitale nationale (ASSS-Capitale nationale)                        | 24 |
| Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et<br>du Centre-du-Québec (ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec) | 46 |

### Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

Mme Suzanne Proulx  
M. Jean-Marie Claveau  
M. Norbert Morin  
Mme Diane Gadoury-Hamelin  
M. Denis Trottier  
Mme Hélène Daneault  
Mme Stéphanie Vallée  
Mme Danielle St-Amand  
Mme Rita de Santis  
M. Yves Bolduc

- \* Mme Isabelle Malo, ASSS—Bas-Saint-Laurent
- \* M. Robert Maguire, idem
- \* Mme Cathy Bérubé, idem
- \* M. Michel Plante, idem
- \* M. Marc St-Laurent, idem
- \* M. Guy Thibodeau, ASSS-Capitale nationale
- \* M. Jacques Fillion, idem
- \* Mme Monique Saint-Pierre, idem
- \* M. François Desbiens, idem
- \* M. Gaétan Lamy, ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec
- \* M. Marc Lacour, idem
- \* M. Gilles W. Grenier, idem
- \* M. Gilles Hudon, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 29 janvier 2013 — Vol. 43 N° 4

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

*(Neuf heures cinquante-sept minutes)*

**Le Président (M. Bergman):** 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 du Bas-Saint-Laurent 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.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

**Le Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Richer (Argenteuil) est remplacé par M. Claveau (Dubuc); M. Roy (Bonaventure) est remplacé par M. Trottier (Roberval).

**Auditions**

**Le Président (M. Bergman):** Alors, je souhaite la bienvenue à l'Agence du Bas-Saint-Laurent. Et j'inviterais Mme Malo, présidente-directrice générale, à nous présenter les gens qui vous accompagnent et à faire votre présentation. Vous disposez de 30 minutes et vous étiez ici, devant cette commission, le 30 janvier 2008. Alors, je vous souhaite la bienvenue ici, aujourd'hui. Merci d'être ici. Mme Malo.

**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ASSS—Bas-Saint-Laurent)**

**Mme Malo (Isabelle):** M. Bergman, président de la commission, membres de la commission parlementaire, Mmes et MM. les députés, bonjour à tous et merci de nous recevoir dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion et de nos activités des années 2007 à 2012.

Je suis Isabelle Malo, présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Et permettez-moi de vous présenter les membres de l'équipe de direction qui m'accompagnent aujourd'hui: d'abord, à ma droite, M. Michel Plante, directeur des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers; Mme Cathy Bérubé, directrice des programmes clientèles et des services à la communauté; Dr Robert Maguire, directeur de la santé publique; à l'arrière, M. René Dumont, directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance; M. Marc St-Laurent, directeur régional des ressources informationnelles; et, finalement et non le moindre, M. Richard Pineau, conseiller à la Direction des ressources financières et matérielles.

● (10 heures) ●

J'ai le plaisir d'être ici pour vous présenter le chemin parcouru par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au cours des cinq dernières années. Mon objectif principal est de vous démontrer qu'au fil du temps les établissements de notre région et l'Agence de la santé et des services sociaux ont conjugué leurs efforts pour offrir à la population du Bas-Saint-Laurent une gamme de services de qualité et avantageusement accessibles. Nous croyons également que nous avons déployé les efforts nécessaires afin d'adapter sur une base continue les services à l'évolution des besoins, des orientations et des spécificités de notre région.

Au cours de la présentation, nous ferons état des caractéristiques générales de la population de notre région et de son bilan de santé, comment le réseau régional est structuré actuellement, quels ont été les défis que nous avons relevés et les avancées dans l'organisation des soins et services et la dispensation de ces services à la population depuis 2007. Nous parlerons de ressources budgétaires, des investissements consentis et des projets d'optimisation réalisés ou qui sont en cours dans notre région. Nous terminerons finalement la présentation par nos perspectives et défis pour les années à venir. Nous souhaitons vous partager notre vision et ce qui nous anime, soit de tendre vers une réponse de grande qualité et la mieux adaptée possible, en fonction des ressources disponibles, aux besoins de la population du Bas-Saint-Laurent.

Je vais d'abord vous parler de la population de notre région. Le Bas-Saint-Laurent, c'est 201 336 personnes, une population stable et qui devrait se maintenir stable au cours des 10 prochaines années, ce après quoi nous prévoyons un léger déclin de la population. C'est un vaste territoire de 300 kilomètres de littoral divisé en huit MRC, une superficie totale de 22 185 kilomètres carrés. 113 municipalités dans le Bas-Saint-Laurent, trois seulement ont plus de 10 000 habitants, 70 ont moins de 1 000 habitants, et 42 municipalités sont considérées comme dévitalisées en fonction des indices du MAMROT. 50 % de la population vit dans les principaux centres urbains du Bas-Saint-Laurent. Pour l'autre moitié dans la région, on parle davantage de ruralité, de dispersion et même d'isolement des communautés, dans certains territoires.

Le revenu moyen disponible par habitant est sous la moyenne québécoise, dans notre région. D'ailleurs, 58,6 % des personnes âgées bénéficient du supplément de revenu garanti, ce qui témoigne de la pauvreté. 20,2 % de la population

est actuellement âgée de 65 ans et plus, ce qui fait du Bas-Saint-Laurent une des premières régions qui vit actuellement le vieillissement accéléré de sa population. Nous connaissons également un phénomène d'exode des jeunes, dans notre région, un phénomène qui n'est pas dramatique, toutefois. En contrepartie, j'aimerais vous faire part que nous connaissons un nombre significatif d'augmentation des naissances. Au cours des cinq dernières années, on parle de 300 naissances de plus par année, et ce phénomène semble vouloir se maintenir. En tout cas, il se confirme d'année en année depuis maintenant sept ans. L'espérance de vie dans notre région est tout à fait comparable à celle de la moyenne québécoise.

Quel est le bilan de santé des Bas-Laurentiens? D'abord, la situation est globalement comparable à la moyenne québécoise. On peut même dire que les Bas-Laurentiens ont un état de santé plutôt bon. Parmi les indices favorables, je souhaite porter à votre attention un faible taux de grossesses à l'adolescence, un taux de crimes contre la personne qui est moins élevé dans notre région, un décrochage scolaire qui est moins important également, un taux brut de mortalité par cancer plus bas qu'au Québec. Globalement, les habitudes de vie des Bas-Laurentiens et les comportements favorables à la santé sont présents chez une proportion significative de la population.

Par ailleurs, certains indices défavorables sont aussi présents: une importance plus grande des maladies chroniques dans notre région, particulièrement pour les personnes aux prises avec des maladies cardiovasculaires ou des problèmes de maladie pulmonaire obstructive chronique. Nous connaissons aussi un taux plus élevé de mortalité due aux accidents. Et la détresse psychologique est présente chez une proportion importante de la population, probablement due au revenu moyen plus faible et à l'isolement de certaines communautés.

Le réseau de la santé et des services sociaux dans notre région, c'est 10 établissements publics, huit centres de santé et de services sociaux qui ont des budgets entre 15 millions pour le plus petit et 170 millions annuels pour le plus gros, un centre jeunesse, un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement et deux établissements spécialisés à vocation régionale qui relèvent de centres de santé et des services sociaux. Je parle ici du centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction et le centre de réadaptation en dépendance L'Estran.

Nous avons 132 organismes communautaires qui se partagent un budget de 16,3 millions, 14 entreprises ambulancières, 7 696 employés qui sont à pied d'oeuvre dans le réseau de la santé de la région, 254 omnipraticiens, 187 médecins spécialistes, et 44 pharmaciens qui oeuvrent dans les établissements. Nous avons un réseau de places en famille d'accueil pour jeunes, des ressources de type familial et des ressources intermédiaires pour les adultes et les personnes âgées, qui est bien organisé dans notre région. Nous bénéficions également de 4 729 unités locatives en ressources privées pour aînés qui sont réparties entre 161 ressources privées.

Quels sont les enjeux et les défis que nous avons relevés entre 2007 et 2012? J'aimerais d'abord vous parler des actions que nous avons menées sur les déterminants de la santé.

D'abord, au niveau des jeunes, le projet le plus marquant est assurément notre projet COSMOSS. COSMOSS est l'acronyme pour Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé. Le projet COSMOSS a vu le jour il y a maintenant près d'une dizaine d'années. Nous avons conjugué nos efforts, nos ressources dans la région autour de la réussite scolaire et du bien-être des jeunes Bas-Laurentiens. En collaboration étroite avec la fondation Chagnon, le MELS, la CRE, Emploi-Québec, la commission jeunesse, le MAMROT et les centres de santé et de services sociaux de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent, nous avons déployé des intervenants COSMOSS dans chacun des territoires des MRC, qui animent la concertation de chacun des milieux et qui aident les réseaux locaux de services à actualiser moult projets pour améliorer la santé des jeunes. Les projets tournent autour de la réussite scolaire, de la diminution de la pauvreté, de la promotion des saines habitudes de vie et de l'activité physique, en fait, tout ce qui touche le bien-être des jeunes.

De l'initiative COSMOSS est également née une initiative en travail de rue dans notre région. Les travailleurs de rue, au nombre de 16 dans le Bas-Saint-Laurent, pour un investissement de 860 000 \$ par année, travaillent dans tous les territoires de MRC. Ils travaillent non seulement auprès des jeunes de 12 à 30 ans pour les problématiques de dépendance, mais ils adressent aussi les défis que vivent les jeunes au niveau des problèmes socioaffectifs, des problèmes de santé physique, des problèmes de détresse, les problèmes en lien avec des maladies transmissibles sexuellement, les problèmes familiaux et également le décrochage scolaire.

Au niveau des aînés, nous avons développé un partenariat régional au niveau du modèle vieillissement en santé des communautés. En étroite partenariat avec l'Institut national de santé publique, nous avons mis en place des tables locales de concertation autour du phénomène du vieillissement dans chacun des territoires des MRC. Ces tables sont sous le leadership des CSSS et invitent, dans le fond, les partenaires intersectoriels autour des tables à réfléchir à développer des stratégies communes autour du vieillissement de la population.

En ce qui concerne la population en général maintenant, nous avons développé des stratégies régionales pour soutenir les réseaux locaux de services dans tout ce qui touche l'amélioration de la santé globale de la population bas-laurentienne. Nous avons mis à jour notre plan d'action régional de santé publique, qui mise particulièrement sur les pratiques cliniques préventives, et nous avons également soutenu les établissements afin qu'ils puissent mettre à jour leur plan d'action local de santé publique dans chacun des territoires de MRC.

La consolidation des services de première ligne. C'est sûrement l'axe le plus important sur lequel nos actions ont porté au cours des dernières années. Au niveau des jeunes et des jeunes en difficulté, nous nous sommes assurés que 100 % des femmes qui ont accouché ont été suivies par le programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance dans l'ensemble de la région. Nous avons connu une amélioration significative grâce à des efforts importants afin de diminuer les délais d'intervention en vaccination auprès des jeunes. D'ailleurs, la majorité des territoires des MRC ont connu une nette amélioration de la performance à ce niveau. Seulement deux territoires restent encore, je vous dirais, davantage en suivi en ce qui concerne cet aspect. Le programme d'intervention en négligence L'EnTrain est maintenant implanté dans six des huit CSSS de notre territoire, de concert étroit avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. L'agence a octroyé non seulement du soutien financier, mais également du soutien clinique afin d'aider les établissements — les CSSS — à déployer cette approche auprès des jeunes.

En matière de santé dentaire au niveau des jeunes, nous avons amorcé un programme d'application d'agents de scellement dentaire sur les molaires permanentes des jeunes de cinq et six ans afin de prévenir la carie dentaire. Grâce à l'étroite collaboration des commissions scolaires, 1 117 jeunes ont été rejoints au cours de l'année 2011-2012. C'est un programme en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique.

● (10 h 10) ●

Dans le programme des maladies chroniques maintenant, nous avons mis en place des équipes interdisciplinaires dans chacun des CSSS de notre territoire. Un investissement de 2,9 millions récurrent a été consenti depuis l'année 2009. Des infirmières cliniciennes, des kinésiologues, des nutritionnistes se sont joints aux équipes présentes dans chacun des centres de santé et de services sociaux et travaillent en étroite collaboration avec les médecins du territoire, aussi avec les groupes de médecine familiale en place. Nous avons mis en place du suivi systématique pour les clientèles souffrant de maladies cardiovasculaires, de diabète et de maladie pulmonaire obstructive chronique. Nous avons développé des programmes d'enseignement et nous constatons une augmentation significative des clientèles rejointes au niveau du programme en maladies chroniques.

Au niveau de la santé mentale maintenant, nous avons consolidé une équipe de première ligne dans chaque territoire de MRC. Un investissement de 2,4 millions récurrent a été consenti depuis les années 2008-2009. Nous avons implanté dans chaque territoire de MRC un programme de suivi étroit de la clientèle à risque suicidaire. Nous avons revu nos trajectoires de services et mis en place un guichet d'accès aux services dans chaque territoire de MRC afin qu'il y ait une porte unique au niveau des services de première ligne en santé mentale.

Pour nos personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, nous avons augmenté significativement la clientèle rejointe par les services de soutien à domicile. D'ailleurs, nous avons réalisé des projets d'optimisation des services de soutien à domicile dans l'ensemble des territoires des MRC. Le Réseau de services intégrés pour personnes âgées, RSIPA, est passé d'un niveau d'intégration de 32 % en 2008 à plus de 61 % en 2012, et nous continuons de nous améliorer au niveau de l'intégration de ce programme. Nous avons développé de multiples actions concertées sur la problématique de la maltraitance. Nous avons diminué de façon importante le recours à l'hébergement institutionnel en CHSLD au profit des actions pour soutenir les personnes à domicile le plus longtemps possible ou les orienter vers des ressources plus légères, mieux adaptées à leurs besoins. L'approche adaptée aux personnes âgées en centre hospitalier a été implantée également dans les six centres hospitaliers du territoire bas-laurentien. Nous avons, comme agence, soutenu cliniquement et financièrement les centres hospitaliers afin que cette approche en centre hospitalier puisse devenir une réalité.

Dans le secteur des soins palliatifs, nous avons 43 places de développées dans notre région, dont 13 dans les deux maisons de soins palliatifs du territoire, situées à Rimouski et à Rivière-du-Loup. Nous avons également 30 places en établissement public, ce qui fait de nous une région qui a actuellement atteint le niveau de places en soins palliatifs qui est escompté d'ici les années 2015.

Dans les organismes communautaires, 132 organismes communautaires se partagent actuellement une enveloppe de 16,3 millions. J'aimerais vous souligner qu'en 2007 cette enveloppe était seulement de 12,5 millions. Malgré l'absence de crédits substantiels accordés aux régions pour développer le programme communautaire, nous avons tout de même reconnu quelques nouveaux organismes au cours des dernières années et accordé du développement budgétaire pour un montant de 1,4 million au cours des cinq dernières années.

Je vais maintenant vous parler de l'amélioration de l'accès aux services. D'abord, l'accès aux médecins de famille. Je vous l'ai dit tout à l'heure, nous avons 10 groupes de médecine familiale qui se partagent des investissements de 2,8 millions. Actuellement, dans notre région, 77 % de la population a accès à un médecin de famille. Nos effectifs médicaux sont globalement bons, nous avons 254 omnipraticiens sur un plan d'effectifs de 265, et 187 médecins spécialistes sur un plan d'effectifs de 229. Le défi dans notre région, ce n'est pas d'attirer les médecins — nous sommes une région qui, bon an, mal an, attire bien les effectifs médicaux — le défi, c'est de les retenir à long terme une fois qu'ils sont installés. Et nous poursuivons des efforts importants avec le Département régional de médecine générale pour bien comprendre le phénomène des départs après quelques années et développer des stratégies de rétention dans notre région.

Au niveau de la protection de la jeunesse, je souhaite vous faire part que nous sommes une région pour laquelle on peut soulever l'excellence, autant au niveau de l'accès, de l'évaluation que de la prise en charge. Nos délais sont extrêmement bas, bien en deçà des standards qui sont convenus par le gouvernement. Nous avons un centre jeunesse qui est bien organisé, qui est structuré et qui est performant à plusieurs niveaux.

Dans le grand programme Déficience physique, nous avons consolidé notre offre de services en centre de réadaptation pour l'ensemble des déficiences, au cours des dernières années, avec un investissement de 1,1 million récurrent depuis les années 2007-2008. Nous avons également mis en place un programme d'évaluation de la capacité de conduite automobile et d'adaptation de véhicules pour les personnes aux prises avec une déficience physique. Nous avons connu une augmentation significative, d'ailleurs, du nombre de personnes rejointes par les services de notre Centre de réadaptation en déficience physique. On peut parler d'au moins 1 000 clients de plus rejoints par année, depuis les trois, quatre dernières années, par le centre de réadaptation. Nous observons une tendance favorable au respect des standards du plan d'accès, particulièrement en CRDP, et nous notons une amélioration en ce qui concerne le respect des standards du plan d'accès en CSSS, bien que nous considérons que des efforts doivent se poursuivre à ce niveau.

Dans le programme Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, nous avons mis en place un nouveau modèle de partage des responsabilités entre le CRDITED et les CSSS de la région. Une partie de la clientèle qui était historiquement prise en charge par le CRDITED a amorcé un transfert sous la responsabilité des CSSS, particulièrement pour les clients qui ont besoin davantage de services généraux ou de services spécifiques. Actuellement, ce transfert de clientèle est complété dans quatre territoires de MRC et nous devrions finaliser le transfert d'ici la fin des années 2013. Nous avons souhaité, par ce geste, renforcer aussi la spécialisation des services offerts par le CRDITED de la région.

C'est un investissement de plus de 815 000 \$ qui a été consenti annuellement au cours des dernières années. Nous observons dans ce programme également une nette amélioration du respect des standards du plan d'accès, même si, là aussi, des efforts doivent se poursuivre.

Au niveau de l'accès à la chirurgie, nous connaissons une amélioration significative de la production chirurgicale, et nos résultats sont globalement très bons dans le Bas-Saint-Laurent. Nous considérons que des efforts doivent se poursuivre pour le respect des délais pour les personnes qui requièrent une prothèse totale de hanche ou une prothèse totale de genou. Par contre, nous sommes performants pour l'accès aux chirurgies de la cataracte, de la chirurgie d'un jour et globalement pour les chirurgies avec hospitalisation dans notre région.

En oncologie, nous avons mis en place une roulotte mobile de dépistage du cancer du sein au tournant des années 2007-2008, le projet SARA. Cette unité mobile de mammographie, qui circule dans sept territoires de MRC de notre région, permet aux femmes de bénéficier à proximité de leur domicile d'un vaste programme de dépistage du cancer du sein. L'accès au traitement en radio-oncologie est performant dans notre région, 99 % des personnes qui requièrent ce service y ont accès dans un délai de moins de 28 jours. Mentionnons que ce service est maintenant suprarégional, il couvre la totalité du Bas-Saint-Laurent, la totalité de la Gaspésie et une partie significative de la Côte-Nord. Au niveau de la chirurgie oncologique, la situation reste à consolider, et nous le reconnaissons. Actuellement, nous répondons aux standards de chirurgie dans une proportion de 59 % sur une cible de 70 %. Et nous devons travailler en étroite collaboration avec les principaux centres producteurs pour continuer d'améliorer notre performance.

Dans les urgences de la région du Bas-Saint-Laurent, nos résultats sont favorables, bien en deçà de la cible de durée moyenne de séjour sur civière de 11 heures. Actuellement, à la dernière période, la durée moyenne de séjour sur civière est à 8,8 heures dans notre région. Deux CSSS présentent toutefois certaines fragilités, ils sont suivis étroitement par l'agence de la santé et des services sociaux. Nous leur avons demandé un plan d'amélioration de la situation et les aidons à mettre en oeuvre les actions afin d'améliorer cette performance. En ce qui concerne le pourcentage de personnes sur civière pour des délais supérieurs à 24 ou 48 heures, ils sont très, très bas dans notre région, mais nous continuons de suivre ce standard de façon continue.

La dialyse. Nous effectuons une bonne prise en charge des besoins des personnes qui souffrent de problèmes d'insuffisance rénale dans notre région. Nous avons une augmentation importante de la demande dans ce domaine. Au cours des 18 derniers mois, la demande est passée de 35 clients réguliers à plus de 60 au Centre hospitalier régional de Rimouski. Nous avons consolidé ce service pour un montant de 460 000 \$ et nous travaillons actuellement activement sur un projet de desserte satellite à partir de Rivière-du-Loup pour les clientèles du Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Basques. Ce projet, qui nécessite la collaboration des néphrologues de Rimouski et des internistes de Rivière-du-Loup, devrait devenir réalité au début de l'année 2014.

Deux établissements de notre région ont été désignés comme producteurs en chirurgie bariatrique au cours de l'année 2011-2012 et sont déjà en oeuvre pour offrir à la population de notre région et de la Gaspésie ce type de chirurgie.

● (10 h 20) ●

En pathologie, nous avons développé, depuis 2012, une organisation de services en anatomopathologie suprarégionale qui couvre maintenant la totalité de la Gaspésie et une partie de la Côte-Nord. Ce projet novateur, grandement supporté par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous amènera encore plus loin dans la dispensation d'une offre de services suprarégionale, et une deuxième phase de développement est prévue au cours de la prochaine année.

Nous avons également développé une mission universitaire dans le Bas-Saint-Laurent. Il s'agit d'un campus clinique satellite de l'Université Laval, avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le nombre d'externes... Donc, l'ensemble du programme d'externat de deux ans en médecine peut maintenant se faire en région, au Bas-Saint-Laurent, et le nombre d'étudiants en externat est passé de cinq à 18 au cours des deux dernières années. Nous avons octroyé, pour développer cette nouvelle mission, un montant récurrent de 457 000 \$ au CSSS de Rimouski-Neigette.

Je vais maintenant vous parler de la qualité et de la sécurité des services. Au niveau des infections nosocomiales, nous avons consenti des efforts extrêmement importants pour améliorer notre performance dans la région. Nous faisons un suivi étroit des cibles provinciales. Nous avons amélioré nos processus de soins et nos processus d'isolement. Nous avons créé des postes de conseillères en prévention des infections dans chacun des établissements de la région. C'est un investissement de 572 000 \$ qui a été consenti.

Nous avons aménagé des chambres à pression négative, augmenté de façon significative l'achat de petits équipements, augmenté le nombre de chambres individuelles dans les principaux centres hospitaliers, et nous avons également fait des efforts, au cours de la dernière année particulièrement, pour travailler le dossier des zones grises pour supporter les établissements afin de bien identifier les secteurs qui sont moins bien couverts par les processus de désinfection. Un montant de 822 000 \$ a été consenti aux établissements, en 2011-2012, spécifiquement sur ce dossier-là. Nous avons également développé un programme de surveillance régionale en étroite collaboration avec notre direction de la santé publique.

Les visites d'inspection dans les centres d'hébergement de soins de longue durée. Nous effectuons, comme agence, un suivi étroit des recommandations et des plans d'amélioration des établissements qui sont visités par l'équipe du ministère. Une ressource de notre agence est dédiée à ce dossier afin de supporter les établissements dans l'amélioration de la qualité des soins et services offerts en CHSLD.

Au niveau des ressources privées pour aînés, l'ensemble des résidences — les 161 résidences privées pour aînés actuellement — sont certifiées ou en voie d'être recertifiées, selon les échéances du processus. Une ressource est également dédiée à ce dossier dans notre agence, elle s'occupe des inspections et de la qualité des soins et services dispensés dans les ressources privées pour aînés.

Dans le grand chantier des ressources humaines, nous avons développé une offre de formation diversifiée. Nous voulons soutenir nos gestionnaires. Nous avons développé un programme de relève, nous avons accordé du soutien

afin de pouvoir offrir du mentorat aux nouveaux gestionnaires qui sont en exercice depuis moins de trois ans et nous avons également développé un programme de formation afin que l'ensemble des gestionnaires de la région soient formés en matière d'optimisation.

Nous avons implanté un programme de mentorat, d'externat et de préceptorat dans le secteur des soins infirmiers. Nous avons développé également des programmes spécifiques de formation en étroite collaboration entre les établissements de la région et l'agence, particulièrement au niveau des risques obstétricaux, un programme de formation pour former des assistantes techniques en pharmacie en région, au niveau des services aux jeunes, au niveau des programmes en maladies chroniques, au niveau du programme dépendance, au niveau de la prévention des infections, bref une offre de formation assez diversifiée.

La main-d'oeuvre indépendante n'est pas très importante dans notre région, le recours y est plutôt faible. Par contre, nous avons quand même demandé aux établissements qui présentaient quelque fragilité dans ce secteur-là, particulièrement dans le secteur des soins infirmiers, de nous déposer des plans d'amélioration afin de contrer le recours à la main-d'oeuvre indépendante.

Le recours aux heures supplémentaires reste à diminuer, même s'il est dans la moyenne québécoise. Nous travaillons avec les établissements des projets d'organisation du travail afin de développer des stratégies afin de réduire le recours au temps supplémentaire.

Le dossier de l'assurance salaire est un défi dans notre région. Actuellement, le taux d'absentéisme avoisine les 6 %, ce qui est au-delà des cibles qui nous ont été données. Nous avons requis, au cours des 18 derniers mois, le soutien du programme de santé des organisations et des individus du ministère afin de nous aider à comprendre le phénomène, à soutenir les organisations pour établir un diagnostic et des plans d'amélioration de cette situation-là au niveau de l'absentéisme en assurance salaire.

Nous avons développé un programme régional qui bénéficie de l'expertise et du soutien de trois personnes spécialisées, particulièrement dans les problèmes musculosquelettiques et dans les programmes adaptés de retour au travail au niveau de la détresse psychologique. On l'appelle le programme PRATA. C'est un programme extrêmement intéressant, et on souhaite consolider, au cours de la prochaine année, ce programme-là en mettant en place un centre d'expertise régional en matière de gestion de l'absentéisme en assurance salaire. Nous souhaitons vivement que notre performance pourra s'améliorer à ce niveau.

Dans le dossier des systèmes et des technologies de l'information, nous avons adopté une planification stratégique régionale en ressources informationnelles pour les années 2010 à 2015. Nous avons mis en place une gouvernance en matière de ressources informationnelles qui implique les instances cliniques — je souhaite le préciser, parce que c'est extrêmement important — dans les choix que nous avons et que nous aurons à faire en matière de technologies de l'information, que les cliniciens soient au coeur des choix exercés par la région.

Les travaux préalables à l'implantation du dossier client informatisé et du DSQ dans notre région sont en voie d'être complétés. Nous avons élaboré, au cours de la dernière année, notre plan d'affaires afin d'aller en appel d'offres pour le déploiement du dossier client informatisé dans notre région. Le dossier médical électronique dans notre région, c'est déjà une réalité depuis plusieurs années. Plus de 100 médecins en bénéficient déjà et, avec la nouvelle entente de la FMOQ et du ministère, nous sommes en démarche pour recréer une nouvelle mobilisation de l'ensemble des médecins du territoire bas-laurentien, incluant les médecins des cliniques privées.

L'équilibre budgétaire, c'est une réalité dans notre région. Je sais que ça préoccupe tout le monde. Avec un budget net de fonctionnement de 474 millions en 2011-2012, l'ensemble des établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire au cours de la dernière année, et nous souhaitons que cette tendance favorable pourra se maintenir. La loi n° 100, nous atteignons actuellement nos cibles de réduction et nous respectons la loi n° 100 sur la cible de 10 % de diminution des activités administratives d'ici le 1er avril 2014. Nous avons déjà atteint 7,3 % du respect de ce standard.

Nous avons adopté un cadre de gestion régional en soutien aux projets d'optimisation. 21 projets d'optimisation sont actuellement soutenus par l'agence régionale, et des économies à échéance de plus de 2,9 millions sont escomptées. Nous avons des projets régionaux de mise en commun de l'assurance salaire, du regroupement du traitement de la paie, regroupement des activités en services juridiques, également au niveau de l'approvisionnement.

En conclusion, M. le Président, au cours des cinq dernières années, les établissements et l'agence ont conjugué leurs efforts pour améliorer l'accès, consolider les services du territoire, accroître l'arrimage des activités à tous les niveaux et tendre vers notre objectif ultime d'améliorer la santé de la population des Bas-Laurentiens. Nous avons gardé un souci constant de gérer judicieusement les ressources de notre région.

Nous sommes vraiment fiers des avancées que nous avons réalisées. Elles témoignent de l'engagement des acteurs locaux et régionaux à assurer pleinement leur mandat avec compétence, rigueur et parfois même avec courage. Évidemment, le travail doit se poursuivre, car les défis qui nous attendent sont très élevés pour les années à venir.

Pour nous permettre d'aller de l'avant et de réaliser notre vision, nous souscrivons totalement aux orientations du gouvernement et sommes convaincus qu'il nous faut nous mobiliser autour de certaines priorités, d'abord la primauté des services de première ligne et l'action concertée sur les déterminants de la santé par la promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques.

Également, nous souhaitons que nous puissions établir des choix concertés, compte tenu des enjeux complexes émergents et des besoins en constante évolution de notre population, dont les enjeux particuliers associés, dans une région comme la nôtre, autour du vieillissement en santé et en sécurité de nos aînés.

Ce vers quoi nous souhaitons continuer de tendre, ce sont des services accessibles, de grande qualité, offerts en fonction d'une réponse appropriée aux besoins de chaque personne, et ce, au moment requis. Je vous remercie de votre attention, et nous sommes maintenant vraiment disposés à répondre à l'ensemble de vos questions.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo, merci pour votre présentation. Maintenant, pour la période d'échange avec les membres de la commission, 40 minutes pour les membres du côté gouvernemental, 40 minutes pour l'opposition officielle et 10 minutes pour le deuxième groupe d'opposition.

Alors, j'inviterais maintenant Mme la vice-présidente de cette commission, la députée de Sainte-Rose.

● (10 h 30) ●

**Mme Proulx:** Bonjour. Alors, écoutez, dans un premier temps je veux vous remercier pour votre présentation. Je sais que c'est beaucoup de travail de préparer une reddition de comptes, de préparer une audition comme vous le faites, et, vraiment, je vous remercie d'avoir pris le temps de nous tracer un portrait, qui me semble assez complet, de votre région.

Ce que je remarque... en fait, il y a plein de choses, il y a vraiment plein de choses. J'aurai l'occasion d'y revenir, là. J'aurais quelques questions et demandes d'information aussi. Notamment, votre projet COSMOSS me semble quelque chose d'extrêmement intéressant. Et je pense que c'est dans la bonne direction quand on parle de concertation de tous les partenaires, de toutes les instances pour oeuvrer au mieux-être collectif. Alors, ça, j'aimerais ça que vous nous donniez un petit peu plus de détails sur votre projet COSMOSS, comment vous en êtes arrivés à ce type de projet là, et comment la concertation s'est amorcée, et est-ce qu'il y avait une problématique particulière qui a fait en sorte que vous êtes allés vers la mise en place d'un projet comme celui-là.

Par ailleurs, j'aurais aussi une question. Je voudrais vous parler de santé mentale. Alors, je constate, dans les résultats, là, que, malgré votre volonté de consolidation des services de première ligne, malgré un investissement de 2,4 millions et malgré la mise en place de guichets d'accès dans chacune des MRC, il y a quand même moins de personnes qui ont eu accès à des services de première ligne. Vous nous avez souligné, là, quelques difficultés, mais j'aimerais ça que vous élaboriez un petit peu plus sur comment se fait-il que les cibles d'accès en santé mentale n'ont pas été atteintes et quelles sont les difficultés particulières que vous avez rencontrées à ce niveau-là.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui. Alors, écoutez, au niveau COSMOSS, bien, COSMOSS est né il y a à peu près une dizaine d'années, comme je vous ai dit tout à l'heure — puis je vais amorcer un début de réponse puis je vais laisser mes collègues compléter — mais on avait des fragilités, on a encore des fragilités dans une région comme la nôtre, hein? On a parlé de dispersion sur le territoire, de faibles revenus. On avait également une problématique assez importante autour du décrochage scolaire, je vous dirais, au début des années 2000, et ça nous préoccupait énormément au niveau de la Direction de la santé publique notamment. Puis il y avait toutes sortes d'enjeux aussi associés au bien-être des jeunes, des problématiques importantes au niveau de la protection de la jeunesse.

Alors, en collaboration avec la fondation Chagnon, qui se sont intéressés à notre région, on a pu mettre à contribution d'autres acteurs intersectoriels pour convenir qu'il fallait travailler ce dossier-là collectivement dans une région comme la nôtre, que, seuls, on ne pouvait pas arriver à changer vraiment les choses mais qu'ensemble, toutes les instances, je vous dirais, intersectorielles au niveau régional mais également déclinées au niveau local, on pouvait, si on conjugait nos efforts, améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Donc, on a concentré beaucoup nos efforts autour de la réussite des jeunes et de leur bien-être.

On a mis en place une structure de concertation régionale sur laquelle, par exemple, moi, je siège avec le directeur régional, la directrice d'Emploi-Québec, le directeur général de la CRE. En fait, on est plusieurs acteurs, la Direction de la santé publique est présente. Et on s'est assurés que, dans chaque territoire de MRC, il y aurait également une table de concertation locale COSMOSS. Et, sur la table de concertation locale COSMOSS, là, ce n'est pas juste le CSSS qui est présent, bien que le CSSS anime et assume un leadership, mais c'est le milieu de la petite enfance, c'est l'éducation, c'est la commission scolaire, c'est la polyvalente, c'est également les municipalités qui sont là, les organismes communautaires qui travaillent auprès des jeunes, les personnes responsables de l'emploi. Donc, tous les acteurs autour du vécu des jeunes sont présents dans chacun des territoires des MRC. C'est une structure imposante. C'est pour ça qu'il a fallu mettre en place aussi des agents de concertation COSMOSS locaux dans chacun des territoires des MRC qui relèvent d'une coordination régionale.

C'est un investissement significatif à chaque année, c'est 2... c'est ça, 1,8 million à peu près, je pense, c'est 1,8 million par année, la structure COSMOSS. Et puis, dans le fond, dans chaque territoire de MRC, ils ont des plans d'action. On a des projets, on est alliés avec Kino-Québec, il y a des projets aussi au niveau de la sécurité et l'alimentation auprès des jeunes, les petits cuistots dans les centres de la petite enfance, dans les écoles. Enfin, les projets, là, ils sont multiples puis ils prennent différentes formes, toujours avec un objectif d'améliorer la santé globale de nos jeunes. Alors, c'est extrêmement porteur.

Je disais, tout à l'heure, d'emblée, qu'on avait un faible décrochage scolaire, en tout cas, dans le Bas-Saint-Laurent, plus bas que la moyenne québécoise, et nous, on est convaincus que c'est parce qu'on a vraiment conjugué nos efforts. On est même allés voir les employeurs pour les convaincre qu'un jeune du secondaire ou du cégep il fallait que ça ne travaille pas trop d'heures par semaine. Puis on les a sensibilisés à ça pour dire: Si on veut se mobiliser autour de la réussite scolaire, on comprend qu'il y a des problèmes de défi de recrutement de la main-d'oeuvre, mais les jeunes, c'est important aussi qu'ils soient scolarisés, c'est un des vecteurs les plus importants de la richesse à moyen terme.

On sait que la pauvreté engendre la pauvreté, engendre aussi des problématiques sociales. Donc, ce qu'on veut, c'est que nos jeunes soient scolarisés, et c'est le focus sur lequel on a axé nos interventions.

**M. Maguire (Robert):** La seule chose que je peux rajouter, c'est qu'il y avait un objectif partagé vraiment par tout le monde, au début, concernant la réussite scolaire. Et les premières réunions qui ont eu lieu, c'étaient surtout des réunions où c'étaient les gens du milieu de l'éducation qui étaient invités, et, par après, le réseau de la santé a pris la balle

au bond un petit peu. Et on a toujours gardé l'objectif sur la réussite scolaire. Je veux dire, c'était ce que c'est qui animait et motivait tout le monde alentour de la table.

Quand on avait des questions à poser, c'est: Qu'est-ce que c'est que, toi, tu peux faire, toi, tu peux faire, toi, tu peux faire pour améliorer la réussite scolaire? Et évidemment on tombe un petit peu moins dans nos chicanes de morceaux de tarte. Et probablement que c'est un peu ce qui a fait la réussite parce qu'à ce moment-là il y avait les gens du secondaire puis il y avait les gens des commissions scolaires, les gens des cégeps, les gens de l'université, et tout ce monde-là réalisait que plus la réussite scolaire allait être intéressante, plus, en bout de ligne, l'université allait être florissante puis allait avoir des étudiants. Et je pense que c'est un peu un mixte de tout ça qui a fait que, l'objectif étant très, très clair, et mesurable, et mesuré, ça a stimulé le monde à travailler de façon intéressante.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, Mme la députée de Sainte-Rose. Il vous reste trois minutes sur ce bloc de 10 minutes, si vous voulez. Et je vous demande...

**Mme Proulx:** Alors, j'aimerais vous entendre sur la santé mentale.

**Le Président (M. Bergman):** ...je demanderais les gens de l'agence pour être succincts avec leurs réponses, car il y a des blocs de 10 minutes, et ça va tellement vite. Alors, Mme la députée de Sainte-Rose.

**Mme Proulx:** Oui. Alors, c'est ça, je vous réitère, je voudrais vous entendre sur la santé mentale.

**Mme Malo (Isabelle):** Au niveau de la santé mentale, les problématiques sont diverses. J'aimerais d'abord vous dire qu'on a parfois de la difficulté à combler les postes dans une région comme la nôtre, particulièrement les postes de psychologue. C'est un type d'emploi pour lequel on a des défis de recrutement assez significatifs, ce qui fait que, des fois, l'accès aux services en première ligne peut être restreint.

On est très sensibles aussi au fait, je vous dirais, de toutes les approches qui sont adoptées, particulièrement dans les établissements de première ligne, là, au niveau des CLSC, sur comment les clientèles sont suivies, s'assurer que les équipes d'intervention en première ligne vont faire davantage du suivi systémique bref plutôt que de l'intervention sur une longue période, parce qu'évidemment compte tenu que les ressources ne sont pas si imposantes que ça, il faut qu'il y ait un roulement de la clientèle et qu'elle soit référée aussi par la suite.

Et on se préoccupe beaucoup, actuellement, dans notre région, du continuum de services en santé mentale. On s'est rendu compte que, malgré les investissements qu'on avait consentis, là où le bât blesse de façon particulière, c'est dans les continuums. Il y a des silos qui sont encore extrêmement importants entre les services communautaires de première ligne, les équipes médicales d'omnipraticiens sur le terrain et les services spécialisés.

Et, dans le fond, la problématique, ce n'est pas tellement les ressources comme les corridors de services qui ne sont pas encore très fluides dans le secteur de la santé mentale. Je ne pense pas que c'est un problème spécifique à notre région, mais, à partir du moment où on l'a, bien... en tout cas, il est bien connu, bien, notre défi pour les deux prochaines années, ça va être de travailler justement sur la fluidité dans la circulation de la clientèle dans ce continuum-là.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc, s'il vous plaît.

**M. Claveau:** Si on veut aller un peu plus loin, Mme Malo, du côté de la santé mentale, le temps alloué à la formation, la supervision de tout le domaine de la santé mentale dans votre région, est-ce que vous lui accordez beaucoup...

**Mme Malo (Isabelle):** Je vais laisser la parole à Mme Bérubé.

**Mme Bérubé (Cathy):** Bon, en termes de temps de supervision, on a des superviseurs cliniques dans chacun des territoires des MRC, particulièrement en première ligne et puis on fait affaire aussi avec le centre national d'expertise en santé mentale, qui vient faire comme des audits cliniques avec chacun des territoires. Il y a même eu des territoires de CSSS où on est allés deux fois. Alors, ça, je vous dirais, c'est une à deux fois par année, et, dans notre plan de match, ça fait partie aussi en continuité de poursuivre cette démarche-là. Parce qu'on l'a questionnée cette année, on a dit: Étant donné la responsabilité populationnelle des CSSS, est-ce qu'on maintient cette fréquence-là avec le centre national d'expertise? Et on a conclu que oui, justement pour assurer la qualité de ces services-là.

**Le Président (M. Bergman):** Monsieur...

**M. Claveau:** Vous y mettez suffisamment de priorité au niveau... Parce qu'on voit que, du côté de la santé mentale, il y a une problématique particulière, là, quant à la desserte de services pour ceux dans le besoin. Mais vous y mettez suffisamment d'énergie? Vous avez un plan action clair concernant le personnel en place même si vous êtes en déficit?

**Mme Malo (Isabelle):** Bien...

**Mme Bérubé (Cathy):** Oui.

**Mme Malo (Isabelle):** Vas-y. Vas-y.

**Mme Bérubé (Cathy):** Peut-être aussi en lien avec les questions de madame tantôt parce que je trouve que c'est interrelié. L'été dernier, on a fait comme un audit avec l'ensemble des acteurs au niveau de la santé mentale. Ça veut dire les gens du communautaire, de la première ligne, de la deuxième ligne. On a fait, en tout et partout, je vous dirais, autour d'une dizaine de rencontres avec une centaine de personnes qui ont été rencontrées.

De là auraient sorti différents enjeux, de communication, des enjeux aussi de respect des mandats de chacun de ces paliers-là, communautaire, première, deuxième ligne, de communication beaucoup, ce qui fait que récemment on a choisi, comme agence, d'investir des sous, pas loin... bien, 800 000 \$, là...

**Mme Malo (Isabelle):** Oui, 800 000 \$.

**Mme Bérubé (Cathy):** 800 000 \$ qu'on devrait actualiser, là. Ça a été autorisé récemment, au dernier forum des D.G.

**Mme Malo (Isabelle):** Il y a deux semaines.

● (10 h 40) ●

**Mme Bérubé (Cathy):** Oui. Ce qui fait qu'on a un plan d'action pour mettre en oeuvre ces actions-là, qui ont été prévues à tous les niveaux, comme je vous l'ai mentionné, communautaire, première, deuxième ligne. Et on va suivre ça avec différents indicateurs, parce que ce qu'on souhaite aussi, c'est y aller avec des mesures non récurrentes avec des indicateurs de suivi pour s'assurer que ça tient vraiment la route dans le sens des orientations.

**Le Président (M. Bergman):** ...on va changer de groupe maintenant. Collègues, le député de Côte-du-Sud est avec nous et aimerait intervenir, et son temps sera compté sur le côté de l'opposition officielle. Est-ce que j'ai le consentement de nos collègues pour laisser le député de Côte-du-Sud intervenir? Consentement? M. le député de Côte-du-Sud...

**M. Morin:** Merci, M. le Président. Merci aux collègues de...

**Le Président (M. Bergman):** Et bienvenue à cette commission.

**M. Morin:** Oui, merci. Donc, bonjour, Mme Malo. Madame messieurs, bonjour. Vous avez parlé d'optimisation des soins à domicile, de choix concertés. Vous vous doutez bien à quel sujet je vais vous demander d'intervenir, compte tenu que ça apporte son lot de contraintes, de décisions difficiles pour notre CSSS de Kamouraska, l'optimisation des soins de services à domicile. Donc, j'aimerais que... Ça prend beaucoup de communication, beaucoup d'information.

Et je choisis cette tribune pour que vous me disiez le but de la fermeture de Thérèse-Martin, qui cause certaines problématiques dans la municipalité de Rivière-Ouelle, la mairesse en tête. Mais ce qu'ils ont besoin, c'est d'avoir une réponse à leur questionnement et de comprendre le pourquoi des gestes du CSSS, donc...

Je sais que vous êtes à la fine pointe de la connaissance de ce dossier et j'ai reconnu en vous beaucoup de dynamisme, de détermination. Vous étiez prêtes à faire votre rapport ici, à cette table. Je crois que mes collègues ont dû s'apercevoir de votre dynamisme. Et nous en sommes très fiers, compte tenu que le CSSS de Kamouraska a besoin de l'agence pour supporter ses décisions. Donc, j'aimerais que vous me parliez de Thérèse-Martin, Mme Malo.

**Mme Malo (Isabelle):** M. Morin, bien, ça me fait plaisir que vous me posiez la question, parce qu'effectivement c'est un dossier d'actualité passablement chaud ces semaines-ci. Nous avons amorcé, je vous dirais, dans le Bas-Saint-Laurent, il y a déjà maintenant sept, huit ans, une transformation importante de l'offre de services à nos personnes âgées. Pour toutes sortes de raisons qui appartiennent au territoire et puis dont je ne veux pas débattre aujourd'hui, malheureusement le CSSS du Kamouraska a connu un retard important dans la transformation de l'offre de services aux aînés, opération, je vous dirais, qui est complétée ou qui est très, très avancée dans la majorité des territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent.

Alors, aujourd'hui, la décision qui a été prise par le conseil d'administration de l'établissement à l'automne dernier, c'est de réduire le nombre de places en hébergement et de soins de longue durée. Dans le territoire du Kamouraska, on a un nombre de lits qui avoisine les 3,3 lits par 100 personnes de 65 ans et plus, ce qui est énorme. En fait, le recours à l'hébergement institutionnel en CHSLD n'est pas l'exception, était la règle de base.

On a, bon an, mal an, toujours une vingtaine de places de libres dans le territoire des MRC. Rivière-Ouelle étant un des petits CHSLD du territoire, il y en a quand même deux autres. Et, dans le fond, on a choisi, comme on l'a fait dans tous les autres territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent, de diminuer un peu le recours à l'hébergement institutionnel au profit de l'intensification des soins et services à domicile. On le sait, les aînés, ce qu'ils souhaitent, c'est pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible, à condition toutefois d'avoir des conditions réunies — puis on le reconnaît — afin de pouvoir vivre en santé et en sécurité avec le soutien du réseau de la santé et des services sociaux et de leurs familles.

Alors, on constate, dans le territoire du Kamouraska, qu'un nombre important de lits sont occupés par des personnes adultes qui ont une déficience motrice, qui devraient pouvoir bénéficier d'un encadrement différent puis d'un type d'hébergement mieux approprié à leurs soins puis à leur condition. Il y a également des personnes qui ont des démences de type Alzheimer, mais sans contrainte importante au niveau moteur, qui seraient beaucoup mieux et qui pourraient bénéficier d'un environnement prothétique en ressources intermédiaires ou en ressources privées qui seraient davantage adaptées à leurs besoins.

Le choix qui a été fait, de fermer Thérèse-Martin parce qu'il fallait convenir de réduire le nombre de places, on souhaite tendre, dans une région comme la nôtre, vers un maximum de 2,5 à 2,7 lits par 100 personnes de 65 ans et plus.

Ça correspond aux standards actuellement qui sont mis de l'avant par le gouvernement, et on y croit fermement. Déjà dans notre région, je vous dirais qu'on a au moins deux, trois régions qui sont à 2,2, 2,3 lits par 100 personnes de 65 ans et plus, sans pression sur le système. Pourquoi? Parce qu'on a mis en place une offre de services hiérarchisés, pas à partir des structures en place, à partir des besoins des individus. Et c'est ce grand virage-là qu'on est après prendre dans le territoire du Kamouraska.

Je suis très sensible au fait que ça crée un sentiment un peu de grogne dans la municipalité de Rivière-Ouelle. Il fallait réduire le nombre de places. Parmi les trois CHSLD présents sur le territoire, c'est celui de Rivière-Ouelle qui a été retenu parce que nous considérons... ou le conseil d'administration de l'établissement considère, que c'est celui qui était peut-être le moins bien en état parmi les trois CHSLD. Et, dans le fond, cette réduction de places là, qu'on fait actuellement de façon très, très progressive puis, vous le savez, dans le respect des clients-familles... dans le fond, au fur et à mesure qu'il y a des places qui se libèrent dans les deux autres petits CHSLD du territoire, on réoriente la clientèle. C'est un processus qui va peut-être prendre encore neuf, 10 mois à se réaliser, mais ce qui est important, c'est que ça se fasse dans le respect des clients et qu'on ne mise pas sur le maintien des structures, mais qu'on travaille en fonction des besoins de chacune des personnes.

Comme agence, nous nous assurons qu'il n'y a pas de pression sur le système, qu'il n'y a pas personne en attente d'hébergement et de soins de longue durée qui est dans un lit de courte durée ou qui est à domicile dans une condition fragilisée. Ça, pour nous, c'est extrêmement important. Et on croit profondément à la transformation qui est en cours. Puis je vous assure, M. Morin, que, si je n'avais pas cette certitude-là...

Pour nous, ce n'est pas un dossier d'économies financières, c'est un dossier de transformation de l'offre de services. D'ailleurs, les économies qui vont être récupérées par le CSSS, on va s'assurer qu'elles soient réinvesties dans les soins et services à domicile pour la population du Kamouraska. Déjà, on a offert un soutien financier de transition, comme agence, à l'établissement pour lui permettre déjà de renforcer ses activités de soutien à domicile d'ici à ce que différents crédits puissent se libérer.

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

**M. Morin:** Oui. Merci, M. le Président. Donc, ce qu'on entend aussi: Fermeture, septembre 2013, compte tenu que vous me parlez... dans le respect des résidents, ça ne tient pas. Parce qu'il circule que la fermeture va être faite en septembre 2013.

**Mme Malo (Isabelle):** Écoutez, je pense que l'établissement... Puis je ne veux pas répondre pour le conseil d'administration de l'établissement, là, qui sont maître d'oeuvre de la transformation en cours. On a parlé que, quelque part à compter de l'automne 2013, probablement qu'éventuellement il ne resterait à peu près plus de clients. Déjà le mois prochain, je pense que la direction de l'établissement a choisi de faire certains réaménagements pour ne pas que les clients... parce qu'il y en a de moins en moins, il en reste actuellement 27, à peu près, ou 28 sur 48, donc il y a déjà beaucoup de places de libres. Ramener les clients sur un même étage, je pense que tout ça va se faire progressivement, puis éventuellement le conseil d'administration devra faire des choix.

Moi, ce que je peux vous assurer, c'est qu'on va garder une vigie, comme agence régionale, puis on va s'assurer que les choses se fassent dans le respect des clients-familles. C'est vraiment vers eux que je dois porter mon attention de façon continue afin que ces gens-là soient bien, en sécurité et qu'on atténue au maximum leur niveau d'anxiété dans les changements qu'ils pourraient vivre.

**M. Morin:** Je vais faire la même chose que vous, chère madame, je vais suivre le dossier comme vous, surtout dans le respect des résidents, le respect des personnes. Merci beaucoup. Je crois que vous avez répondu à plein de questions que les gens se posaient puis vous avez mis les points sur les i et la barre sur les t. Merci.

**Mme Malo (Isabelle):** Merci, M. Morin. Merci à vous.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Bonjour. Écoutez, moi, j'ai plutôt des commentaires, mais je voudrais vous dire bravo pour votre dynamisme. Je pense que vous... Ce que je sens, en tout cas, c'est que vous connaissez bien vos bons coups, mais vous connaissez aussi vos zones de faiblesse. Donc, je pense qu'à mon avis ça fait votre force.

Je connais très bien le dossier COSMOSS pour y avoir, dans mon ancienne vie, travaillé dans le réseau des carrefours jeunesse-emploi du Québec et je sais que le carrefour de votre région est impliqué aussi dans cette démarche-là, alors. Et je pense que vous avez, dans le cadre de COSMOSS, saisi l'importance de travailler en collaboration et je pense qu'on sent la volonté et que ça fait toute la différence du monde dans des milieux tissés serrés comme le vôtre. Moi, je trouve que c'est très bénéfique.

Vous savez, il y a un proverbe africain, vous le savez peut-être, qui dit que ça prend toute une communauté pour élever un enfant. Je pense que vous avez vraiment saisi cet enjeu-là. Je sens aussi... ce que je trouve intéressant, j'aimerais ça qu'on puisse répéter votre implantation et votre dynamisme peut-être ailleurs, dans des plus grands centres, parce que, quand vous nous parlez de taux d'espace pour les 65 ans et plus, pour les places disponibles, vous avez toujours une vingtaine de places disponibles pour accueillir des gens en CHSLD, moi je peux vous dire que, dans ma région, entre autres, on parle de deux à trois ans sur une liste d'attente pour avoir accès à une place en CHSLD, puis j'ai des cas de comté à profusion dans ce

sens-là. Ça fait que je pourrais dire que je vous envie malgré tout, mais vous avez fait aussi votre force, je pense. Et, ce que vous avez aussi...

Rapidement, bien, nous, vous savez que, le gouvernement, on va faire un virage important, dans les prochaines... dans les prochains mois, par rapport à l'assurance autonomie. L'intention de garder le plus possible les aînés qui souhaitent vieillir à la maison, de leur donner les moyens de le faire, c'est une volonté de notre gouvernement. Et, avec ce que vous nous avez tenu comme propos, je pense que vous avez déjà amorcé dans ce sens-là, et ça, c'est tout à votre honneur. Toutes ces choses-là vont se passer facilement pour vous, j'imagine, dans les prochains mois et dans la prochaine année.

Mais, écoutez, c'est sûr que je suis tout à fait d'accord aussi avec ce que vous avez dit par rapport aux corridors de services en santé mentale. C'est important que ces corridors-là de services... pour avoir travaillé dans ces secteurs-là, parallèlement effectivement il faut amorcer des choses et il faut que la volonté de travailler en collaboration soit plus grande qu'elle est. Je pense que c'est la solution aussi de beaucoup de situations en santé mentale qui va dans ce sens-là.

Alors, moi, c'est ce que j'ai à vous dire: Moi, je sens énormément le dynamisme de votre région par votre entremise et je vous dis bravo, continuez dans ce sens-là. Puis, en plus de ça, vous réussissez à faire ça sans déficit, alors c'est un autre bon point. Puis c'est sûr que vous connaissez vos zones de faiblesse puis vous avez l'intention d'y travailler. Je pense que c'est tout à votre honneur aussi. Bravo.

● (10 h 50) ●

**Mme Malo (Isabelle):** Merci.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo, commentaires?

**Mme Malo (Isabelle):** Merci. Mais, écoutez, j'apprécie votre commentaire. Effectivement, je pense qu'il faut être lucide, il faut reconnaître ce qu'on fait de beau et de bien, mais il faut surtout adresser les défis qu'on a encore, puis on en a, ils sont nombreux. À tous les jours, notre travail, de toute façon, c'est de relever les défis puis les problématiques puis de soutenir les organisations et les organismes sur le terrain. Donc, dans le fond, à partir du moment où on a un bon portrait, qu'on a une bonne maîtrise de quelle est la situation dans notre région, bien on peut adresser, en tout cas, les choses de façon appropriée.

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

**M. Trottier:** Merci, M. le Président. Je vous remercie pour la qualité de votre présentation, je pense que c'était extrêmement clair. Vous avez abordé un peu, dans votre conclusion, peut-être des solutions pour l'avenir dans le domaine de la santé. Si je vous demandais si vous avez des suggestions à nous faire qui pourraient nous permettre d'assurer une meilleure santé sans additionner de frais, qu'est-ce que vous nous feriez comme suggestions?

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, moi, je vous dirais que, la première chose, il faut travailler sur la prévention et la prévention de la maladie, sur les saines habitudes de vie puis sur la prévention des maladies chroniques. Vous savez, on ne changera jamais rien comme société si on ne travaille pas en amont de l'apparition des problèmes, donc travailler sur le bien-être des jeunes, travailler sur les générations à venir, bien prendre soin de nos aînés aussi. Mais, si ce n'est pas d'investir financièrement, en tout cas c'est d'investir en termes d'actions intergouvernementales, je dirais, interministérielles pour que vraiment il y ait des actions concertées sur les déterminants de la santé qui soient mises en place.

On nous parle actuellement d'une politique nationale en prévention, promotion, on salue cette initiative-là comme région parce qu'on y croit beaucoup. Travailler sur les saines habitudes de vie à tous les niveaux, tu sais, bouger plus, manger mieux, là, ce n'est pas un mythe. Si on réussit à faire ça comme société, on va travailler à diminuer le système et la pression sur le réseau de la santé et des services sociaux puis en plus on va avoir une population, dans notre société, qui va être plus en forme, plus active, plus en santé puis qui va vivre plus vieux aussi dans des conditions de santé qui sont plus acceptables. Donc, moi, je vous dirais que, si j'ai un souhait, c'est celui-ci.

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

**Une voix:** Veux-tu rajouter?

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

**M. Claveau:** Alors, c'est bien. Oui. Alors, on peut vous féliciter pour l'ensemble des résultats, toute votre équipe. Par contre, on a toujours des points à corriger. Puis j'avais des petites questions par rapport, entre autres, à l'atteinte des cibles au niveau des chirurgies, différentes chirurgies. C'est atteint à presque 100 % dans certains domaines, quand on regarde au niveau de la cataracte, chirurgie d'un jour, etc. Par contre, du côté des chirurgies de la hanche, du genou, on dit qu'on n'atteint pas les cibles. On parle de problèmes de saisie de données.

Également, un autre élément de votre rapport, qui est questionnable, concernant les services, entre autres, pour les gens avec des déficiences, quant à la priorité puis les délais requis, là, pour leur donner un service, qui ne sont pas atteints non plus lorsque la situation est élevée ou urgente, et on dit encore une fois que c'est un problème de saisie de données.

Alors, moi, comme question: Est-ce que c'est un manque de rigueur? Est-ce que c'est une conscientisation qui n'est pas faite à différents niveaux mais... C'est quoi? Puis est-ce que c'est corrigé? Est-ce que le problème existe toujours, le problème de saisie de données? Si oui, quelles actions ont été prises?

**Mme Malo (Isabelle):** Je vais laisser la parole à M. Plante, mais vous dire qu'on ne se défile pas en disant que c'est un problème de saisie de données. C'est notamment un problème de saisie de données qui a été bien capté, je vous dirais, l'année dernière et sur lequel on a travaillé très fort, cette année, pour améliorer la situation parce qu'on s'est rendu compte, effectivement, qu'il y avait des gens sur les listes d'attente et que ce n'était pas approprié, et puis là, bien, dans le fond, ça faisait aussi... ça ne traduisait pas bien nos résultats.

Mais il faut travailler aussi, je vous dirais, au niveau de la planification des programmes opératoires, à s'assurer que, là où il y a des délais plus courts, notamment pour les gens qui ont besoin de prothèses totales de hanche ou de genou, de s'assurer que les respects sont vraiment respectés. Et ça nous prend la collaboration, évidemment, et la disponibilité des orthopédistes pour faire ça. M. Plante.

**M. Plante (Michel):** Oui, vous avez tout à fait raison de le souligner, on a eu des problèmes qu'on a identifiés au point de vue de la saisie de certaines données par rapport à la chirurgie de la hanche et du genou, dans le sens où on inscrivait très tôt ces personnes-là sans nécessairement avoir de requête opératoire, dans un premier temps. Deuxième temps, on évaluait mal certaines périodes d'examen préopératoire qui ont fait en sorte qu'on est venus allonger des temps d'une façon un peu virtuelle.

Ce qu'on a fait, c'est: avec chacun des centres, on a revu les modes de processus de saisie de ces données-là. Parce que c'est un immense système qu'on vient d'instaurer il y a peut-être à peu près trois ans dans le réseau de la santé, trois ou quatre ans, dans tout le plan d'accès aux services spécialisés. Donc, on les prend tranche par tranche dans ce système-là. On a eu des écueils avec les chirurgies ciblées des hanches et du genou, mais actuellement on travaille avec chacun des établissements pour revoir ces processus-là, les choses s'améliorent et on rentre dans les cibles progressivement.

Vous aviez souligné — puis je vais juste glisser un petit peu, rapidement — les délais en oncologie, où, là, on ne respecte pas tout à fait les cibles. Ce sont de nouvelles cibles. Actuellement, on est aux alentours de 61 %, 62 % sur une cible de 70 % de chirurgies réalisées à l'intérieur de 28 jours. Encore là, ce n'est pas un problème de saisie de données, c'est un problème d'identification des cas, ce qu'on appelle les suspicions de cancer. On travaille avec nos chirurgiens actuellement pour qu'ils puissent mieux les identifier dans leurs requêtes opératoires pour qu'ils soient priorisés à ce niveau-là parce qu'à la fin de ce système-là, par type de chirurgie réalisée, arrive un délai cible, et c'est là qu'on doit véritablement s'assurer que les chirurgiens... qu'ils déclarent ces suspicions de cancer là.

Ceci dit, il y a deux cibles dans ce volet-là: 70 % à l'intérieur de 28 jours; 90 % à l'intérieur de 56 jours. Sur cette deuxième cible là, on est aux alentours de 86 %, 87 %. Donc, il faut retravailler à bien saisir les données, identifier convenablement les suspicions de cancer et surtout faire en sorte que, dans nos priorités opératoires, avec les collègues chirurgiens... de les prioriser réellement. Mais, ceci dit, lorsqu'on regarde nos pourcentages, on s'aperçoit que c'est un nombre assez relativement petit de cas.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, M. le député de Dubuc. Alors, Mme la députée de Groulx, vous avez deux blocs de 5 minutes. Pour votre premier bloc de 5 minutes.

**Mme Daneault:** Je vais essayer d'être rapide. Bien, merci, merci pour l'excellente présentation. Je vais être concise parce que je n'ai pas beaucoup de temps.

Je voulais poser la question. Vous avez 10 GMF sur votre territoire. Je voulais savoir où vous en étiez dans l'informatique au niveau des groupes de médecins de famille. Est-ce qu'ils sont en communication avec les centres hospitaliers ou c'est seulement à l'intérieur des GMF, l'informatique? Première question.

Et est-ce que vous avez des corridors d'accès offerts aux groupes de médecins de famille vis-à-vis les centres hospitaliers, les différents centres hospitaliers de votre région?

● (11 heures) ●

**Mme Malo (Isabelle):** Sur les 10 groupes de médecine familiale, si je ne me trompe pas, sept sont déjà réseautés avec les centres de santé et de services sociaux, donc davantage les deux qui sont à Rimouski, actuellement qui sont en processus d'informatisation parce que c'est des groupes de médecine familiale plus nouveaux, et il y a celui du Kamouraska, qui est un groupe de médecine familiale qui n'a pas choisi d'aller vers le même applicatif que les autres groupes de médecine familiale ont choisi dans la région, pour lesquels on a encore un enjeu de créer un lien informatique avec le CSSS.

Mais on est très sensibilisés à la question et puis on pense pouvoir adresser la problématique avec la nouvelle entente FMOQ-MSSS qui a été signée dernièrement, cet automne, de façon à s'assurer qu'à travers une nouvelle mobilisation régionale on va s'assurer, là, que tous les groupes de médecine familiale non seulement vont être informatisés, mais vont être réseautés et vont avoir accès à tous les résultats de laboratoire radiologie présents dans la région. Je ne sais pas si M. Plante et M. Saint-Laurent veulent compléter.

**M. Plante (Michel):** Peut-être pour une précision. Il faut comprendre que, dans la région du Bas-Saint-Laurent, depuis 2005-2006, dans le volet des GMF notamment, on a mis en place ce qu'on appelle la CMV, la clinique médicale virtuelle. C'est un DME, un dossier médical électronique, où, avec le consentement du patient, on a fait en sorte de partager à l'ensemble de la communauté médicale que le patient autorise à avoir accès l'ensemble de ses résultats. C'est une avancée, quelque chose qui est très, très significatif pour nos médecins. Et actuellement, dans la révision de ce modèle-là, avec

l'entente de la FMOQ et du ministère, on a encore tout dernièrement obtenu l'accord de nos 10 chefs de GMF, en disant: Écoutez, il faut maintenir ce même objectif-là pour assurer la fluidité, la continuité de l'information clinique pour le patient auprès de tous les médecins auxquels il a accès.

**Mme Malo (Isabelle):** Donc, c'est encore en consolidation, mais on est très avancés comme région à ce niveau-là.

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

**Mme Daneault:** Oui. Les coûts qui sont rattachés à ça, est-ce que vous les connaissez?

**Mme Malo (Isabelle):** Les coûts. Oui, oui!

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Bergman):** Présentez-vous aux tables, s'il vous plaît.

**Une voix:** Pardon?

**Le Président (M. Bergman):** Présentez-vous aux tables, s'il vous plaît.

**M. St-Laurent (Marc):** Au niveau des coûts, pour ce projet-là, qu'on a consentis depuis 2004... Parce qu'en fait ce programme-là était un programme qui était expérimental initialement. Nous avons fourni un soutien pour les serveurs qui étaient implantés au technocentre, un soutien au niveau pilotes cliniques, au niveau des chargés de projet. On a contribué également à assumer les coûts de licence pour les différentes cliniques. Alors, exemple, au niveau des licences et des... c'était un montant de 150 000 \$ par année qu'on consacre à ça, et, au niveau des ressources, donc, c'est deux ressources qui sont consacrées, ce qui correspond environ à un montant à peu près équivalent de 150 000 \$.

**Le Président (M. Bergman):** Est-ce qu'on peut avoir votre nom, s'il vous plaît, monsieur?

**M. St-Laurent (Marc):** Marc St-Laurent, directeur régional des ressources informationnelles.

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

**Mme Daneault:** Ce que je comprends: c'est 150 000 \$ récurrents annuellement pour l'ensemble des services informationnels de votre agence. C'est ça?

**M. St-Laurent (Marc):** Non, du tout. Là, ce que je parle, c'est spécifiquement pour le soutien du programme d'informatisation première ligne, le DME, qu'on avait mis en place bien avant qu'il y ait un programme de négocié avec la FMOQ. C'est ce qui nous a permis d'avoir actuellement 100 médecins qui utilisent régulièrement la clinique médicale virtuelle, la CMV. D'ailleurs, à ce niveau-là, on a les résultats de laboratoire, l'imagerie, on a quatre cliniques qui ont commencé à faire la numérisation des notes cliniques. Alors, on a donc des cliniques qui sont vraiment presque passées au sans papier.

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

**Mme Vallée:** Alors, bonjour, Mme Malo, bonjour, Mme Bérubé, messieurs. C'est un plaisir de vous voir et de vous entendre, surtout sur l'état de votre agence, l'état de santé de votre agence, finalement.

Je me préoccupe beaucoup de la question des jeunes qui sont hébergés en centre jeunesse, d'autant plus que, dans mes anciennes fonctions parlementaires, j'ai eu la chance de travailler étroitement avec la mise en oeuvre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. Alors, vous ne serez pas surpris de m'entendre vous questionner sur le déploiement du PQJ, du Programme de qualification des jeunes sur votre territoire. Je vous donne un petit peu ma préoccupation, c'est que j'entends un peu à travers les branches que le PQJ, en région, est implanté effectivement dans les centres urbains, mais qu'on rejoint les jeunes des communautés rurales. Et je vous entendais, et puis là, là, c'était de la musique à mes oreilles, parce que vous sembleriez avoir une sensibilité très particulière à l'isolement des jeunes des communautés rurales de votre région. Et effectivement je voyais dans le rapport que vous aviez 10 jeunes pris en charge dans les services des PQJ et je me disais: Est-ce que ces 10 jeunes là sont à Rimouski ou est-ce qu'ils demeurent dans leur territoire?

Alors, j'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu comment se met en oeuvre le Programme de qualification des jeunes dans votre territoire.

**Mme Malo (Isabelle):** Je vais laisser la parole à Mme Bérubé particulièrement, mais ce que je peux vous assurer, c'est qu'on a une direction de centre jeunesse qui est extraordinaire, je veux le mentionner. Parce que souvent on entend parler des centres jeunesse puis on peut se faire les détracteurs des soins et services qu'ils offrent aux jeunes. On a un centre jeunesse qui est extrêmement bien structuré, très performant. Et le Programme de qualification des jeunes, c'est une réalité. D'ailleurs, la structure même de notre centre jeunesse fait en sorte qu'il y a des points de service dans chacun des territoires

de MRC. Ce n'est pas centralisé à Rimouski ou à Rivière-du-Loup, mais il y a vraiment des équipes dédiées qui travaillent sur le terrain auprès des jeunes dans chacun des territoires de MRC. Cathy, je vais te laisser compléter.

**Mme Bérubé (Cathy):** Bien, ça va dans le même sens, dans le sens que finalement on essaie de déconcentrer l'offre de services, ce qui fait qu'en autant que faire se peut on répond plus dans les milieux plus locaux plutôt que de centraliser cette offre de services là. Ça fait que c'est bon pour ce programme-là, mais l'ensemble des services aussi.

**Mme Vallée:** Est-ce qu'il existe, sur votre territoire, un centre d'hébergement pour les jeunes adultes 18-30 ans qui pourraient avoir besoin d'être encadrés dans leur cheminement, dans leur début de vie adulte, et qui pourrait parallèlement être mis en place ou qui est mis en place en collaboration avec les services offerts par les intervenants du Programme de qualification des jeunes?

**Mme Malo (Isabelle):** Non. Il n'y pas de centre d'hébergement parce que vous comprenez que, compte tenu des masses critiques, dans une région comme la nôtre, pour avoir des volumes suffisants, il faudrait peut-être prendre un jeune de Matane puis l'amener au Kamouraska, puis, bon, on ne veut pas non plus déraciner les jeunes.

Par contre, dans le Programme de qualification, le centre jeunesse s'assure, dans son offre de services, d'avoir des appartements ou des types d'appartements, là, qui sont davantage supervisés dans le programme de transition vers l'âge adulte pour s'assurer que les jeunes sont suivis et ne sont pas laissés à eux-mêmes à l'arrivée de 18 ans.

**Mme Vallée:** Vous en avez combien, comme ça, des appartements supervisés sur le territoire?

**Mme Malo (Isabelle):** Je n'ai aucune idée du nombre...

**Mme Bérubé (Cathy):** C'est variable parce qu'on s'adapte vraiment en fonction des besoins. Ça veut dire qu'à un moment donnée ça se peut qu'on n'en ait pas du tout, puis il arrive un besoin, à ce moment-là on négocie comme à la pièce avec des promoteurs pour tenter de répondre au mieux aux besoins de ces gens-là.

**Mme Vallée:** Et comment... de quelle façon vous l'articulez sur le territoire, vous prenez en charge? Quelle est la portion qui est prise en charge par l'agence, par le jeune? Comment vous fonctionnez? Parce que c'est très variable d'une région à l'autre.

**Mme Malo (Isabelle):** Moi, je n'ai pas le fin détail, malheureusement, mais on pourrait vous revenir avec la réponse si vous le souhaitez. Je sais que c'est particulièrement pris en charge par le centre jeunesse. Le centre jeunesse, à même sa façon de gérer ses ressources, c'est organisé pour être capable de répondre à ces besoins-là. Donc, on nous interpelle spécifiquement à ce niveau-là très rarement, je vous dirais. Mme Bêche et son équipe... et son conseil d'administration, dans le fond, assument totalement leurs responsabilités. Nous, on est en vigie, en soutien aux besoins. Mais je n'ai pas la donnée fine que vous me demandez.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo, pour la suite de cette réponse, si vous pouvez déposer ça avec les extraits de la commission pour qu'on envoie la réponse à tous les membres, si vous faites une suite de cette réponse.

**Mme Vallée:** Je vais attendre les suites avec beaucoup d'intérêt parce que c'est...

**Mme Malo (Isabelle):** Parfait.

**Mme Vallée:** ...votre façon de faire semble un petit peu différente des façons qu'on peut voir dans d'autres régions, puis ça peut être une source d'inspiration aussi pour ceux qui cherchent à travailler... Je vois Mme Bérubé qui fait signe.

**Mme Bérubé (Cathy):** Je voulais juste vous dire qu'à l'intérieur des deux dernières années moi, je n'ai jamais eu de demande qui s'est rendue à l'agence dans ce sens-là. Tu sais, ça va dans le sens que Mme Malo disait, c'est comme géré à l'intérieur du centre jeunesse.

**Mme Malo (Isabelle):** Mais on va vous chercher l'information puis on va vous la faire suivre, ne craignez pas.

**Mme Vallée:** Merci. Toujours dans le dossier des centres jeunesse, vous avez souligné l'excellence de vos intervenants et l'excellence de votre centre jeunesse. Comment se fait le recrutement des familles d'accueil? Parce que ça aussi, c'est un élément qui a défrayé la manchette au cours de la dernière année, les manques de ressources, les difficultés qu'ont certains centres jeunesse d'aller chercher les familles d'accueil, d'intéresser les citoyens à devenir famille d'accueil. On se rappelle de certaines publicités qui étaient dans différents quotidiens, où on voyait la binette d'un jeune enfant qui recherchait une famille d'accueil. Donc, sur un territoire comme le vôtre, qui est aussi vaste, qui est aussi éclaté, comment se fait ce recrutement-là?

● (11 h 10) ●

**Mme Malo (Isabelle):** À ma connaissance à moi, écoutez, puis je ne suis pas une spécialiste de la question, mais il n'y a pas eu de grandes campagnes, on n'a pas besoin de faire ça. Le réseau des centres jeunesse, dans notre territoire,

est déjà bien implanté. Donc, je vous dirais qu'au besoin ils vont passer peut-être des fois, occasionnellement, certaines publicités, puis encore, je n'en vois pas très, très souvent.

Mais c'est un réseau qui est bien structuré. Je sais qu'il y a même eu une certaine réduction du nombre de places au cours de la dernière année. Parce que le centre jeunesse se gardait toujours même un bassin assez significatif de places disponibles au cas où. Mais il y avait beaucoup de «au cas où», alors... Et puis ça, c'est des frais aussi, là, pour l'établissement. Donc, ils ont réduit un peu le nombre de places. Et les ressources sont présentes dans chaque territoire de MRC. Donc, ça se fait par les contacts, par le bouche à oreille, par des stratégies de recrutement. Je sais qu'il y a des personnes qui sont dédiées, aux centres jeunesse, au volet ressources, donc qui travaillent activement, là, à s'assurer que le nombre de places disponibles dans la région est suffisant.

**Mme Bérubé (Cathy):** Puis actuellement on a 245 places RTF puis sept IRI pour centres jeunesse. Puis habituellement, quand il y a des besoins plus spécifiques, là, plus criants, je dirais, ils peuvent à la limite aller en appel d'offres, ce qui est extrêmement rare parce que le réseau est assez tissé serré. Puis des fois aussi ils ont comme un réseau, je dirais, comme une espèce de liste d'attente, là, de familles d'accueil où ils peuvent aller chercher des familles d'accueil à ce niveau-là pour renforcer s'il y a des besoins comme spécifiques. Puis des fois aussi, ils y vont comme à la pièce, tu sais, pour un besoin spécifique pour un enfant, bien, des fois, il peut y avoir un jumelage comme ça plus personnalisé qui est fait aussi, là.

**Mme Vallée:** Vous avez mis également un programme d'intervention en négligence, le programme EnTrain. Je comprends que ce n'est pas tous les CSSS qui offrent ce programme-là, mais j'aimerais vous entendre un petit peu sur le programme EnTrain.

**Mme Bérubé (Cathy):** Le programme EnTrain, c'est un programme de négligence. Actuellement, il est déployé dans six territoires de CSSS et, d'ici le printemps, il devrait être déployé dans les deux autres... un début, c'est-à-dire, de déploiement dans les deux territoires qui ne l'avaient pas implanté à venir jusqu'à présent. C'est des rencontres particulièrement en groupe avec les parents qui ont ces besoins-là.

Ce qu'on a fait aussi, c'est Initiative AIDES. Ça, c'est un projet qu'on commence, là, dans la région, c'est un peu en lien avec COSMOSS. Et puis on va chercher tout le réseautage de la communauté. C'est un projet qui est parti en Angleterre, et puis, en Angleterre, les chercheurs qui avaient identifié ce projet-là se disaient: Ça ne se peut comme pas que tout le monde de la communauté soit au courant de ce projet-là. Ils ont fait comme le test, ils se sont promenés dans la rue et ils demandaient aux gens, aux policiers, à M. et Mme Tout-le-monde: Est-ce que vous connaissez AIDES? Et les gens disaient oui. Alors là, ils ont vu que c'était une solution qui était très, très intéressante, parce que c'est tout un continuum pour les enfants, pour s'assurer qu'on réponde tout le temps aux besoins de ces gens-là, autant au niveau du scolaire, au niveau familiale, à tous, tous les niveaux, autant aux dépanneurs, partout où les enfants peuvent avoir des services à différents niveaux.

**Mme Vallée:** ...justement la référence au programme AIDES, puis j'aimerais... Quelle est la distinction entre le programme AIDES et l'Engagement jeunesse? Parce que l'Engagement jeunesse, qui était également prévu à la Stratégie d'action jeunesse, c'est ça que ça se voulait, c'est-à-dire, c'était un réseautage sur les territoires de tous les services destinés aux gens jeunes puis éviter qu'un jeune recommence à chaque fois son histoire auprès d'un intervenant, qu'il y ait un continuum de services justement d'un intervenant à l'autre et que les intervenants, entre eux, sachent où référer le jeune plutôt que de le laisser glisser parfois, là, entre deux dossiers ou entre deux bureaux. L'objectif de l'Engagement jeunesse c'était justement ce réseautage-là. Alors, quelle est la distinction entre AIDES et l'Engagement jeunesse?

**Mme Bérubé (Cathy):** AIDES, je dirais, il est plus restrictif, dans le sens que c'est un programme négligence en CSSS, un programme de première ligne qui a un lien avec la deuxième ligne, avec le centre jeunesse, parce que c'est vraiment un partenariat. C'est sûr qu'il y a des liens avec le COSMOSS pour aller chercher la communauté, mais Initiative AIDES est encore plus large que ça, dans le sens qu'Initiative AIDES englobe à la fois le programme EnTrain, en négligence, avec le COSMOSS et l'ensemble de la communauté. C'est vraiment un projet de société écosystémique.

**Mme Vallée:** Merci.

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

**Mme Proulx:** Oui. Alors, je voudrais vous parler de vos résultats financiers. On constate que vous avez atteint l'équilibre budgétaire, ce qui est tout à fait... tout à fait louable. Je regarde quand même les résultats. Si on prend les résultats des trois centres, il y a des écarts importants entre l'année financière 2010-2011 et 2012-2013 où on est parti de... le déficit à, pour certains, des surplus quand même importants.

Donc, j'aimerais vous entendre sur quelles ont été les bonnes pratiques que vous avez pu mettre en place pour atteindre cet équilibre budgétaire sans affecter nécessairement les services. Alors, on sait que les besoins sont grands, les ressources sont limitées, il y a des défis, il y a un arbitrage important à faire dans chacun des projets en fonction des priorités établies, mais comment vous avez pu... Quels ont été les éléments sur lesquels vous êtes intervenus pour retrouver l'équilibre budgétaire?

**Mme Malo (Isabelle):** Suivi étroit, responsabilisation, je vous dirais. Il nous faut, comme équipe agence — et ça fait partie de notre rôle — être en lien continu non seulement avec les directions d'établissement, mais avec les directions des finances des organisations. Il faut auditer, dans le fond, les états de résultats périodiques de façon continue. Puis on ne commence pas à la période 8 ou à la période 9 à regarder les résultats budgétaires des organisations.

Moi, ça va faire deux ans bientôt que je suis à l'agence du Bas-Saint-Laurent et je vous dirais que le suivi budgétaire des organisations, c'est une préoccupation de tous les instants dont je me mêle directement comme P.D.G., en collaboration avec l'équipe agence. Donc, on a des rencontres avec les établissements, les directeurs des finances, mais également les directeurs généraux. Au besoin, je contacte personnellement les présidents de conseil d'administration aussi si je sens qu'il y a un glissement qui se produit. On regarde les projets d'optimisation aussi, c'est extrêmement important. On est dans des années de restrictions budgétaires, donc on veut s'assurer que les établissements ne sont pas à la dernière minute non plus dans l'actualisation des mesures de réductions budgétaires.

Donc, certaines organisations ont présenté un surplus l'année dernière, mais on peut notamment constater que c'est parce qu'elles avaient pris de l'avance dans leur plan d'optimisation, qui va se poursuivre jusqu'à l'année 2014 par des mesures structurantes. On s'assure aussi que, si l'établissement nous propose des mesures qui peuvent avoir un impact d'une quelque façon que ce soit sur l'offre de services à la population, ils nous soumettent... ils nous les soumettent et on doit les approuver.

Donc, évidemment, c'est vraiment une question de suivi étroit, rigoureux, mais d'abord et avant tout de responsabilisation des personnes, de courage managérial, de rigueur. Et puis il faut revenir avec notre discours continuellement, en disant: On gère des deniers publics, et ça doit se faire de façon rigoureuse. Et l'équilibre budgétaire, ce n'est pas une option, c'est une obligation légale. Et puis on est tenaces, on est vraiment tenaces, donc.

Mais ça se fait en collégialité, ça se fait ensemble, ça se fait avec les établissements. Quand les établissements, ils comprennent qu'on est là pour les aider puis les soutenir à atteindre une performance financière puis qu'ils ne nous voient pas comme l'imposition nationale et qui arrive — ou régionale — avec sa matraque, bien, on développe des liens de collaboration et de confiance, puis ils acceptent de mettre leur fragilité sur la table, puis on accepte de les regarder avec eux. Mais...

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

**Mme Malo (Isabelle):** ...tout n'est pas facile, hein?

**M. Claveau:** ...Mme Malo, de vos explications. On voit qu'il y a beaucoup d'écart, par exemple, entre certains CSS qui étaient déficitaires, Témiscouata, Basques, Rimouski, 500 389 \$, 440 000 \$, pour, par la suite, dégager un surplus en 2011-2012. Aussi, également, si on regarde dans l'ensemble des établissements, c'est les écarts, là: 2009-2010, il y avait un surplus de 985 000 \$; 2010-2011, 43 000 \$; et 2011-2012, 2 927 000 \$. Alors, comment vous expliquez les écarts? Est-ce que vous vous êtes attaqués spécialement à ceux qui avaient le plus de difficulté ou... je ne sais pas quoi, là.

**Mme Malo (Isabelle):** C'est sûr...

**M. Claveau:** Mais vous avez une recette, peut-être, qui serait à aller reproduire ailleurs dans certains cas?

**Mme Malo (Isabelle):** J'aimerais ça vous dire qu'on a une recette particulière. Puis, à moins que M. Pineau me contredise, on n'a pas de recette particulière. C'est sûr que, quand un établissement présente des fragilités puis qu'il a de la misère à arriver, bien, on prend le taureau par les cornes puis on s'assure qu'il va mettre des mesures structurantes qui vont pouvoir pérenniser. Mettre des mesures ad hoc non récurrentes, là, c'est joli, ça peut donner des beaux résultats à court terme, mais ça n'assure pas la pérennité à long terme.

Donc, quand on se rend compte qu'un établissement est vraiment en fragilité — puis on a une situation, là, en 2012-2013, là, dans un établissement — bien, c'est de travailler sur des mesures structurantes, regarder qu'est-ce qui a fait qu'il y a eu un glissement qui s'est installé. Des fois, c'est une grosse chose, des fois, c'est une somme de petites choses ou il y a eu un glissement dans la vigie, je vais dire ça comme ça. Des fois, il arrive des impondérables aussi, hors du contrôle de l'organisation. Mais c'est de bien capter la problématique à la base puis d'adresser les enjeux.

Donc, j'aimerais vous dire que j'ai une solution miracle. Oui, il y a des fluctuations, puis c'est correct parce que, dans un établissement une année, il peut y avoir, je ne sais pas, moi, une situation d'affluence parce qu'il y a de la grippe de façon importante dans un territoire, le taux de vaccination a été en baisse, les infections nosocomiales — mon collègue me chuchote — qui peuvent être importantes. Donc, budgétairement parlant, une organisation, ce n'est pas monocorde, hein? Ça fluctue continuellement. Il peut y avoir des fois des coûts de mazout, des coûts d'assurance salaire qui peuvent avoir un impact important sur la stabilité budgétaire d'une organisation. Donc, notre devoir à nous, c'est de supporter l'établissement, de bien comprendre le phénomène puis d'appliquer les bonnes mesures pour redresser la situation.

● (11 h 20) ●

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. Moi, j'avais une autre question. Quand vous avez parlé tantôt — attendez que je reprenne ma petite note, là — des corridors de services pour améliorer au niveau de la santé mentale, j'aimerais vous entendre, madame, sur... vos idées là-dessus puis les choses que vous envisagez mettre en place. Je pense que ça pourrait être utile peut-être à d'autres organisations. Parce que je sais que c'est un secteur qui est un peu chatouilleux au niveau des collaborations. Ce n'est pas toujours simple, ce secteur-là. Puis on sait qu'on a d'énormes besoins à la grandeur du Québec à ce niveau-là aussi. Ça fait que j'aimerais vous entendre sur vos idées.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui. J'aimerais qu'elles soient miraculeuses, mais je pense qu'on a bien compris, comme région, là où étaient nos écueils. Puis on identifie que nos principaux écueils, c'est justement dans les continuums de services, comme Mme Bérubé a mentionné tout à l'heure en tout cas, et ça, c'est frais de la dernière année, là, suite à l'audit qu'on a fait.

Quand on rencontre les médecins du territoire — et M. Plante a fait une tournée, là, de plusieurs groupes de médecine familiale au cours de l'automne parce que plusieurs GMF sont en renouvellement — je vous dirais qu'à peu près tous les médecins nous ont dit que les relations ou, enfin, les communications dans les corridors de services en santé mentale étaient relativement ténues. Parce qu'on leur a posé la question, on voulait valider l'information qu'on avait recueillie sur le terrain, et cet énoncé-là, là, il se confirme à peu près partout, dans tous les territoires de MRC.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Vous avez dit «ténues»?

**Mme Malo (Isabelle):** Oui, très, très peu, là, donc très, très peu.

**Mme Gadoury-Hamelin:** O.K., c'est bon.

**Mme Malo (Isabelle):** Donc, on s'est dit: Bien, O.K., il y a là vraiment un enjeu. On l'a identifié comme étant un élément sur lequel il faut vraiment travailler. Notre défi pour l'heure et ce qu'on a convenu au niveau de notre équipe agence, c'est qu'on allait se créer un petit comité, je vous dirais, d'acteurs de première ligne, de médecins omnipraticiens, de médecins psychiatres, probablement avec quelques professionnels de l'agence, et on va réfléchir à quels sont les mécanismes ou les outils qu'on pourrait mettre en place au cours des deux, trois prochaines années pour améliorer la fluidité dans les continuums, la circulation de l'information. Les gens ne savent pas souvent ce qui se passe au niveau des interventions de première ligne, les médecins omnipraticiens ne sont pas au courant des interventions qui sont faites par les équipes de première ligne sur le terrain. Ça nuit, je vous dirais...

**Une voix:** ...

**Mme Malo (Isabelle):** ...non, puis ça nuit à avoir un vrai plan de services intégrés pour les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale.

Par ailleurs, on se rend compte qu'on a mis beaucoup d'efforts, dans notre région, au cours de la dernière décennie, sur la prévention du suicide, et ça, ça a donné des résultats extrêmement intéressants. On était une région qui avait un taux très, très élevé puis on a réussi à contrer ça. Le défi reste présent, puis il faut continuer à s'en occuper, mais, quand on identifie une problématique puis qu'on met des actions — comme là, on a mis vraiment des équipes d'intervention en prévention du suicide dans les territoires — on peut arriver à changer les choses. Alors, moi, je pense qu'avec les actions qu'on veut mettre en place au niveau de la circulation de l'information et des continuums de services... Évidemment, on souhaiterait avoir des outils informatisés. À court terme, ce n'est peut-être pas possible dans ce domaine-là, mais c'est quand même possible de se donner des mécanismes, des stratégies et puis de faire en sorte que les acteurs aussi, sur le terrain, se connaissent mieux dans les territoires.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Qu'ils soient plus en confiance.

**Mme Malo (Isabelle):** Exact, exact. Oui, il y a un problème de confiance dans les différents paliers...

**Mme Gadoury-Hamelin:** ...de partage, oui.

**Mme Malo (Isabelle):** ...puis moi, je pense, en tout cas, de ma perception à moi, puis c'est partagé avec mon équipe, que, si on réussissait à adresser ce défi-là, probablement que la continuité et la qualité des soins et services pour les personnes qui souffrent de santé mentale seraient nettement améliorées.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, Mme Malo.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Je pense que vous faites un bon diagnostic.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, Mme Malo. Mme la députée de Groulx, vous avez 5 min 30 s.

**Mme Daneault:** Je continue dans le domaine de la santé mentale. Est-ce que vous avez, sur votre territoire, des psychiatres répondants?

**Mme Malo (Isabelle):** Oui. Je peux vous laisser en parler, mais... La réponse, c'est oui, puis ça reste à consolider par ailleurs.

**M. Plante (Michel):** On a la partie ouest du territoire qui est dotée d'un psychiatre répondant et on est en démarche pour en trouver pour la partie est. Mais, ce qu'on nous dit actuellement, le psychiatre répondant, avec toute l'équipe de l'ouest du territoire, donc c'est le KRTB, Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques, c'est un apport très significatif dans la pratique médicale.

**Mme Daneault:** Votre délai d'attente est de combien, le savez-vous, pour une consultation?

**M. Plante (Michel):** Oh! Ça se fait excessivement rapidement. On est des petites équipes puis les gens se connaissent. Le psychiatre répondant, il faut s'en souvenir, son but, c'est de soutenir l'omni dans sa pratique, pas selon ses cas référés mais dans sa compréhension des problématiques. Et le psychiatre répondant que nous avons, le Dr De la Sablonnière, actuellement, est très efficace pour assurer le retour auprès des demandes de ses collègues.

**Mme St-Amand:** Ce que je comprends, c'est que vous allez l'étendre à l'ensemble du territoire.

**M. Plante (Michel):** C'est notre volonté, mais il faut trouver la bonne personne, qu'il y ait quelqu'un qui se propose aussi.

**Mme Malo (Isabelle):** Dans les deux territoires aussi, est, ouest, il y a toujours, à tous les jours, un psychiatre de garde, 24/7. Donc, on s'assure, dans le fond, que les médecins omnipraticiens ou les équipes de première ligne qui ont besoin d'avoir accès rapidement à un psychiatre ont accès à un psychiatre de garde en tout temps.

**Mme Daneault:** Est-ce que les généralistes des groupes de médecins de famille ont accès aussi à des corridors d'accès privilégiés pour l'ensemble des spécialités ou seulement en psychiatrie?

**M. Plante (Michel):** L'ensemble des spécialités, non, je ne pense pas. Les ententes qu'on a souvent, c'est l'accès au plateau technique, aux cliniques externes spécialisées dans certains domaines. On a aussi, sur le territoire, l'accueil clinique qui existe, qui est amplement utilisé dans le CSSS de Rimouski-Neigette pour justement faciliter, pour les cas subaigus, l'accès à une consultation à spécialité. Donc, ce sont des outils qu'on installe progressivement.

Il faut comprendre que... Tout à l'heure, on parlait de l'importance de la circulation de l'information clinique. Ça aussi, c'est le défi qu'on a de faire adjoindre tant l'organisation des services, les corridors de services que faciliter aussi la circulation de l'information clinique. C'est l'un des très grands défis qu'on a, là, surtout dans une optique de consolidation et de primauté de première ligne.

**Mme Daneault:** Avez-vous noté des résultats depuis l'instauration des corridors d'accès au niveau du temps d'attente à l'urgence?

**Mme Malo (Isabelle):** Vous savez, on n'a pas d'enjeu particulier à l'urgence dans notre région. Notre durée moyenne de séjour sur civière dans l'ensemble des établissements, en tout cas dans la moyenne des établissements, est bien en deçà de 11 heures. À la dernière période, on était à 8,8 heures de durée moyenne de séjour globalement dans la région.

Il y a deux établissements qui présentent certaines fragilités. Rimouski-Neigette notamment, c'est le plus gros centre. Évidemment, durant la période des fêtes, pas besoin de vous dire que... avec la grippe, on a rencontré là tout un défi. Mais, dans la majorité des autres territoires de MRC, je vous dirais que ça va très, très bien au niveau de la durée moyenne de séjour sur civière.

Ce qu'on fait avec Rimouski puis Rivière-du-Loup, c'est que, compte tenu qu'on a constaté les fragilités au cours... depuis le milieu de l'automne, on leur a demandé, de façon spécifique, de nous faire un plan d'action et d'amélioration et de ne pas s'occuper seulement de ce qui se passe à l'urgence — c'est qu'est-ce qui se passe en amont puis qu'est-ce qui se passe dans le centre hospitalier qui fait que, des fois, les gens restent dans les lits de courte durée, qu'il y a des personnes en fin de soins actifs qui occupent des lits dans des proportions trop significatives à notre goût — et puis, dans le fond, de regarder l'ensemble du continuum. Donc, quand on leur demande de travailler, et ce qui est le cas actuellement, un plan d'amélioration de la performance de l'urgence, on ne travaille pas juste sur l'urgence, on travaille sur le continuum autour, en amont et en aval. Et c'est sur ça qu'on travaille actuellement avec eux. D'ailleurs, je pense que, cette semaine et même la semaine prochaine, on a des rencontres avec les deux centres hospitaliers, là, pour lesquels on considère que la performance à l'urgence reste à améliorer.

**Mme Daneault:** Merci.

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

**Mme de Santis:** Merci, M. le Président. Bravo, félicitations, Mme Malo et votre équipe, vous faites un très bon travail. Mais ma tâche, c'est de poser des questions. Alors, j'ai une très courte question sur les GMF, mais je veux parler plutôt de la santé mentale et de taux de suicide. D'abord, les GMF, et c'est très court. Dans votre rapport, vous avez indiqué que le GMF du Boisé Langevin a été implanté en janvier 2012, devenant ainsi le 11e GMF...

**Mme Malo (Isabelle):** C'est une erreur.

**Mme de Santis:** O.K. Parce que, partout, je vois qu'on fait référence à 10, et je me dis: Où est passé le 11e?

**Mme Malo (Isabelle):** Vous avez un très bon œil. C'est vraiment une coquille dans le document, parce qu'il y a 10 groupes de médecine familiale.

**Mme de Santis:** Merci. Maintenant, je veux passer à quelque chose qui me préoccupe un petit peu, parce que, dans votre rapport annuel, vous n'avez donné aucune information sur le pourcentage de personnes ayant des problèmes de santé mentale qui ont reçu des services de première ligne dans un délai de 30 jours. Il manque aussi les renseignements ou les informations sur le pourcentage de personnes ayant des problèmes de santé mentale qui ont reçu des services de deuxième et troisième ligne dans un délai de 60 jours. Je mentionne ça, d'un côté.

Je regarde un tableau qui a été publié sur le site du Commissaire à la santé et au bien-être, et là je vois que le taux ajusté de mortalité par suicide... vous êtes la région avec le deuxième plus grand taux de suicide. Je vois aussi que le délai moyen d'attente de l'utilisateur pour une première intervention en santé mentale, ça va à 88,8 jours, et là vous êtes 13e sur 15. C'est des choses que je trouve préoccupantes parce que je trouve que c'est aussi relié à un taux de suicide qui est très élevé. Et je vois aussi que le taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, et ça, c'est en pourcentage pour 2010 et 2011, là aussi vous êtes 13 sur 15, et c'est un taux assez élevé.

Alors, face à ça, je me demande: Pour le suicide, est-ce que vous avez des programmes de prévention? Qu'est-ce que vous faites particulièrement pour ce problème qui est assez important dans votre région? J'aimerais comprendre aussi pourquoi le taux de réadmission est tellement élevé et qu'est-ce que vous faites pour réduire ce taux. Et j'aimerais vous encourager que, dans l'avenir, d'inclure des renseignements dans votre rapport annuel. Je ne suis pas du domaine de la santé et je trouve ça difficile de suivre des rapports annuels que je dois lire et sur lesquels je dois commenter. Merci.

• (11 h 30) •

**Mme Malo (Isabelle):** Au niveau de la prévention du suicide...

**Le Président (M. Bergman):** Madame...

**Mme Malo (Isabelle):** Dr Maguire, pour la prévention du suicide.

**M. Maguire (Robert):** Vous en avez une bonne là. Au niveau de la prévention du suicide, évidemment j'essaie de me remémorer un tableau que j'ai vu jeudi ou vendredi dernier, qui devrait être publié prochainement par l'Institut national de la santé publique. Et, si je me souviens bien, il y a des années où c'était 60 et il y a des années où ça s'était amélioré de façon significative, c'était à peu près 20, si je me rappelle bien, ou quelque chose du genre. Mais c'est un tableau que vous n'avez probablement pas dans ce document-là, c'est un tableau, là, qui va sortir dans les prochains jours.

Par rapport à la prévention du suicide, ce qu'on a développé au cours des dernières années, c'est d'abord des groupes sentinelles. Il y a deux centres de prévention du suicide dans le Bas-Saint-Laurent, un à Rivière-du-Loup et un à Rimouski, et ces gens-là assurent une formation assez importante. Il y a entre 1 500 et 1 800... là, je ne suis pas nécessairement bon dans les chiffres, mais bon, mettons, 1 650 sentinelles qui ont été développées dans tout le territoire.

Et aussi ce qu'on avait développé au cours des dernières années, c'était un suivi, de s'assurer que les gens qui... On sait que les gens qui vont se suicider sont des gens qui ont des problèmes de santé mentale importants et souvent qui ont des périodes dépressives importantes. Et, quand on est capables de s'assurer que les gens vont pouvoir rencontrer assez rapidement leur médecin de famille, avoir une prescription d'antidépresseurs ou d'autres activités... Et là-dessus on a mis du financement pour que, entre le pharmacien, les gens du centre de santé et les omnipraticiens, il y ait un suivi qui puisse se faire pour s'assurer, par exemple, entre autres, que les gens prennent bien leurs médicaments.

C'est les grandes activités, là, je veux dire, essayer de faire en sorte que les gens, les omnipraticiens, les travailleurs du CSS, les pharmaciens, puissent s'assurer que, par exemple, les gens vont bien prendre leurs médicaments, et, comme je vous disais tout à l'heure par rapport aux groupes sentinelles, quand les gens ont besoin d'aide, bien, qu'ils puissent la recevoir assez rapidement.

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

**Mme de Santis:** O.K. Merci pour votre réponse. Et, quant au taux de réadmission dans les 30 jours, est-ce que vous avez prévu quelque chose pour réduire ce taux?

**Mme Bérubé (Cathy):** Peut-être juste au niveau des statistiques, tantôt, vous disiez qu'il n'y avait rien au niveau du rapport. Si vous le souhaitez, on pourrait vous les transmettre, là, les nombres de demandes, les délais moyens, premier service, deuxième service, tout ça. Si vous le souhaitez, on pourra vous les rendre disponibles. Tantôt, quelqu'un a posé la question à savoir c'était quoi, là, les idées pour organiser en santé mentale, tout ça...

**Mme de Santis:** Je m'excuse...

**Mme Bérubé (Cathy):** Oui?

**Mme de Santis:** Je ne crois pas que j'ai une réponse. Pourquoi le taux de réadmission est tellement élevé?

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, si tu me permets, Cathy? Je pense que c'est passablement en lien avec ce que je vous ai expliqué tout à l'heure. On a un problème de fluidité dans le continuum de services. Et, à partir du moment où les gens ont leur congé, il faut que l'équipe, par exemple, de l'hôpital psychiatrique de Rimouski ou de Rivière-du-Loup... il faut qu'il y ait une bonne prise en charge qui soit faite par le médecin de famille, que le médecin spécialiste en psychiatrie continue certaines interventions en externe, mais qu'il y ait quelqu'un qui prenne le relais aussi au niveau de la première ligne.

Et c'est là actuellement où, nous, on identifie qu'il y a des difficultés parce, lorsqu'il y a une fin d'épisode d'hospitalisation... je ne dis pas qu'il n'y a pas un sommaire d'hospitalisation qui est transmis au médecin traitant, mais la prise en charge par l'équipe de première ligne pour s'assurer de poursuivre les actions et les défis auxquels la personne qui souffre est confrontée, je pense que c'est là que le bât blesse. Et ça peut faire en sorte justement que les gens vont rapidement retourner à l'hôpital pour retourner chercher les soins et services dont ils ont besoin.

Donc, on a vraiment un travail à faire au niveau de cette circulation-là de l'information, je vous dirais, de la première ligne vers la deuxième ligne, mais de la deuxième ligne aussi vers la première ligne quand une personne a fini son épisode d'hospitalisation, où on considère qu'on a une fragilité, là, dans la circulation de l'information.

**Mme de Santis:** Qu'est-ce que vous pouvez faire de concret pour que cette situation-là change?

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, moi, je vous dirais qu'il faut qu'à chaque fois qu'il y a un client qui a une fin de soins actifs, que le médecin omnipraticien et que l'équipe de première ligne soient sollicités pour poursuivre l'intervention auprès du client. Ça peut se faire aussi en collaboration avec les organismes communautaires, les équipes de suivi d'intensité variable ou les équipes de suivi intensif dans le milieu, dépendamment des problématiques des jeunes. Mais il faut vraiment qu'il y ait une référence et une prise en charge qui soient faites.

**Mme de Santis:** Et vous allez l'encourager.

**Mme Malo (Isabelle):** Absolument. Et c'est là-dessus qu'il faut qu'on travaille. Puis on le sait, là, c'est toute la fluidité dans le suivi de la clientèle dans le continuum où on a une fragilité comme région.

**Mme de Santis:** Merci.

**Le Président (M. Bergman):** Merci. Alors, c'est le côté du gouvernement. C'est votre dernier bloc: vous avez 8 min 50 s. M. le député de Roberval.

**M. Trottier:** Oui. Merci, M. le Président. On entend souvent que, dans le domaine de la santé, il y a beaucoup de lourdeur d'administration, que ça coûte très cher, qu'il faudrait couper là-dedans. Qu'est-ce que vous en pensez? Puis est-ce que vous avez des suggestions par rapport à cet aspect?

**Mme Malo (Isabelle):** C'est une grande question. Dans notre région, même si on a choisi d'avoir huit CSSS, dont certains sont très petits, malgré tout, on a une performance, toutes proportions gardées, là, au niveau de l'équité entre les régions, de plus de 2 millions. Et c'est ce qui nous confirme, dans le fond, que «small» peut être aussi «beautiful» et que c'est possible, malgré une petite organisation locale, d'avoir des structures qui ne coûtent pas plus cher et qui rendent des services de proximité dans les différents territoires de MRC.

Je pense qu'au niveau des services administratifs il faut accepter aussi de lâcher prise un peu, en tout cas pour les années à venir, compte tenu des défis financiers auxquels on est confrontés. Et là je ne parle pas nécessairement de fusion d'établissements, mais on peut parler de mise en commun de plusieurs activités d'administration et de soutien entre les établissements. Un regroupement du traitement de la paie, là, ça, ça peut se faire sur une base régionale; ça pourrait même aller plus loin que ça à terme. Regrouper nos centres d'expertise en assurance salaire. Ça coûte très, très cher, avoir des équipes spécialisées ou des ressources spécialisées en suivi rigoureux des dossiers d'absentéisme dans chacun des établissements. Je pense que c'est des choses qu'on peut faire. Probablement qu'on développerait davantage d'expertise et qu'on pourrait améliorer notre performance comme réseau.

Au niveau des activités d'approvisionnement, on a développé, au cours des dernières années, quatre grands regroupements d'achats au niveau provincial, mais, même au niveau régional, il reste des activités d'achat dans chacun des établissements. Il y aurait possibilité de se regrouper régionalement, d'augmenter nos volumes d'achat, de développer des centres... d'entreposage, je vous dirais, sous-régionaux ou régionaux dans une région comme la nôtre, ce qui ferait en sorte qu'on pourrait avoir des économies d'échelle extrêmement significatives.

Donc, si on veut être capables de regarder la performance administrative et les coûts qui sont engendrés par l'administration, il faut être capables de mettre en commun des activités et des ressources, arrêter de regarder notre fonctionnement en silo, seulement par établissement, mais regarder tout ce qu'on peut mettre en commun qui ferait en sorte qu'on assurerait la pérennité des soins et services.

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

● (11 h 40) ●

**Mme Proulx:** Oui. Alors, vous avez, dans votre région, un bien grand défi lié notamment à votre très haut taux de personnes âgées, donc plus que la moyenne québécoise, et votre agence a atteint... En termes de programmes, là, liés à la perte d'autonomie liée au vieillissement et toute cette intégration du réseau spécifique, là, des services intégrés pour les personnes âgées, vous avez atteint une de vos trois cibles, notamment parce que vous avez dispensé plus d'heures que prévu, plus que ce que vous aviez ciblé pour les services de soutien à domicile.

Par contre, pour ce qui est de l'intégration du réseau des services intégrés pour les personnes âgées dans le milieu hospitalier, la cible n'est pas atteinte et même que les chiffres nous donneraient une diminution du degré d'implantation. Alors, vous avez comme mandat aussi de regarder, notamment avec vos trois centres, leur façon d'atteindre les objectifs

que vous vous êtes fixés. Quels sont les résultats que... cette analyse que vous faites, là, des trois CSSS? Est-ce qu'il y a des difficultés particulières d'intégration qui fait que les cibles ne sont pas atteintes?

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo.

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, il y a des défis importants d'intégration, hein, de l'approche adaptée en centre hospitalier, puis le déploiement du réseau de services intégrés, là, pour les personnes âgées, RSIPA, au niveau du soutien à domicile, les défis sont importants aussi parce qu'il y a plusieurs prérequis, et là ça oblige les établissements à vraiment travailler de façon différente.

Si je regarde l'approche adaptée en centre hospitalier, c'est une culture qu'il faut changer dans les centres hospitaliers, où on prend en charge la personne, elle a son épisode de soins actifs et souvent on contribue à sa perte d'autonomie, je vous dirais, en la laissant alitée pendant plusieurs jours, voire quelquefois plusieurs semaines. Donc, il faut vraiment travailler de l'entrée de la personne, je vous dirais, souvent par la porte de l'urgence — pas toujours, mais souvent par la porte de l'urgence — des programmes... de préparer le départ, la transition, s'assurer de mettre en place des programmes de marche à l'intérieur des centres hospitaliers, c'est peu dispendieux, mais ça peut faire toute la différence sur la pérennité de la condition de la personne à moyen terme. Donc, au niveau des centres hospitaliers, il y a beaucoup de travail à faire parce qu'on a des cultures à modifier de façon substantielle, pas des cultures récentes, hein, des cultures qui existent depuis 40 et 50 ans, où les gens, on les a habitués à les prendre en charge. Puis parfois, moins ils bougeaient, bien, mieux c'était.

Au niveau du réseau de services intégrés personnes âgées, il a fallu vraiment faire tout un travail au cours des dernières années — puis je vais laisser Mme Bérubé compléter ma réponse — mais vraiment pour aller regarder qu'est-ce qui se faisait au niveau de l'organisation des soins et services à domicile dans chacun des territoires des MRC. On a même, nous, dédié une ressource à ce dossier-là qui a fait vraiment une analyse diagnostique MRC par MRC pour voir comment les services de soutien à domicile étaient organisés, quelles étaient les structures de postes, le niveau d'intervention, la pertinence aussi des interventions, les révisions de cas, s'assurer que chaque client avait un plan d'intervention ou un plan de services intégrés selon ses problématiques et ses défis, augmenter le niveau d'intensité des services d'assistance aux personnes âgées. Donc, c'est tout un travail qui doit se faire au niveau des continuums.

Au niveau des heures de prestation de services directs, on trouve que ça va bien puis on réussit à atteindre les cibles. Parce qu'on a réalisé qu'on avait du gros ménage à faire de ce côté-là, certains CSSS avaient très peu d'heures de prestation de services directs qui étaient dispensées à la population, donc on a vraiment travaillé au niveau de l'optimisation. Maintenant, notre défi, c'est de continuer, parce qu'on est vraiment à pied d'oeuvre dedans, à travailler sur tous les autres critères de l'implantation du RSIPA.

Et puis on connaît des avancées, des reculs, je le reconnais. Des fois, il y a des établissements qui nous ont dit des choses, puis, quand on va vérifier sur le terrain comment ça se passe, on se rend compte que, woups! peut-être qu'ils sont moins avancés que ce qu'on avait pu auditer auparavant. Donc, c'est pour ça qu'on connaît... ce n'est pas parce qu'on recule, mais c'est peut-être parce que les données sont mieux colligées qu'elles étaient antérieurement.

Et puis on continue à travailler. Je pense que notre cible pour l'année prochaine, c'est 68, donc on veut continuer à avancer étape par étape. On voudrait aller plus vite, mais il faut aussi considérer que c'est beaucoup de transformations qu'on met et de pression qu'on met sur les établissements actuellement pour qu'ils continuent d'améliorer leur performance. Donc, personnellement, je préfère voir un établissement s'améliorer progressivement mais que ce qu'il met en place est solide et consolidé, que de pousser trop fort puis risquer finalement de créer de la démobilité des ressources humaines, là. Je ne sais pas, Cathy, si...

**Le Président (M. Bergman):** Il vous reste une minute seulement pour questions et réponses.

**M. Claveau:** ...votre plan d'effectifs médicaux autorisés, il est beaucoup plus élevé que vos médecins en place, autant en médecine familiale qu'avec les spécialistes. Est-ce que vous avez des problèmes de recrutement?

**Mme Malo (Isabelle):** Les problèmes de recrutement, ils ne sont pas très présents. Notre défi, c'est la rétention. Actuellement, cette année, on a — 12, 13 postes, M. Plante? — 12 postes et puis on a des demandes pour combler tous les postes. Et on a eu 27 demandes pour combler les 12 postes. Donc, c'est le roulement qui est un défi.

L'année dernière... Mais je vous dirais que, bon an, mal an, là, je veux quand même le souligner, au cours des sept, huit dernières années, notre plan d'effectif médical global en omnipratique dans le Bas-Saint-Laurent a augmenté de... 16 % ou 17 %, Michel? Je pense? Oui...

**M. Plante (Michel):** Au moins 17 %.

**Mme Malo (Isabelle):** 16 % ou 17 %.

**M. Plante (Michel):** On est la région la plus élevée au Québec.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui, qui a connu la meilleure progression. L'année dernière, en 2012, on a connu, pour la première fois depuis sept, huit ans, un bilan négatif. Ça nous a étonnés. On a eu plus de départs que d'arrivées. Parmi les départs, il y avait trois couples. Quand ils partent à coups de deux... Quand ils arrivent à coups de deux...

**Le Président (M. Bergman):** Alors, en conclusion.

**Mme Malo (Isabelle):** ...on est contents; quand ils partent à coups de deux, c'est difficile.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, il reste un bloc à l'opposition officielle, de 13 minutes. Alors, M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Bien, d'abord, je veux vous féliciter. Puis ce que vous faites comme témoignage aujourd'hui, c'est vraiment ma perception de votre région, c'est-à-dire c'est une région qui est en avance, qui a fait la transformation qu'il fallait dans le réseau de la santé. Surtout une grande préoccupation que vous avez eue puis que tout le Québec doit avoir, c'est les personnes âgées. Puis je vais vous poser quelques questions, puis il faudrait que les réponses soient assez courtes parce que le temps est limité. Ce que je comprends, vous êtes très fiers de votre transformation au niveau des personnes âgées.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui, absolument. On considère qu'on est avancés. On a fait des percées extrêmement significatives. Je vous dirais que, dans six des huit territoires des MRC, c'est, à toutes fins pratiques, complété. Il reste toujours des choses à améliorer, mais on est vraiment en oeuvre depuis sept, huit ans.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Et, ce que je comprends, vous avez fait la transformation qu'on fait la promotion dans tout le Québec, c'est-à-dire de s'en aller vers les soins à domicile, garder les gens le plus longtemps possible à domicile. Ceci a demandé de revoir certaines ressources au niveau des ressources intermédiaires et au niveau des CHSLD. Parce que vous avez déjà eu un taux de 3,4, 3,5 lits par 100 personnes de 65 ans et plus. Maintenant, vous êtes rendus autour de 2,6, 2,7. Puis, en travaillant encore plus, vous pensez pouvoir arriver à 2,3, 2,5. Oui ou non?

**Mme Malo (Isabelle):** Dans certains territoires de MRC, on est actuellement, Dr Bolduc, à 2,2, et il n'y a aucune pression sur le système, aucune.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Et, ce que je comprends, dans tout le système du Québec, partout où on a fait cette transformation, donc une transformation qui est en train de se faire à Montréal, dans toutes les régions, on réussit à garder nos gens à domicile beaucoup plus longtemps.

**Mme Malo (Isabelle):** Effectivement, puis dans des conditions qui sont tout à fait acceptables. En fait, c'est ça que les gens souhaitent...

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Puis, en termes de financement, parce que vous avez une vision systémique, que c'est vous autres qui gérez en partie les ressources, vous êtes capables de dire que vous avez une plus grande efficacité que si on laissait chacun s'organiser avec sa situation.

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, ça prend une très bonne coordination locale d'abord et avant tout, hein, c'est sur le terrain que ça se passe, mais une bonne coordination régionale avec les centres d'action bénévole, avec les entreprises d'économie sociale. Il faut développer toutes sortes de stratégies pour que le vieillissement en santé de la population, là, ce n'est pas l'affaire du CSSS, c'est l'affaire d'une communauté qui veut garder ses personnes âgées à proximité, à domicile.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Juste pour vous dire, c'est absolument ça qu'on a comme vision pour tout le Québec. Et, ce que je comprends, c'est que des régions comme la vôtre, des régions comme le Saguenay—Lac-Saint-Jean, des régions qui ont fait la transformation — Québec est en train de la faire également — eux autres ont réussi, avec les moyens financiers actuels, à répondre aux besoins de la population, parce que vos listes d'attente sont très courtes.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Maintenant, ma question... Pour répondre à l'argument qu'il y avait eu tantôt, où est-ce que les gens nous parlent d'assurance autonomie, c'est que, là, les gens nous disent qu'avec le même argent on change complètement ce système-là, on revient complètement en arrière, et maintenant la transformation que vous avez faite, on va la travailler différemment. On ne sait pas en quoi ça va consister à la fin, mais ce qu'on sait, c'est que le système que vous avez mis en place va être remis en question. C'est ça, le questionnement que, moi, je me pose. Si vous en êtes rendus là, c'est parce que vous avez réussi la transformation qu'on veut faire partout au Québec. Est-ce qu'on doit refaire une autre grande transformation, changer dans les structures encore puis dans le financement, ou on continue à appliquer les bonnes façons de faire comme vous faites actuellement?

**Mme Malo (Isabelle):** C'est une bonne question, Dr Bolduc.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Malo.

**Mme Malo (Isabelle):** Écoutez, je pense qu'on a fait des bonnes choses dans notre région. Il y a toujours place à l'amélioration, il y a toujours place à l'ajustement. Je ne vois pas nécessairement... pas du tout même, d'un mauvais œil la vision actuelle du gouvernement. Je pense qu'elle s'inscrit, pour moi, en continuité de ce que nous avons déjà fait.

Puis ce n'est pas contraire, on n'est pas aux antipodes; au contraire, on s'inscrit dans la même trajectoire. Ça va peut-être nous donner des leviers additionnels pour aller encore plus loin.

Vous savez, il y a encore des gens qui nous disent que diminuer le nombre de lits d'hébergement de soins de longue durée, ce n'est pas possible et puis qu'on va hypothéquer l'avenir de nos aînés parce que le phénomène de vieillissement, il va continuer. Bien, c'est sûr que, si on peut avoir une caisse autonomie, si on peut avoir davantage de plans de services individualisés, une coordination bien intégrée dans chacun des territoires des MRC, qu'on peut mettre à contribution aussi davantage encore les entreprises d'économie sociale, je vois ça d'un bon oeil. Je pense qu'on peut aller encore plus loin puis préparer l'avenir.

● (11 h 50) ●

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Mon argument, c'est: on va être vigilants parce qu'on ne veut pas non plus faire un renversement complètement de système. Puis on a vécu des grandes transformations qui avaient été des bonnes idées mais qui ont été mal réalisées. Et c'est ça, le message que je pense qu'il faut qu'on se donne entre nous. Les personnes aînées sont tellement importantes. Avant d'aller jouer encore dans des ressources puis de nous amener une idée qui va faire qu'on va être encore en transformation pendant cinq, six puis sept ans, et, pendant ce temps-là, les services ne se donnent pas nécessairement... On n'est pas contre. Il faut juste savoir en quoi ça consiste. Mais ce qu'on sait, c'est qu'il n'y aura pas plus d'argent. Il n'y aura pas plus d'argent. Mais on va-tu rejouer encore dans des structures puis retarder le Québec dans l'avancement de la performance comme vous avez fait? Ça, c'est le questionnement que, moi, je me pose, alors qu'on veut voir la transformation qu'il va y avoir par rapport à ça.

**Mme Malo (Isabelle):** Merci.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Je trouve ça intéressant qu'on en parle parce que ça va être au coeur des prochaines décisions. Maladies chroniques, ce sont les personnes aînées. Médecins à domicile, ce sont les personnes aînées pour la grande majorité, et également les grands consommateurs de soins, parce que, plus vous vieillissez, plus vous êtes malades. Ce sont nos aînés. Donc, on va avoir cette vigilance pour s'assurer que l'argent aille au bon endroit. Mais, avant de rejouer dans les structures, on va y repenser deux fois. Là-dessus, c'est juste un message que je veux faire.

Par rapport à vos groupes de médecine de famille, ce que je vois, c'est que vous en aviez 10. Est-ce qu'il est prévu que vous en ayez d'autres? Et vous avez combien de cliniques-réseaux?

**Mme Malo (Isabelle):** Vas-y, vas-y.

**M. Plante (Michel):** On a un projet de GMF qui est en étude actuellement et on n'a pas de clinique-réseau.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Est-ce que ça veut dire que vos cliniques, les fins de semaine, ne sont pas ouvertes?

**M. Plante (Michel):** On a, sur nos 10 GMF — il ne faut pas que je vous induise en erreur — quatre qui ont une offre totale de fin de semaine; une, une offre partielle; cinq qui n'ont pas d'offre, ils ont une entente particulière avec l'urgence.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Ah! O.K. Puis je comprends que, les plus gros CSS, c'est mieux d'avoir parfois des cliniques qui sont ouvertes les fins de semaine. Par contre, lorsque vous avez des petits CSS, il n'y a pas de valeur à ouvrir les fins de semaine parce que, de toute façon, l'urgence est sous utilisée compte tenu du volume d'activité. Est-ce que...

**Mme Malo (Isabelle):** Dans les petits territoires de MRC, il y a des ententes vraiment et des corridors de services qui sont établis entre les groupes de médecine familiale et l'urgence du CSSS, et ça fonctionne quand même, je vous dirais, relativement bien. Dans les plus gros territoires, comme Rimouski, Rivière-du-Loup, c'est deux territoires où il y a deux groupes de médecine familiale par territoire et il y a un partage effectivement, là, au niveau des heures sans rendez-vous les fins de semaine.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Un autre sujet qui est intéressant, que vous avez abordé, c'est la question des soins palliatifs. Et, ce que je comprends également, c'est que vous avez deux maisons de soins palliatifs dans votre territoire. Mais, dans les plus petits territoires, il n'y a pas de maison de soins palliatifs, il y a plutôt une entente probablement pour les avoir soit dans l'établissement courte ou en CHSLD. Est-ce que c'est le modèle que vous préconisez?

**Mme Malo (Isabelle):** Absolument. Vous savez, faire vivre une maison de soins palliatifs dans un territoire de MRC de 20 000 habitants, si on respecte le ratio d'à peu près un lit par 10 000 de population, ce ne serait pas viable. Donc, on a plutôt choisi de répartir nos ressources entre deux maisons de soins palliatifs, une qui a six places. Celle de Rimouski-Neigette, on vient de consolider une septième place dernièrement parce qu'on avait la démonstration claire que le volume était présent. Par contre, on s'est assurés que, dans chaque territoire de MRC, il y avait des lits en soins palliatifs présents. Ils sont ou en centre hospitalier ou en hébergement de soins longue durée, et puis ça fonctionne très bien. Ce qu'il faut surtout, c'est d'avoir des espaces dédiés et une programmation clinique aussi qui est adaptée aux besoins de cette clientèle-là.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Moi, ce qu'on disait souvent, c'était: Il faut avoir la philosophie des soins palliatifs puis s'adapter pour les locaux. Et on sait qu'un endroit où est-ce que vous n'avez pas assez de volume, c'est-à-dire environ

40 000 à 50 000 de population, pour avoir un minimum de cinq lits, il n'y a probablement pas de rentabilité, puis, même au niveau de la qualité des soins, ça peut causer des problèmes parce que, lorsque vous n'avez pas assez de volume, c'est difficile de maintenir le personnel en place. Par rapport aux soins palliatifs à domicile, où vous en êtes rendus à ce niveau-là?

**Mme Malo (Isabelle):** Je ne sais pas... C'est bien organisé, mais je vais laisser Mme Bérubé, qui est plus spécialiste que moi de la question, répondre.

**Mme Bérubé (Cathy):** Peut-être juste revenir un petit peu en arrière, quand vous aviez demandé: Est-ce que c'est le modèle que vous préconisez? Oui, pour le volet hébergement, mais je vous dirais que, de façon générale, c'est toujours le principe de hiérarchisation des services qui s'applique, autant en soins palliatifs que dans tous les programmes. Ça veut dire que l'étape numéro un, c'est de favoriser le service à domicile.

Actuellement, les chiffres qu'on a, c'est qu'on ferait à peu près 6,9 % des soins palliatifs à domicile, alors que ce qu'on vise, c'est plutôt 25 %. Puis, en courte durée, c'est actuellement 61 % par rapport à 20 % recherché. Ça fait qu'il y a vraiment, là, l'effet inverse qu'il faut réussir. C'est un défi, un peu comme c'est le défi pour l'hébergement soins longue durée, à renverser la vapeur pour traduire ça en services de soutien à domicile.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Un autre sujet, c'est les guichets d'accès pour les clientèles orphelines. Ça a été mis en place dans tous les CSSS du Québec. Est-ce que pourriez brièvement me dire où vous en êtes rendus? Puis ce que j'ai compris dans votre document, c'est qu'il n'y avait pas de client qui était en attente.

**Mme Malo (Isabelle):** Oui, il y a des personnes qui sont en attente malheureusement, mais... Je me confesse, on a des personnes qui sont en attente. Ce qu'on s'assure, effectivement... SIGACO a été mis en place dans tous les territoires de la MRC, Dr Bolduc. 77 % de la population a actuellement accès à un médecin de famille ou a un médecin de famille actuellement, dans la région du Bas-Saint-Laurent, ce qui n'est quand même pas trop mal. Mais il reste quand même 23 % de la population qui n'a pas un médecin de famille. SIGACO est implanté dans l'ensemble des territoires de la MRC. Il y a des coordonnateurs médicaux locaux aussi dans tous les territoires des MRC. Et on a mis en place, évidemment avec le soutien technique de SIGACO, un système de priorisation. Ce qu'on s'assure particulièrement actuellement, et on tient une vigie aussi en collaboration avec le DRMG à ce niveau-là, c'est que, dans tous les territoires de la MRC, les clients qui sont P1, P2 ou Priorité 3 particulièrement ont accès à un médecin de famille selon les standards requis dans SIGACO. Je ne sais pas si M. Plante...

**M. Plante (Michel):** Actuellement, P1, P2, il n'y a aucun patient en attente. De mon souvenir d'il y a à peu près — une statistique — deux, trois semaines, on avait à peu près 3 200 patients au total inscrits sur une liste d'attente dans le Bas-Saint-Laurent.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Votre chiffre de 78 % qui ont un médecin de famille, est-ce que ça provient de l'étude qui avait été faite au niveau des CSSS ou c'est une étude qui est locale?

**M. Plante (Michel):** C'est une étude locale, une validation locale territoire par territoire, médecin par médecin. Dans le sondage auquel vous avez fait allusion, le taux de perception de la population était à 86 %.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** O.K. C'est parce que le sondage qui avait été fait, en tout cas pour l'avoir... C'est moi qui l'avait demandé pour qu'on ait une fois pour toutes la réalité du taux de pourcentage de gens qui ont un médecin de famille. Ça devrait être le bon taux parce que ça a été fait de façon scientifique, sans aucun biais. Et, à ce moment-là, ça veut dire que votre vrai chiffre serait plus autour de 86 %.

**M. Plante (Michel):** Non, notre chiffre réel actuellement est de 77 %.

**Mme Malo (Isabelle):** Mais, dans le sondage SOM, vous avez raison, Dr Bolduc, la donnée qui apparaît pour le Bas-Saint-Laurent est au-delà de 85 %.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Et pourquoi vous avez une différence? Et pourquoi vous dites que votre chiffre est le bon chiffre versus le sondage qui avait été fait de façon impartiale?

**Mme Malo (Isabelle):** Bien, parce que, dans le fond, le sondage, il sonde la perception des personnes, hein, c'est-à-dire: Est-ce que vous avez accès à un médecin de famille? Est-ce que vous avez accès dans un délai raisonnable?, tout ça, tandis que, nous, on a colligé l'information du nombre de personnes inscrites ou bien dans les cliniques médicales privées ou bien dans les groupes de médecine familiale, et, quand on fait nos totaux, il y a un écart entre les deux. Donc, on ne s'enfarge pas dans ça. On sait que tout le monde n'a pas accès à un médecin de famille puis que, tant et aussi longtemps que tout le monde n'y aura pas accès, bien on va poursuivre nos efforts.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Et puis un autre questionnaire qu'on se fait mais qu'on ne le pose pas souvent, c'est la question des médecins qui prennent leur retraite, des médecins qui quittent la région. À ce moment-là, vous avez une clientèle qui devient orpheline du jour au lendemain. Et souvent on regarde la donnée puis on dit: L'année passée, il y a eu

10 000 personnes qui ont été inscrites avec SIGACO, mais ce qu'on n'a pas comme donnée: il y en a combien qui sont devenus orphelins. Est-ce que vous avez cette donnée?

**M. Plante (Michel):** La donnée totale, non, ça, je ne l'ai pas. Ceci dit, Dr Bolduc, ce qu'on a fait dans la dernière année, dans le Bas-Saint-Laurent, justement pour les médecins qui prennent leur retraite — on a eu un décès, malheureusement, en omnipratique — c'est de faire en sorte que le guichet d'accès ne soit pas...

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

**M. Plante (Michel):** ...ne soit pas un sésame ou quelque chose d'automatisé. On a rappelé aux médecins leur obligation déontologique: lorsqu'ils quittent une région, de passer leurs patients à un collègue. On insiste là-dessus. Le guichet d'accès est là véritablement pour les patients qui n'ont pas de médecin.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, merci beaucoup, Mme Malo, vos collègues du Bas-Saint-Laurent, merci pour votre présentation, merci d'être ici aujourd'hui.

Alors, collègues, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 13 heures. Merci.

*(Suspension de la séance à 11 h 59)*

*(Reprise à 13 h 6)*

**Le Président (M. Bergman):** À l'ordre, s'il vous plaît! 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.

La commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2009-2010 à 2011-2012 et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec 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.

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

Alors, M. Thibodeau, président-directeur général de l'Agence de la Capitale nationale, je vous souhaite la bienvenue. Je vous demande de présenter les gens qui vous accompagnent. Et vous avez 30 minutes pour faire votre présentation. Alors, c'est à vous le micro.

**M. Thibodeau (Guy):** Oui. Merci, M. le Président. Bonjour mesdames et messieurs les députés. Alors, effectivement, je vais vous présenter l'équipe de direction qui m'accompagne et qui pourra, au besoin, répondre à vos questions plus spécifiques: Dre Monique Saint-Pierre, qui est directrice des affaires médicales et universitaires; M. Jacques Filion, qui est directeur général adjoint et directeur des programmes clientèles; Dr François Desbiens, Dr Desbiens est directeur régional de la santé publique. Et, si on poursuit à l'arrière, vous avez Mme Manon Bisson, Mme Bisson, qui est directrice régionale du financement et des projets d'optimisation; M. Pierre Bonneau, qui est directeur régional des technologies de l'information; M. Luc Desbiens, qui est directeur régional des immobilisations, des technologies médicales et des équipements; ainsi que M. Christian Guenette, qui est directeur régional du développement organisationnel.

Je tiendrais tout de suite à vous préciser qu'on ne reprendra pas de façon intégrale le document qui vous a été remis. Alors, on en a fait des faits saillants. Vous allez vous retrouver, là, mais on a pris des faits saillants compte tenu du temps qui nous était alloué. Alors, je vous remercie de nous accueillir ici aujourd'hui pour que nous puissions dresser un bilan complet de la performance de la région depuis les trois dernières années. Nous sommes heureux de pouvoir accomplir cette reddition de comptes aujourd'hui avec vous.

Je débiterai donc avec un portrait de la région. La Capitale-Nationale s'étend de Portneuf à Charlevoix sur 18 952 kilomètres carrés, la population totale en 2012 s'établissant à 697 329 personnes, ce qui représente une augmentation de 2,8 % par rapport à 2008. Ce territoire est à la fois urbain et rural, une caractéristique à prendre en considération dans l'organisation des services.

Sur le plan démographique, il est essentiel de souligner que, pour la période de 2008 à 2012, les personnes de 65 ans et plus augmentaient de 15,8 %. À ce rythme, la population âgée atteindra 140 934 individus en 2015 et représentera alors près de 20 % de la population de la région. En raison de ces tendances à la hausse, les établissements de la région vivent des changements quant à leur offre actuelle de services, ce que nous mettons en évidence à l'intérieur de ce bilan.

Une pression est donc observée depuis quelques années, le vieillissement de la population se traduisant par un accroissement de la demande de soins et de services de santé et services sociaux. S'ajoute à cette réalité un aspect clinique, c'est-à-dire l'intensification de la sévérité des problèmes de santé ainsi que l'augmentation des maladies chroniques aussi complexes à traiter. Ces contraintes ajoutent donc à la pression sur le réseau et nous portent à trouver des solutions novatrices.

● (13 h 10) ●

Notre région se démarque également par sa mission universitaire puisque les établissements de notre région sont appelés à desservir la population des régions de l'Est du Québec, ce qui forme un ensemble de 1,7 million de personnes. Cette vocation suprarégionale accordée à la Capitale-Nationale fait en sorte que, par exemple, le bassin de desserte des centres hospitaliers atteint 903 325 personnes pour l'ensemble des activités d'hospitalisation, valeur largement supérieure à la population générale. De plus, par cette mission, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale met de l'avant les fonctions de recherche, d'enseignement et de transfert des connaissances incontournables dans un milieu où la sphère universitaire est en interrelation avec le réseau de la santé. Ce lien est observable tant au plan clinique qu'au plan des ressources humaines.

Par ailleurs, nous ne pouvons parler de santé sans parler des dépenses qui y sont associées. Or, notre région universitaire rime aussi avec des projets novateurs, et nos établissements sont un terrain fertile en projets pilotes qui visent à identifier de nouvelles pratiques qui augmentent leur efficacité et leur efficience en analysant de plus près les processus de travail sans toutefois augmenter les dépenses. Nous en reparlerons dans la section sur les projets d'optimisation. Ceux-ci se multiplient dans la région et sont tout autant sur le plan des processus de travail que sur le plan de l'informatisation des systèmes. Cela commande une mise en commun des pratiques entre les établissements, ce que l'agence préconise de manière constante. Il faut alors parfois renverser la tendance de la compétition au profit d'une approche de collaboration, ce qui est un principe gagnant pour tout le monde, car il met en commun les forces de chacun. Nous verrons d'ailleurs que tous les établissements de la région sont en équilibre budgétaire, et le travail de collaboration doublé des projets d'optimisation constituent des facteurs clés pour maintenir cet équilibre.

Je terminerai cette première partie en vous rappelant que nous avons pris cinq engagements dans la région pour les années 2010-2015, lors de l'exercice de planification stratégique, et qui rejoignent les points que je viens d'aborder. Ces engagements sont nos guides pour l'ensemble de nos décisions et de nos actions, ainsi: agir en amont des problèmes de santé et de bien-être; contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé par des actions concertées; améliorer le niveau de services de première ligne dans chacun des réseaux locaux dans le cadre des projets cliniques; assurer les délais d'accès attendus aux services spécialisés et améliorer l'appui de ces services spécialisés à la première ligne; exercer le leadership d'une région universitaire en matière d'innovation, de performance et d'évaluation du Réseau intégré en santé de l'Université Laval, le RUIS-UL, et du Réseau universitaire intégré en santé jeunesse, le RUIJ; et prendre soin de la dimension humaine; et innover dans des pratiques de gestion.

Nous allons maintenant passer à la deuxième partie, qui est plus factuelle. Et je vous ferai un bilan, avec les statistiques à l'appui, des secteurs d'activité sur lesquels nous travaillons. Par rapport à la santé publique, les indicateurs ministériels nous amènent d'abord en prévention des infections. La région de la Capitale-Nationale suit de près le dossier de la prévention des infections nosocomiales par la dotation des effectifs infirmiers. Le pourcentage des postes dotés dans ce secteur est de 98 % pour les 10 établissements concernés, la cible ministérielle étant de 100 %.

Puis, dans le secteur des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, les objectifs sont largement atteints, et ça fait en sorte qu'ils sont en progression depuis trois ans. Ainsi, plus de 80 % des mères en situation de vulnérabilité ont accès aux services des centres de santé et des services sociaux, soit aux services de première ligne. Pour ce qui est de la vaccination des enfants, la proportion des enfants vaccinés dans les délais en CSSS a presque doublé depuis 2009, mais elle n'atteint toujours pas la cible de 85 % prescrite par les autorités provinciales en santé publique; nous sommes aux alentours de 82 % actuellement. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, la participation des femmes à ce programme atteignait 68,5 % au 31 décembre 2011, une augmentation de 2,5 % depuis 2009. La cible de 70 % est presque atteinte, et les campagnes de promotion dans ce domaine portent fruit dans notre région. Au niveau des infections transmissibles sexuellement et par le sang, le nombre de cas déclarés dans la région inclut toutes les ITSS, donc les maladies à déclaration obligatoire, ainsi que le virus de l'immunodéficience humaine, le VIH, dont la surveillance est encadrée par un programme provincial. Il y a annuellement une quarantaine de cas de VIH de déclarés dans la région. On dénombrait, en 2010, 1 986 cas d'ITSS. Ces données sont malheureusement en augmentation, et plusieurs actions sont faites pour intervenir à ce niveau.

Au niveau des services généraux, voici les données de la région. Pour ce qui est des services d'Info-Santé, au 31 mars 2012, le service Info-Santé a traité 224 274 appels, soit une augmentation de 22 % par rapport au nombre d'appels traités en 2009. De ce résultat... a un impact à la baisse sur le nombre de consultations en première ligne puisque 67 % des situations portées à l'attention d'Info-santé sont terminales, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de consultation par la suite dans un service de l'urgence ou ailleurs. Notons finalement que le délai d'attente à Info-santé a également diminué.

Pour ce qui est des services médicaux, au niveau des groupes de médecine familiale, les GMF, et les cliniques-réseaux, la région compte aujourd'hui 29 GMF dûment accrédités, étendus sur l'ensemble des territoires du CSSS. L'accréditation d'un trentième GMF est visée pour l'exercice courant. Quant aux cliniques-réseaux, le nombre est actuellement de huit, bien que notre planification en prévoit 10. Il faut souligner que les GMF et les cliniques-réseaux sont devenus les principaux milieux de dispensation des services médicaux à l'égard de la population de 65 ans et plus, considérant qu'ils fournissent 60 % des consultations médicales en première ligne. En 2005, cette part ne représentait que 16 %. Pour ce qui est des guichets d'accès qui ont été mis en place pour la clientèle sans médecin de famille, près de 19 000 personnes ont été référées à un médecin de famille en 2011, ce qui représente 88,4 % des personnes inscrites aux guichets des CSSS.

Pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, en soutien à domicile, l'offre de services de soutien à domicile a connu une nette progression depuis 2005 tant sur le plan de la couverture de la population que de l'intensité des services reçus par les usagers. Elle permet notamment aux personnes en perte d'autonomie de la région de bénéficier de 36,3 % de plus d'intervention de la part de leur CSSS, ce qui représente un accroissement de 5,3 % par année. Pour les trois dernières années, les offres de services en soutien à domicile en longue durée ont augmenté de 13,9 % sous l'effet combiné des allocations de crédit et des efforts d'optimisation conduits par les CSSS de la région. En effet, les projets

d'optimisation visent à offrir plus de services aux patients, et c'est pourquoi nous verrons plus tard ce que nous avons implanté en première ligne. Cette tendance à la hausse fait en sorte que le ratio des dépenses régionales en soutien à domicile atteint maintenant 289 \$ par personne de 65 ans et plus, ce qui est un niveau de ressources de 30,9 % supérieur à ce qu'il était en 2005.

Pour ce qui est des situations de fin de soins actifs et de déclaration d'hébergement en centre hospitalier, donc pour les personnes qui sont admises en courte durée et qui attendent un lit en CHSLD, il y a eu une diminution, dans les dernières années, de 30 %, au cours des deux dernières années plus précisément, contribuant ainsi à libérer plusieurs lits pour accueillir la clientèle hospitalisée, notamment celle provenant des services d'urgence et des hôpitaux. Au cours de l'année 2011-2012, nous avons procédé à 1 865 admissions en CHSLD. Nous constatons également une diminution du taux de déclaration aux CHSLD pour les personnes hospitalisées de 75 ans et plus. Il est à remarquer que, depuis 2005 et conformément aux orientations nationales en matière d'hébergement permanent, le ratio de lits de CHSLD a diminué de 10,8 % pour s'établir à 3,3 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus, toutes catégories d'hébergement confondues.

Pour le programme Déficience intellectuelle, déficience physique et trouble envahissant du développement, au niveau du délai d'accès, bien que, depuis 2009, les établissements de la région aient amélioré significativement leur délai de prise en charge à l'égard de leur clientèle, y incluant les TED, la cible provinciale de 90 % n'est pas encore atteinte pour les services en CSSS. Pour les centres de réadaptation, les résultats récents respectent les cibles visées. 68 % des demandes de service traitées en CSSS pour les personnes ayant une déficience physique le sont dans les délais. Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED, le taux, en 2011-2012, est de 55,1 %, en hausse, et une tendance pour la hausse en 2013.

Les services jeunesse. Pour ce qui est des jeunes en difficulté, les résultats au regard de l'accès aux services en protection de la jeunesse sont toujours positifs. Depuis plusieurs années, le Centre jeunesse de Québec se situe très favorablement au regard des cibles nationales. Ainsi, le délai moyen d'attente pour l'évaluation est de 9,52 jours en 2011-2012 par rapport à une cible nationale de 12 jours. Concernant l'application des mesures, le délai d'attente est de 5,79 jours au 31 mars 2012, comparativement à une cible nationale de 30 jours.

● (13 h 20) ●

Pour ce qui est du programme Dépendances, il y a des services qui ont été instaurés en CSS en 2008-2009. La région a donc implanté un service de liaison spécialisé en dépendances dans les principaux services d'urgence des centres hospitaliers. Un total de 900 personnes avaient été rejointes la première année. Au cours de la période 2009-2010 à 2011-2012, une moyenne de 1 450 personnes furent rejointes, ce qui confirme la pertinence de cette mesure et permet d'évaluer et de faire une offre de services personnalisée aux personnes ayant un problème de dépendance.

Pour ce qui est du programme Services santé mentale, les services en CSSS et le service du suivi intensif, de manière générale, 923 personnes en moyenne par mois ont reçu les services d'intensité variable alors que 88 personnes en moyenne par mois ont bénéficié d'un suivi intensif dans leur milieu, une amélioration de 11,4 % par rapport à 2009-2010. Malgré le maintien ou l'amélioration de la desserte, les cibles n'ont toutefois pas été atteintes. Au niveau des services d'urgence en santé mentale, la performance du séjour sur civière des patients ayant un problème de santé mentale s'est améliorée significativement entre 2009-2010 et 2011-2012, passant de 24,7 à 22,3 heures de temps d'attente.

Pour ce qui est des programmes de santé physique maintenant, au niveau des urgences, malgré un accroissement de l'achalandage d'environ 3,5 % par année pour la clientèle sur civière et de 1,6 % pour la clientèle ambulatoire, la performance dans les urgences s'est améliorée. Les résultats ne permettent pas d'atteindre les cibles, mais placent la région de la Capitale-Nationale en bonne position par rapport aux moyennes provinciales. Le séjour moyen sur civière a connu une baisse, pour atteindre 15,3 heures en 2011-2012, une amélioration de près de 5 % depuis 2009-2010. Le pourcentage de patients ayant séjourné plus de 48 heures sur civière s'est également amélioré, il est de 5,1 %, une baisse de 12,6 % depuis 2009-2010. Le pourcentage des patients ayant séjourné 24 heures et plus sur civière a connu, lui aussi, une baisse, pour atteindre 19 %, une amélioration de 3,6 % depuis 2009-2010.

Le nombre d'accouchements réalisés dans les hôpitaux a poursuivi sa progression, mais à un rythme d'environ 1 % par année. Ainsi, en 2011-2012, 8 637 accouchements ont été dénombrés.

Pour ce qui est des transports ambulanciers, le volume de transports en ambulance vers les services d'urgence des hôpitaux a augmenté de 10 % depuis 2009. L'achalandage a été particulièrement important aux services des urgences des établissements de l'époque, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec et le Centre hospitalier universitaire affilié de Québec, ce qui représentait 80 % de tous les transports de la région.

Pour ce qui est des chirurgies, globalement, la production pour les chirurgies ciblées par le mécanisme d'accès s'est améliorée. La gestion de certains délais d'attente comporte toutefois des difficultés, en particulier pour l'année 2011-2012. En ce qui concerne les prothèses totales de la hanche, le nombre de chirurgies a baissé de 7,2 %, 63,9 % des patients ont été opérés à l'intérieur du délai prescrit, une baisse de 20 % par rapport à 2009-2010. Pour les prothèses totales du genou, le nombre de chirurgies a augmenté de 5,1 %, 61 % des patients ont été opérés dans les délais, une baisse de 21,9 % par rapport à 2009-2010. Pour les chirurgies de la cataracte, le nombre a augmenté de 6,3 %, et 94,6 % des patients ont été opérés dans les délais, dépassant ainsi les cibles.

Pour ce qui est du programme de lutte au cancer, au niveau de la radio-oncologie, 95,7 % des personnes sont traitées à l'intérieur de 28 jours. Pour ce qui est de la chirurgie oncologique, 65 % des personnes sont traitées dans un délai inférieur à 28 jours, une baisse de 11,5 % depuis 2009-2010.

Au niveau de la cardiologie tertiaire maintenant, le domaine de la cardiologie tertiaire a connu d'importants développements technologiques depuis les trois dernières années. Ces avancées médicales et chirurgicales ont assurément eu un impact positif sur les clientèles.

Pour ce qui est du volet ressources humaines, au 31 mars 2012, 31 397 personnes étaient titulaires d'un poste dans l'un des établissements de la région de la Capitale-Nationale. Depuis 2009, la région a connu une augmentation

des effectifs d'environ 1,9 %, et, en nombre d'équivalents à temps complet, il est observé une augmentation de 2,4 %. Cette augmentation contribue à l'objectif de stabilisation des ressources humaines dans les établissements afin de maintenir la qualité et la continuité des soins et services aux clientèles. Au niveau de l'assurance salaire, le ratio d'assurance salaire s'est maintenu pendant la période de l'étude, pour se situer à 5,6 % en 2011-2012. Le temps supplémentaire. La région de la Capitale-Nationale est performante pour ce qui est du pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire. Avec des résultats de 2,57 % pour l'ensemble du personnel, la région a dépassé son engagement de 2,68 % en temps supplémentaire. Pour le personnel infirmier, le résultat de 4,3 % se trouve sous l'engagement régional du 4,55 %.

Pour ce qui est de la main-d'oeuvre indépendante, le recours au secteur privé, le recours à la main-d'oeuvre indépendante a diminué du côté du personnel infirmier. Il se situe à 1,35 %, mais dépasse quand même l'engagement établi à 0,94 %. Pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires, le pourcentage est de 2,44 % et dépasse l'engagement établi à 1,43 %. De façon plus spécifique, pour ce qui est des préposés aux bénéficiaires, le recours à la main-d'oeuvre indépendante atteint 2,55 % en 2011-2012, une augmentation de plus de 9 % par rapport à 2010-2011.

Le taux de rétention de la main-d'oeuvre. La rétention de la main-d'oeuvre chez les employés de moins de un an de service s'est améliorée en 2009-2010 et 2011-2012, passant de 76,8 % à 77,6 %. Depuis cinq ans, l'agence réalise une démarche intégrée de promotion des carrières en santé et services sociaux, campagne qu'on intitule la campagne Sauve des vies. Les secteurs des ressources humaines et des communications se sont donc alliés pour créer une stratégie de promotion des métiers de la santé et des services sociaux des plus novatrices, et ce, en étroite collaboration avec le réseau de l'éducation. Durant cette période, une augmentation d'environ 15 % des demandes d'inscription dans les secteurs visés a été observée, et ce, malgré une baisse démographique de 2 %. Pour ce qui est des infirmières praticiennes spécialisées, au cours de l'année 2011-2012, la région de la Capitale-Nationale a embauché huit infirmières praticiennes spécialisées en soins infirmiers de première ligne.

Au niveau des projets d'optimisation, au cours de l'année 2011, 10 projets d'optimisation visant les différents champs d'activité rattachés à une direction des ressources humaines ont été entrepris, notamment afin de réduire les coûts liés à l'utilisation de l'expertise externe, d'améliorer l'efficacité et l'efficience de certains processus, d'assurer la pérennité des expertises et d'apporter des changements favorables à la qualité des services.

La région de la Capitale-Nationale est aussi projet pilote pour un projet ministériel «lean» à l'hôpital Saint-François-d'Assise. Donc, ce projet pilote «lean» sur trois ans a débuté en juillet 2011 au bloc opératoire de l'hôpital Saint-François-d'Assise du CHU de Québec. Ce projet, soutenu par l'agence, vise l'implantation d'une culture «lean» en modernisant sa structure d'encadrement et en certifiant des agents «lean» qui réaliseront neuf projets. Le premier projet vitrine au bloc opératoire sont probants... les premiers résultats, pardon.

Pour ce qui est du financement, le financement de notre région, en 2011-2012, était de 2,1 milliards, par rapport à 1,8 milliard en 2008-2009. C'est une augmentation de près de 14 %, soit un financement additionnel de 253 millions pour la région. Les établissements de la région et l'agence ont réussi à maintenir l'équilibre budgétaire ou leurs cibles au cours de cette période, malgré le contexte de réduction associé à l'optimisation et à l'impact des projets de la loi n° 100.

D'autres mesures d'optimisation au cours de l'exercice financier 2011-2012. En plus des projets spécifiques associés aux ressources humaines, l'agence a financé l'analyse ou la mise en oeuvre de 16 projets d'optimisation présentés par huit établissements de la région, pour un investissement global non récurrent de 2,8 millions. Ces projets sont en cours, actuellement, de réalisation et, au terme, devraient générer des économies récurrentes de 1 million.

Au niveau des immobilisations, ce sont plus de 297 millions en projets d'immobilisation réalisés dans la région de la Capitale-Nationale entre 2009 et 2012. Deux projets majeurs sont en cours et se poursuivront dans les prochaines années, soit le projet d'agrandissement et de rénovation de l'Hôtel-Dieu de Québec et le projet de construction des deux hôpitaux dans Charlevoix.

● (13 h 30) ●

En ce qui a trait au projet d'agrandissement et de rénovation de l'Hôtel-Dieu de Québec, un concept est en cours d'élaboration selon un échéancier accéléré, des engagements financiers qui totalisent 51 millions de dollars à ce jour. Un deuxième projet majeur est en cours: la construction des hôpitaux dans Charlevoix. Actuellement, nous procédons aux travaux de réhabilitation parasismique de l'hôpital de La Malbaie, et le dossier d'affaires initial vient tout juste d'être complété et déposé pour approbation par l'hôpital de Baie-Saint-Paul.

Au niveau des équipements, plus de 170 millions ont été investis dans le parc des équipements médicaux, non médicaux et immobiliers de la région entre 2009 et 2012. La majorité de ces investissements avaient pour objectif le remplacement des équipements ayant atteint leur vie utile par des équipements de dernière technologie.

Au niveau des technologies de l'information, le Dossier santé Québec, la Capitale-Nationale est la région pilote du DSQ, il vise à rendre accessible l'information clinique aux médecins et infirmières oeuvrant en GMF, en clinique médicale et en établissement du réseau de la santé ainsi qu'aux pharmaciens communautaires, et ce, au bénéfice des usagers. Un bilan très positif a été réalisé auprès des cliniciens à la suite de l'accès à ces informations cliniques. L'imagerie médicale consiste à la numérisation des examens radiologiques et à leur centralisation au répertoire d'imagerie diagnostic du RUIS-UL. Les cliniciens en établissement accèdent directement à ces informations à partir des consoles spécialisées.

Un autre projet, celui de la télésanté. Le réseau de la télépathologie de l'Est du Québec est implanté dans plus de 20 sites répartis sur tout le territoire du RUIS-UL. Cette technologie a un impact tangible sur la qualité des soins aux patients en améliorant l'accessibilité aux services de consultation et d'examen en oncologie. Notons que 7 000 examens et 7 800 sessions d'échange à distance ont été réalisés depuis sa mise en place.

En conclusion, je viens de vous dresser en quelques minutes le bilan des trois années de travail pour les établissements de notre région ainsi que pour l'agence. Nous avons de nombreux défis devant nous, comme nous l'avons vu au début de la présentation. Le vieillissement de la population et le resserrement des finances publiques sont incontournables dans la

prise en compte des enjeux. Ils en ont toutefois plusieurs solutions avec la modernisation de nos pratiques et de nos processus de travail et avec l'avancée des nouvelles technologies de l'information.

Nous avons confiance qu'en mettant en commun les façons de faire et les connaissances nous allons relever les défis qui se présentent à nous. Cela passe de façon incontournable par des changements de pratiques et de culture, et la gestion du changement sera donc de courtes démarches entreprises dans l'ensemble du réseau pour les prochaines années. Toutes ces mouvances organisationnelles paraissent au premier abord axées sur les structures. Or, nous voulons axer sur les personnes dans le but d'offrir un accès et une qualité de soins et de services aux patients qui soient optimaux, en plus d'assurer un bon état de santé pour l'ensemble de la population. C'est là notre priorité, et le patient sera toujours placé au cœur de nos préoccupations dans l'ensemble des décisions que nous aurons à prendre dans le futur. Je vous remercie de votre attention.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, M. Thibodeau. Alors, maintenant, c'est le temps pour les échanges avec les membres de la commission: 40 minutes avec les membres du gouvernement, 40 minutes avec l'opposition et 10 minutes avec le deuxième groupe d'opposition. Alors, on va commencer avec des blocs de 10 minutes dans chaque bloc de 40 minutes. On commence avec Mme la députée de Sainte-Rose.

**Mme Proulx:** Alors, M. Thibodeau, merci beaucoup... Bonjour à tous, premièrement. Merci beaucoup, M. Thibodeau, de votre présentation, merci à toute l'équipe aussi, parce que je suis certaine que tout le monde a contribué et je sais à quel point ça peut être une charge de travail importante, là, de préparer une reddition et une présentation comme celle d'aujourd'hui. Donc, je vous remercie. C'est un portrait très complet et très clair, là, de la situation.

J'aurais quand même néanmoins quelques questions. Et j'ai une préoccupation particulière pour toute cette volonté d'offrir du soutien à domicile aux personnes en perte d'autonomie, aux personnes vieillissantes, aux personnes qui nécessitent des soins de longue durée. Et je vois que votre agence a dépassé même les cibles et l'objectif de 2015 en heures de services de soutien à domicile. Toutefois, au niveau... ça vient avec, ça, quand on veut maintenir les gens à domicile, ça vient avec aussi du support aux aidants naturels. Et, de ce côté-là, vous aviez comme projet d'implanter une stratégie de soutien aux aidants naturels dans les quatre territoires des centres de santé, et, dans votre rapport, il n'en est pas fait mention. Alors, j'aimerais ça vous entendre où c'en est, cette stratégie de soutien aux aidants naturels dans votre agence.

**M. Thibodeau (Guy):** D'accord. Oui, M. le Président, si vous le permettez, c'est le secteur dont s'occupe M. Fillion, alors je demanderais à M. Fillion de répondre à cette question.

**Le Président (M. Bergman):** M. Fillion.

**M. Fillion (Jacques):** Merci. Alors, M. le Président, effectivement, on n'en fait pas mention dans le rapport parce que l'activité se terminait au 31 mars 2012, et les principales actions ont débuté dans l'exercice actuel puis l'exercice précédent. Donc, à titre indicatif, on s'est inscrits dans la démarche qui est pilotée aussi au niveau national avec ce qu'on appelle l'appui, c'est-à-dire tout l'arrimage qui s'est fait, là, avec l'investissement qui a été notamment réalisé par la fondation Chagnon en appui aussi avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, chaque région a mis en place un organisme qui va soutenir la réalisation de projets.

Le dernier exercice a été davantage... les activités ont été davantage centrées autour de la mise en place de l'organisme en question, qui s'appelle L'Appui régional pour la région de la Capitale-Nationale. Et il doit y avoir des processus d'appel d'offres ou de projets qui vont être soutenus par cet organisme-là via le fonds dédié. On parle d'une enveloppe, là, de l'ordre de 1,2 million pour soutenir les projets spécifiques aux proches aidants. Donc, ça va être davantage dans le prochain exercice qu'on aura l'occasion de vous présenter des retombées concrètes.

Mais présentement, je vous dirais, l'infrastructure nécessaire pour soutenir la réalisation de ces projets-là, c'est des choses qui sont réalisées, et donc il devrait y avoir un processus d'appel d'offres au cours des prochaines semaines dans le milieu. Et je sais que ça se fait aussi, là, dans l'ensemble des régions du Québec.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

**M. Claveau:** Peut-être plus vous... Alors, bravo pour l'atteinte de votre cible concernant le soutien à domicile, surtout pour les soins de longue durée. Mais il y a un paradoxe que j'aimerais que vous m'expliquiez. On a vu dans les médias que le syndicat des CHSLD de Québec avait des récriminations. Comment vous l'expliquez, cette situation?

**M. Fillion (Jacques):** C'est intéressant que vous l'ameniez comme un paradoxe, parce qu'effectivement il y a un enjeu là. Au cours des dernières années, l'ensemble du réseau a pris une orientation d'orienter en milieu d'hébergement de soins de longue durée les personnes qui requièrent le plus de services, donc en termes de lourdeur, et en priorisant bien sûr les mesures de maintien à domicile. Ce que ça amène comme défi, c'est que, oui, on a des places en milieu d'hébergement, mais l'intensité des ressources ou l'intensité de services requise à l'intérieur des milieux d'hébergement fait en sorte que ça crée un défi sur le fait de dire: Bien, comment est-ce qu'on peut aussi, bien sûr, investir dans le secteur maintien à domicile, mais également consolider ou augmenter l'offre de services en milieu institutionnel? Parce que force est de constater qu'on a constaté un alourdissement de clientèle.

Donc, ce que vous appelez le paradoxe, bien, oui, effectivement, c'est que, lorsqu'on priorise le secteur de maintien à domicile, ce qui est une bonne chose, bien, ça a aussi pour effet d'alourdir la clientèle qui requiert au milieu institutionnel. Et là le défi, c'est d'assurer l'évolution des ressources internes en milieu institutionnel. Et ça se fait notamment,

je vous dirais, par de la réorganisation du travail, parce qu'au cours des dernières années il y a eu beaucoup de transformation faite en milieu institutionnel pour faire en sorte qu'un même nombre d'heures soit rendu disponible de manière différente en utilisant davantage des heures préposées plutôt que des heures d'infirmières. Donc, avec le même bassin d'heures et avec le même coût, les établissements sont en mesure d'offrir davantage de services directs à la population.

**M. Claveau:** Si je comprends bien, c'est que, c'est certain, la clientèle en hébergement est de plus en plus lourde, demande plus de soins et demande plus d'attention, alors, mais, étant donné que vous atteignez vos cibles, même vous dépassez celles de 2015 au niveau du soin à domicile, c'est-à-dire celle qui va rester en établissement, étant donné la lourdeur, avez-vous un plan d'action, pour les prochaines années, pour vous attaquer à cette situation?

● (13 h 40) ●

**M. Fillion (Jacques):** Bien, le plan d'action qu'on regarde présentement avec les établissements, c'est... On a probablement un certain pourcentage de lits qui présente un niveau de vétusté dans la région et pour lequel il pourrait y avoir une migration, c'est-à-dire de transformer ces lits-là et, les économies, de les réinvestir dans de l'alourdissement de clientèle. Essentiellement, là, si je vous résume en 30 secondes le plan de match qui peut être un petit peu plus complexe, là, mais, essentiellement, la ligne, là, c'est ça.

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

**Mme Proulx:** J'aimerais vous parler aussi de vos cibles en santé mentale. On remarque, en fait, que l'agence n'a pas atteint les cibles en santé mentale. Et il y avait d'ailleurs un projet novateur, là, qui devait être implanté, et ce qu'on voit, c'est que, faute de... c'est-à-dire, dû à des problèmes organisationnels, là, ça n'a pas pu aller de l'avant. Est-ce que vous pourriez nous expliquer un petit peu plus quels ont été ces problèmes, là, auxquels vous avez été confrontés, qui vous ont empêchés de mettre en place ce projet et, par le fait même, d'atteindre les cibles?

**M. Thibodeau (Guy):** M. le Président, c'est aussi un projet qui a été piloté par M. Fillion, alors je vais lui laisser répondre...

**Le Président (M. Bergman):** M. Fillion.

**M. Fillion (Jacques):** Je vous remercie. Alors, par rapport aux cibles, comme vous le mentionnez, effectivement on n'atteint pas les cibles... malgré une augmentation, là, de la desserte, on n'atteint pas les cibles, je vous dirais, comme l'ensemble des régions, aussi, du Québec, là. Le Plan d'action en santé mentale qui a été produit par le ministère, c'est un grand défi de virage, et d'organisation, et d'orientation vers la première ligne. Ça induit... effectivement, ça nous met des cibles très, très ambitieuses. Et force est de constater que ce virage-là, qui est amorcé, je pense, qui est bien amorcé, qui est installé, mais il reste encore du travail. Donc, nous, la non-atteinte des cibles, on le voit davantage comme étant un constat qu'il y a encore du travail à faire pour atteindre la perspective de vraiment assurer une offre de services en première ligne. Et Dieu sait si, une région comme la Capitale-Nationale, où on a eu aussi, je vous dirais, un passé très institutionnel — on a un ancien asile — donc il y a des enjeux, là, de transformation. Mais, je vous dirais, là, quand on regarde la tendance, l'évolution, on voit quand même, là, ce changement-là, mais il reste un travail à faire. Quand vous parlez du projet novateur, ça, je ne sais pas si vous pourriez...

**Mme Proulx:** Oui. À l'Hôpital Saint-Sacrement.

**M. Fillion (Jacques):** O.K. Concernant l'urgence. O.K. Ça, effectivement, ça n'a pas levé, ça n'a pas donné les résultats escomptés. Bien, écoutez, essentiellement, la mise en place d'un projet novateur, souvent, de l'urgence, ça présuppose l'engagement de plusieurs composantes, les équipes cliniques, les équipes médicales. Et, si je vous résume ça, je pense que le terreau n'était pas propice, ce n'était pas le bon lieu pour faire ce projet d'expérimentation là. C'est le constat qu'on a fait.

Ceci étant dit, on travaille présentement autant avec les centres de santé qu'avec l'institut et le CHU de Québec, notamment, à revoir effectivement comment on peut accueillir, dans l'ensemble, des urgences psychiatriques de la région, parce qu'on n'est pas... On n'est pas très performants là-dessus, sur comment on accueille la clientèle et comment est-ce qu'on assure une prise en charge en psychiatrie. On est capables de faire beaucoup mieux là-dessus en impliquant la première ligne. Et on est en travail là-dessus, là, avec les établissements concernés.

**Mme Proulx:** Donc, concrètement, vous allez vous donner un plan d'action pour pouvoir améliorer...

**M. Fillion (Jacques):** Le fait qu'il y ait un plan d'action qui nous a déjà été déposé... Parce qu'on avait mandaté M. Roger Paquet, qui est bien connu dans le réseau, de même que le chef de département régional de psychiatrie, le Dr Evens Villeneuve, pour animer une démarche, là, dans le réseau, et, au mois de décembre, nous a été déposé un plan d'action et lequel plan d'action est en train de s'actualiser spécifiquement pour améliorer la fluidité et la prise en charge des clientèles à partir de l'urgence.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, Mme la députée. M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Bonjour. D'abord, je veux vous remercier de la présentation. Puis j'ai lu votre document, puis c'est vraiment impeccable. J'ai une petite particularité, en même temps que je suis député, je pratique la médecine

dans une clinique médicale, groupe de médecine de famille, clinique-réseau, ça fait que mon questionnement va être aussi pas seulement par rapport à l'évaluation, mais également peut-être des commentaires qui... En passant, c'est des commentaires pour une amélioration puis c'est positif.

Le premier constat: Québec a une très bonne configuration des services, hein? Depuis plusieurs années, on a retravaillé sur le regroupement des spécialités. Chaque hôpital a sa mission, et on ne retrouve pas toutes les spécialités dans tous les hôpitaux, ce qui fait qu'on est capables de développer une bonne expertise. Et je n'ai pas entendu un patient se plaindre qu'à un moment donné la traumatologie se faisait à L'Enfant-Jésus, les accouchements se font à Saint-François-d'Assise, se font au CHUL; je pense que c'est bien accepté par la population. Puis également l'ophtalmologie, qui est un gros dossier à Québec, et maintenant je pense que tout le monde est content. Même à Montréal, on m'a dit que, si on était capables de faire un centre de ce genre-là à Montréal, les gens seraient très heureux. Pour vous montrer. Je pense qu'il faut se féliciter du beau travail qui avait été fait. Également, votre configuration des cliniques-réseaux, avec des groupes de médecine de famille, avec une bonne répartition géographique, quant à moi, là, c'est impeccable. Les participants, ce n'est pas chaque clinique qui veut posséder toute la ville de Québec, mais, si chacun fait bien son travail, à la fin, pour chaque clinique, c'est moins de charge également.

Par contre, il y a quelques améliorations que, moi, je vois. Un, on va commencer par le Dossier santé Québec, l'informatisation des cliniques-réseaux. Je sais qu'avec la nouvelle entente avec le FMOQ je pense qu'il va y avoir un mouvement d'informatisation encore plus marqué. Personnellement, moi, je travaille avec un dossier informatique à 100 %, puis c'est fantastique. Comme médecin de famille, j'ai travaillé pendant 26 ans où j'avais juste le Prescripteur, maintenant j'ai le dossier complètement informatisé. On est vraiment rendu à une étape qui est autre, là, dans le réseau de la santé. Je voulais savoir où vous en étiez pour la généralisation de l'utilisation de l'informatique dans les cliniques et également où on en est rendu dans le dossier du Dossier santé Québec.

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Oui, mais, pour ce qui est de l'implantation du Dossier santé Québec, comme on l'a dit, on est région pilote. On a eu des problèmes, je vous dirais, d'interface et d'accès à l'information. À ce point-ci, ces problèmes-là sont réglés, ce qui veut dire que, l'argent des établissements, des pharmacies communautaires, on est sur un rythme où, d'ici quelques mois, tout le monde va être interfacé et connecté par rapport au DSQ.

Par rapport à ce qui est des cliniques médicales, ça, force est d'admettre que chaque clinique et chaque GMF, chaque clinique-réseau travaille beaucoup avec un DME, chacun a ses propres outils. Et je vous dirais qu'on est à l'état d'avoir la préoccupation que ce qui se fait là soit connectable avec notre DCI régional, qui va être Cristal-Net, et aussi avec le DSQ. Là, on va avoir un projet pour cinq UMF qui vont être dotées d'un DME aussi qui va être en lien avec les autres opérations.

Mais, pour ce qui est de façon plus directe au niveau des cliniques médicales, je vous dirais que c'est à l'état de volonté actuellement, là. On a une préoccupation très grande à ce que les médecins de famille puissent avoir accès aux informations cliniques peu importe où est leur lieu d'intervention, pour favoriser la continuité des interventions au niveau du patient. Mais, de façon plus spécifique, pour les cliniques, c'est à l'état de projet actuellement, là. Puis on complète l'implantation du DSQ. On travaille fort aussi au niveau de l'implantation d'un DCI ambulatoire, donc, à l'intérieur des établissements et on est en train de prévoir comment on pourrait, là, avoir de l'interopérabilité avec l'ensemble de ces systèmes-là. Mais effectivement, nous, on trouve que c'est à améliorer aussi.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Oui. Je vous dirais que la prochaine grosse amélioration qu'on doit avoir dans les cliniques, c'est le transfert direct des données de laboratoire de l'établissement à la clinique. Actuellement, on nous envoie les feuilles papier qui sont numérisées. Et, je pense, si vous voulez mon avis, pour le patient, c'est un gain de plusieurs jours en termes d'accessibilité aux données et, pour le médecin, ça va lui permettre d'avoir les résultats en temps réel.

J'ai des félicitations à faire. L'organisation des prélèvements sanguins, à Québec, est excellente. Un patient qui vient dans mon bureau, il peut aller au CHUL, il va se faire prélever la journée même ou le lendemain. Presque tous les CLSC font des prélèvements. Puis je dis à la personne: Va à l'endroit le plus près où il y a un CLSC, ils vont te faire un prélèvement.

Petite amélioration que je vous recommanderais, c'est que les horaires sont variables d'un CLSC à l'autre. Je pense que ce serait plaisant de dire au patient: Quel que soit l'endroit que tu vas, tu te présentes sans rendez-vous entre huit heures et telle heure. Et les rendez-vous peuvent être un petit peu plus tard. Là, ce qui arrive, c'est que le patient a de la misère à se retrouver, parce que même nous autres, les médecins, on n'est pas capables de se retrouver. Ça fait que d'avoir une standardisation au niveau des CLSC, je pense ce serait un effet qui serait bénéfique.

L'autre dossier que je voulais vous parler brièvement, c'était le GACO, le guichet d'accès pour les clientèles orphelines, où un des enjeux qu'on voit actuellement, c'est... On peut prendre des patients, mais ce qu'on se rend compte, c'est qu'il y a plusieurs médecins qui prennent leur retraite, et, du jour au lendemain, même si les médecins en inscrivent plusieurs, si le médecin prend sa retraite puis il y a 1 200 nouveaux patients qui arrivent puis qui sont... qui doivent s'inscrire, je ne sais pas jusqu'à quel point qu'on est en équilibre. Et ce que je peux voir également, c'est que ça peut prendre deux, trois ans pour une clientèle qui est non vulnérable, là — les vulnérables, je pense, sont pris rapidement — qui, eux autres, ont de la difficulté à se trouver un médecin de famille. Et c'est un enjeu pour notre région. Y a-t-il une stratégie que vous pensez qu'on pourrait travailler pour favoriser qu'il n'y ait pas cette clientèle-là qui, du jour au lendemain, pour deux, trois ans, n'aura pas de médecin de famille?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Oui, M. le Président. Pour ce qui est des centres de prélèvements, je vous dirai simplement qu'on a fait exactement le même constat et qu'actuellement, avec les établissements, on travaille justement sur un horaire complémentaire des sites de prélèvement des établissements. Et ça va appartenir à l'agence de le diffuser évidemment pour bien informer la population. Pour ce qui est des guichets d'accès, je vais vous demander de prendre la réponse du Dr Saint-Pierre.

● (13 h 50) ●

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Excusez-moi.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Saint-Pierre.

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Merci. J'avais un petit peu de problèmes avec le micro. Peut-être juste pour compléter pour les prélèvements, dans toute la démarche de hiérarchisation des laboratoires, on est en train de retravailler toute l'offre de services au niveau de la première ligne pour nous assurer que, dans chacun des territoires de CSSS, on va avoir des gros... ce qu'on appelle des plus gros centres de sans rendez-vous pour être capables d'accueillir la clientèle avec des horaires uniformisés et un temps d'attente aussi minimal. Pour les guichets d'accès, nous avons un comité régional de coordination des guichets d'accès. Donc, les médecins coordonnateurs sont là, les représentants du DRMG sont là et également soit les DSP ou les directeurs généraux adjoints des CSSS.

Donc, pour les médecins qui prennent leur retraite, il y a une triple stratégie. La première, bien sûr, on est en train d'essayer de mettre des mécanismes en place dans les cliniques pour s'assurer que les patients vulnérables vont être pris en charge. Le deuxième filet de sécurité, c'est le médecin coordonnateur du guichet d'accès qui est avisé qu'un médecin prend sa retraite et qui a la liste des patients. Le troisième filet qu'on met, c'est le comité de direction du département de médecine générale qui est également avisé. Et, pour les cas problématiques, on s'assure que ces patients-là aient un médecin de famille le plus rapidement possible. Mais il y a encore des améliorations à faire.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Je vais vous faire un commentaire par rapport à l'organisation avec les infirmières de liaison qui sont dans les cliniques réseau et les infirmières qui sont dans les groupes de médecine familiale. Ils font un travail strictement extraordinaire. Moi, ce que j'ai vu comme modèle d'organisation: si vous avez une urgence, vous demandez à l'infirmière de vous organiser des rendez-vous. Si c'est des prioritaires à 24 heures, ils vont vous le faire à 24 heures, et ils connaissent les ressources. Et ça, je vous dirais que, pour les patients, ça fait une grosse différence.

L'autre amélioration qu'il faudrait regarder pour la région de Québec, c'est quand on a besoin d'une résonance magnétique, d'une échographie ou d'un TACO ou le CT scan pour la région de Montréal, là — ici à Québec, ça s'appelle un TACO, mais à Montréal, c'est un CT scan. Le patient téléphone dans chacun des endroits, il met son nom sur cette liste, puis, à la fin, le premier qui l'appelle, il se rend là puis probablement qu'il reste sur la liste des autres jusqu'à ce qu'ils l'appellent. Et également on dénote qu'il y a une grande différence d'un hôpital à l'autre. Ça, je pense qu'on aura un avantage à essayer de regrouper ça pour commencer d'avoir une uniformisation au niveau des demandes, ce qui fait que tel hôpital demande telle formule, tel autre hôpital, c'est une autre formule. Donc, d'avoir une formule pour la région, ce serait déjà plus facile.

Puis deuxièmement d'avoir un mécanisme centralisateur, parce que ce n'est pas normal qu'à un endroit ça prenne deux ans puis, à l'autre place, ça prend deux mois. Le patient ne le sait pas, le médecin ne le sait pas. C'est qu'à la fin, si on faisait une gestion qui était plus cohérente entre les établissements, ça irait mieux. Surtout qu'avec la fusion du CHA et du CHUQ, qui est devenu le CHU de Québec, qui est d'ailleurs une réalisation que vous n'avez pas parlé parce que ça s'est fait en 2012-2013, mais il reste que, pour Québec, c'est une grande transformation et ça va nous permettre d'offrir des meilleurs services. Ça fait que je ne sais pas si vous avez travaillé sur cet aspect-là, d'être capables de mieux coordonner les prises de rendez-vous. Parce que, quand vous avez le même nom sur sept listes, c'est comme si c'étaient sept noms qui attendaient, alors qu'en réalité c'est une seule personne.

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau? Mme Saint-Pierre.

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Je vais y aller. Si on parle de la résonance magnétique, au niveau de l'ex-CHA... du CHU de Québec, donc Enfant-Jésus et Saint-Sacrement, ils ont déjà fait des travaux pour uniformiser les formulaires et pour mettre un guichet unique pour la prise de rendez-vous. Dans l'ex-CHUQ, les travaux étaient commencés, ils vont s'accélérer, on va les faire d'ailleurs de façon régionale, parce qu'on veut inclure également l'institut de santé mentale et l'institut de cardio-pneumo. L'institut de santé mentale, parce qu'elle a une clientèle qui est spécifique, on veut s'assurer que les délais puis que les conditions pour faire passer des examens aux patients atteints de problèmes de santé mentale... que ces gens-là n'aient pas à attendre dans la salle d'attente, etc. Et, au niveau régional, ce qu'on veut, c'est un guichet au moins de rendez-vous unique. Dans l'ex-CHUQ, il y avait 92 points de prise de rendez-vous. Ils ont diminué ça de moitié. Ce qu'on voudrait, c'est un guichet unique pour le CHU. Donc, on travaille beaucoup là-dessus.

L'autre chose également, je me permets de montrer un petit diagramme parce que le Dr Bolduc y faisait référence. C'est notre modèle d'organisation régionale. On a un comité régional sur les trajectoires qui intègre toute l'organisation de première, deuxième, troisième ligne. Donc autant la première ligne que les hôpitaux spécialisés, on est tout en train d'organiser les trajectoires dans chacune des spécialités, mais également pour les plateaux techniques. Donc, pour l'imagerie médicale, l'échographie, la résonance magnétique, les examens d'angiographie, donc on est en train aussi de faire ça. C'est un travail de longue haleine, mais je dirais qu'on progresse, parce qu'on a des choses à améliorer, effectivement.

**Le Président (M. Bergman):** Merci. Alors, Mme la députée de Masson.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. On entend beaucoup parler des PREM partout... en tout cas, dans différentes agences, dans différentes régions au Québec. J'aimerais vous entendre sur votre réalité au niveau des PREM. Est-ce que vous avez de la difficulté à avoir les médecins? Est-ce que vous avez de la difficulté au niveau de rétention? J'aimerais vous entendre de ce côté-là.

**Le Président (M. Bergman):** Mme Saint-Pierre.

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Alors, ça dépend toujours de quel plan d'effectifs vous parlez. On a les plans d'effectifs en spécialité, on a des plans d'effectifs également en omnipratique. Pour la spécialité, c'est sûr que Québec est une région qui est très attractive. On a des milieux... tous nos hôpitaux, d'ailleurs, sont des milieux universitaires. Donc, il y a de la médecine tertiaire, secondaire. C'est des gens qui ont un profil académique.

Je vous dirais qu'au niveau de la spécialité, nous avons fait une démarche quinquennale, donc une planification sur cinq années. Bien sûr, on demande toujours plus que le nombre de finissants évidemment, mais je pense que la région de Québec s'en tire très bien au niveau effectifs médicaux spécialisés. Au niveau de l'omnipratique, la région de Québec, comme les autres régions, évidemment, a une cible, ce qu'on appelle une cible de croissance régionale. C'est-à-dire qu'on estime qu'environ 25 médecins par année soit quittent la région, partent à la retraite, etc., et on a un remplacement de 25 médecins.

Notre région est bien sûr très attirante, ce qui fait que des jeunes médecins vont partir dans une autre région un an, un an et demi et vont revenir. Donc, malgré ce qu'on entend que — bon, il manque de médecins, les médecins vieillissent — je pense que, quand on se compare au reste du Québec, la région de Québec quand même s'en tire bien. On fait beaucoup de travaux pour la réorganisation du travail, aussi pour augmenter l'apport d'autres professionnels, les infirmières, les physiothérapeutes, etc., pour s'assurer que le médecin va vraiment se concentrer sur son acte médical, si on peut dire, et qu'il va travailler en multidisciplinarité.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** ...

**Le Président (M. Bergman):** Oh! Excusez. Mme la députée de Masson...

**Mme Gadoury-Hamelin:** J'avais une autre question, mais je peux revenir tantôt.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** O.K. J'avais une autre question par rapport à ce que vous avez vécu l'année dernière par rapport aux tours de climatisation dans la région de Québec puis la maladie du légionnaire, je crois, là, qui était la conséquence de ça. Est-ce que ça a eu des impacts — énormes, j'imagine — sur votre dernière année d'opération? Puis est-ce que c'est une situation qui est sous contrôle maintenant, ou est-ce qu'il y a encore des gestes à poser dans ce sens-là pour être préventifs, ou est-ce que c'est réglé? J'aimerais vous entendre là-dessus.

**M. Thibodeau (Guy):** M. le Président, je vous dirais que, par rapport à l'impact au niveau de l'organisation de services, c'est certain qu'une bonne partie de l'été tout nos établissements, tant les milieux hospitaliers que les milieux de première ligne, ont été sous tension. Nous, on avait mis en place une coordination régionale, une situation de crise, dans le fond, là. Donc, oui, ça a sollicité beaucoup les gens. Malgré tout, ce qu'on doit se dire, c'est qu'avec la collaboration de tous les établissements on a réussi à maintenir, à toutes fins pratiques, l'offre de services régulière tout en répondant, là, aux besoins spécifiques de ce qu'on vivait.

Pour ce qui est de la crise de la légionelle comme telle, si vous me permettez, je laisserais le Dr Desbiens vous faire un état de situation d'où on en est par rapport à cette situation-là.

**Le Président (M. Bergman):** Dr Desbiens.

**M. Desbiens (François):** Oui. Effectivement, on peut dire que, depuis l'identification de la tour proche de la bibliothèque Gabrielle-Roy, la tour de la CSQ, depuis ce temps-là, ça a été des interventions directement ciblées sur cette tour-là, une collaboration très active du propriétaire pour mettre en oeuvre toutes les mesures pour faire en sorte que sa tour se désinfecte de cette bactérie. Mais, lorsqu'elle reprendra ses activités et qu'elle ne sera plus contributive à la contamination... Nous avons travaillé fort pour publier le rapport qui a été publié en début décembre sur l'ensemble de l'intervention.

Présentement, il y a des professionnels de notre direction qui ont travaillé étroitement avec la Régie du bâtiment, qui avait eu le mandat des deux gouvernements d'aller de l'avant dans l'élaboration d'un règlement qui va venir encadrer l'ensemble des propriétaires de tours à refroidissement en ce qui concerne leur entretien et leur désinfection. Ce règlement-là est présentement en consultation suite à son dépôt, je crois, la semaine dernière ou voilà deux semaines, par la ministre actuelle du Travail. Je sais que les directeurs de la santé publique vont prendre connaissance du règlement pour faire part de leur réaction au cours des prochaines semaines.

En ce qui nous concerne, on va être interpellés par Me Rudel-Tessier lors de l'enquête du coroner, pour laquelle elle s'est faite mandatée aussi par le gouvernement, pour revoir l'ensemble de ce qui s'est passé dans le dossier de la légionelle cet été avec les 13 mortalités qui sont survenues et nous allons collaborer étroitement à toute demande de Me Rudel-Tessier.

Donc, on peut dire qu'à ce temps-ci de l'année la grande majorité de nos tours à refroidissement sont arrêtées. Certaines fonctionnent à l'année longue pour climatiser certains bâtiments. Et nous sommes confiants que le règlement en consultation présentement va pouvoir encadrer beaucoup mieux les propriétaires et l'entretien des tours pour minimiser la survenue d'autres événements similaires.

Mais, dans des pays comme la France, la Grande-Bretagne et l'Australie, qui ont vécu des éclosions importantes et qui ont mis en place des règlements... Il faut être assez vigilant quand même parce qu'il peut survenir d'autres éclosions mais d'une ampleur beaucoup moins grande parce qu'on réussit à les identifier plus rapidement et à intervenir plus rapidement compte tenu d'un répertoire qui serait disponible pour identifier où sont les tours et compte tenu du registre qui est prévu par rapport à chacun des propriétaires pour bien noter toutes les interventions qui sont réalisées, ce qui fait en sorte de minimiser les possibilités que ce soit présent. Donc, présentement, on est, je vous dirais, revenus en vitesse de croisière à la Direction de la santé publique. On se prépare pour l'enquête du coroner, puis on est très heureux, à l'heure actuelle, du contenu du règlement qui est en consultation.

● (14 heures) ●

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

**Mme Proulx:** Oui. Alors, j'aimerais vous parler du programme de santé publique. À la lecture du rapport, ce qu'on peut constater, c'est que les travaux de l'agence avancent bien en matière de pratiques cliniques préventives, toutefois les pratiques cliniques préventives liées au suicide sont en retard. Et il y avait le déploiement de groupes de formation qui était prévu dans le plan stratégique régional pour l'an passé. Il y a donc un an de retard puisqu'ils ont débuté, semble-t-il, là, au mois de janvier 2012. Et il n'y a rien dans le rapport de l'agence qui explique ce retard d'un an dans le déploiement et la mise en place de formations spécifiques pour des stratégies d'interventions préventives liées au suicide.

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau...

**M. Desbiens (François):** En ce qui concerne la prévention du suicide, nous avons deux types d'intervention dans la région. Nous en avons une qui concerne toute l'organisation des sentinelles qui sont en milieu de travail ou en milieu scolaire. Et ce programme-là est déployé à la grandeur de la région, grâce au Centre de prévention du suicide du Québec métropolitain et de deux organisations communautaires analogues dans Portneuf et dans Charlevoix, et ça roule assez bien, les formations se donnent. Je crois que vous faites référence à la formation donnée aux intervenants professionnels des établissements de santé de première ligne, qui était un plan gouvernemental de formation.

**Mme Proulx:** C'était dans le plan stratégique régional.

**M. Desbiens (François):** C'est ça. Puis se peut-il, Jacques, que... Et puis là je laisserais la parole à mon collègue M. Fillion, qui...

**M. Fillion (Jacques):** Bien, peut-être en complément de ce que le Dr Desbiens vient d'amener, effectivement il y a l'approche un petit peu plus préventive, là, faite à partir des sentinelles. Et il y a eu aussi une consolidation de l'offre de services en milieu hospitalier, qu'on appelle, via le programme SILAR. Ces équipes-là étaient en place. La stratégie de formation puis de mise à jour de la formation, là, va suivre, et donc... Mais il fallait aussi implanter, là, ce qu'on appelle, nous... finaliser l'implantation du programme SILAR dans l'ensemble des urgences de la région, ce qui a été fait, là, au cours des dernières années.

**Mme Proulx:** Donc, si je reviens au programme de formation prévu dans le plan stratégique régional, est-ce que vous allez aller de l'avant pour vraiment vous assurer, là, d'avoir des pratiques cliniques préventives notamment liées au suicide?

**M. Fillion (Jacques):** Tout à fait.

**M. Desbiens (François):** Oui.

**Mme Proulx:** Oui?

**M. Fillion (Jacques):** Oui.

**Mme Proulx:** Et vous allez travailler ça dans un plan d'action spécifique?

**M. Fillion (Jacques):** Tout à fait. Oui.

**Mme Proulx:** O.K. Merci.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

**M. Claveau:** Oui. Le printemps dernier, dans le rapport du Vérificateur général, on faisait part d'un généreux contrat avec un CHSLD privé, Côté Jardins, et qui ramenait, pour 256 lits, un coût de 18 millions par année, comparativement à un PPP qui a eu lieu avec le CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-golf, qui est à 8 120 000 \$ par an, ce qui a fait un écart de 80 \$ par jour, par patient. Comment vous expliquez l'urgence d'avoir donné un tel contrat?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, pour la première partie, disons qu'on était dans un processus de transformation des lits, justement, qui visait l'élimination des lits des patients admis en courte durée et pour les situer au bon endroit. Alors, ça, on a déjà eu à répondre de ça, là, c'est-à-dire que le contrat a été donné dans la mesure où il y avait juste un établissement dans la région qui avait un permis de CHSLD privé. Et c'était, à ce moment-là, au moment où la décision a été prise, avantageux comme processus. Pour ce qui est du fin détail, je vais demander à M. Fillion, qui était dans les discussions à ce moment-là, de vous donner plus d'information.

**M. Fillion (Jacques):** Sous réserve de l'information concernant l'autre établissement, là, avec lequel vous faites référence, là, ce qui est sûr, c'est que, lorsqu'on parle du coût unitaire du contrat entre l'agence et le centre d'hébergement privé dont vous faites mention, ça inclut les services cliniques. Donc, on n'est pas strictement dans le projet PPP, là, donc, parce que la... Si je vous résume ça, nous, ce qu'on a acheté, c'est un clés en main, c'est-à-dire une bâtisse avec un service clinique. On aurait pu aller en PPP pour avoir une bâtisse. Probablement qu'on aurait arrivé sensiblement au même coût de référence dont vous faites référence, mais il aurait fallu installer le service clinique. Donc, cet écart de coût là que vous nous présentez cet après-midi s'explique qu'il y en a un que c'est l'immeuble qui est livré et l'autre, c'est l'immeuble et le service clinique. Donc, le contrat que nous, on a négocié, c'était un contrat clés en main, incluant l'ensemble des activités, incluant le service clinique.

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

**M. Fillion (Jacques):** Et notre comparaison... Si vous me permettez? Notre comparaison, nous, c'était davantage avec le coût normé public, et on était dans les coûts normés publics.

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

**Mme Daneault:** Oui. Bonjour. J'aurais une question concernant l'hôpital de Baie-Saint-Paul. Actuellement, on en est rendu où dans les travaux? Quand est-ce qu'on prévoit la fermeture, réouverture? Qu'est-ce qui va se passer entre les deux? Est-ce qu'on va vers un hôpital unique à La Malbaie ou on continue de penser qu'on va garder deux hôpitaux pour une population de 13 000 habitants?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Oui. M. le Président, je vous dirais que c'est un dossier que je connais bien, là, parce que j'étais dans Charlevoix auparavant. Donc, premièrement, la question du choix qui a été fait en termes d'organisation de services, je vous dirais que ça a été soupesé à maints niveaux, en termes d'impact au niveau de la population, en termes de coûts aussi. Et puis la résultante de construire deux hôpitaux était basée vraiment sur le principe d'accès aux services à la population et sur un principe aussi de rentabilité, là, parce qu'à cause de la dimension des bâtiments, dans le fond, en faire un plus grand ou deux de moindre importance, on arrivait sensiblement dans les mêmes coûts, là.

Donc, par rapport à ce qui est de l'hôpital de Baie-Saint-Paul... Parce que vous savez que, dans la décision, il y avait à procéder à court terme en raison des risques de sécurité civile. Donc, il y avait la consolidation de l'hôpital de La Malbaie parce que, ce bâtiment-là étant plus petit, il y avait des travaux qui pouvaient être faits pour le rendre sécuritaire. Les travaux pour ce bâtiment-là sont amorcés depuis deux semaines, je vous dirais... peut-être trois, là, mais il me semble que c'est deux semaines.

Pour ce qui est de l'hôpital de Baie-Saint-Paul, ça coûtait plus cher le réhabiliter que d'en construire un neuf. Donc, au moment où on se parle, là, le dossier est rendu à Infrastructure Québec. Toutes les analyses pour le dossier d'affaires ont été faites. On a reçu, la semaine dernière, l'aval final du ministère par rapport aux composantes. Je sais que c'est le 11 février, je pense, que le conseil d'Infrastructure Québec devrait donner son aval. Ça va vous être présenté... Ça va être présenté au Conseil des ministres. Et nous, on espère que les travaux pour la deuxième phase, là, pour tout le dossier d'affaires final, vont commencer dès le printemps.

Entre-temps, ce qui avait été choisi par les gens du milieu, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de relocalisation des clientèles et du personnel. Il y a des plans d'évacuation qui ont été faits de façon spécifique en cas de séisme. Donc, l'orientation qui a été prise, c'est d'aller en mode accéléré au niveau de la réalisation des travaux et de la construction, et ce n'est qu'une fois le nouvel établissement construit que les clientèles et le personnel vont transiter. Par la suite, l'établissement actuel va être démolé.

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

**Mme Daneault:** Je ne suis pas certaine d'avoir saisi. Est-ce qu'il y aura des frais supplémentaires parce qu'on est en mode accéléré?

**M. Thibodeau (Guy):** On a suivi... On est en mode accéléré, je vous dirais que c'est les processus de travail, là. C'est-à-dire que la façon dont on a travaillé ça, c'est que, plutôt que l'établissement se fasse, une étape, la soumettre au ministère, tout ça, il y a eu un comité directeur qui a été mis en branle. À Infrastructure Québec, la société immobilière, tout le monde travaillait ensemble. Donc, on travaillait en parallèle plutôt que de travailler d'une étape à l'autre, ce qui nous a permis, là, en termes d'évolution puis d'autorisation, de sauver pratiquement deux ans. Par contre, pour ce qui est des modes de réalisation, tout ça, ça a été fait de façon standard, là, avec les règles du Conseil du trésor, tout ça. Donc, il n'y aura pas de coûts supplémentaires associés au rythme accéléré.

● (14 h 10) ●

**Mme Daneault:** Mais je ne suis pas sûre d'avoir compris le transit, là, durant le temps de la construction, où va aller la clientèle. La réorganisation va se faire comment?

**M. Thibodeau (Guy):** Ce qui a été évalué, ça a été la possibilité soit de relocaliser de façon temporaire les services ou de les maintenir dans le bâtiment actuel en prenant des précautions particulières. On a travaillé avec le milieu, les représentants des clientèles, les instances syndicales, les instances municipales, je vous dirais, et le choix qui a été fait, ça a été de prendre le risque — on va le dire comme ça, parce qu'on avait commandé une étude de risque — de demeurer dans l'établissement encore deux, trois, quatre ans, le temps que se construise l'autre. Et à ce moment-là les clientèles vont directement transiter de l'ancien bâtiment au nouveau, il n'y aura pas d'autre transition que ça.

**Mme Daneault:** Le niveau de risque? L'étude de risque, est-ce qu'elle est disponible?

**M. Thibodeau (Guy):** Oui. Toutes ces études-là sont disponibles sur le site de l'agence, le site Internet. Vous avez un onglet qui est *Dossier parasismique Charlevoix*. Si vous avez des demandes spécifiques, on peut aussi les extraire, là, et vous faire suivre l'information sans aucun problème, là.

**Mme Daneault:** Est-ce qu'on a une crainte pour les établissements autour de l'hôpital?

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, c'est-à-dire que c'est sûr que nous, on l'a abordé du point de vue de l'hôpital, mais je peux vous dire que, suite à ça, pour ce qui est de Baie-Saint-Paul comme tel, là, la commission scolaire, par exemple, les différents établissements autour ont tous procédé à des analyses, là, et aux mesures correctives qui devaient être mises en place, là.

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

**Mme Vallée:** Bonjour. Ça fait extrêmement plaisir de vous recevoir aujourd'hui. Je suis heureuse qu'on puisse se parler puisqu'il n'y a pas tellement longtemps j'ai reçu une correspondance d'un organisme qui relève de votre responsabilité, qui est le Squat Basse-Ville. Le Squat Basse-Ville a défrayé les manchettes relativement à une problématique, je dirais, de sous-financement, un problème de liquidités, un problème de fonds, un problème de financement à la base.

Mais je tiens à faire une distinction avec le mouvement qui actuellement fait des vagues, là, dans le mouvement communautaire. On sait que nos organismes communautaires réclament un rehaussement de leur financement du PSOC, mais le Squat Basse-Ville, c'est vraiment un dossier à part. C'est un refuge pour les jeunes, entre autres, qui fuient des centres jeunesse, des jeunes qui n'ont pas réellement leur place, qui ont besoin d'un espace transitoire. Et c'est un refuge — et je le vois, dans votre rapport annuel — qui reçoit une subvention annuelle, pour l'année 2011-2012, de 139 624 \$, et qui demande un rehaussement de ce financement-là à la hauteur d'environ 132 000 \$.

Je regarde le financement des autres refuges sur votre territoire, qui est quand même plus important, le financement de base, je constate que, pour l'hébergement communautaire, vous avez choisi, dans la répartition des sommes, d'investir un peu plus de 6 millions de dollars. Je me demandais, dans un premier temps, quelle était la situation du Squat Basse-Ville. Parce que, bon, ils ont défrayé la manchette. Je suis persuadée que vous avez eu plusieurs interventions... ou plusieurs rencontres avec eux. Quelle était leur situation?

Et, dans un deuxième temps, dans le contexte du Squat Basse-Ville mais également dans le grand contexte de la répartition de votre 37 millions, je voulais voir avec vous si vous aviez établi un processus pour la répartition des sommes. Je sais que chez nous, en Outaouais, l'agence a procédé à une évaluation pour la répartition du PSOC en fonction de certains besoins et de certains critères et je voulais voir si, du côté de Québec, un exercice similaire était fait, qui permettait d'établir de façon plus ou moins objective, là... bien, plus objective que moins objective, les répartitions des sommes d'argent.

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Pour ce qui est de la première partie de votre question, je vous dirais qu'en cours d'année, là, le Squat Basse-Ville a reçu effectivement une augmentation de sa subvention. Il est passé, là, de... il a augmenté de 75 000 \$. Donc, on est rendus à une subvention totale de 217 975 \$ pour 2012-2013, O.K.?

Pour ce qui est de comment on répartit, là, les allocations au niveau du PSOC, je vais demander à M. Fillion de vous expliquer le processus.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, M. Fillion.

**M. Fillion (Jacques):** Alors, d'entrée de jeu, il faut se rappeler que le Programme de soutien aux organismes communautaires, c'est un programme de soutien, donc on soutient la réalisation de la mission globale des organismes. Donc, on n'est pas dans une logique de financement d'activité comme on peut connaître dans le réseau public, là, institutionnel, où est-ce qu'on va donner tant pour une chirurgie ou tant pour un service à domicile. Donc, ici, on est beaucoup plus en soutien. Donc, le programme PSOC, c'est un programme fort intéressant pour les organismes communautaires parce qu'il a un côté récurrent, c'est quand même important. Et, pour établir la... justement, puis vous le nommez bien, là, avoir une approche objective... Parce qu'on est toujours dans la pertinence. C'est très, très rare qu'on n'est pas dans quelque chose de pertinent. On est dans des réponses à des besoins de base, des besoins de proximité.

Donc, qu'est-ce qui fait qu'un organisme serait primé davantage que d'autres? Donc, on s'est effectivement donné des paramètres, des balises, puis on s'est surtout donné, je vous dirais, un processus où, dès qu'il y a des allocations de ressources, ces allocations de ressources là sont regardées, sont réfléchies puis sont proposées par un comité d'analyse, qui est un comité paritaire, avec le réseau communautaire. Donc, si, demain matin, pour dire de quoi, il y a une disponibilité d'argent soit par du développement ou encore par du réaménagement de l'enveloppe, il y a un comité conjoint paritaire, avec le regroupement des organismes communautaires et la permanence de l'agence, et qui regarde, en fonction de la politique, du cadre d'application de la politique, qu'est-ce qui devrait être priorisé en termes de financement, justement pour ne pas embarquer dans des débats qui pourraient induire, là, tantôt, là, une forme de subjectivité, là, parce qu'on est, puis je le répète, dans une logique de soutien à la mission globale. Donc, c'est comme ça qu'on travaille. Voilà.

**Mme Vallée:** Je reviens au Squat Basse-Ville. Le réajustement de la subvention est effectif depuis quand?

**M. Fillion (Jacques):** Depuis, je vous dirais, au mois de... On est quoi... Novembre.

**Mme Vallée:** Parce que la correspondance qui m'a été adressée date du 9 janvier. Donc, il y a toujours un sous-financement. Est-ce qu'il y a un travail qui est fait? Est-ce qu'il y a un accompagnement qui est fait avec l'organisme?

**M. Fillion (Jacques):** Présentement, puis il faut respecter ça, là, parce qu'on est avec un organisme qui a son autonomie, l'approche de l'organisme, c'est: On veut revoir notre financement, et notre option, c'est ça. Bon. Nous, on a déjà ouvert la possibilité de regarder d'autres avenues, mais, pour le moment, l'organisme, sa position, c'est de prendre une position de dire: Bien, on doit être revus au niveau de la base de financement. C'est leur choix, c'est leur approche, on respecte ça.

Si, demain matin, l'organisme était disposé à regarder d'autres options... Parce que, vous le nommez tantôt, dans la région de Québec il y a différents organismes qui contribuent à répondre aux besoins des jeunes, oui, des jeunes fugueurs, mais le Squat Basse-Ville n'a pas le monopole au niveau de la fugue, donc on les retrouve aussi au Gîte Jeunesse, bon, etc. Donc, pour le moment, nous, on respecte l'approche qui est celle de l'organisme, et, si, en cours de route, l'organisme nous dit: Bon, est-ce qu'on peut revoir notre offre de services, bien on sera au rendez-vous. Mais on est dans cette démarche-là.

**Mme Vallée:** Est-ce que, pour les centres d'hébergement, que ce soit le Squat Basse-Ville, que ce soient les maisons d'hébergement pour femmes, vous avez établi, dans le financement, un montant de base par place, par lit qui est offert?

**M. Fillion (Jacques):** Bien, ce n'est pas comme ça que le cadre de financement du programme PSOC fonctionne. On est plus dans un cadre de financement, je vous dirais... on appelle ça, nous, les besoins reconnus. À titre d'exemple, pour les milieux d'hébergement, on va reconnaître un financement ou un soutien à la mission de l'ordre de 350 000 \$. O.K.? Donc, ça, c'est ce que l'organisme pourrait s'attendre à recevoir. Ça ne veut pas dire que c'est ce qu'il va recevoir, mais, lorsqu'on s'inscrit à l'intérieur du programme PSOC, dépendamment dans quel secteur d'activité qu'on est, bien il y a des phases de financement qui sont différentes, selon qu'on offre un service d'hébergement 24/7, où on peut s'attendre que le soutien va être plus important, versus si on est un service milieu de vie qui reçoit des clientèles de jour, cinq jours-semaine, donc le soutien va être différent.

● (14 h 20) ●

**Mme Vallée:** Qu'est-ce qui fait justement que, dans le cas du Squat Basse-Ville, ce 350 000 \$ là, qui, comme vous le disiez, pourrait être le montant auquel on s'attend, n'est pas celui qui est reçu par l'organisme?

**M. Fillion (Jacques):** Bien, essentiellement, il y a beaucoup des raisons historiques, là. Le programme PSOC a évolué dans le temps. Ce n'est pas 100 % des organismes qui reçoivent le financement reconnu. On est peut-être, je vous dirais, à la hauteur de 85 % entre ce qui est reconnu au sens de la politique versus ce qui est versé réel. Donc, en clair, face au milieu communautaire, on a un écart à combler. Et cet écart-là, bien, il faut le combler de manière... il faut se donner une perspective de le combler de manière équitable, et c'est là l'enjeu, là.

**Mme Vallée:** C'est ça. Parce qu'il y a des centres d'hébergement qui reçoivent bien au-delà du 350 000 \$. D'accord.

**M. Fillion (Jacques):** Il faut dire, par ailleurs, aussi, c'est que... Bon, rappelons que le financement, c'est toujours une contribution à. Et ça, d'ailleurs, c'est une forme de preuve d'enracinement dans la communauté. Les organismes vont chercher aussi des contributions à l'extérieur du programme PSOC; d'ailleurs, c'est souhaité, c'est même une condition.

**Mme Vallée:** Rapidement. Un autre dossier qui a défrayé les manchettes. Et d'ailleurs, la semaine dernière, il y avait un reportage fort intéressant, à Télé-Québec, sur les sites d'injection supervisée. Je sais que vous avez fait énormément de travail dans ce dossier-là, je me demandais où vous en étiez rendus dans le dossier.

**M. Thibodeau (Guy):** M. le Président, je vais laisser le Dr Desbiens, qui chapeaute ce dossier-là, répondre, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Bergman):** Dr Desbiens.

**M. Desbiens (François):** Oui. Effectivement, ce dossier-là a défrayé beaucoup la manchette et, depuis le jugement de la Cour suprême, qui a indiqué que c'étaient des services qui devaient être donnés à cette clientèle qui était en énorme besoin, le ministère a mandaté l'agence de Montréal et la nôtre de faire une analyse pour savoir si on avait des besoins particuliers qui pourraient être remplis par ce genre de service là.

Nous avons décidé, dans la région, compte tenu que ces clientèles-là sont surtout regroupées dans le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et que le CSSS de la Vieille-Capitale, avec ses organisateurs communautaires, avait une connaissance assez pointue de l'ensemble des groupes défavorisés, des toxicomanes, avait déjà des ententes de service avec certains groupes qui donnent des services à ces gens-là, de mandater le CSSS de la Vieille-Capitale de faire une analyse de besoins à cet effet-là.

Le comité de travail a commencé à siéger en — il ne faut pas que je me trompe — janvier... en septembre passé, a déjà eu deux rencontres du groupe de travail du CSSS. Les corps policiers participent aux travaux, les groupes communautaires desservant la clientèle des toxicomanes participent aux travaux, l'association de défense des droits des toxicomanes participe aux travaux, nous sommes présents comme Direction de santé publique. Les travaux vont bien, on est à l'étape de documenter les clientèles qui pourraient bénéficier de ces services-là.

Notre prochaine rencontre est dans deux semaines, dans les locaux du CSSS. Notre échéancier est encore pour 12 à 13 mois d'analyse. Le climat est très positif. Les partenaires sont très actifs dans le dossier, chacun va identifier, à partir de ses propres fichiers administratifs, la connaissance qu'ils auraient des clientèles qui pourraient être desservies. Et on pense que, d'ici 12 à 15 mois, le CSSS pourrait déposer à l'agence: Voici le résultat de nos travaux puis comment ça pourrait s'offrir compte tenu du nombre de clients qui pourraient en bénéficier. Mais, à l'heure actuelle, il est vraiment trop tôt pour vous donner quelques chiffres possibles.

Donc, notre démarche suit son cours. Il faut aller, je vous dirais...

**Le Président (M. Bergman):** Merci.

**M. Desbiens (François):** ...tranquillement et lentement, mais sûrement.

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

**Mme Proulx:** Oui. Alors, j'aimerais vous parler d'infections transmises sexuellement et par le sang. Donc, j'ai sous les yeux des données qui sont préoccupantes. En 2010, on dénombrait 1 986 cas d'ITSS, donc infections transmissibles sexuellement et par le sang, dans la région. 1 986 cas en 2010; 2 172 cas en 2011, ces deux données-là incluant le VIH; et 2 183 cas en 2012, ce qui n'inclut pas encore le VIH puisque les données ne sont pas encore disponibles.

Alors, je pense qu'on peut se préoccuper de l'impact des politiques et j'aimerais ça avoir votre point de vue là-dessus. Est-ce que vous sentez un relâchement du public face notamment, là, au VIH ou, de façon plus générale, aux infections transmissibles sexuellement et par le sang? Et qu'est-ce que fait l'agence? Est-ce que vous avez fait ce constat-là? Et qu'est-ce que vous prévoyez mettre de l'avant, là, pour renverser un peu ces données-là?

**M. Thibodeau (Guy):** M. le Président, c'est aussi le Dr Desbiens qui va répondre à ce volet-là.

**M. Desbiens (François):** Effectivement, comme le disait le rapport du Dr Poirier voilà trois ans, que nous sommes en face d'une épidémie silencieuse depuis les 10 dernières années pour l'ensemble du Québec, la région de la Capitale-Nationale vit la même réalité. Avec l'apparition du VIH en 1980, 1982, 1983 et l'absence de trithérapie dans les 10, 15 années qui ont suivi l'apparition du VIH, il y a eu un changement de comportement important dans les comportements sexuels, autant chez les homosexuels que chez les hétérosexuels, avec davantage de protection, et tout ça, qui a amené une diminution importante des chlamydia, des gonos, et des syphilis, et même du VIH, là, jusqu'à voilà 10 ans.

Mais on sait que, depuis 15 ans, il y a de la trithérapie et ce qu'on constate, c'est que les jeunes surtout, mais aussi les moins jeunes, se protègent beaucoup moins. Les pratiques sécuritaires aussi dans les communautés homosexuelles sont moins présentes. Et ce que le Dr Poirier constatait dans son rapport voilà trois ans, nous le constatons dans la région, c'est que nous sommes face à une épidémie importante d'ITSS et avec les conséquences à long terme que ça peut amener lorsqu'on sait que, pour les chlamydia, il y a beaucoup de formes asymptomatiques chez les femmes, qui amènent des salpingites, des infections des trompes, et qui amènent de la stérilité par la suite. Donc, c'est quelque chose qui était très, très préoccupant.

On vous donne les données des trois dernières années, mais voilà déjà... le bloc de trois ans précédent, nous étions aussi en hausse. Et l'orientation provinciale qui a été faite, ça a été pour que chaque cas de chlamydia ou d'ITSS soit enquêté, et qu'on puisse rechercher les contacts, les partenaires, et que les partenaires, s'ils sont asymptomatiques, puissent avoir un

prélèvement et un traitement approprié. Nous avons institué cette façon de faire là dans la région voilà trois ans, où on a fait une allocation budgétaire pour des infirmières supplémentaires en CSSS, des formations pour ces infirmières et pour les médecins qui sont en cabinet privé, pour les infirmières qui sont en GMF aussi.

Et, je vous dirais, c'était un taux de participation incroyable. Et toutes nos enquêtes chlamydia sont enquêtées, les partenaires sont contactés pour des dépistages et les traitements. Mais, malgré cette démarche, je vous dirais, agressive d'enquête, nous avons des taux qui sont en augmentation. Donc, là, je vous dirais, je ne me décourage pas facilement. Il faut faire plus que juste des enquêtes épidémiologiques, puis je pense qu'il faut retourner dans la sensibilisation puis dans l'éducation à la sexualité par rapport à toutes les pratiques sexuelles, qui sont moins sécuritaires maintenant qu'elles ne l'étaient.

Nous avons décidé, dans la région, de commencer un processus d'analyse de l'ensemble du phénomène, autant du côté de la prise en charge médicale et des enquêtes épidémiologiques, mais aussi de tout le côté éducation à la sexualité, en mettant sur pied un groupe de travail qui réfléchit présentement et qui a des contacts avec le milieu scolaire, les milieux communautaires, pour faire en sorte de porter un regard ensemble sur la même situation qui est alarmante — je prends ces mots — pour faire en sorte de rehausser chez nos jeunes — parce que c'est surtout des cas qui surviennent chez les 15-30, 30-35 ans — des meilleures pratiques sexuelles et aussi de continuer la bonne prise en charge des enquêtes qu'on fait présentement puis en espérant que l'un plus l'autre va nous permettre, dans trois à cinq ans, d'avoir beaucoup moins d'ITSS et de conséquences à cet effet-là.

**Le Président (M. Bergman):** ...

**M. Desbiens (François):** Un des éléments qui serait supportant — excusez-moi, M. Bergman... M. le Président — c'est qu'il nous manque un... il va falloir qu'on fasse de la sensibilisation à grande échelle par des activités régionales, certainement de communication, de marketing social, des campagnes, mais il faudra aussi un appui important au niveau provincial parce que la situation que j'ai présentement dans ma région, c'est un peu typique des situations qu'on peut avoir à Montréal, Montérégie et aussi de l'Estrie.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

• (14 h 30) •

**M. Claveau:** Oui. Alors, je voulais revenir sur le plan des effectifs médicaux, à savoir... — je sais que vous avez une force d'attraction qui est assez enviable — à savoir, si, dans votre grande région, c'est la même chose dans le coin de Charlevoix, Portneuf, c'est aussi fort. Puis ça, juste une petite courte question. Mais je voulais ramener aussi, par la suite, sur la situation des patients atteints de cancer. Vous avez une belle cible, de 97,2 % des gens qui sont traités à l'intérieur de 28 jours. Cependant, les patients atteints de cancer qui sont traités par chirurgie oncologique, un délai inférieur a été atteint... inférieur à l'année précédente, seulement que... bien, seulement... déjà 65 % par rapport à la cible précédente, qui avait été 71 %. Puis, cette année, la cible était de 90 %.

Dans le rapport annuel 2011-2012, on annonce que «des travaux sont en cours avec les établissements pour effectuer des changements de pratique, améliorer la qualité de la saisie des données» qu'on voit souvent, là. Saisie des données, j'aimerais savoir si vous avez une problématique là-dessus aussi et est-ce que qu'il y a suffisamment de rigueur, les gens sont sensibilisés, et si l'agence estime être en mesure d'atteindre sa cible en 2012-2013 par rapport à cette spécialité.

**M. Thibodeau (Guy):** Ce sont des dossiers pilotés par Dre Saint-Pierre, alors...

**Le Président (M. Bergman):** Dre Saint-Pierre.

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Alors, je vais prendre le premier volet de votre question, les PREM. Évidemment, Portneuf et Charlevoix... Québec a la dualité du territoire urbain très concentré et aussi deux territoires plus ruraux. Donc, Portneuf et Charlevoix ont toujours plus de difficultés à attirer des jeunes médecins.

Je dirais qu'à Portneuf il y a eu un travail assez remarquable qui a été fait en collaboration avec le département de médecine générale pour vraiment trouver les conditions qui attireraient les médecins, qui pourraient les retenir. Leur situation s'est quand même améliorée beaucoup.

À Charlevoix, on a deux milieux, La Malbaie et Baie-Saint-Paul, qui ont des modes différents de pratique. Donc, il y a également des travaux qui vont se faire de ce côté-là. La distance, souvent, est ce qui, je dirais, effraie un petit peu, là, les jeunes, là, à se rendre pratiquer à La Malbaie. Je vous dirais, également, moins de soutien de médecine spécialisée peut parfois aussi en intimider quelques-uns. Il y a énormément, quand même, de travaux qui se font ce côté-là. Mais je dirais que Charlevoix est plus fragile un peu, là. Charlevoix est plus fragile de ce côté-là. Mais le DRMG... le chef, d'ailleurs, du DRMG est un médecin de Charlevoix.

Donc, on travaille activement pour le recrutement, mais ce qui est important, c'est de recruter des gens et de les retenir. Donc, ce qui est intéressant, c'est qu'à La Malbaie ils ont un taux de rétention qui est de plus de 20 ans, donc, un coup qu'on finit par attirer les recrues, on les retient. À Baie-Saint-Paul aussi, c'est assez long comme taux de rétention également. Donc, c'est vraiment de faire connaître la région, faire connaître le mode de pratique et aussi que les gens se sentent sécurisés par les ententes de services qu'il y a également, là, en spécialité.

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

**M. Trottier:** Oui. Merci, M. le Président. On sait que le secteur de la santé est celui qui demande le plus de budget au gouvernement du Québec. Si vous aviez des suggestions pour aider à améliorer la santé des Québécois sans augmenter la facture, quelles seraient vos suggestions?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** C'est une bonne question. Je vous dirais que, dans la région, on travaille énormément, là, beaucoup avec la Direction de la santé publique, mais dans l'ensemble des directions au niveau des déterminants de la santé, donc comment on peut faire, effectivement, de la promotion... travailler au niveau des saines habitudes de vie.

Là où on met beaucoup l'emphase nous aussi, toujours dans une dynamique de travailler sur les déterminants de la santé, c'est beaucoup au niveau de l'intersectorialité dans notre région, le travail en partenariat avec les différentes autres instances publiques, les instances économiques, tout ce qui est le monde de l'éducation. Donc, on a beaucoup de tables de concertation. Et on en profite évidemment, à chaque fois, pour tableur sur les saines habitudes de vie. C'est de la gestion de changement. Ce n'est pas simple. En contrepartie... Bien, ça, ce sont des interventions qui ne coûtent rien et qu'il faut introduire dans notre quotidien. Et ça, je peux vous dire que, dans l'ensemble de nos interventions, c'est toujours présent. En contrepartie, c'est très difficile de mesurer les résultats de ce type d'interventions.

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

**Mme de Santis:** Alors, M. Thibodeau, j'aimerais féliciter vous et votre équipe. D'après le Commissaire à la santé et bien-être, vous êtes parmi les plus performants. Alors, félicitations!

J'ai quelques courtes questions. Il y a eu un signalement de l'excès de cancers dans la municipalité de Shannon. Est-ce que vous avez une mise à jour là-dessus?

**M. Thibodeau (Guy):** Oui. On est dans le dossier. Alors, M. le Président, c'est Dr Desbiens qui peut vous parler de ce dossier-là.

**Le Président (M. Bergman):** Dr Desbiens.

**M. Desbiens (François):** Je pense que vous faites référence à toute l'enquête d'agrégat qui est en cours présentement. Le dossier de Shannon est long, il fait référence au trichloréthylène, et c'est une situation qui a été... Il y a eu beaucoup d'interventions avec le recours collectif. Mais, en même temps, le Regroupement des citoyens de Shannon nous avait signifié que, pour le cancer du cerveau, dans l'ensemble des cancers qu'ils avaient inventoriés, selon eux, il y en avait beaucoup plus que normalement. Et les analyses très préliminaires qu'on a faites nous ont permis de constater que c'était nécessaire de pousser l'enquête plus loin puis de faire ce qu'on appelle occasionnellement en santé publique une étude d'agrégat, de pouvoir aller plus loin dans l'analyse de ce dossier-là.

Donc, nous avons mis sur pied un comité d'experts qui a siégé, à l'heure actuelle, à une reprise et qui va resiéger bientôt avec des oncologues, des spécialistes en épidémiologie. On a demandé au regroupement des citoyens de désigner un expert de leur côté qui puisse siéger aux travaux, et la planification des travaux qui se font présentement devrait nous amener, en début 2014, de pouvoir rendre publics les résultats de l'étude d'agrégat que l'on fait. Présentement, on est à l'étape de bien documenter chacun des cas qui nous sont déclarés. J'ai signé, la semaine passée, des lettres pour des hôpitaux afin de pouvoir avoir accès à l'ensemble du dossier médical des personnes qui sont concernées. La Loi de santé publique nous permet d'avoir cette information-là.

Donc, le comité siège présentement. Nous avons des experts, le Dr Kosatsky de Vancouver, Dr Band de la Montérégie, de Longueuil, qui ont une longue carrière en oncologie, des épidémiologistes qui sont avec nous, et les travaux suivent leur planification telle que planifiée, et, en 2014, on devrait être capables d'avoir terminé l'étude d'agrégat et de pouvoir rendre publics les résultats.

**Mme de Santis:** Merci. Maintenant, j'aimerais parler des cibles quant à la vaccination. Pour 2011-2012, l'agence n'a pas atteint les cibles en ce qui a trait à la vaccination. Qu'est-ce que vous faites ou qu'est-ce que vous avez fait pour que cela change?

**M. Desbiens (François):** Oui, c'est une excellente question. Les cibles que nous avons déterminées provincielement, collectivement avec la Direction nationale de santé publique, c'est que tout enfant soit vacciné à l'intérieur de deux semaines de la date précise à laquelle il doit être vacciné. On sait que c'est deux mois, quatre mois, six mois, 12 mois, 18 mois. Et, en ce faisant, on est certains, là, que tout le monde est bien protégé. Et ceux qui ne le sont pas — parce que c'est une vaccination volontaire — bien, ils vont être protégés par l'ensemble de la communauté qui va être bien protégée.

Cet objectif-là est requis, très ambitieux, parce que, quelquefois, on donne le rendez-vous aux parents, les parents, pour des raisons d'infection ou de contretemps, ne viennent pas à leur rendez-vous. Quelquefois, c'est du côté de l'organisation des services que c'est moins facile. Donc, ce qu'on fait, c'est qu'on a un comité avec les organisations qui vaccinent dans la région, nos CSSS et les cliniques médicales, afin de faire en sorte que ceux-ci bonifient leurs prises de rendez-vous pour être certains d'être proactifs pour inciter les parents à prendre le rendez-vous et à être fidèles à leur rendez-vous et de faire en sorte qu'on améliore nos statistiques.

Nos statistiques, j'aimerais les avoir plus proches du 85 %, mais je peux vous rassurer que, rendus en cinquième année de vie, lorsqu'on fait le portrait de leur vaccination, lorsqu'ils rentrent à la maternelle, 86 % de tous

nos enfants sont adéquatement protégés. Donc, ce qui arrive, c'est qu'on a beaucoup d'enfants qui sont vaccinés la troisième, puis la quatrième, puis la cinquième semaine de chaque côté de la date prévue de vaccination. Ce n'est pas conforme à la norme, on veut que ça soit à l'intérieur de deux semaines, on travaille fort à raccourcir ça, mais ça ne met pas en péril la protection des gens contre l'infection à l'âge de deux ans, à l'âge de trois ans puis à l'âge de quatre ans. L'indicateur... On travaille fort avec nos CSSS pour améliorer la prise de rendez-vous et la fidélité aux rendez-vous, du côté des parents, avec des relances téléphoniques, et, on pense, les indicateurs vont s'améliorer, mais la situation ne représente pas un danger pour la santé des populations compte tenu que les gens se font vacciner dans les semaines qui suivent le délai.

**Mme de Santis:** Est-ce que 86 % à l'âge de cinq ans, c'est une cible...

● (14 h 40) ●

**M. Desbiens (François):** Disons que, pour la rougeole, on préfère 95 %, mais, pour les autres infections, 86 %, 87 %, ça assure une protection... Bien, les gens vaccinés sont bien protégés, ceux qui refusent — parce que c'est une vaccination volontaire — le sont moins, mais le fait que tout le groupe est vacciné fait en sorte que les bactéries et les virus circulent moins bien et il y a moins de chances que les personnes non vaccinées attrapent les maladies. Donc, on préfère, en santé publique, un 100 % de protection, mais on sait qu'avec un 86 %, 88 % de protection on réussit à faire en sorte qu'on n'a plus de polio, on n'a plus de rubéole. Il y a certaines maladies qui ont complètement disparu avec ce taux de vaccination-là. Donc, on préfère plus élevé, mais ce taux-là est efficace.

**Mme de Santis:** J'aimerais maintenant regarder les incidents et les accidents survenus en 2011 et 2012 par rapport à l'ensemble du Québec. Vous avez une proportion d'incidents et d'accidents qui est supérieure à l'importance relative de la région selon le nombre d'habitants et d'établissements. Comment vous expliquez cela?

**M. Desbiens (François):** Vous faites référence au taux de mortalité puis de morbidité...

**Mme de Santis:** D'incidents et d'accidents à l'intérieur de vos établissements.

**M. Desbiens (François):** Les établissements, ce n'est pas moi, ça...

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, c'est sûr que c'est difficile, parce que, lorsqu'on documente ces données-là, une des sources premières est la qualité et la fiabilité, donc. Nous, on a mis énormément d'emphase, dans l'ensemble de nos établissements, pour que les données soient documentées, O.K.? Et, d'une année à l'autre, même si le cadre de documentation change, ça va amener des variations, là, par rapport à l'année antérieure, là.

Donc, ce qu'on peut vous dire, c'est... À l'heure actuelle, c'est difficile de se comparer d'une région à l'autre. Ce qu'on peut vous dire, pour la région de la Capitale-Nationale, c'est qu'on met beaucoup d'emphase sur le fait que tant les incidents que les accidents soient effectivement documentés et répertoriés. Plus on est efficaces dans nos interventions, vous comprenez qu'à court terme ça peut avoir un effet que le nombre de statistiques va augmenter, pas nécessairement parce qu'il y a plus d'incidents, d'accidents, mais parce qu'ils sont bien répertoriés. Et évidemment l'objectif de tout ça, c'est d'être capable d'intervenir pour corriger le tir.

De façon générale, dans nos données, puis c'est le cas dans les autres régions aussi probablement, ce sont les chutes en CHSLD et les erreurs de médicaments qui sont des données toujours plus élevées, et ce sont deux dossiers, là, par rapport au niveau de comment on travaille, des approches milieu de vie au niveau des centres d'hébergement, la dimension prévention des chutes, puis pas juste en centre d'hébergement, là, d'aide, soutien à domicile, c'est quelque chose qui est intégré dans nos interventions.

Et on a aussi toute l'implantation, là, de ce qu'on appelle SARDM, tout le système automatisé de distribution des médicaments, qu'on va être à la troisième phase cette année. Donc, en se systématisant à ce niveau-là, bien, dans un premier temps, on documente mieux les erreurs qui auraient pu être faites. Puis le bon côté, c'est que les erreurs sont documentées à la pharmacie et non pas sur les étages, donc on peut identifier l'erreur avant qu'elle n'ait un effet sur le patient. Et on est à l'étape de voir comment on améliore nos façons de faire par rapport à ça, là.

**Mme de Santis:** J'ai posé cette question parce que, peut-être, ça avait une résonance avec la prochaine que je vais poser. C'est quand je regarde le nombre de plaintes qui ont été transmises au Protecteur du citoyen en 2010-2011, il y en avait 33. En 2011-2012, ça a presque doublé, à 60. Est-ce qu'il y a une explication pour ça?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** De façon générale, je vous dirais qu'un processus de plainte, bien qu'on souhaite toujours que le problème se règle avant qu'il y ait une plainte, c'est quand même un processus positif, dans le sens où il permet l'amélioration de la qualité des services. À ma connaissance, même si le nombre a augmenté, l'ensemble des plaintes a trouvé, là, résolution, donc, à la satisfaction de la personne. Encore une fois, on fait énormément... Les plaintes qui sont gérées directement par l'agence sont surtout des plaintes pour les personnes qui vivent en CHSLD privé. On supporte évidemment les établissements publics dans leur processus de plaintes interne.

En ce qui nous concerne, on a fait énormément de prévention pour expliquer aux gens que porter plainte, c'est un recours qui est positif dans le sens où il permet d'obtenir satisfaction et de clarifier la situation minimalement. Et nous, on estime que l'augmentation des plaintes est liée beaucoup plus au fait que c'est rendu accessible, que les gens savent qu'ils peuvent porter plainte. On est présents dans les milieux aussi, là.

**Mme de Santis:** Mais je parle maintenant des plaintes qui sont transmises au Protecteur du citoyen, qui est le dernier niveau. Est-ce que vous avez une idée de quelle est la nature de ces plaintes-là, quelles plaintes ont été apportées au Protecteur du citoyen?

**M. Thibodeau (Guy):** Mais, pour ce qui est de la nature des plaintes comme telle, il y a une dimension qui est confidentielle, là. Il faudrait voir avec notre conseiller, on pourrait vous envoyer plus d'information par rapport à ça. C'est sûr que c'est systématique, nous, lorsque la personne demeure avec certaines insatisfactions ou interrogations, on transmet la plainte au Protecteur du citoyen. À ma connaissance, en contrepartie, dans le retour qui nous est fait, le Protecteur du citoyen appuie les actions qui ont été prises par l'agence dans le traitement de ces plaintes-là.

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

**Mme Daneault:** Merci. Je reviens encore à l'hôpital de Baie-Saint-Paul et La Malbaie, parce que probablement que, moi, je viens d'une région où on est 150 000 habitants et on a zéro hôpitaux dans notre région, et là on se retrouve dans une région de 13 000 habitants et où on a deux hôpitaux. Et on sait qu'il y a un seuil critique de rentabilité, entre autres, pour les chirurgies, le bloc opératoire. Je me demandais à quel niveau se situe votre rentabilité, là, au niveau des blocs opératoires. Est-ce que ça se justifie encore, blocs opératoires dans les deux hôpitaux différents, la clientèle et les demandes de soins?

**M. Thibodeau (Guy):** Ce qui a été évalué, c'est... Premièrement, il faut voir que ce sont des hôpitaux ruraux; il ne se fait pas de médecine de spécialité là, sauf par des médecins de Québec qui vont venir offrir des services. Donc, quand on parle de chirurgies, on parle plus de chirurgies générales, c'est quand même important de considérer qu'il y a plus de 70 % des chirurgies qui sont des chirurgies générales et qui se font dans un des deux milieux.

Le plan clinique qui a été fait à ce moment-là pour, je vous dirais, tenir compte des masses critiques, oblige le CSSS à mettre les deux établissements en complémentarité. Donc, ce qui est sur la table, actuellement, c'est de regarder: Est-ce qu'il n'y a pas certaines chirurgies qui pourraient être concentrées dans un pôle plutôt que dans l'autre? Bien, la réponse, c'est oui, effectivement, là, mais ils sont en train de regarder ça avec les équipes médicales. Déjà, dans le mode de fonctionnement, il y a un des pôles, La Malbaie, qui fait plus de chirurgies admises, je vous dirais, alors que l'autre pôle fait beaucoup plus de chirurgies externes. Donc, c'est comme ça qu'on va en arriver...

Oui, 13 000, c'est la population par pôle. Il y a 29 000 de population dans Charlevoix au complet. Puis, comme il n'y a pas de frontière, je vous dirais... il y a une petite partie de la Côte-Nord et des autres régions, ce qui fait que le bassin de desserte de ces deux hôpitaux là est à peu près de 35 000 personnes, ce qui est quand même moins que 150 000, là, effectivement.

**Mme Daneault:** Avez-vous des statistiques concernant le fonctionnement des salles d'opération?

**M. Thibodeau (Guy):** Oui, toujours sur le site de l'agence, dans les analyses qui ont été faites pour en arriver au choix, là, vous avez les statistiques de fonctionnement, effectivement, des deux blocs opératoires. On pourrait, si vous le souhaitez, là, vous transmettre des statistiques plus récentes, là, par rapport aux dernières années, là, sans aucun problème. C'est des documents qui sont publics de toute façon, là.

**Mme Daneault:** Est-ce que j'ai le temps d'une dernière?

**Le Président (M. Bergman):** Oui, vous avez un autre 2 min 30 s.

**Mme Daneault:** Merci. Dans le rapport, vous avez une réorganisation des laboratoires où vous faites mention qu'il y a eu... le CHUQ a terminé la phase de réorganisation des laboratoires et l'Hôtel-Dieu de Québec et l'hôpital Saint-François-d'Assise au CHUL, vous avez noté que cette première étape a permis de réaliser des économies importantes. On parle de combien?

**M. Thibodeau (Guy):** Je veux juste...

**Des voix:** ...

**M. Thibodeau (Guy):** O.K. Donc, ce qu'on nous dit, c'est qu'avec l'ensemble de la hiérarchisation des laboratoires vous comprenez que le principe, c'est de regrouper davantage les équipements et les expertises, tout ça. Ce que Mme Bisson m'a dit, c'est que, depuis l'ensemble du processus, là, c'est 2 millions de dollars qui a été économisé.

**Mme Daneault:** Économisé. Donc, c'est quelque chose que vous recommanderiez à la grandeur du Québec, dans le fond, tant qu'on est... c'est possible de le faire.

**M. Thibodeau (Guy):** On est dans un processus qui s'appelle Optilab, là, qui vise de faire un peu ce principe-là à la grandeur du Québec. Nous, la région de Québec, on avait déjà amorcé des travaux il y a trois ans, je vous dirais, là...

**Une voix:** En 2005.

**M. Thibodeau (Guy):** ...en 2005, donc il y a plus que trois ans, et on est à poursuivre les travaux. On a quand même déjà un bon bout de chemin de fait, là.

**Mme Daneault:** Puis est-ce qu'il y a eu des inconvénients par rapport aux services ou aux patients? Est-ce qu'ils peuvent être... les prélèvements se font à un endroit ou ils doivent se promener un peu plus loin, là?

**M. Thibodeau (Guy):** Je peux peut-être laisser le Dre Saint-Pierre vous expliquer plus concrètement comment ça fonctionne.

● (14 h 50) ●

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Concrètement, vous avez deux grands corridors, le corridors CHUQ, ex CHUQ du CHA, et le corridor CHA. Le corridor CHA prend Charlevoix, tout le territoire du CSSS de Québec-Nord, incluant Beaupré. Le corridor CHUQ inclut également Portneuf et tout le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale.

Au niveau des délais, quand vous parliez tantôt de Saint-François-d'Assise, etc., c'est qu'au départ dans le CHUQ, il y avait eu une démarche qui avait été faite. Tous les prélèvements ont été centralisés dans le CHUL avec des équipements. À l'Enfant-Jésus, la même chose avait été faite pour rapatrier Saint-Sacrement. Du côté des transports, c'est très bien organisé, il n'y a pas eu de délais particuliers. Les centres de santé et de services sociaux, les CSSS, eux, ont rattrapé les prélèvements de première ligne. Donc, c'est ça qu'on va organiser. Ce qu'il nous reste à faire dans la démarche, il y a eu la formation du CHU, donc...

**Le Président (M. Bergman):** ...conclusion.

**Mme Saint-Pierre (Monique):** ...rapidement, là, à l'intérieur du CHU, on va intégrer le fonctionnement des laboratoires des cinq hôpitaux. Il nous reste à regarder le corridor avec l'institut de cardio-pneumo. Mais, pour les patients, il n'y a pas eu d'impact.

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

**Mme Proulx:** Oui. Alors, j'aimerais vous parler de façon un peu plus globale de vos processus en lien avec votre responsabilité comme agence d'assurer la saine gestion des fonds publics qui vous sont octroyés, en lien aussi avec le battage médiatique qu'on a entendu en décembre dernier concernant le déficit du Centre universitaire de santé McGill et pour nous rassurer en tant que parlementaires. J'aimerais ça que vous nous décriviez sommairement les processus que votre agence met en place pour l'analyse des éventuels plans de redressement des différents CSSS sous votre responsabilité, des différents établissements, en fait, sous votre responsabilité.

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, je peux répondre de façon globale. Je vous dirai qu'actuellement nous, on a un mode d'allocation des ressources qui fait que, lorsqu'on travaille avec les établissements, dans un premier temps, l'ensemble des ressources sont distribuées. Donc, on est vraiment dans un processus de planification, on a déjà amorcé pour 2013-2014 avec nos établissements. Donc, c'est travaillé par établissement, mais par programme clientèle.

Je vous dirais qu'on a aussi un mode de gestion transparente où les priorités régionales sont claires pour tout le monde. Alors, les gens savent dans quel projet ils peuvent investir, dans quel projet ils peuvent travailler mais qu'il n'y aura pas d'investissements qui vont être faits. Et ça nous permet... Évidemment, là, via Mme Bisson avec les équipes, on a des gens qui travaillent au niveau des finances qui travaillent avec chaque établissement, ce qui fait qu'au moment où on se parle nous, on n'a aucun établissement qui est en situation de redressement budgétaire, là.

Le plus simple à dire, c'est qu'on travaille ça période par période avec les établissements et que, dès qu'on observe un risque, on apporte les correctifs sur-le-champ. C'est vrai au niveau du budget global, mais c'est vrai aussi au niveau des budgets d'immobilisation, des équipements, tout ça. On travaille en mode planification, comme je vous dis, en mode transparence, ce qui fait que, dès le début de l'année, l'établissement sait le budget qu'il va disposer et il planifie à l'intérieur de ça.

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

**Mme Proulx:** Oui. Donc, vos processus actuellement en place vous prémunissent, là, contre d'éventuelles mauvaises surprises. Parce que, de ce que j'entends, c'est qu'il y a un suivi assez serré avec chacun de vos établissements, en continu.

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, il pourrait arriver des mauvaises surprises dans l'optique où il y a une épidémie, où il y a une situation clinique qui requiert un surplus d'investissement, je vous dirais, pour faire face à un besoin urgent. Ça, on espère que non, mais, dans le fond, on n'a pas vraiment de contrôle là-dessus. Ce qu'on sait, c'est que, du point de vue de la gestion des ressources, on est capables d'identifier rapidement la situation et de la corriger.

**Mme Proulx:** Merci.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. Pour revenir au dossier du Squat Basse-Ville dont il a été question tout à l'heure, pour les avoir déjà rencontrés, ce qu'ils m'expliquaient, c'est qu'ils ont eu le don... — est-ce que c'est vrai, là? — le don

d'une nouvelle résidence, ou d'un lieu, ou d'une nouvelle maison récemment, ce qui occasionnait, là, des frais de fonctionnement plus lourds pour eux. Est-ce que c'est le cas ou... Il me semble qu'on m'avait sensibilisée à cette réalité-là.

**M. Thibodeau (Guy):** C'est M. Fillion, si vous le permettez, M. le Président.

**M. Fillion (Jacques):** Alors, ce que je peux vous donner comme information, c'est qu'effectivement l'organisme... ce n'est pas un don, là, c'est dans le cadre d'un programme qui était avec la Société d'habitation du Québec. Donc, ils ont développé des appartements, donc on est plus dans l'univers du logement social. Et ça, c'est un projet qui n'est pas en lien directement, là, avec le réseau de la santé et des services sociaux. C'est plus, là... on est vraiment dans l'univers logement. Donc, il y a eu, j'imagine, là, un plan d'affaires qui a été présenté à l'époque, là, avec la Société d'habitation du Québec. Mais ce n'est pas un don. C'est vraiment... comme tout autre projet, là, d'immobilisation en logement.

**Mme Gadoury-Hamelin:** C'est juste complémentaire à ce qu'ils avaient déjà.

**M. Fillion (Jacques):** Tout à fait, tout à fait, puis qui fait sens, là, parce qu'effectivement dans la région de la Capitale-Nationale, l'enjeu de logement, c'est un enjeu réel. On l'entend souvent à partir de la mairie notamment, là, c'est un enjeu réel, puis c'est un enjeu réel pour les jeunes, lorsqu'on parle des clientèles 18-30 ans, là, donc sur cette dimension-là. Mais, c'est ça, on est vraiment dans l'univers logement.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Pour favoriser l'intégration soutenue, là, du jeune qui se prend en charge, là, puis c'est l'étape subséquente, là, l'appartement.

**M. Fillion (Jacques):** Tout à fait. Comme il existe des projets fort intéressants de ce type-là qui s'adressent davantage au niveau de la clientèle santé mentale. Il y a l'organisme PECH, là, qui va ouvrir, quelque part l'été prochain, 75 unités de logement, du logement social plus pour des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Il y a d'autres projets de ce type-là qui visent les personnes handicapées. Bref, l'univers du logement social, pour le réseau de la santé et des services sociaux, c'est quelque chose de majeur, parce que les gens, les gens, théoriquement, devraient être de passage dans le réseau de la santé et des services sociaux. On ne passe pas notre vie dans un hôpital, hein? Il faut vivre ailleurs. C'est ce qu'on souhaite.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Et, ce volet-là, vous, vous n'êtes pas capable de les aider de façon supplémentaire, là, pour...

**M. Fillion (Jacques):** Non. Comme disaient certains, on en a déjà plein nos bottes. Ça fait qu'on laisse ça aux autres partenaires.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** J'avais une dernière question aussi.

**Le Président (M. Bergman):** ...il reste une minute pour votre groupe.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Bon, bien, je vais la laisser à mon collègue.

**M. Claveau:** Non, je revenais, Dre Saint-Pierre, sur les traitements de cancer, avec le recul, puis le plan d'action qui devait être mis en place, où c'en est?

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Je vais répondre rapidement. Par rapport à la cible ministérielle, notre comité régional avait d'emblée choisi de mettre la cible à 90 %, même si le ministère nous trouvait ambitieux, sa cible était un petit peu plus basse au départ. Deuxièmement, il faut redéfinir les indicateurs, on fait le travail également avec le ministère.

Pour vous donner un exemple sans tomber dans un langage trop technique, les chirurgies, elles n'étaient pas toujours bien codées, dans le sens que, si on enlève un utérus, si on fait une hystérectomie, ce n'est pas toujours pour des cancers. Alors, la façon dont les données étaient entrées, ça faisait que, dans le fond, le nombre de vraies chirurgies de cancer était sous-estimé par rapport à ce qui se fait actuellement. Ça fait qu'on est en train de départager ça.

Autre chose aussi, à l'interne, dans les hôpitaux, il y a tout un processus «lean» aussi qui va être fait, là, comme à l'Hôtel-Dieu de Québec, pour vraiment assurer une gestion beaucoup plus serrée de la liste d'attente, donc ce qu'on appelle un processus de «pré-booking», s'assurer que la planification chirurgicale est faite, mais avec les bons termes, les bons types de chirurgie. Et l'autre chose également, c'est que les cas sont beaucoup plus lourds qu'autrefois. Donc, les techniques chirurgicales sont plus complexes. Des chirurgies qui se faisaient, du temps où, moi, j'étais dans les hôpitaux, on en avait, des fois, trois par jour, maintenant, comme les patients sont plus malades puis les chirurgies se font parfois par robot chirurgical, donc ça prend deux fois plus de temps.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, merci. Il reste un bloc de huit minutes pour l'opposition officielle.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Merci, M. le Président. On va prendre l'habitude de terminer. Ça, c'est intéressant. Écoutez, j'ai quelques questions encore sur la fonctionnalité. Puis je pense que c'est important de partager parce que ça va nous permettre d'améliorer le réseau.

Il y a toute la question de l'insuffisance rénale chronique. Vous savez qu'ici à Québec, lorsque quelqu'un a une insuffisance rénale chronique assez sévère, il est référé en néphrologie, et, lorsque quelqu'un a un début d'insuffisance rénale très légère, il est comme dans un «no man's land», c'est-à-dire qu'il n'y a personne qui s'en occupe. Le médecin, il est tout seul avec le patient. E on sait que ce type de cas là, si on s'en occupe de façon intensive avec une équipe de soins, on va éviter ou on va retarder l'hémodialyse. Est-ce qu'il y a un plan qu'on pourrait mettre en place ici, à Québec, avec nos infirmières de groupes de médecine de famille?

J'insiste là-dessus parce que l'orientation qu'on a prise dans les groupes de médecine de famille à la grandeur du Québec, c'est le diabète, l'hypertension artérielle, maladies pulmonaires, ça peut être pris en charge en collaboration avec les infirmières des groupes de médecine de famille, et, je peux vous le dire, ça donne d'excellents résultats. Je suis certain que ma collègue de Groulx, elle pratique également en clinique, lorsqu'on travaille avec les infirmières, les hémoglobines A1c se normalisent, les hypertensions se normalisent également. Et je pense qu'on serait dus pour un programme pour l'insuffisance rénale chronique. Ce qu'on voit avec nos infirmières, là, elles commencent à manquer de temps parce qu'elles ont beaucoup d'ouvrage, il y a beaucoup de travail. Est-ce qu'il y aurait moyen d'avoir un ajustement de ressources pour qu'on puisse développer ce programme-là?

**Le Président (M. Bergman):** Dre Saint-Pierre.

**M. Fillion (Jacques):** Je vais laisser le Dre Saint-Pierre répondre sur le principe.

● (15 heures) ●

**Mme Saint-Pierre (Monique):** Bien, le principe est excellent. D'ailleurs, on en parle dans notre comité régional des trajectoires, ce que j'appelle mon petit diagramme. Rapidement, il y a eu des plans d'organisation régionale qui ont été faits en néphrologie. Les néphrologues vont déposer au RUIS leur plan... leur planification stratégique. Ça inclut l'organisation des services à ce niveau-là.

On est en train aussi de faire un groupe de travail régional pour le diabète. Il y a des projets, d'ailleurs, avec les GMF en télésanté pour être capables de faire de la formation au niveau des infirmières, pour la médication, la prise en charge, pour justement permettre aux médecins, là, de faire le volet médical; on est dans ça. Et également il y a eu une réorganisation complète, régionale également, de la spécialité en endocrinologie, donc, pour s'assurer aussi que les endocrinologues vont prendre la charge des cas tertiaires et que les internistes également vont pouvoir se dégager du temps pour venir en soutien aux médecins de famille pour les cas modérément compliqués, mais qu'au niveau de la première ligne aussi on puisse avoir une meilleure prise en charge.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Ça, juste pour vous dire, je pense que c'est le modèle pour une bonne hiérarchisation, parce que 90 %, 95 % du soin peut se faire avec l'équipe du groupe de médecine de famille, et l'autre 5 %, 7 %, lorsque tu n'as pas les ressources nécessaires, c'est là qu'on retrouve des complications, et le 5 % qu'on retrouve dans nos hôpitaux, hospitalisé, qui prend beaucoup de ressources, c'est souvent cette clientèle-là. Et puis ici, à Québec, au niveau de la maladie pulmonaire, l'insuffisance cardiaque, avec l'Institut universitaire de cardio et de pneumo, ça va très bien. Du côté du diabète, je vous dirais que ça va relativement bien également. L'écart qu'on a actuellement au niveau des soins, c'est pour les insuffisants rénaux qui débutent et qui auraient besoin de soins plus intensifs.

L'autre sujet que je voulais vous amener, c'était la question du «lean». Il y a un «lean» qui s'est fait à Saint-François, et je sais que ça a donné des bons résultats. Est-ce qu'il y a une philosophie ou une orientation pour dire qu'on va continuer à faire du «lean» dans notre réseau de la santé, ici, à Québec? Et c'est quoi, vos orientations par rapport à ça?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Oui. Alors, oui, le projet comme tel qui a été fait à Saint-François se poursuit. On est aussi assez fiers des résultats en dehors de ce projet-là. À titre d'exemple, au niveau de l'efficacité... CHU avec Saint-François, il demeurait un problème, c'est-à-dire qu'on avait des clients qui étaient en convalescence qui auraient pu quitter, mais souvent c'est des personnes âgées, ils ont besoin de soins... je ne dirais pas hospitaliers, mais de soins infirmiers plus lourds qu'à domicile. On a un projet où on a le CSSS Vieille-Capitale et le CHU de Québec, le CHUQ dans le temps, qui, de façon conjointe, financent maintenant une ressource de convalescence qui est à la pleine capacité. Donc, ce projet-là se poursuit.

Je vous dirais que, dans l'ensemble de nos établissements, se font des projets d'optimisation. L'approche «lean» est celle qui est priorisée. Ce que l'agence est en train de faire pour faciliter encore plus ça, c'est que, nous, on est en train de se structurer à l'interne pour être capables, comme on le fait dans d'autres dossiers, de favoriser la complémentarité entre les établissements, c'est-à-dire que ce qui se fait dans l'établissement souvent pourrait servir à un autre, et de développer les expertises du réseau. Chaque établissement, là... On arrive d'un établissement ce matin qu'ils sont rendus à 21 ceintures vertes. Le CHU de Québec, évidemment, est rendu à une dizaine... je ne sais pas à quel niveau ils sont rendus, mais ils sont rendus à une dizaine de spécialistes. Donc, l'agence non seulement veut supporter ça, on est en train de voir, là, comment, je vous dirais, mettre en réseau cette richesse-là.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** L'autre endroit où est-ce que le «lean» pourrait être utile, on est en train de rénover un hôpital à la grandeur de l'établissement, c'est-à-dire l'Hôtel-Dieu de Québec. Ce serait intéressant, avant de faire les rénovations, de penser au processus «lean» pour justement aménager le nombre d'espaces et puis également avoir l'organisation du travail qui va être mieux faite. L'autre élément, c'est le nouvel hôpital qu'on va construire prochainement à Baie-Saint-Paul et par la suite celui de La Malbaie, pour qu'on puisse voir: Est-ce qu'il y a moyen de mieux construire nos

hôpitaux en pensant, avant, avec le processus «lean» plutôt que de les construire puis, après ça, être obligés de changer ou de rénover après coup?

**M. Thibodeau (Guy):** Dans les deux cas, c'est prévu, M. le Président. Pour ce qui est du projet spécifique de l'Hôtel-Dieu, là, les fournisseurs avaient été retenus, mais il y a eu des problèmes internes, là. Donc, j'avais une rencontre là-dessus hier. On pense, avec le deuxième... Mais c'est prévu. Donc, les gens vont rentrer, là, à quelques semaines plus tard que ce qu'on estimait parce qu'on a eu de la difficulté à gérer à ce niveau-là, mais c'est prévu se faire. Et c'est aussi le cas pour l'établissement de Charlevoix.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Jean-Talon, il vous reste deux minutes.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Peut-être un autre élément que j'aimerais apporter. Quand on a passé le projet de loi n° 83, on a passé un article également qui demandait à chacun des établissements de santé du Québec de rendre disponibles sur le site Web les états financiers, dont entre autres l'AS-471, et le rapport annuel. Je pense que les rapports annuels, ça va assez bien, mais, à ma connaissance, il n'y a pas aucun établissement qui a mis sa AS-471 intégrale, sauf le nom des individus, sur le site Web. Est-ce que ça a été fait avec les établissements de la région de Québec?

**Le Président (M. Bergman):** M. Thibodeau.

**M. Thibodeau (Guy):** Bien, pour être honnête, on va faire une relance, là. Pour les rapports annuels, je sais que c'est fait, on vient d'avoir un rappel, il faut qu'ils soient faits pour le 1er février, là, en fonction de la loi. Je vais vérifier pour l'AS-471, là.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Je vous apporte la question parce que ça avait été discuté, puis moi, j'avais été très favorable à ça. C'était, disons, un élément majeur de transparence. Entre autres, nos amis du Parti québécois avaient insisté, puis j'étais tout à fait d'accord. Mais je pense que ce serait important qu'on rende disponible cette information-là sur le site Web pour éviter d'avoir à faire la démarche à chaque fois. Puis c'est un document d'à peu près 500 pages. Ça fait que ceux qui veulent le consulter vont y avoir accès.

Je vous pose la question parce que c'est un message que je vais lancer au réseau. Chacune des personnes qui vont venir ici, on va leur poser la question si c'est fait. Puis, quand on va avoir les crédits, également, moi, je vais aller voir chacun des établissements de santé du Québec, puis celui qui ne l'aura pas fait, bien, on va poser la question pourquoi il ne l'a pas fait. Ça fait que je veux juste qu'on lance un message: dans un souci de transparence, que l'information soit disponible sur le Web. D'ailleurs, c'est dans cette loi-là qu'on a fait pour la première fois l'obligation pour chaque établissement d'avoir un site Web. Donc, c'est une obligation légale maintenant d'avoir un site Web et de rendre l'information disponible.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, M. Thibodeau et vos collègues de l'agence de la Capitale nationale, on vous remercie pour votre présentation et l'échange aujourd'hui.

Alors, je suspends nos travaux pour quelques instants afin de permettre à l'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec de prendre place. On suspend pour quelques instants.

*(Suspension de la séance à 15 h 6)*

*(Reprise à 15 h 14)*

**Le Président (M. Bergman):** Alors, on reprend nos travaux. Avant qu'on commence, j'ai besoin de deux consentements des membres de la commission. Premièrement, on va dépasser 5 heures. Alors, est-ce que j'ai consentement des membres de la commission pour passer 5 heures aujourd'hui?

**Des voix: ...**

**Le Président (M. Bergman):** Merci beaucoup pour le consentement. Deuxièmement, le député de Saint-Maurice est avec nous. Il n'était pas inscrit ce matin. Alors, s'il veut demander des questions, est-ce que je peux avoir le consentement des membres de la commission?

**Des voix: ...**

**M. Bolduc (Jean-Talon):** ...mais c'est correct.

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

**Le Président (M. Bergman):** Alors, consentement. Alors, collègues, je souhaite la bienvenue à M. Gaétan Lamy, le président-directeur général intérimaire de l'agence de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et vos collègues. Est-ce que vous pouvez présenter vos collègues et faire votre présentation de 30 minutes, suivie d'un échange avec les membres de la commission? Alors, M. Lamy, c'est à vous.

**Agence de la santé et des services  
sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec  
(ASSS-Mauricie et Centre-du-Québec)**

**M. Lamy (Gaétan):** Merci. D'abord, M. le Président, membres de la commission, l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec est fière de se présenter devant vous aujourd'hui pour rendre compte de ses activités et des résultats atteints pendant la période de 2007 à 2012.

Personnellement, il me fait grand plaisir de pouvoir vous faire état de l'évolution de notre réseau régional au cours des cinq dernières années. À cette occasion, je vais être accompagné de M. Marc Lacour, directeur des services sociaux, de M. Gilles Hudon, directeur des affaires médicales de l'agence, et de M. Serge Beauchamp, directeur général adjoint. Les autres membres de l'équipe de la direction sont également présents et pourront, si nécessaire et si vous le permettez, nous aider à répondre à certaines questions.

En préparation à cette audition, les membres de la commission ont déjà reçu la documentation pertinente, soit les rapports annuels des cinq derniers exercices qui seront abordés aujourd'hui, un document relatant les faits saillants sur la reddition de comptes du 1er avril 2007 au 31 mars 2012 et le texte de cette allocution après laquelle il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

Avant d'entrer dans la présentation de notre région et de nos résultats, permettez-moi d'abord de souligner le travail de mon prédécesseur à la présidence-direction générale, M. Jean-Denis Allaire. Il a occupé cette fonction depuis 2007 jusqu'à tout récemment, en juin dernier. C'est donc lui qui était devant vous lors de la dernière audition de l'agence, en 2008. La grande majorité des résultats que je vous présente aujourd'hui ont été réalisés sous le sceau de M. Allaire. Et je tiens à reconnaître le travail exceptionnel qu'il a réalisé pour notre région. Il est un exemple de leader pour moi, et je me sens privilégié d'être, en quelque sorte, son porte-parole aujourd'hui. À l'agence et dans les établissements, nous l'avons toujours considéré comme un visionnaire et un rassembleur. D'ailleurs, pour illustrer en un mot ce qui caractérise sa contribution, je me permets de vous partager un dicton qu'il utilisait à sa façon et qui est devenu et demeure encore un leitmotiv: Lorsqu'on marche seul, on avance vite; lorsqu'on marche ensemble, on va plus loin.

Je tiens aussi à profiter de cette occasion qui m'est donnée pour saluer le travail de ceux et celles qui oeuvrent à l'agence, bien sûr, mais aussi dans les établissements de notre région, les organismes communautaires et les autres partenaires qui forment notre réseau. C'est grâce à l'engagement et au professionnalisme de tous ces hommes et de toutes ces femmes que nous pouvons aujourd'hui témoigner avec fierté de l'évolution de notre réseau au cours des cinq dernières années. Les résultats que nous vous présentons aujourd'hui ne sont rien d'autre que le fruit de leurs efforts quotidiens, et, pour cela, je les en remercie, je leur lève mon chapeau et je les encourage à poursuivre dans le même sens puisqu'ils sont le coeur de notre mission.

Une région avec des caractéristiques propres. Étant donné le temps dont je dispose et les documents que vous avez déjà en main, je ne ferai pas une longue présentation de la Mauricie et du Centre-du-Québec, mais je porte tout de même à votre attention quelques caractéristiques qui nous sont propres.

Notre région sociosanitaire couvre deux régions administratives cumulant près de 45 000 kilomètres carrés et regroupant près de un demi-million de personnes. Cette population est proportionnellement plus âgée que celle de l'ensemble du Québec, et cet état de fait va s'accroître au cours des prochaines années. En effet, on constate actuellement qu'une personne sur cinq est âgée de 65 ans et plus. En 2031, on prévoit que cette proportion sera de une personne sur trois, soit 32 %, comparativement à 26 % pour l'ensemble du Québec.

Ainsi, le réseau régional de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec se décline en huit territoires de réseaux locaux de services organisés et mobilisés autour d'une mission qui nous tient à coeur. Nous parlons donc de 12 établissements publics, huit CSSS et quatre établissements régionaux, auxquels se greffent deux CHSLD privés conventionnés et un ensemble de partenaires: pharmaciens, entreprises ambulancières, organismes communautaires, ressources d'hébergement, et j'en passe. Plus de 16 000 personnes travaillent dans les établissements. Le réseau compte aussi 536 médecins omnipraticiens, dont la moitié sont membres de l'un des 23 GMF de la région, et 403 médecins spécialistes.

Il est important de noter, en terminant, que deux établissements de notre région ont obtenu une désignation universitaire au cours des dernières années: le Centre réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec et le CSSS de Trois-Rivières pour son centre hospitalier régional.

Comme vous le savez, il appartient à l'agence de coordonner l'organisation des services offerts par ces différentes ressources, et c'est de ce travail dont nous témoignons aujourd'hui devant vous. Il m'apparaît aussi important de vous faire connaître notre organisation, ses valeurs et ce qui la caractérise.

● (15 h 20) ●

Une organisation visionnaire et innovatrice. Notre organisation évolue dans un environnement complexe et dynamique. Pour cette raison et en tenant compte des différents facteurs, dont certains changements au sein de l'équipe de direction en 2009, l'agence a révisé son plan d'organisation de manière à pouvoir faire en sorte qu'elle demeure une organisation qui innove et qui regarde en avant. Dans un esprit de consolidation, nos deux ambitions qui sont à la base de cette révision sont: premièrement, d'assurer adéquatement notre rôle d'instance régionale au sein d'une gouvernance imputable et structurée, de leader rassembleur, orientant et soutenant, et de gardien et promoteur d'une dynamique cohésive; deuxièmement, d'être un milieu de travail sain, stimulant et de qualité.

Nous croyons par ailleurs que c'est avec cette même capacité d'adaptation que l'agence a su mener à bien plusieurs projets qui ont inspiré d'autres organisations et qui nous ont permis d'être cités en exemple. En voici quelques illustrations.

Le partenariat avec la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention en services de santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières, la Chaire IRISS, qui est impliquée dans une grande partie des projets d'optimisation de notre réseau, notamment par le biais de la formation qu'elle offre aux gestionnaires.

Les progiciels administratifs régionaux. En Mauricie et Centre-du-Québec, depuis maintenant cinq ans, l'agence et tous les établissements utilisent les mêmes progiciels pour les services de paie, de ressources humaines, de ressources financières et d'approvisionnement. Cet effort d'intégration et d'harmonisation des pratiques constitue, dans les faits, une réalisation d'envergure dont nous pouvons être fiers.

Les salons de carrières et professions en santé et services sociaux, qui permettent de faire la promotion des carrières offertes dans notre domaine et de faire expérimenter concrètement différents métiers et professions et aux jeunes du secondaire. Ces événements ont eu un impact significatif sur le nombre d'inscriptions dans les programmes de santé et services sociaux des établissements d'enseignement de notre région, et plusieurs régions s'en sont inspirées pour créer des événements semblables.

Les mécanismes de concertation instaurés en 2009 dans le domaine de la cardiologie. Les actions concertées des acteurs impliqués à tous les niveaux dans les services offerts aux personnes qui subissent un infarctus aigu du myocarde, que ce soit au niveau préhospitalier, au sein des établissements ou dans la liaison entre les établissements, ont entraîné une réduction des délais de prise en charge et l'amélioration de l'accès aux traitements recommandés.

J'ai choisi ces quelques réalisations pour illustrer le dynamisme et le sens de l'innovation qui nous caractérisent. J'ai choisi celles-ci, mais, je le dis fièrement, j'aurais pu en choisir d'autres. Pourquoi? Parce qu'en Mauricie et au Centre-du-Québec, malgré tous les défis qui se posent au quotidien dans la coordination et la fluidité des actions d'un réseau comme le nôtre, ce qui nous caractérise avant tout et ce sur quoi nous misons, c'est notre capacité de travailler ensemble. Dit autrement: concilier les intérêts individuels pour le bien commun.

Un réseau cohérent. Travailler ensemble, c'est ce qui nous anime à tous les niveaux. Pour ce faire, nous avons mis sur pied un modèle de gouvernance régionale dont nous sommes très fiers. Il s'agit d'un modèle inclusif, concret, qui nous fait travailler en véritable réseau. C'est un modèle qui place le comité régional des directeurs généraux de l'agence et des établissements au centre de toute la dynamique. C'est autour de cette même table que sont convenues les orientations stratégiques de la région.

Ce mécanisme de coordination reconnaît l'interdépendance des organisations de même que l'expertise propre à chacune, tout en confirmant le rôle de l'agence comme une instance régionale. Loin d'engendrer la confusion, cette concertation favorise au contraire le consensus, la clarification des responsabilités propres à chaque palier de gouverne et leur articulation dans la mise en oeuvre des orientations stratégiques.

Quels sont les impacts de l'adoption de ce modèle en Mauricie et le Centre-du-Québec? Ils sont nombreux. Mais le premier impact favorable qui doit être souligné, c'est qu'il nous a permis de développer ensemble une planification stratégique pluriannuelle qui est notre principal cadre de référence à tous. Cette planification est bien celle de la région et non celle de l'agence. Notre modèle de gouvernance nous fait prendre et assumer des décisions ensemble, avec l'appui et l'expertise des bonnes personnes. On peut résumer notre dynamisme de gouvernance régionale comme suit: on ne prend plus de décisions pour les autres, sans les autres. C'est un mode de fonctionnement qui est incontournable, nous le croyons, pour assurer la poursuite de notre mission, faire face aux défis actuels et saisir les opportunités qui sont à notre portée.

La stratégie régionale d'optimisation: des améliorations malgré la pression. Le contexte de réduction des dépenses du réseau a créé une pression importante sur nos organisations. Ce contexte nous convie à trouver des moyens de plus en plus créatifs pour améliorer la gestion de nos ressources. Cette période budgétaire a été et continue d'être exigeante. Cependant, les réajustements entraînés s'inscrivent dans l'approche adoptée par notre région pour améliorer l'efficacité de nos ressources. En d'autres termes, ce contexte nous est apparu comme une opportunité d'accentuer le développement d'une culture d'amélioration continue au sein de nos organisations.

J'ai déjà fait mention du partenariat important que nous avons développé avec l'UQTR. Ce partenariat amène un soutien considérable aux nombreux projets d'optimisation qui ont vu le jour en Mauricie et au Centre-du-Québec, favorise la pérennité et assure le transfert des compétences aux gestionnaires. En ce sens, nous avons dégagé des crédits nécessaires en soutien aux initiatives des établissements. Dans ce contexte, on note des améliorations tangibles dans les activités de soutien comme dans les services cliniques, et ce, sans rupture de service et dans le maintien de l'équilibre budgétaire.

Cinq années de gains importants et une motivation à poursuivre. Afin d'illustrer l'esprit dans lequel nous avons fait évoluer notre réseau au cours des cinq dernières années, je me permets de citer M. André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, lorsqu'il affirme que le système de santé et de services sociaux est passé, au cours des dernières années, d'un système centré sur l'hôpital à un système où l'hôpital fait maintenant partie d'un réseau. C'est cette réalité que cherche à traduire la vision sur laquelle s'appuie notre planification stratégique régionale, qui est d'agir en réseaux locaux performants au sein d'un réseau régional cohérent qui assure à la population l'accès aux services le plus près de son milieu de vie. C'est aussi dans cette même approche d'un réseau intégré que je vous présente des exemples de résultats probants obtenus au cours des cinq dernières années.

Des réalisations inspirées et inspirantes. Au niveau de l'organisation des services, plusieurs projets ont été portés en lien avec les deux principales priorités régionales que sont la réponse aux besoins des personnes aux prises avec une maladie chronique et l'adaptation des services au vieillissement de la population.

La prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques. D'abord, il faut savoir que la région s'est dotée d'un comité régional sur ce volet afin d'orienter les différents services concernés. Ce sont donc les spécialistes au niveau de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance cardiaque, des maladies pulmonaires et du diabète qui sont présents à la même table pour adapter l'organisation des services en fonction des besoins de notre population. Ce seul rassemblement constitue en soi un beau résultat. Par ailleurs, des investissements considérables pour la prévention des maladies chroniques ont permis l'ajout de professionnels dans les CSSS, soit des infirmières, des nutritionnistes, des kinésithérapeutes et des intervenants sociaux en soutien à la première ligne médicale dans la prise en charge de ces clientèles.

Les cliniques d'insuffisance rénale. La région a mis sur pied les cliniques afin d'intervenir plus tôt chez les personnes concernées par des problèmes rénaux. Ces changements ont permis de retarder l'arrivée de plusieurs patients en hémodialyse et

d'assurer une meilleure continuité de services. On note ainsi une diminution de 6,3 % du volume de personnes nécessitant l'hémodialyse pour traiter une insuffisance rénale sévère.

Les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Les analyses ont été faites sur la situation des personnes aux prises avec une MPOC et qui sont de grands utilisateurs de l'urgence. Les constats que nous avons tirés nous ont permis de rediriger ces personnes vers les portes d'entrée les plus adaptées à leur condition et éventuellement éviter l'urgence. Encore une fois, une prise en charge plus rapide des problèmes permet une meilleure utilisation des services.

Enfin, le diabète. L'outil d'enseignement sur le diabète développé dans notre région, intitulé PRIISME Diabète, a été mis à jour et relancé au cours des dernières années pour être partagé et utilisé à travers la province. Outil essentiel pour les intervenants en contact avec les personnes diabétiques, il permet également à la personne de mieux apprivoiser sa condition de santé et prévenir d'éventuelles complications reliées à celle-ci.

Deuxième priorité, les personnes âgées. Au cours des dernières années, le vieillissement de notre population a exigé qu'on adapte les services aux personnes âgées en fonction de leurs besoins et de leur état de santé. Pour ce faire, nous avons mis en oeuvre quatre grandes stratégies.

Diversification et graduation des formules d'hébergement. Premièrement, nous avons continué à adapter nos ressources d'hébergement en tenant compte des différents profils de besoin afin de maintenir aussi longtemps que possible les personnes à domicile. Concrètement, nous avons augmenté le nombre de places en ressources intermédiaires et diminué le nombre de places en CHSLD. Cette transformation a été réalisée dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan d'action sur le vieillissement 2005-2010. À titre indicatif, au terme de ce plan, nous observons une réduction de 134 places d'hébergement en milieu institutionnel et une augmentation de 394 places en ressources intermédiaires. Il est à noter que la planification actuelle prévoit, d'ici 2015, la création de 350 places d'hébergement supplémentaires dans la communauté. Parallèlement, nous avons spécialisé nos ressources en fonction des besoins de nos usagers, d'une part, en tenant compte de leur autonomie et, ensuite, selon les services requis, comme la réadaptation ou la convalescence.

● (15 h 30) ●

Animation et collaboration avec les résidences privées pour personnes âgées... Amélioration de la collaboration — je m'excuse — avec les résidences privées pour personnes âgées. Deuxièmement, et toujours dans une approche de maintien à domicile, les services ont été adaptés à ces résidents. La collaboration entre les CSSS et les résidences privées a donc été renforcée de différentes manières. Par exemple, ce sont les intervenants du centre de jour qui peuvent se déplacer dans la résidence, et non les résidents qui doivent nécessairement se rendre au centre de jour; ou, encore, l'intervenant de la résidence qui peut appeler l'infirmière pour évaluer l'état de santé de la personne avant d'appeler l'ambulance pour la faire transporter immédiatement à l'urgence.

Le modèle de services intégrés pour les personnes âgées. Une troisième stratégie, pour laquelle nous avons été précurseurs, a été la mise en place d'un modèle qui propose la coordination des services par un intervenant pivot. Celui-ci s'assure d'un partage d'information et d'une continuité des services à la personne entre les différents intervenants tels que le médecin, la nutritionniste, le physiothérapeute, l'intervenant social, et ainsi de suite. Le modèle est également appuyé d'une application informatique qui permet aux différents intervenants de partager une seule et même information.

Le soutien aux proches aidants. Enfin, la dernière stratégie mise en place a été de considérer le proche aidant comme étant, lui aussi, un client qui requiert des services et non seulement comme un partenaire dans la dispensation des services. Les proches aidants sont effectivement des acteurs importants dans le maintien à domicile des personnes âgées, mais, si eux-mêmes s'épuisent, tout le monde y perd. Il y a donc eu des investissements importants faits dans les enveloppes de répit-dépannage, qui ont permis de doubler, entre 2008 et 2012, le nombre de personnes qui en bénéficient annuellement, et ce, tout en rehaussant substantiellement l'aide qui leur est offerte. Il y a également des services de soutien qui sont offerts aux proches aidants dans leur rôle, notamment par le biais de partenariats avec des organismes communautaires spécialisés dans le champ de l'Alzheimer.

Comme je l'ai évoqué, les personnes âgées et celles aux prises avec une maladie chronique constituent pour nous les clientèles prioritaires. Mais je ne pourrais passer sous silence d'autres réalisations d'importance en termes d'amélioration des services à la population. Je pense, entre autres:

Au recrutement d'effectifs médicaux en omnipratique. Lors de notre dernière audition, en janvier 2008, la région se situait au dernier rang à ce chapitre au Québec. Cinq ans plus tard, nous nous situons désormais au milieu du peloton et nous atteignons, à chaque année depuis trois ans, nos objectifs de recrutement en omnipratique.

À la réorganisation du service Info-Social, le 811, qui, en dirigeant tous les appels à la centrale du CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska, permet à la population d'accéder plus simplement et rapidement aux services d'un intervenant psychosocial.

À l'implantation du programme Ensemble pour les enfants dans deux quartiers défavorisés de Shawinigan. Il s'agit d'une expérience unique au Québec, qui réunit au sein d'une même équipe des intervenants du CSSS de l'Énergie et du Centre jeunesse, agissant au quotidien dans la communauté auprès d'une clientèle souvent réticente à aller chercher les services dont elle a besoin.

À l'augmentation des services de soutien à domicile de longue durée offerts aux personnes âgées mais aussi à celles qui présentent une déficience physique ou intellectuelle ou des troubles envahissants du développement. Globalement, le nombre de personnes desservies a augmenté de 22 % depuis 2007.

À la prévention et à la promotion des saines habitudes de vie. Les centres d'abandon du tabagisme reçoivent aujourd'hui deux fois plus de personnes différentes qu'en 2007-2008.

À la concertation intersectorielle développée sous le leadership de l'agence en matière d'itinérance à Trois-Rivières.

Les exemples sont nombreux et il ne m'est pas possible de tous les mentionner. Je m'arrête donc ici pour vous faire part d'autres facettes de la dynamique régionale.

Le soutien aux organismes communautaires: un partenariat historique. Depuis plusieurs années, une relation particulière s'est développée entre l'agence et les organismes communautaires de la région. En Mauricie et au Centre-du-Québec, il existe une longue tradition de confiance et de respect mutuel entre les deux partenaires. D'ailleurs, nous pouvons sans hésitation qualifier cette approche de gagnant-gagnant.

Les organismes communautaires sont des partenaires de premier plan du réseau public, de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi nous avons choisi régionalement d'investir de façon importante pour rehausser le financement attribué en soutien à la réalisation de la mission des organismes. Pour illustrer l'ampleur de ces investissements, je vous indique qu'ils ont augmenté de 24 % au cours des cinq dernières années. Au dernier exercice financier, c'est un total de 34,5 millions qui a été réparti entre les quelque 246 organismes pour leur mission ou les activités spécifiques, au bénéfice de la population régionale qui, je nous le rappelle, est de un demi-million de personnes.

Le réseautage et le partenariat: une culture qui rythme notre travail. Toutes les belles réalisations dont je vous ai fait part, comme celles que je n'ai pas abordées, ont été teintées par une culture que nous entretenons, celle du réseautage et du partenariat. La collaboration entre les organisations du réseau public, comme avec les partenaires dans le champ de santé et services sociaux ou au plan intersectoriel, n'est pas une option, c'est une orientation et une façon de faire qui nous vient et qui donne le rythme à nos décisions, nos actions et nos améliorations. Travailler ensemble est devenu un réflexe, ce n'est même plus une question. Cette culture favorise la réalisation de notre but commun, soit la réponse aux besoins de la population dans le respect des rôles et responsabilités de chaque intervenant, de chaque organisation impliquée. C'est également ce qui constitue notre principale source de motivation pour répondre aux défis qui se dessinent pour les prochaines années.

Nos perspectives. Dans un premier temps, nos défis visent l'amélioration constante de l'accessibilité et de la continuité des services, mais aussi ce sont des défis d'organisation. Pour assurer la qualité et la pérennité des services qu'il offre, le réseau doit pouvoir compter sur les ressources et outils nécessaires. Bien que plusieurs gains aient été réalisés au fil des ans, force est de constater que le contexte actuel nous invite plus que jamais à faire preuve d'une capacité d'adaptation et d'amélioration continue nécessaire pour maintenir la qualité et accroître l'efficacité des services à la population.

Qu'entendons-nous par qualité et efficacité des services à la population? Il y a possiblement autant de manières de le décrire qu'il y a d'individus pour l'exprimer, que ce soit à partir de son expérience personnelle ou professionnelle. Une chose est certaine cependant, les attentes de la population à l'endroit du système de santé et de services sociaux sont à la fois grandes et justifiées. À nous de veiller à ce que les stratégies d'amélioration retenues soient pertinentes et efficaces.

Ceci étant dit, concrètement, quels défis nous attendent? Nous les avons regroupés sous trois volets, soit l'accessibilité des services médicaux, les ressources humaines et les ressources informationnelles.

Au niveau de l'accessibilité des services médicaux, les efforts à poursuivre visent la coordination des services médicaux en première ligne dans chaque territoire et la mise en oeuvre des mécanismes assurant les liens cliniques et diagnostiques entre les médecins omnipraticiens et les CSSS.

Les besoins de la population évoluent rapidement et les problèmes de santé se complexifient, ce qui requiert une adaptation constante de la pratique médicale et des pratiques professionnelles. La citation qui suit, d'André-Pierre Contandriopoulos, dont je vous parlais en début de présentation, est d'ailleurs une belle illustration de la nécessité de s'adapter: «Les maladies chroniques et fonctionnelles de longue durée prennent la relève des maladies aiguës et infectieuses. Le médecin travaillant seul et de façon autonome dans son cabinet ou à l'hôpital est remplacé par des équipes pluridisciplinaires. L'extrême spécialisation accroît le besoin d'accompagnement et de coordination. Les nouvelles technologies rendent possible une médecine individualisée au domicile du patient, et le système de soins doit accepter qu'il ne peut à lui seul réduire les disparités de santé dans la population.»

Nous devons ainsi poursuivre nos actions pour favoriser un meilleur accès aux services de première ligne dans une approche intégrée et interdisciplinaire. La révision et l'intégration des mécanismes d'accès aux services diagnostiques, de même que l'optimisation des plateaux techniques, favoriseront un accès simplifié et une plus grande complémentarité entre la première ligne et les services spécialisés.

La gestion renouvelée des ressources humaines. Le défi de la disponibilité de la main-d'oeuvre qualifiée en quantité suffisante est et sera encore très présent au cours des prochaines années, mais nous avons aussi identifié d'autres chantiers sur lesquels nous travaillons. D'abord, favoriser le transfert d'expertise. Dans un contexte de nombreux départs à la retraite, nous ne voulons pas perdre l'expertise qui s'y rattache. Ensuite, l'amélioration des conditions d'exercice. Nous avons déjà fait un bon bout de chemin dans la titularisation, mais nous savons pertinemment que, pour garder notre monde, il y a de l'amélioration à apporter, tant au niveau des équipements que du développement des compétences. Il faut aussi veiller en permanence à la préparation de la relève dans le cadre de projets tels que le mentorat ou le préceptorat. L'encadrement et la coordination des stages font également l'objet d'efforts soutenus. Enfin, beaucoup de projets d'organisation du travail, souvent reliés aux projets d'optimisation, sont sur la planche et permettent déjà des gains considérables.

● (15 h 40) ●

Les ressources informationnelles. En dernier lieu, l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux est incontournable. La région a fait le choix de le faire dans une approche concertée, en priorisant la circulation de l'information clinique afin de contribuer à l'amélioration continue de la performance. Il faut favoriser l'implantation d'outils qui permettent le partage d'information et soutiennent la prise de décision professionnelle. L'ampleur et la quantité des chantiers à mener représentent un défi. Dans ce contexte, la capacité d'avoir une vision globale et évolutive des projets technologiques est essentielle.

Vous l'aurez certainement remarqué, une idée maîtresse traverse la présentation de nos gains récents et des défis qui se présentent à nous: celle du réseautage et du partenariat. Nous avons la conviction, en Mauricie et au Centre-du-Québec, que la réalisation de cette mission partagée que portent l'agence et les établissements sollicite plus que jamais notre capacité à travailler en réseau et à développer de réels partenariats.

M. le Président, membres de la commission, je terminerai mon allocution en vous disant ceci. Je suis très fier du travail accompli au cours des dernières années par l'agence et le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec. Tout n'est pas parfait, mais nous avançons sur plusieurs plans en vue d'améliorer notre réseau et ses retombées pour la population.

J'aurais aimé vous en dire encore plus sur tout ce qui a été réalisé, mais j'espère tout de même que les documents que vous avez en main ainsi que mon allocution vous ont permis d'avoir un portrait assez global de notre région et de notre agence. Les cinq dernières années ont été remplies et je sais pertinemment que les prochaines le seront tout autant. Je suis convaincu que l'agence et le réseau sauront les aborder avec la rigueur, l'engagement et la performance qui nous caractérisent si bien. Je vous remercie de votre écoute.

**Le Président (M. Bergman):** Merci, M. Lamy, pour votre présentation. Alors, je cède la parole maintenant à Mme la députée de Sainte-Rose.

**Mme Proulx:** Bonjour, M. Lamy. Bonjour à tous vos accompagnateurs. Alors, je vous remercie d'être là aujourd'hui avec nous. Je souligne aussi qu'on est très conscients de l'ampleur du travail que ça demande de préparer une reddition de comptes et une audition comme celle-là aujourd'hui, mais c'est extrêmement intéressant pour nous, parlementaires, là, d'avoir l'occasion de vous entendre.

Je félicite... Effectivement, je pense que ça transpire beaucoup votre vision partenariale. C'est extrêmement important, si on veut aller de l'avant, de l'avoir bien ancrée, d'y croire et d'en faire une façon de faire. Alors, je pense que ça transpire dans votre allocution, cette préoccupation que vous avez de travailler en partenariat.

Je souligne vos efforts particuliers au niveau des soins à domicile. Alors, j'ai senti aussi votre préoccupation, là, de support aux aidants naturels et, ne serait-ce que je regarde les données, là, en termes d'heures de soutien à domicile, vous avez dépassé votre cible et vous avez donné 18 630 heures de plus que la cible fixée, et ça, je trouve ça extrêmement intéressant.

Par contre, au niveau des soins de première ligne, j'ai quelques données qui me préoccupent un peu plus, dont deux particulièrement. Alors, quand on regarde, en termes de soins pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou les TED, là, les troubles envahissants du développement, au niveau de ce qui est coté soins de niveau «priorité urgente» à être réponsus à l'intérieur de trois jours, je constate qu'en moyenne c'est 42 % des cas qui sont réponsus à l'intérieur de trois jours, alors que la cible serait de 90 %. Alors, c'est quand même moins que 50 % de la cible qui est atteinte. Ça, c'est un premier volet qui me préoccupe, et je voudrais juste voir, là, s'il y a des difficultés particulières à ce niveau-là.

Et l'autre c'est au niveau de la santé mentale. Alors, je regarde deux données et je me demande si elles sont interreliées. En fait, en termes de durée de réponse, le délai moyen pour accéder aux services de première ligne en santé mentale est, dans votre région, de 44,5 jours, avec une cible, pour 2015, de 30 jours. Il y a donc 15 jours de délai supplémentaire en santé mentale. Et, parallèlement à ça, on voit qu'il y a une diminution de 491... le nombre de 491 personnes de moins, par rapport à l'an passé, qui ont reçu des services de première ligne en santé mentale.

Alors, de deux choses l'une, ou bien il y a moins de besoins tout à coup en santé mentale dans la région, ou alors est-ce que ce délai supplémentaire ne ferait pas en sorte que malheureusement il y a des personnes qui devraient avoir accès à des soins de première ligne en santé mentale, qui pourraient se décourager et que le système pourrait échapper, ce qui pourrait expliquer, là, le fait qu'on a à la fois un long délai et à la fois une diminution du nombre de personnes réponsus? Alors... Bien, je ne le sais pas, c'est une préoccupation que j'ai. Je regarde les résultats et je me demande s'il y a une interrelation entre ces deux données-là au niveau des services de première ligne en santé mentale.

**M. Lamy (Gaétan):** ...les deux questions. Si vous le permettez, j'ai amené avec moi l'équipe de direction, donc je vais aller plus... me reposer plus au niveau de M. Lacour, qui est notre directeur des services sociaux à l'agence, qui va se permettre de répondre plus précisément à votre question, à votre préoccupation.

**Le Président (M. Bergman):** M. Lacour.

**M. Lacour (Marc):** En ce qui regarde le délai de réponse aux personnes qui vivent avec des troubles envahissants du développement de niveau urgent, je dois vous signaler qu'on a deux difficultés. La première, c'est l'interprétation du niveau d'évaluation de l'urgence versus modérée. Alors, il y a des situations où elles ont été classifiées urgentes alors que concrètement le niveau était plutôt modéré. Donc, là, on a du travail à faire pour harmoniser, je dirais, l'évaluation du degré d'urgence.

La deuxième chose, c'est que, dans le nombre de situations, quand on parle de 46 %, on parle d'un nombre de situations très réduit. Alors, c'est sûr, si on parle de 10 personnes puis qu'on parle de 46 %, bien, ça veut dire que c'est quatre personnes sur 10 qui avaient un niveau urgent, qui n'ont pas été réponsus dans le délai prescrit. Ça ne vous dit pas cependant qu'ils n'ont pas été réponsus six mois ou huit mois plus tard. Ils ont été réponsus quelques jours parfois au-delà du délai prescrit. Mais, vous avez raison, on a un travail à faire là-dessus pour raffiner notre évaluation et s'assurer qu'aucun cas urgent n'échappe. Même, ce n'est pas 90 % qu'on vise, c'est 100 %.

Pour ce qui est du volet de santé mentale, effectivement je vous rappelle que, cette année, l'agence, à même ses crédits, a voulu consolider ses équipes de base en santé mentale. On remarquera, en Mauricie et au Centre-du-Québec ainsi qu'ailleurs au Québec, que le niveau des ressources disponibles... sont nettement inférieures par rapport aux cibles projetées du plan d'action ministériel qui se terminait en 2012. Donc, on est en, je dirais, déficit de ressources.

Mais, en même temps, vous avez raison, comment expliquer un nombre moins grand de personnes desservies, alors que, je vous le disais tantôt, l'agence a investi, l'an dernier, 1 million de dollars de plus pour consolider ses équipes de

première ligne? Ce qu'on constate, c'est souvent, je dirais, un taux d'abandon. Je pense, par exemple, aux clientèles qui sont suivies en soutien d'intensité variable dans la communauté, on en échappe. Les gens se désistent à un moment donné et on a de la difficulté à les rejoindre. C'est pour ça qu'avec notre expérience pilote, à Trois-Rivières, d'équipe d'itinérance intégrée on va chercher les gens sur le terrain et on va les chercher en équipes interdisciplinaires. C'est des gens qui ne courent pas après les services, ça; même, des fois, qu'ils les fuient. Alors, il faut avoir une approche très proactive pour aller là où les gens se trouvent.

L'exemple de l'équipe en itinérance intégrée a remporté, cette année, le coup de coeur du ministre, et je suis sûr que c'est un modèle qui va être appelé à se développer ailleurs au Québec parce que, oui, on est capables d'aller rejoindre des gens qui sont plutôt réfractaires à l'utilisation des services. C'est des gens qui des fois ne respectent pas non plus les heures de rendez-vous, etc. Donc, il faut s'adapter à eux, il ne faut pas leur demander à eux de s'adapter à nous. C'est ça, notre défi. Puis il faut le faire de façon intersectorielle, avec nos partenaires des municipalités, avec les policiers, avec les gens des services correctionnels. Et cette équipe de quartier dont je vous parle, c'est ça qu'elle fait. Et je pense qu'on va être capables d'améliorer nos scores, c'est certain, parce que c'est une problématique qui nous tient à coeur, problématique importante, la santé mentale, et on essaie d'innover pour être plus performants.

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

**Mme Proulx:** Je pense que...

**Une voix:** ...

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. Bonjour. Bonjour. J'ai eu l'opportunité, moi, d'aller dans votre région pour l'inauguration de votre centre à Fortierville, qui est de toute beauté, en passant, qui m'a donné l'occasion de voir un minicentre hospitalier où est-ce que vous êtes capables de desservir une population, là, qui n'a pas accès aux... qui a moins accès aux grands centres et de stabiliser les gens avant qu'ils soient transportés ailleurs. Alors, vous êtes chanceux d'avoir cet endroit-là, c'est magnifique.

Moi, je me questionnais sur... On voit ici que, dans les documents qu'on a à notre disposition, les taux d'infections nosocomiales, pour cet aspect-là, il y a une cible de 90 % que les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés doivent respecter. Puis on regardait qu'en 2011-2012 seulement 80 % des établissements, là, avaient atteint ce seuil de 80 % là. Est-ce que vous avez pris des mesures, mis des choses en place pour travailler sur cet aspect-là? Parce qu'on sait que ces situations-là des fois peuvent dégénérer puis causer des problèmes plus grands.

● (15 h 50) ●

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Vous m'excuserez, la nervosité me fait empêcher de lire mes notes et ces choses-là...

**Mme Gadoury-Hamelin:** Il n'y a pas de problème. Il n'y a pas de problème.

**M. Lamy (Gaétan):** Si vous le permettez, je vais...

**Mme Gadoury-Hamelin:** On est là pour trouver des solutions ensemble.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui, je sais.

**Le Président (M. Bergman):** C'est très informel. Alors, prenez votre temps.

**Une voix:** ...pas un tribunal.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Non, ce n'est pas un tribunal.

**M. Lamy (Gaétan):** Je sais que ce n'est pas un tribunal.

**Mme Gadoury-Hamelin:** On est là pour trouver des solutions. Puis vous savez que la santé, ça représente 50 %, hein, du budget du gouvernement. Puis c'est une préoccupation quotidienne de tous les Québécois. Ça fait qu'on est là pour essayer d'améliorer les choses.

**M. Lamy (Gaétan):** Je vais inviter le Dr Gilles Grenier, c'est notre directeur Santé publique, qui va avoir le détail. Je pourrais vous lire les notes, mais c'est... Je vais appeler le rédacteur des notes, qui va être plus à même de vous faire la réponse plus complète.

**Le Président (M. Bergman):** Est-ce que vous pouvez vous identifier, s'il vous plaît, monsieur?

**M. Grenier (Gilles W.):** Oui. Dr Gilles Grenier, directeur de santé publique à l'agence. Bonjour. Pour comprendre les statistiques, on a cinq centres hospitaliers qui sont couverts par cette situation-là, c'est-à-dire qui ont des lits d'hospitalisation. Donc, dès qu'il y en a un qui est hors norme, on va tomber automatiquement à 80 %. Alors, je vous donne un petit peu le tableau des dernières années de ce qui est arrivé.

La plupart, la majorité, trois centres hospitaliers ont respecté les normes tout au long des années. On a eu une situation, il y a deux ans... l'année passée, dans un centre hospitalier à Drummondville, où il y avait vraiment des taux très élevés, hors norme, de cas de C. difficile et où on a travaillé — «on» étant les équipes de l'agence qui viennent en soutien aux établissements — pour revoir les modalités, dans le fond, d'application des différentes mesures à appliquer dans ces situations-là. Et là on va parler beaucoup d'hygiène et salubrité, hein? On retombe aux mesures de base de bien désinfecter les corridors, les menus objets, les chaises d'aisance, etc. Et, si on veut qu'un plan soit efficace, il faut aller vraiment dans le fin détail et ne pas échapper... ne pas laisser de trous dans la chaîne, si on veut.

Alors, l'établissement de Drummondville s'est mobilisé vraiment d'une façon exemplaire, a travaillé, a poussé son plan d'action et est revenu à des niveaux normaux et même sous les taux habituellement rencontrés dans ces situations-là, si bien qu'il devient maintenant un exemple pour les autres centres hospitaliers. Et ça faisait longtemps qu'il était, comme on dit, dans le trouble, où les taux étaient devenus hors norme.

Maintenant, actuellement, la situation où on a une dégradation ces derniers mois, c'est au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières où les taux de C. difficile ont augmenté. Il y a un plan d'action qui a été mis en place, on a travaillé depuis l'automne à intensifier les actions, faire en sorte que l'établissement se mobilise. Et, quand on dit «se mobilise», c'est un ensemble de... j'ai parlé des mesures de désinfection, c'est les mesures de protection qui sont appliquées par le personnel, les médecins, les infirmières. Parfois, il faut porter des blouses, des gants, il faut isoler les cas dans des sections particulières. Donc, c'est une grande mobilisation, et tout le monde doit contribuer si on veut arriver à un succès.

Alors, actuellement, l'établissement est en difficulté, d'autant plus qu'on a une période de grippe, et, en période de grippe, hein, utilisation d'antibiotiques, et ces bactéries-là ressortent parce qu'elles ont plus de place, finalement, là. Alors, on est en travail vraiment intense avec l'hôpital, qui se mobilise maintenant à tous les niveaux de la haute direction et qui voit à mettre en place, donc, les mesures. Et, comme on dit, bien, si Drummondville a pu se sortir de cette situation-là, bien, il y a un exemple à suivre. Et il faut vraiment aller, comme je vous disais, au fin détail de l'application de ces mesures-là. Alors, au sein de l'agence, j'ai, en tant que directeur de santé publique et avec mon équipe, mobilisé... on est en interaction constante avec l'établissement. On vérifie les mesures d'application du plan d'action et pour en arriver, on espère, à renverser la situation le plus tôt possible.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Vous suivez ça de très, très près.

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

**M. Grenier (Gilles W.):** Nous suivons à toutes les semaines. Déjà, à l'automne, on avait, comme on dit, allumé les lumières pour dire... On avait une situation instable et on a mobilisé l'établissement pour dire: On est à risque de dégradation. Et malheureusement, actuellement, c'est ce qu'on peut constater, compte tenu de la situation de grippe.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Merci, M. le Président. D'abord, je veux vous féliciter parce que, s'il y a une région qui a progressé au cours des dernières années, c'est la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Vous étiez un des endroits où est-ce qu'il y avait le plus de difficultés au niveau du recrutement des médecins, l'accessibilité est difficile, l'organisation des services. Et puis moi, j'ai vu, au cours des cinq dernières années, une région qui s'est prise en main et qui a pris tous les moyens pour réussir à s'en sortir. Puis aujourd'hui, comme de fait, bien, vous êtes dans ceux qui réussissez le mieux.

On parlait de recrutement. Vous nous avez dit que vous aviez des bons chiffres, puis je tiens à vous en féliciter parce que c'est un effort qui est vraiment... qui a été fait de façon très importante. Mais il y a eu quand même un événement qui était important, qui est la création de l'école de médecine. Est-ce que, pour vous, ça a été vraiment un moment charnière pour faciliter le recrutement de médecins dans votre région?

**M. Lamy (Gaétan):** Effectivement, la création de la Faculté de médecine, ou le pavillon, en Mauricie, le campus mauricien, qu'on appelle, qui comprend le centre de formation physiquement localisé à Trois-Rivières avec un partenariat avec le CSSS de l'Énergie a été un événement charnière pour pouvoir conserver, garder et maintenir les médecins, suite à leur formation, dans notre région. Donc, on comprend que les étudiants, lors de leur formation, qui peut durer de cinq à sept ans, vont en même temps créer ou faire leur tissu social et compagnie et demeurer dans la région où ils ont eu leur enseignement. Donc, en ayant un campus dans notre région, ça a permis d'améliorer la rétention, d'améliorer aussi... de conscientiser aussi les établissements autour sur la qualité des stages à offrir, la qualité de l'encadrement à donner aux étudiants.

Et, il faut le noter, il y a maintenant deux ans, la Faculté de médecine de Trois-Rivières... le campus de Trois-Rivières a fini premier aux examens canadiens en médecine. Donc, c'est une grande fierté pour notre région. On retient beaucoup plus de médecins aujourd'hui que par le passé. Combiné à tous nos salons et toutes nos activités de recrutement... font en sorte qu'effectivement nos chiffres, comme vous l'avez dit tantôt, se sont beaucoup améliorés.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** D'ailleurs, on dit, puis c'est prouvé, que le meilleur outil de recrutement de médecins, c'est la formation en région. Et, lorsqu'ils sont formés localement, dans la majorité, ils vont demeurer sur place. J'ai visité la région de Gatineau, puis on m'a dit que c'est 90 % des médecins qui restent dans leur région après avoir été formés.

Une question que je vous pose comme ça, puis pas obligé d'avoir la réponse. Il avait été question que... Moi, j'avais donné une entrevue à la radio, puis il avait été question qu'on ferme la Faculté de médecine dans le contexte des coupures budgétaires au niveau de l'Université de Montréal. Est-ce que c'est un dossier que vous avez entendu parler?

**M. Lamy (Gaétan):** C'est le dossier qu'on a entendu parler comme vous à travers les médias, mais on n'a eu aucun contact ou aucune démarche avec l'Université de Montréal sur son intention. Mais c'étaient plutôt des réactions à des annonces ou à un discours du budget. Donc, on n'a pas eu de travaux ou d'indication comme quoi que la Faculté de médecine ou le campus mauricien serait touché.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Je vous invite à aller entendre l'entrevue de la doyenne de la Faculté de médecine, qui disait clairement que c'est une possibilité qu'il y a sur la table actuellement.

L'autre élément, on parlait tantôt des infections nosocomiales. Pour avoir visité à plusieurs reprises le centre hospitalier de Trois-Rivières, c'est un établissement qui a besoin d'un agrandissement majeur. C'est un projet qui était au niveau des immobilisations, je vous dirais, dans les trois ou quatre premiers de tout le Québec. Est-ce que c'est un projet que vous pensez qui va se réaliser à court terme?

**M. Lamy (Gaétan):** À votre question: Est-ce qu'il va se réaliser à court terme?, les annonces d'investissement vont se faire suite au dépôt du Plan québécois d'infrastructures. Nous souhaitons qu'il soit réalisé à court terme. Les énergies sont faites en conséquence, et nos contacts... ou nos travaux se font dans ce sens-là. Mais on n'a pas le contrôle sur la décision ministérielle de la construction ou non du... de la mise en...

● (16 heures) ●

**M. Bolduc (Jean-Talon):** À votre connaissance, le plan quinquennal d'investissement du réseau de la santé est un plan qui était réservé au niveau du réseau de la santé, et l'argent du réseau de la santé devrait être investi dans le système de santé.

**M. Lamy (Gaétan):** Je n'ai pas d'information à ce niveau-là. Ce n'est pas un bout qui nous appartient, là.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Vous n'êtes pas obligé de répondre, là, c'est juste la question. Parce que la question que je me posais... Parce qu'on est dans l'actualité, on apprend ce matin qu'il y a un ministre qui veut faire choisir à la région entre un centre sportif et l'agrandissement de l'hôpital de Trois-Rivières. La question que je me pose: Est-ce que c'est habituel, dans le réseau de la santé, de faire choisir des investissements de deux ministères différents et de demander à une région de choisir entre des soins extrêmement importants, un projet essentiel pour la région, versus un centre sportif?

**M. Lamy (Gaétan):** Votre question nous dirige dans un débat qui est interministériel, et je ne pourrais y répondre.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Très bonne réponse.

**M. Lamy (Gaétan):** Les projets du ministère de la Santé sont...

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Très bonne réponse. Ce que je vais demander à ce ministre-là: Est-ce qu'il va faire le choix entre l'agrandissement du centre des naissances de Drummondville et le centre de foires de Drummondville? Parce que c'est encore... dans votre région. Si on commence, au niveau de la santé, à faire des choix en fonction non pas des besoins de la population mais des choix politiques, je pense qu'il faut se poser des questions. C'est un aparté, M. le Président. Parce qu'on est quand même dans le domaine de savoir où est-ce qu'on en est rendus. C'est un projet extrêmement important pour la région. Et puis on n'est pas déconnectés de la réalité, on n'est pas déconnectés de l'actualité également.

En tout cas, ce que je peux vous dire, on va surveiller ce projet-là de façon très intense parce que c'est très difficile de comprendre que notre projet ne se mette pas en place après tant d'années alors qu'on sait que c'est une priorité qui est très élevée. Puis on venait juste de parler tantôt des infections nosocomiales. Une des meilleures façons de prévenir les infections nosocomiales, c'est de ne plus avoir des chambres à trois ou à quatre. Ce que le projet prévoit, 50 chambres de plus, ce qui va permettre un meilleur agrandissement puis une meilleure organisation.

Dans un autre ordre d'idées, la...

**M. Trottier:** M. le Président, est-ce qu'on peut intervenir?

**Le Président (M. Bergman):** C'était convenu, M. le député de Roberval, qu'on va faire nos interventions par blocs, et actuellement nous sommes dans un bloc qui appartient à l'opposition officielle.

**M. Trottier:** Mais c'est parce que, M. le Président, je pense qu'on peut questionner la pertinence, là, des interventions, parce que, là, on est ici sur la reddition de comptes, là, on n'est pas ici pour faire de la petite politique.

**Le Président (M. Bergman):** C'est à la présidence pour déterminer la pertinence et, certainement, c'est une question qui tombe dans la santé, parmi les pouvoirs de l'agence, et dans la région en question. Alors, la question est

pertinente à mon opinion. Mais on a convenu qu'on va aller en blocs, et nous sommes maintenant... Je retourne la parole au député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** M. le Président, c'est juste pour dire... On regarde qu'est-ce qui s'est fait dans le passé, on fait l'évaluation, et, si un projet est majeur pour la région, je pense qu'on est en droit de questionner, même si on ne s'attend pas à ce qu'il y ait une réponse. Je pense que les réponses ont été très adéquates. Mais on est en droit de poser des questions, comme l'opposition le faisait quand on était au pouvoir. Ils posaient ce type de questions là de façon à savoir où on s'en allait dans différents dossiers.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, est-ce que vous demandez une réponse à M. Lamy sur votre question?

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Non, c'est beau. Je voudrais vous parler maintenant d'une collaboration que vous avez — puis que j'aimerais ça que vous disiez un mot — entre l'IRISS, qui est la chaire pour le «lean management» de l'UQTR, et également votre région au niveau de la santé.

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Effectivement, dans l'allocation de présentation, dans l'introduction, j'ai fait mention du partenariat que nous avons avec la Chaire IRISS à l'UQTR, Chaire IRISS qui a été créée il y a quatre ans actuellement et qui met à la disposition du réseau et au-delà du réseau de la santé une expertise pour mener à bien des projets d'optimisation par la méthode «lean» ou d'autres méthodes qui sont en lien avec l'optimisation.

Le partenariat particulier que nous avons dans la région, c'est qu'on a passé une entente avec la Chaire IRISS pour faire de la région une région performante, et, à ce titre-là, la Chaire IRISS accompagne plusieurs établissements, plusieurs comités de direction. Et on a eu deux cohortes d'étudiants, donc 24 étudiants formés il y a deux ans, et maintenant on a 19 étudiants qui sont actuellement en formation. Et chaque étudiant a un projet d'optimisation porté par sa direction générale dans l'organisation et à qui reviennent les bénéfices. Donc, c'est une formation avec la Chaire IRISS dans un but de conserver dans le réseau l'expertise dans les démarches d'optimisation et la revue des différents processus pour améliorer l'accessibilité, améliorer la performance.

La même chose au niveau de la planification stratégique des établissements, plusieurs établissements ont développé le partenariat avec des outils avec la Chaire IRIS pour justement faire des planifications qui sont en lien avec les objectifs de leur mission, en lien aussi avec les croisements de la planification stratégique régionale pour éviter qu'on ait un dysfonctionnement dans l'organisation en mettant toutes les priorités sur une même ressource ou sur une même direction, vraiment d'avoir un outil qui permet de voir la capacité de l'établissement à réaliser sa planification. Donc, c'était un partenariat qui est sur trois ans. Il nous reste encore deux années à ce partenariat-là au niveau de la région avec la Chaire IRISS.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Oui, pour conclure. En tout cas, je veux vous féliciter pour ce projet. L'évaluation que moi, j'en avais fait, des projets «lean» au Québec: un des endroits les plus avancés de tout le Québec, c'est définitivement l'UQTR avec leurs projets. Puis d'ailleurs c'est des projets qui sont en train de se diffuser partout dans la province. Et vous êtes informés également qu'il y a plusieurs directeurs généraux de partout dans la province qui sont allés se former avec la méthode «lean» à l'UQTR. Je peux vous dire, puis vous transmettez le message, c'est un des plus beaux projets puis un des plus beaux partenariats.

Et, quand on parlait de performance — puis il y a eu une question ce matin — qu'est-ce qui peut être fait avec le même argent pour améliorer la performance, cette collaboration avec nos universités pour développer la compétence, pour améliorer la performance, je pense que c'est vraiment une des solutions d'avenir. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, merci. Alors, Mme la députée de Groulx, pour un bloc de cinq minutes.

**Mme Daneault:** Merci, M. le Président. Je dois quitter après, j'ai une rencontre. Alors, c'est pour ça que je voulais poser ma question tout de suite.

**Le Président (M. Bergman):** ...10 minutes à ce moment?

**Mme Daneault:** Non, ça va. Ça va être correct. Il y a juste une question à laquelle vous avez commencé à répondre tout à l'heure, c'était pour les priorités, les urgences en dedans de trois jours. Vous avez dit que vous alliez tout faire en votre possible pour améliorer ces résultats-là. Je voudrais savoir quelles sont les mesures que vous allez prendre.

**M. Lamy (Gaétan):** ...la question qui s'adresse un peu... la réponse avec la santé mentale.

**Mme Daneault:** Parce que votre cible est à 90 %. Actuellement, vous répondez à 42 % pour les priorités en dedans de trois jours, là, les priorités urgentes.

**M. Lamy (Gaétan):** O.K. Je vais demander à M. Lacour, directeur des services sociaux, de vous répondre sur ce sujet.

**M. Lacour (Marc):** Essentiellement, je vous le disais tantôt, on va s'assurer que les personnes qui sont au Service de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation aient une façon homogène d'évaluer le niveau d'urgence. Et ce qu'on a constaté actuellement, là, c'est que ce n'est pas homogène. Et le niveau d'urgence est mal évalué avec les services qu'on a actuellement. Ça, on va améliorer ça.

L'autre chose, c'est qu'on va exercer une vigilance beaucoup plus grande avec nos établissements. On a des questionnaires d'accès, on les rencontre régulièrement et on va monitorer de façon très serrée ces délais-là. Ce n'est pas tolérable. Il n'est pas question qu'il y ait une situation d'urgence qui dépasse les standards qu'on a. Si l'évaluation est bien faite puis que c'est urgent, ça doit se faire tout de suite.

**Mme Daneault:** Est-ce que vous avez des corridors d'accès aux GMF que vous avez dans votre région? Est-ce qu'ils ont des corridors d'accès aux différentes spécialités, aux laboratoires, aux radiographies, aux plateaux techniques?

**M. Lacour (Marc):** Remarquez que, dans le cas dont on parle, l'accès aux services pour les personnes présentant des troubles envahissants du développement, ce n'est pas nécessairement des services médicaux dont il est question, c'est souvent des services de physio, d'ergo, de réadaptation, de suivi psychosocial. Je vous dirais même, majoritairement ces délais-là pour accéder aux premiers services sont plus dans le domaine du champ social que médical.

**Mme Daneault:** O.K. Mais est-ce qu'il y a quelqu'un qui peut répondre à ma question si effectivement vos groupes de médecins de famille ont des corridors d'accès prioritaires aux spécialistes?

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Je vais demander à M. Hudon de vous donner les précisions.

**Le Président (M. Bergman):** M. Hudon.

**M. Hudon (Gilles):** Dans les territoires qui sont mieux nantis en omnipratique, comme Victoriaville et Drummondville, où évidemment le taux d'atteinte du PREM et la prise en charge des clientèles orphelines se situent à plus de 85 %, il y a des corridors, des accès privilégiés pour le laboratoire et l'imagerie médicale. Par contre, dans des secteurs comme Shawinigan et Trois-Rivières, particulièrement Trois-Rivières, qui sont moins bien nantis en effectifs médicaux, évidemment on travaille actuellement à mettre sur pied des cliniques-réseaux. Puis on travaille avec le CSSS et les médecins de première ligne pour faire, si vous permettez l'expression, là, des «fast tracks» pour le laboratoire et la radiologie en heures défavorables évidemment. Parce que, le jour, évidemment, la semaine, ça fonctionne relativement bien. Mais, si on veut donner accès à la clientèle à un service médical le soir et les fins de semaine, évidemment il faut donner également accès au plateau technique au sein des services spécialisés.

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

**Mme Daneault:** ...question, dernière question.

**Le Président (M. Bergman):** Ça va.

● (16 h 10) ●

**Mme Daneault:** Oui, c'est ça. Après, je vais devoir quitter. Au niveau de l'informatique, vos cliniques, vos GMF et vos cliniques, vos réseaux, où vous en êtes rendus à l'informatisation et des cliniques et des rapports de laboratoire, des radiologies? Est-ce qu'il y a une avancée dans ce sens-là?

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Actuellement, au niveau de la région, avec tous les GMF et même des cliniques privées, on a un dossier médical électronique qui a été mis de l'avant. On a révisé notre façon de faire, dans le sens qu'on amène les résultats autant de laboratoire que d'imagerie, on les amène à ce qu'on appelle un entrepôt régional, et le cabinet, par son logiciel qu'il a choisi, vient, avec la sécurité, chercher les résultats qui lui sont... pour sa clientèle, qu'il vient chercher.

Donc, on a déjà... on a eu, au départ, un projet pilote qui mettait... un dossier médical électronique régional où on hébergeait l'applicatif. Quand les médecins ont voulu choisir leur applicatif, au lieu de faire un débat régional pour uniformiser le logiciel avec lequel ils travaillaient, on a pris l'orientation de créer cet entrepôt d'informations qui sont les résultats de laboratoire et l'imagerie médicale, et c'est le cabinet, avec son choix de logiciel, avec son fournisseur, qui fait les interfaces pour venir chercher les informations. Donc, dans notre région, les informations sont disponibles aux différents cabinets.

**Le Président (M. Bergman):** Mme la députée de Groulx, votre premier bloc de cinq minutes est complété...

**Mme Daneault:** Je quitte.

**Le Président (M. Bergman):** ...voulez-vous faire le deuxième bloc maintenant?

**Mme Daneault:** Non, ça va. Merci. Je suis déjà en retard. Merci beaucoup. Bonjour. À demain.

**Le Président (M. Bergman):** O.K. Alors, merci, Mme la députée de Groulx. Mme la députée de Sainte-Rose.

**Mme Proulx:** Alors, M. Lamy, je vais peut-être vous soulager un petit peu, là, en vous disant que je vais me contenter de vous poser des questions en lien avec votre présence ici aujourd'hui, c'est-à-dire, à titre d'agence de la santé et services sociaux, venir nous faire votre reddition de comptes, et on va laisser aux politiciens tout le loisir de faire de la politique.

Donc, moi, je voudrais vous parler de santé publique, notamment d'une question qui me préoccupe particulièrement, la santé des femmes. Et, si je vous parle de santé des femmes, je veux saluer, là, cette initiative que j'ai constatée au CSSS de Trois-Rivières d'avoir mis en place une clinique de dépistage pour le cancer du col de l'utérus. Donc, on parle des cancers féminins. Et ça, c'est tout à votre honneur. J'apprécie beaucoup cette initiative-là.

Malheureusement, ce que je peux voir, c'est que la clinique n'a pas obtenu le succès escompté, et je me demandais pourquoi. Et, je me demandais, dans votre stratégie d'avoir mis en place cette initiative de prévention, est-ce que vous avez travaillé avec les groupes de femmes? Comment se fait-il que ça n'ait pas fonctionné? Et qu'est-ce qui aurait pu être fait ou qu'est-ce que vous envisagez de faire autrement?

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Je vais demander au Dr Grenier de vous donner le détail, qui a plus la démarche comme telle.

**M. Grenier (Gilles W.):** Malheureusement, je n'ai pas le détail du projet. C'est un projet pilote qui a été mis en place avec notamment l'Université du Québec à Trois-Rivières et qui visait... Si je comprends bien votre question, vous parlez du dépistage du cancer...

**Mme Proulx:** Une clinique de dépistage du cancer du col qui n'a pas donné de résultats, et ça a été fait avec le CSSS de Trois-Rivières.

**M. Grenier (Gilles W.):** C'est ça. Et un des objectifs, c'était de rendre plus accessible notamment en déléguant aux infirmières des actes qui permettent justement de procéder, là, au dépistage, aux différentes actions liées avec ça. Malheureusement, je n'ai pas le détail, les conclusions qui en sont arrivées ou les difficultés qui ont pu être en lien avec ce dossier-là. Je pourrai éventuellement vous faire parvenir l'information. Je n'ai pas cette information.

**Mme Proulx:** Je voulais aussi surtout porter à votre attention l'importance que ça peut avoir, des projets comme celui-là, et peut-être de vous... de prendre le temps de regarder qu'est-ce qui n'a pas fonctionné et comment on aurait pu faire en sorte que ça fonctionne et que ça donne des résultats. Et je pense que votre volonté de travailler avec la collectivité, avec les organismes, avec les groupes, c'est tout à fait, là, tu sais... je pense que vous pourriez mettre à contribution notamment, là, des groupes de femmes pour aller atteindre... avoir un meilleur impact sur les femmes dans le territoire. Oui?

**M. Grenier (Gilles W.):** Effectivement, nous sommes en action là-dessus, c'est-à-dire qu'on soutient une entente qui concerne l'égalité entre les hommes et les femmes et qui regroupe les principaux mouvements de femmes en Mauricie et Centre-du-Québec et à l'intérieur desquels différentes questions, dont la santé des femmes, sont mises en discussion sur la table. Et éventuellement une meilleure connaissance de ces domaines-là, une meilleure collaboration, notamment en ayant leur input, leur implication évidemment et leur connaissance de ces réalités-là, va faire en sorte qu'on peut, à l'intérieur de nos services, jusqu'à un certain point, adapter en fonction de certaines réalités spécifiques qui ont trait aux femmes... Alors, on est là-dessus, on soutient financièrement et on est présents sur ces tables-là, et le travail, évidemment, va continuer dans ce sens-là.

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

**M. Trottier:** Oui. Merci, M. le Président. Tout d'abord, je vais me permettre un commentaire, là. Je trouve un petit peu désagréable l'intervention, tout à l'heure, de notre collègue, là, parce que, dans le fond, on met mal à l'aise des gens. Puis, si on commençait à poser des questions sur les annonces qui ont été faites sans avoir de réservation d'argent, ça compliquerait la situation.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** ...c'est hors propos. S'il a des choses à dire, qu'il les dise. Qu'on reste dans l'ordre du jour. Mais, quand on parle de Trois-Rivières puis qu'on questionne sur l'agrandissement de l'hôpital de Trois-Rivières, je pense que c'est tout à fait justifié. Puis le député de Roberval ira expliquer à sa population qu'ils n'auront pas ce bloc opératoire avec son gouvernement parce qu'il gèle tous les investissements avant de commencer à parler de d'autre chose.

**M. Trottier:** Bon. M. le Président, je pense que...

**Le Président (M. Bergman):** ...je vous demanderais d'être prudent avec vos commentaires contre un collègue de l'Assemblée nationale de Québec. On doit montrer du respect. Et chacun a droit de parole ici,

pourvu qu'on est dans le sujet en question. On parle de santé ici aujourd'hui, et c'est à la discrétion du président pour déterminer si les questions ont «relevance». Comme je vous ai dit, la question était en ordre, car ça appartient à la santé. La région en question, c'est la région de la Mauricie—Centre-du-Québec. Alors, je vous demande d'être prudent dans vos commentaires, s'il vous plaît.

**M. Trottier:** Je souhaite que tout le monde soit prudent, M. le Président. Et on va agir comme ça. Je pense que ça allait bien jusqu'à présent, ça devrait continuer.

On voit que le taux d'accès aux médecins de famille est autour de 70 %, vous êtes cinquième. Vous avez abordé un peu la question, mais je voudrais savoir qu'est-ce qui fait que c'est difficile d'avoir des médecins de famille, en dehors du fait qu'on sait que peut-être il manque de médecin un peu partout. Mais, plus spécialement, chez vous, quels sont les éléments qui font que c'est peut-être plus difficile qu'ailleurs? Est-ce qu'il y a des éléments plus spécifiques que dans d'autres régions?

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Si vous permettez, au lieu de me lancer dans des explications qui pourraient être plus générales, je vais passer la parole à M. Hudon qui s'occupe du volet médical ici. Donc, il pourrait plus détailler.

**M. Hudon (Gilles):** D'abord, ce qu'il est important de rappeler, M. Lamy l'a soulevé tout à l'heure, avec l'arrivée du campus mauricien de la Faculté de médecine, c'est clair qu'on a augmenté de beaucoup la rétention des médecins dans la région Mauricie—Centre-du-Québec. Ça remonte quand même à 2003-2004, mais les premiers résultats sont arrivés plus, si vous voulez, en 2008-2009. Ce qu'il faut comprendre également, c'est qu'on est partis de très loin. Nous étions, il n'y a pas si longtemps, à un taux d'atteinte de 50 %; aujourd'hui, on est à 70 %. On recrute, bon an, mal an, entre 25 et 30 nouveaux médecins annuellement. Donc, vous comprendrez qu'on est en train de combler l'écart. Je veux dire, on demeure très positifs.

Encore, cette année, pour les plans d'effectifs médicaux 2013, nous avons accès à 25 postes. On a actuellement déjà comblé les 25 postes. On est une des régions parmi lesquelles, là, on a comblé le plus rapidement possible les postes qui étaient demeurés vacants. Et on a bon espoir... Je parlais tout à l'heure des territoires de Victoriaville et Drummondville qui actuellement sont mieux nantis, sont mieux organisés. Trois-Rivières et Énergie ont fait des recrutements importants encore cette année, et je peux vous assurer que le taux de prise en charge pour la clientèle sans médecin de famille va s'améliorer au cours des prochaines années.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. Moi, dans l'analyse de vos résultats, ce qu'on constate, c'est que, dans certaines occasions, vous avez des cibles qui sont fixées pour 2015, mais on ne voit pas de cibles intermédiaires, puis, pour le moment, il y a des zones qui sont un peu grises dans les résultats actuellement. Ce matin, on a écouté d'autres personnes puis on s'inspire des bonnes pratiques, et ce qu'on s'est fait dire, c'est que, quand le suivi est serré, il y a moyen de rétablir une situation puis éviter un dérapage dans des situations.

Ça fait que ma préoccupation, je le vois au niveau des indicateurs régionaux des engagements, on le voit aussi au niveau de la protection de la jeunesse qu'il y avait des cibles, que vous souhaitiez diminuer la durée moyenne des placements en protection de la jeunesse, mais que la cible est fixée pour 2015, mais que, pour le moment, on a peu d'information concernant l'avancement des travaux actuellement.

Ça fait que ma préoccupation est la suivante, c'est: Est-ce que vous ne pensez pas que ça peut être un petit peu hasardeux de ne pas mettre en place des cibles intermédiaires pour éviter justement de vous retrouver dans une position, en 2015, où ces objectifs-là risquent de ne pas être atteints ou... de faire un suivi plus serré? Peut-être qu'on ne le voit pas, là, mais que vous avez peut-être mis des choses en place pour vous assurer qu'il y a quand même un suivi serré. Mais c'est un peu mon questionnement, à savoir: Est-ce que c'est le cas?

● (16 h 20) ●

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Donc, une des raisons de la mise en place... ou de l'information que vous avez dans les différents documents, c'est que c'est des documents de reddition de comptes sur des aspects généraux. La plupart des planifications sont autour de 2010-2015 avec des cibles atteintes à la fin. Mais, bon an, mal an, pour ne pas dire à chaque année, on fait des ententes de gestion avec nos établissements avec des objectifs intermédiaires qu'on n'a pas reflétées nécessairement dans les documents que vous avez entre les mains.

Tous les objectifs, toutes les cibles de 2015 sont suivies actuellement. Il y a des mécanismes et des professionnels à l'agence qui suivent chacun des programmes pour s'assurer que les établissements prennent les actions en vue d'atteindre les cibles définitives en 2015. Dans certains cas, on est très près et même on a dépassé, vous en avez parlé tantôt, je pense, en soins à domicile, mais, dans d'autres, c'est un peu plus compliqué, et il y a des efforts qui sont mis à ce niveau-là. On ne voit pas les cibles intermédiaires parce qu'elles ne font pas l'objet d'une reddition, disons-le, nationale, mais elles sont quand même au cœur de notre quotidien, là, dans nos interactions avec les établissements.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Donc, vous êtes capable de nous rassurer puis de nous dire qu'il y a un suivi qui se fait sur ces objectifs-là puis il n'y aura pas de mauvaise surprise ou risque de...

**M. Lamy (Gaétan):** Je ne peux donner de garantie...

**Mme Gadoury-Hamelin:** Non, c'est sûr.

**M. Lamy (Gaétan):** ...bien entendu, mais tous les efforts sont mis en place justement pour éviter qu'il n'y ait des surprises.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Bon. Bien, je vous remercie.

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

**Mme Vallée:** Bonjour, messieurs. On a, un peu plus tôt cet avant-midi, parlé un petit peu du déploiement du Programme de qualification des jeunes sur les territoires des agences un petit peu partout au Québec. Ça fait partie... ça faisait partie des moyens d'action de la Stratégie d'action jeunesse. Je sais que l'objectif visé par le gouvernement était de s'assurer que, sur l'ensemble des territoires, ce programme-là, qui vient en aide aux jeunes de plus de 18 ans, bien souvent, qui sont souvent laissés pour compte, puisse être déployé partout.

Vous avez un territoire qui est immense à couvrir, près de 45 000 kilomètres carrés. Je peux imaginer les défis que ça représente. J'aimerais savoir comment, à l'intérieur de votre agence, vous avez... Vous avez mis en oeuvre, justement, le Programme de qualification des jeunes afin qu'il puisse être accessible à l'ensemble des jeunes du territoire dans votre contexte bien particulier. Je vous avoue, votre territoire est immense, et puis vous êtes probablement un exemple du défi que peut constituer la mise en place de certains programmes, là. Et j'aimerais vous entendre un petit peu là-dessus.

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** ...content que vous ayez noté l'étendue du territoire, effectivement, entre La Tuque, Arthabaska, Drummondville, et c'est un défi important. Au niveau du programme Qualification des jeunes, on en a un dans la région. Je vais laisser M. Lacour vous en parler plus longuement, qui a plus le détail de l'accessibilité à ce programme-là. M. Lacour.

**M. Lacour (Marc):** On se souviendra que le Programme de qualification des jeunes était une mesure qui était retenue dans le plan gouvernemental sur la stratégie jeunesse qui était parrainée par l'ancien premier ministre, M. Charest, et le Secrétariat à la jeunesse.

Initialement, dans notre région, on a été parmi les premières régions à expérimenter ce Programme de qualification des jeunes. Ça a été la réponse à un constat d'échec sur le fait que les jeunes qui fréquentaient le centre jeunesse, lorsqu'ils passaient à l'âge adulte, se retrouvaient dans des conditions qui étaient inadaptées tant au niveau de leur formation, de leur occupation, de leur intégration à la société. Et il se voulait donc une réponse pour prévoir le passage à l'âge adulte.

Alors, on s'est dit: Il ne faudrait pas attendre à 18 ans pour se poser la question de ce qui arrive au petit Robert qui va quitter le centre de réadaptation au mois de juin. Donc, on s'est mis à introduire des parcours qui partaient de l'âge de 16 ans, quand on sait que le projet de vie du jeune était un projet de vie qui visait l'autonomie, et on a travaillé à des parcours de réinsertion au plan professionnel, donc au niveau de l'emploi, ou à des trajectoires au niveau de la formation professionnelle.

Les taux de réussite sont assez intéressants puisque 70 % des jeunes qui ont utilisé le Programme de qualification des jeunes ont réussi à s'introduire dans une ou l'autre des trajectoires. Évidemment, on permet aussi d'aller plus loin que 18 ans, on va jusqu'à 21 ans dans ces programmes-là, c'est ce qui fait une bonne passerelle. Puis on travaille, bien sûr, avec nos collègues des ministères de l'Emploi et Solidarité et également avec les commissions scolaires pour établir les ponts nécessaires.

Au début, ce n'était réservé qu'aux adolescents qui utilisaient les services de réadaptation interne du centre jeunesse. Maintenant, on a élargi aux adolescents qui ne sont pas nécessairement à l'intérieur du centre de réadaptation mais qui peuvent se retrouver, par exemple, en famille d'accueil. Et on cherche à élargir aussi. Maintenant, l'ambition et l'idéal, ça pourrait être qu'on puisse offrir un programme universel à tous les jeunes pour qui le passage à l'âge adulte pourrait présenter une fragilisation, je dirais, de leur situation, mais là vous retrouvez la question de la faisabilité puis des ressources disponibles.

Mais, pour le moment, on a ciblé ces ados-là, et ça fonctionne dans une grande proportion des cas, et je vous dirais que c'est un succès. Et on observe, d'ailleurs, au Québec, que l'ensemble des autres régions, avec le renouvellement des plans d'action, ont commencé aussi à déployer ce Programme de qualification des jeunes. Mais l'étendue du territoire évidemment pose un certain défi. Mais ce n'est pas si pire que ça, parce qu'on arrive à avoir des partenariats un peu dans toutes les localités.

**Mme Vallée:** Mais, en fait, c'était la question... Parce que le programme, je le connais bien, là, mais c'était: Comment vous arrivez... Est-ce que vous l'offrez seulement dans vos centres urbains ou est-ce qu'il est aussi disponible aux jeunes d'une famille d'accueil dans une communauté rurale éloignée? Comment vous arrivez à arrimer ça chez vous, dans votre région?

**M. Lacour (Marc):** Bien, on a déployé les effectifs, je dirais, qui sont affectés à ce programme-là et on arrive à rejoindre effectivement les jeunes. On parle toujours d'ados, on parle toujours d'ados qui présentent un risque de décrochage à un moment donné. Alors, on arrive quand même à aller les rejoindre, ceux qui sont en famille d'accueil. On a 900 enfants qui vivent en famille d'accueil en Mauricie—Centre-du-Québec, on a évidemment 149 municipalités, mais il reste

quand même que la population est quand même assez concentrée dans les pôles urbains, là, Trois-Rivières, Drummondville, Victoriaville et Shawinigan.

**Mme Vallée:** Je comprends que la population est concentrée, mais je voulais voir si vous, de votre côté, vous étiez arrivés à l'offrir justement en ruralité à des jeunes qui ne sont pas en famille d'accueil dans les pôles urbains. Est-ce que vous arrivez à rejoindre ces jeunes-là qui sont en famille...

**M. Lacour (Marc):** Ils ne sont pas...

**Mme Vallée:** Est-ce que vous avez des jeunes qui sont en famille d'accueil? Parce que vos familles d'accueil ne sont pas exclusivement concentrées dans vos pôles urbains. Vous avez certainement des familles d'accueil sur l'ensemble du territoire en fonction du lieu de résidence des parents puis des interventions. Donc, est-ce que vous arrivez à rejoindre ces jeunes-là qui ne sont pas en famille d'accueil dans les pôles urbains, donc qui ne sont pas à proximité des centres de services, quand même, avec le Programme de qualification des jeunes? Êtes-vous capables de le faire ou... Parce que je sais que, dans d'autres régions, ça pose un défi.

**M. Lacour (Marc):** Bien, écoutez, spontanément, je vous répondrais oui, mais il faudrait que je fasse une vérification pour avoir une réponse plus assurée, là. Je pourrais vous revenir à la commission pour vous donner la réponse précise, là, parce que je n'ai pas les chiffres tout à fait en détail.

**Le Président (M. Bergman):** J'attire votre attention pour votre réponse additionnelle. Après la commission, envoyez votre réponse au Secrétariat de la commission, qui va distribuer la réponse à tous les membres de la commission.

**M. Lacour (Marc):** Parfait.

**Mme Vallée:** Mon autre question... Merci de votre intervention. Au niveau de votre soutien aux organismes communautaires, vous avez soulevé un élément qui m'apparaît fort intéressant dans un contexte où, un peu partout à travers le Québec, on a des organismes communautaires qui réclament un rehaussement de leur financement et, lors de votre présentation, vous nous avez indiqué que vous aviez rehaussé de 24 %, depuis cinq ans, les sommes qui sont allouées au financement des organismes communautaires de votre territoire. Pouvez-vous m'indiquer comment vous êtes parvenus à hausser comme ça votre financement et comment vous le répartissez? Avez-vous établi des critères de répartition, une grille de sélection propre à votre région?

● (16 h 30) ●

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Donc, effectivement, dans notre région, le partenariat avec les organismes communautaires, il est historique, il est unique ou il est à une condition gagnant-gagnant, notre prétention étant qu'on ne peut arriver à donner des résultats du réseau de la santé et services sociaux sans ce partenaire-là. C'est une complémentarité. Autant les établissements ne pourraient pas seuls, autant les organismes communautaires ne pourraient pas seuls. On a un cadre de financement, au niveau des organismes communautaires, qui a été convenu avec la TROC, TROC étant la table régionale des organismes communautaires dans notre région, avec qui on a établi des catégories et différents seuils... qui est à atteindre ou des cibles à atteindre de financement.

À chaque année dans les crédits de développement, à chaque fois qu'on intervient dans un programme service, on regarde toujours également en même temps ce que peut faire le communautaire dans ce service-là — si on prend le soutien aux proches aidants, c'est un exemple, si on prend les entreprises d'économie sociale, c'est choses-là — pour être capables de justement utiliser les sommes, pour les programmes services, prévues pour les interventions dans différents programmes, en fonction aussi de la complémentarité entre le spécifique des établissements et aussi la possibilité du communautaire.

Dans le 24 %, bien entendu, il y a toute l'indexation — on va parler annuellement — d'autour de 2 % qui est là et des crédits qui viennent justement de mesures, dans les crédits de développement, qu'on peut utiliser les organismes communautaires ou ce qu'on appelle de la réallocation, où on reprend des sommes à gauche puis à droite pour être capables de consolider le financement de base à la mission des organismes communautaires. Mais globalement on a un cadre de financement qui marche par catégories qui sont liées... en lien souvent avec les programmes service du programme de la santé, mais qui répond à des besoins dans les différentes localités, là, de notre territoire.

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

**Mme Proulx:** Oui. Alors, je voulais vous parler de perte d'autonomie liée au vieillissement. Alors, c'est sûr que la volonté de maintien à domicile a des bénéfices, des effets bénéfiques incontestables, mais génère aussi de nouveaux défis. Et la réalité des personnes âgées qui vivent seules, c'est un défi. Alors, il faut s'assurer aussi... prendre en compte leur sécurité. Et je vois qu'encore une fois vous avez mis en place un projet et j'aimerais que vous nous en parliez un peu plus.

Alors, c'est un projet d'appels automatisés pour les aînés vivant seuls, et c'était en préparation dans les MRC de Bécancour et de Nicolet-Yamaska. Alors, j'aimerais savoir les résultats que ça a donnés, s'il y a beaucoup de personnes qui se sont inscrites, quelle a été la stratégie mise de l'avant pour promouvoir ce programme-là ou ce projet-là. Est-ce que, oui, ça a vraiment été implanté et ça a donné des résultats? Et, si oui, est-ce que vous prévoyez l'implanter dans les autres MRC?

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Je vais demander encore une fois, pour avoir des mesures plus détaillées, à M. Lacour, directeur des services sociaux, de...

**Le Président (M. Bergman):** M. Lacour.

**M. Lacour (Marc):** Est-ce que vous êtes à même de préciser de quel projet vous parlez? Parce que je n'ai pas saisi...

**Mme Proulx:** Le projet de service d'appels automatisés pour les aînés vivant seuls. Donc, c'est un projet qui probablement fait des appels chaque jour, chaque matin, aux personnes âgées pour s'assurer que tout va bien et qu'elles répondent. Et habituellement on met en place des mesures assez rapides, là, si on n'obtient pas de réponse.

**M. Lacour (Marc):** Je ne suis malheureusement pas en mesure de vous répondre. Je ne connais pas le détail de ce projet-là, madame.

**Mme Proulx:** O.K. Est-ce que c'est possible pour vous de...

**M. Lacour (Marc):** Oui, c'est possible.

**Mme Proulx:** Oui? O.K.

**Le Président (M. Bergman):** ...la réponse, s'il vous plaît, au secrétaire de la commission, qui va l'envoyer à tous les membres de cette commission.

**Mme Proulx:** Surtout si... Bon, ça se peut très bien que vous ne soyez pas tout à fait au courant là, mais, si ça a été implanté et qu'il y a eu des résultats intéressants, c'est intéressant pour nous de le savoir et de pouvoir être à même de constater, là, les résultats et les impacts de ce genre d'initiative comme ça.

**Le Président (M. Bergman):** M. le député de Dubuc.

**M. Claveau:** Oui. Alors, je voudrais souligner votre initiative, là, entre autres la formation en milieu éloigné, entre autres, par vidéoconférence avec le centre hospitalier de La Tuque. Alors, ça donne accès à des formations puis à maintenir les compétences. Et c'est des exemples parfois, pour leur milieu éloigné, de permettre à du personnel infirmier de pouvoir continuer. Alors, c'est une belle initiative.

Et je voulais vous poser une question concernant le temps d'attente sur civière dans les urgences. On a de la misère, on sent que, votre agence, au niveau régional, on a de la misère à atteindre les cibles fixées. Puis tout particulièrement on arrive avec des périodes critiques, entre autres au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières. Est-ce que vous avez des actions, est-ce que c'est en contrôle ou prochainement en contrôle, cette situation? Vous attarder tout particulièrement à cette situation.

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** D'abord, j'accueille bien la question. Je vais demander à M. Hudon de vous répondre dans un premier temps, mais aussi en lui demandant de préciser, parce que, dans votre question, vous avez semblé généraliser un peu les délais d'attente, alors qu'ils sont beaucoup plus ciblés à un ou deux endroits dans notre région. Donc, d'abord de préciser et, après ça, de donner les actions. Donc, M. Hudon.

**Le Président (M. Bergman):** M. Hudon.

**M. Hudon (Gilles):** Oui. Alors, c'est important de préciser qu'actuellement les établissements, les centres de santé de Drummondville et Victoriaville, et j'inclus même celui de La Tuque et de Shawinigan, ont des durées moyennes de séjour qui s'apparentent, qui avoisinent ou qui sont même en deçà du 12 heures, là, sur civière. L'établissement qui... sans dire qu'il est plus problématique, mais avec lequel on travaille de façon plus étroite, c'est le centre de santé de Trois-Rivières, qui a actuellement une durée moyenne de séjour sur civière qui avoisine entre 19 heures et 20 heures, là, pour chacun des patients.

À cet effet-là, on travaille sur trois registres. On travaille évidemment, j'en ai parlé tout à l'heure, en amont où on travaille à mettre en place avec les cabinets de médecins ou des groupes de médecine de famille... à améliorer l'accessibilité évidemment à la première ligne médicale, l'objectif étant un patient, par exemple, maladie chronique, qui est suivi par un médecin traitant, il est pris en charge, les suivis réguliers sont faits, c'est clair que, ce genre de patient là, on va éviter évidemment le recours à l'urgence et éventuellement à l'hospitalisation.

Dans un deuxième volet, on travaille de façon intrahospitalière, alors avec les équipes de médecins à l'intérieur du volet centre hospitalier à Trois-Rivières, pour évidemment la prise en charge des patients orphelins à l'urgence. Et on travaille aussi sur les durées moyennes de séjour sur les unités d'hospitalisation, les longs séjours, des patients qui sont là plus de 15 ou 30 jours, pour évidemment diminuer le nombre de patients qui requièrent l'hospitalisation, puis — vous savez, c'est une roue qui tourne — pour permettre à plus de patients à l'urgence évidemment d'avoir accès à un lit sur les étages, et, par ricochet, de diminuer la durée moyenne de séjour des patients qui attendent sur civière.

Et également en aval, on travaille, évidemment... M. Lacour en a fait mention tout à l'heure, M. Lamy également, on a 350 places qu'on devrait ouvrir dans des ressources alternatives au volet CHSLD dans la communauté pour permettre encore une fois de libérer les lits d'hospitalisation beaucoup plus rapidement et ainsi de permettre à un patient sur civière d'accéder plus facilement aux unités d'hospitalisation.

Alors, l'urgence, je vous dirais, est un symptôme. Le problème n'est pas nécessairement à l'urgence proprement dite, il est en amont, il est intrahospitalier et il est en aval. Et on travaille de paire avec la Direction nationale des urgences, au ministère, qui a fait une visite en janvier 2012. On a un plan d'action, puis soyez assurés qu'on fait un suivi quotidien, sept jours par semaine, de l'urgence de Trois-Rivières. On a une collaboration puis on a confiance que les résultats vont s'améliorer.

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

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui. Alors, peut-être que vous en avez parlé un peu tout à l'heure, mais, voyez-vous, en fin de journée comme ça, des fois, on peut oublier des petites choses, mais ce que je voulais plus savoir, moi... Vous avez présentement 21 groupes de médecine familiale, vous envisagez... bien, en tout cas, dans vos objectifs, là, c'est 23 pour 2015. Est-ce que les choses sont en train de se mettre en place avec une clinique-réseau, est-ce que c'est en train de se mettre en place pour atteindre cet objectif-là? Parce que je ne pense pas que ce soit réalisable, là, comme... en peu de temps. Il faut mettre les choses en place. Mais est-ce qu'il y a des choses qui sont déjà en place présentement pour atteindre cet objectif-là?

**M. Lamy (Gaétan):** Si vous permettez, je vais commencer la réponse puis je pourrais laisser M. Hudon bonifier.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui.

**M. Lamy (Gaétan):** Actuellement, au 31 mars 2012, nous avons déjà 22 GMF d'accrédités. Donc, on n'était pas à 21, à 22, et on en a un vingt-troisième qui est en démarche actuellement, là, pour être accrédité.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Bon, c'est ce que je voulais savoir.

**M. Lamy (Gaétan):** Au niveau de l'organisation médicale en clinique-réseau, le modèle qu'on entend souvent parler, on a déjà deux cliniques-réseaux qui sont installées, dans le territoire d'Arthabaska et dans le territoire de Drummondville. On travaille actuellement à un projet au niveau de la région de Shawinigan, du côté de Grand-Mère. Et il y a des travaux qui sont amorcés pour une clinique-réseau avec le CSSS de Trois-Rivières pour la clientèle de Trois-Rivières. Donc, déjà, on est pratiquement à 23 GMF dans notre région et avec quatre cliniques-réseaux pour nos quatre grands centres urbains. Y a-tu des choses à...

**Mme Gadoury-Hamelin:** C'est en selle.

● (16 h 40) ●

**M. Hudon (Gilles):** Oui. Je me permettrais juste de compléter en vous disant: Les groupes de médecine de famille, il faut comprendre que c'est un groupe de 10, 12, 15 médecins qui prennent en charge entre 15 000 et 20 000 patients. Vous savez, on a une population à desservir, à Trois-Rivières, là, bon an, mal an, autour de 130 000, 135 000 personnes. Actuellement, on a un cinquième GMF en devenir. Donc, on peut dire qu'il y a 70 000 personnes qui... 75 000 pourraient être prises en charge éventuellement par un groupe de médecine de famille, mais il n'en demeure pas moins qu'on a toujours plus de 50 000 patients orphelins à Trois-Rivières. Donc, vous comprenez que ça met une pression très importante sur l'urgence de Trois-Rivières.

Et M. Lamy vous parle de l'émergence d'une clinique réseau à Trois-Rivières de façon concomitante et parallèle. Ça pourrait nous permettre évidemment de donner une soupape, pour les patients qui sont... — vous savez, on a une échelle de triage et de gravité à l'urgence, les patients sont classifiés de un à cinq — donc, pour les patients qui sont classifiés quatre à cinq, qui attendent de façon interminable à l'urgence, de les référer vers la clinique-réseau, donc, ce qui permettrait évidemment de donner une réponse appropriée aux patients puis de désengorger l'urgence majeure à Trois-Rivières.

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

**Mme de Santis:** Bonjour. J'aimerais retourner à une question qui a été posée par la députée de Sainte-Rose. Elle avait demandé quelle était l'explication pour la diminution de près de 500 personnes qui ne... dans les personnes qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne. Je ne crois pas que j'ai compris l'explication, pourquoi il y a eu une diminution de 500 personnes.

Et je pose cette question pour la raison suivante. Votre région est une région où le taux de suicide est parmi les plus élevés au Québec. Dans votre région, le taux est de 20,5 personnes par 100 000 habitants, et la moyenne au Québec, c'est 15,3. Donc, j'aimerais avoir une réponse à la question qui avait été posée. Et j'aimerais aussi connaître qu'est-ce que vous avez comme plan de prévention du suicide. Qu'est-ce que vous avez en place pour prévention?

**M. Lamy (Gaétan):** Oui, bien, votre question ayant deux volets, je vais demander à M. Lacour de vous répondre au premier volet, qui était sur la réduction du nombre de personnes qui ont un suivi en santé mentale. Et, pour répondre au volet suicide, Dr Grenier pourra compléter la réponse, si vous permettez, M. Lacour.

**M. Lacour (Marc):** Je suis mieux de trouver des réponses, je vais perdre ma job, moi, si ça continue.

Je l'ai expliqué tantôt que la diminution des 400 personnes en santé mentale s'expliquait surtout par des désistements ou du fait que des personnes abandonnent la prise en charge qu'ils avaient. Quand vous nous demandez — si vous permettez, M. Lamy, là: Qu'est-ce que vous faites pour le suicide?, je vous dirais qu'on a cinq centres de prévention du suicide en Mauricie—Centre-du-Québec, c'est plus que partout ailleurs. On en a un à La Tuque, un à Victo, un à Shawi, un à Trois-Rivières, on en a un autre à Drummondville. On est parmi les seuls de la région qui aussi disposent d'un hébergement d'urgence pour personnes qui présente des risques suicidaires, qui s'appelle L'Accalmie, qui est situé à Trois-Rivières et qui est dédié uniquement à recevoir des gens qui présentent des risques ou des idéations suicidaires.

Nous avons, aujourd'hui, dans chacun des CSSS, des répondants en matière de suicide et nous sommes à déployer la formation sur les meilleures pratiques, formation qui a été travaillée avec les collègues du ministère de la Santé et des Services sociaux, et on va former 400 personnes pour être en mesure de détecter et d'intervenir adéquatement auprès des personnes qui présentent des risques suicidaires.

Vous avez raison, on est parmi les régions les plus élevées au Québec en matière de suicide. Et on s'aperçoit que les personnes qui se suicident, c'est maintenant beaucoup des hommes adultes, plus qu'on avait déjà vu auparavant, les jeunes, et on voit aussi que, chez les personnes âgées, ça baisse. De façon générale, cependant, on observe que le taux de suicide en Mauricie—Centre-du-Québec, est très élevé mais que le nombre de suicides diminue, comme d'ailleurs à peu près dans toutes les régions du Québec. On a déjà été, il y a quelques années, à 115 personnes par année qui s'enlevaient la vie chez nous; on est maintenant autour de 83. Donc, il y a un progrès. Mais, même à 83, on est parmi les régions où le taux de suicide est le plus élevé. Tantôt, Dr Grenier pourra peut-être y aller d'explications supplémentaires.

Donc, la stratégie que nous avons, c'est: formation, prévention, on a les sentinelles qui sont déployées un peu partout et on ajuste nos stratégies aussi en fonction des clientèles plus à risque. Nous avons chez nous des communautés autochtones. On comprend qu'il y a une réalité qui est particulière, Wemotaci, Obedjiwan. On a des actions qui sont plus ciblées et adaptées pour rejoindre ces gens-là qui ont un facteur de risque plus élevé, comme certaines autres clientèles où on sait qu'il y a un risque suicidaire plus élevé.

En centre jeunesse, on a installé des équipes de deuxième niveau, et l'ensemble des jeunes qui sont admis en réadaptation doivent passer un questionnaire de dépistage de l'évaluation du risque de passage à l'acte au niveau du suicide. Nous avons 14 centres aussi, privés ou communautaires, qui reçoivent des personnes qui présentent des troubles de toxicomanie ou de dépendance. Ces 14 centres là doivent obligatoirement faire une évaluation du risque suicidaire de l'individu à son arrivée, à son stage et lors de son départ.

Donc, il y a beaucoup de choses qui se font. Et on est, je crois, sur une bonne voie, mais c'est encore très préoccupant pour nous d'être une des régions au Québec où le taux de suicide est le plus élevé. 80, c'est trop, beaucoup trop.

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

**Mme de Santis:** Est-ce que docteur...

**M. Grenier (Gilles W.):** Je pourrais compléter un peu. Évidemment, le suicide est un phénomène multifactoriel et assez complexe. Pour vous donner certains éléments, lorsqu'on fait les enquêtes auprès des jeunes notamment, auprès de la population, et qu'on évalue les taux de détresse psychologique, les taux d'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide, la région ne montre pas de chiffre plus élevé que la moyenne du Québec. Par contre, ce qu'on peut constater, c'est que les moyens employés semblent plus radicaux, plus létaux. Alors, il y a un phénomène là qui est particulier et qui existe depuis, donc, une vingtaine d'années.

Si on parle en termes de prévention, on va avoir des approches qui vont être ciblées auprès des jeunes. Notamment, on a priorisé, en région, ce qu'on appelle les facteurs psychosociaux de protection, donc, en milieu scolaire notamment, des éléments qui ont trait à l'estime de soi, qui ont trait à tout le phénomène d'hypersexualisation, etc., d'aider les jeunes à ces niveaux-là. Les adultes, en milieu de travail, on a des programmes, ce qu'on appelle 05/30 Équilibre, qui ont trait à faire en sorte que le milieu de travail devienne un milieu de santé davantage et qui vont toucher aux approches psychologiques.

Il y a des projets pilotes par rapport aux hommes, parce qu'on sait qu'effectivement les hommes sont un groupe qui est le plus touché dans le phénomène du suicide, donc une évaluation précoce auprès des hommes qui sont en situation de vulnérabilité, donc d'aller détecter... Et notamment M. Lacour parlait sur le réseau... le réseau sentinelles qui sont des personnes dans différents milieux qui sont formées pour détecter les personnes à risque, pour entrer en contact et les référer à des ressources du réseau de la santé notamment. Et là on a plus de 879 personnes qui sont formées dans les réseaux, scolaire, communautaire, milieu de travail, le milieu agricole, qui devient un milieu où le phénomène du suicide devient présent. Alors, ce sont des approches de prévention.

Et, pour terminer, ce qu'on veut faire, c'est d'essayer de faire un portrait plus précis des cas de suicide et d'essayer de voir s'il y a des facteurs qu'on pourrait identifier, là... parce qu'on a commencé à cartographier les cas de suicide depuis 10 ans, et, à l'étude de ces cas-là, de voir si on pourrait trouver des facteurs sur lesquels éventuellement on pourrait mieux intervenir.

Alors, voilà, c'est pour vous montrer que c'est très préoccupant, qu'on est très mobilisés autour de cette question-là et qu'on va espérer d'avoir des résultats qui vont donner fruit dans les prochaines années.

**Mme de Santis:** J'ai une question additionnelle, ça touche le taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale, en pourcentage. Là aussi, vous êtes une région qui a un des plus hauts taux de réadmission dans les 30 jours. Est-ce que c'est un sujet que vous avez déjà étudié, regardé? Est-ce qu'on peut expliquer pourquoi c'est le cas ou...

**M. Lamy (Gaétan):** M. Lacour pourrait élaborer sur ce sujet.

**M. Lacour (Marc):** Vous parlez du taux de réhospitalisation à l'intérieur des 30 jours?

● (16 h 50) ●

**Mme de Santis:** Oui, quand c'est un cas de maladie mentale, O.K.? Et, comme vous avez un taux de suicide qui est assez élevé, j'ai regardé un peu tout l'éventail, et j'ai trouvé que ça aussi, c'était très élevé, et je me posais la question pourquoi.

**M. Lacour (Marc):** Je vais tenter une réponse, là, du mieux de ma connaissance. D'abord, il faut mentionner qu'on a une couverture médicale, au plan psychiatrique, qui est très déficitaire. On a une absence de médecins omnipraticiens dans nos équipes de base en santé mentale. Aucune de nos équipes de base en santé mentale ne dispose d'un médecin à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire. On a plusieurs postes vacants en spécialités, en psychiatrie. Nous en avons, à Trois-Rivières particulièrement, plusieurs qui sont à découvert.

Nous n'avons pas, à ce moment-ci, été en mesure de déployer, je dirais, la mesure de psychiatre répondant en raison notamment de la pénurie de psychiatres. Alors, c'est comme si le problème s'alimentait par lui-même. On a encore beaucoup trop de pourcentage de personnes qui sont vues par la deuxième ligne et qui devraient normalement être vues par la première ligne. Alors, on essaie de faire ce virage-là, mais avec ces contraintes-là.

L'autre difficulté que nous vivons au moment où on se parle, c'est que nous avons l'établissement régional qui a une mission d'hospitalisation de longue durée et pour laquelle, je vous dirais, à peu près 80 % des lits disponibles en longue durée sont maintenant occupés par des personnes qui ont traversé le système judiciaire et qui ont des ordonnances de placement et de traitement, ce qui rend encore une fois non disponible, pour la personne qui n'est pas jugée criminellement... non responsable d'un acte criminel puis qui est orientée en hospitalisation de longue durée... Bien, l'accès est encore réduit, là, ce qui fait que, quand on n'arrive pas à faire une prise en charge adéquate en première ligne, on a nécessairement des effets pervers, comme vous mentionnez, où on se retrouve avec des réadmissions, le phénomène de la porte tournante qui continue de venir solliciter le travail, je dirais, des urgences.

Par contre, on a été en mesure d'atténuer beaucoup, beaucoup l'achalandage pour les personnes qui présentaient des problèmes de toxicomanie parce que nous avons des agents de liaison qui nous permettent, à l'urgence, de pouvoir orienter les personnes qui nécessitent des services de désintoxication de niveau 1, 2 et 3 à l'intérieur de notre centre de réadaptation régional en toxicomanie, ce qui fait qu'il y a un grand nombre de personnes qui vont poursuivre leurs efforts, après la désintoxication physique, de réadaptation, de reprise en mains de leur vie. Je ne sais pas si ça répond à votre question, madame.

**Le Président (M. Bergman):** Merci. Alors, le gouvernement a un dernier bloc de huit minutes. Mme la députée de Sainte-Rose.

**Mme Proulx:** Oui. Alors, je voulais... Je me pose la question, là, par rapport à toute l'implantation de cette méthode «lean» que vous avez mise en place. Donc, ce qu'on voit, c'est que, dans les établissements de santé, ça semble améliorer l'efficacité, les temps d'attente, l'implantation de cette méthode «lean». Par contre, les travailleurs ne semblent pas être nécessairement en accord avec cette implantation-là. Et on sait que, dans toute implantation de toute méthode de processus d'amélioration continue, une des clés de succès à long terme, c'est l'adhésion des employés, des travailleurs. Et je voulais savoir comment ça s'est passé chez vous. Est-ce que les syndicats, est-ce que les travailleurs... est-ce que vous avez fait ça avec eux? Est-ce qu'il y a eu des consultations? Et comment c'est reçu? Et comment s'est faite l'implantation de cette méthode «lean» dans vos établissements dans votre région?

**M. Lamy (Gaétan):** D'abord, la préoccupation... les implantations des différents projets «lean», c'est des projets qui sont issus des équipes et des établissements directement et faits en collaboration avec tout le personnel. On n'a pas... Je ne constate pas, dans notre région, de mouvement où il y a des contestations de groupe, appelons-le syndical ou autre, versus les approches «lean». On parle d'approche «lean» généralement, mais on parle plus de projets qui sont situés dans des unités de soins, dans les services de prélèvement, dans le transport, dans les buanderies, ces choses-là, et qui sont faits avec le personnel en place.

Parce qu'une des conditions gagnantes, vous l'avez bien identifiée, c'est la participation. Et, si on prend la philosophie du «lean», c'est souvent les travailleurs eux-mêmes qui ont la solution à améliorer leurs différents processus. Donc, c'est de l'accompagnement en groupe qui se fait pour trouver une façon, sans perte de qualité, sans perte de continuité et ces choses-là, pour améliorer ce que j'appellerais l'expérience du patient à travers un service et compagnie.

Donc, on n'a pas constaté... Mais on n'a pas fait non plus, dans notre région, d'exercice «lean» qui reprend un hôpital, qui reprend tout un service et qui a été fait en disant: On va vous demander d'arriver avec des différents standards. Vous faites probablement référence aux différentes campagnes médiatiques où on mesurait, on chronométrait des activités. Quand c'est fait sans la participation, ça peut amener des réactions. Dans notre région, ça n'a pas été le cas parce que ça s'est fait, comme je l'ai dit tantôt, par les cadres de premier niveau avec leur équipe de travailleurs, donc fait avec le consentement.

Est-ce que tout le monde est heureux? Comme je l'ai dit tantôt, tout n'est pas parfait. Probablement qu'à travers tous ces groupes-là il y a quelques personnes qui sont plus ou moins d'accord. On touche toujours... À chaque fois qu'on parle de changement, on touche au confort. J'ai une expression qui dit tout le temps: On détricote des pantoufles, là. Quand je change ma façon de faire, à un moment donné, ça peut avoir des bénéfices à long terme, mais ça a, à court terme, des impacts sur...

**Mme Proulx:** C'est important, ça. En fait, je vous mentionne ça parce que, bon, je ne sais pas, je vous posais la question dans votre région, dans votre agence à vous, mais moi, j'ai eu des contacts avec des travailleurs de la santé qui

semblaient dénoncer l'impact que peut avoir l'implantation de cette méthode, c'est-à-dire au niveau de la déshumanisation des soins ou, comme vous parlez, de chronométrage de temps de réponse, de gestes médicaux, de gestes... Alors, c'est pour ça que je vous posais la question, pour voir si ça a été fait vraiment en partenariat avec vos syndicats, vos syndicats de travailleurs et si tout le monde travaille vraiment à l'implantation de cette méthode-là. Parce que, sinon, à long terme, c'est beaucoup d'efforts investis et, si on n'a pas l'adhésion notamment des syndicats, c'est plus difficile.

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Comme je vous ai indiqué, la plupart des projets sont, je vais les appeler, de petite envergure sur les départements. Les projets qui sont plus majeurs, le syndicat est toujours partie prenante. Quand on fait une réorganisation plus globale dans un centre, le syndicat est toujours partie prenante. Et l'objectif de base n'est surtout pas la déshumanisation des soins, mais plutôt l'amélioration, un, de la qualité de vie au travail, du climat et, comme je l'ai dit tantôt, de l'expérience de la personne à travers le service. Donc, le syndicat, dans les projets que je vais appeler majeurs... Quand on parle d'un projet majeur, c'est toute la réorganisation peut-être des soins, dans les unités de courte durée, qui va être regardée avec certains standards, mais c'est toujours fait en partenariat avec le syndicat.

**Le Président (M. Bergman):** Mme la députée de Masson, il vous reste 3 min 30 s.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Oui, O.K. Alors, dans vos effectifs médicaux, vous avez indiqué, en tout cas, que votre objectif, c'est 44 infirmières praticiennes spécialisées. On a vu que, dans la dernière année, vous en avez titularisé neuf nouvelles, pour un maximum, là, actuellement de 11. Est-ce que c'est vous qui participez à la formation de ces infirmières-là en collaboration avec l'UQTR ou est-ce que ça se fait automatiquement? Y a-tu des problèmes à atteindre cet objectif-là? Y a-tu d'autres personnes qui sont en vue, là, puis sont en démarche pour s'en aller vers cette spécialisation-là?

**M. Lamy (Gaétan):** Je vais demander...

**Le Président (M. Bergman):** M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Je vais demander à M. Hudon d'aller plus en détail, pour être sûr, parce que vous allez...

**Le Président (M. Bergman):** M. Hudon.

**M. Lamy (Gaétan):** ...dans des questions très pratico-pratiques dans le processus. M. Hudon va vous donner le détail.

**M. Hudon (Gilles):** Lorsque les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne sont arrivées, si vous voulez, sur le marché du travail, c'est clair que l'agence a travaillé en étroite collaboration avec l'Université du Québec à Trois-Rivières notamment pour la formation puis de s'assurer en même temps que leur arrivée au sein des groupes de médecine de famille, là... Parce que, parmi celles que vous avez nommées, le nombre, il y en a une seule qui travaille en néphrologie, les autres travaillent toutes au sein des groupes de médecine de famille. Et il y avait un peu une incompréhension de part et d'autre sur le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée, tant de la part de l'infirmière que du médecin.

Alors, on va assister... À chaque fois qu'il y a une IPS qui entre en fonction au sein d'un groupe de médecine de famille, il y a une personne de l'agence qui va travailler avec pour s'assurer d'un meilleur arrimage entre le médecin et l'infirmière praticienne. Et, contrairement à ce qu'on entendait dire beaucoup avant, beaucoup de médecins étaient réfractaires à l'idée de voir arriver une IPSPL au sein de leur cabinet privé, mais je vous dirais qu'aujourd'hui les médecins lèvent tous la main.

On en a eu une à Shawinigan, là, ça a été un franc succès, et évidemment ça a créé des petits par rapport à ça. Et l'ensemble des médecins aujourd'hui veulent avoir des IPSPL qui prennent en charge, je vous dirais, actuellement entre 200 et 400 patients. Et ils font le suivi quasi à 100 % de ces patients-là. Donc, ça a une valeur ajoutée pour le réseau.

● (17 heures) ●

**Mme Gadoury-Hamelin:** Est-ce qu'il y en d'autres qui s'en viennent? Est-ce que, pour atteindre votre objectif, là, est-ce qu'il y en a d'autres qui sont...

**M. Hudon (Gilles):** Bien, l'horizon est de 45 d'ici 2017. Puis là je vous dis ça sous toute réserve, là: c'est six qui sont prévues au cours de la prochaine année, là, qui vont s'installer dans la région, là.

**Mme Gadoury-Hamelin:** Parfait. Merci.

**Le Président (M. Bergman):** Alors, il reste un bloc de 8 min 30 s pour l'opposition. Je prendrai la première question et je céderai la parole au député de Jean-Talon pour la balance de ce bloc.

À l'été de 2012, le CSSS de l'Énergie a connu une inquiétante pénurie de pharmaciens. Est-ce que le CSSS et l'agence ont remédié à la situation? Et quelles mesures sont prises pour être certains qu'on n'a pas cette pénurie dans le futur, qui peut avoir des conséquences très graves dans l'oncologie et dans d'autres domaines?

**M. Lamy (Gaétan):** Juste pour être sûr de bien comprendre, vous parlez de la pénurie de pharmaciens au niveau du CSSS de Trois-Rivières?

**Le Président (M. Bergman):** De l'Énergie.

**M. Lamy (Gaétan):** De l'Énergie?

**Le Président (M. Bergman):** Oui.

**M. Lamy (Gaétan):** O.K. M. Hudon.

**Le Président (M. Bergman):** Tel que j'ai vu dans *Le Nouvelliste*, en date du 3 juillet 2012.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. M. Hudon.

**M. Hudon (Gilles):** Écoutez, ce n'est pas un secret pour personne, les pharmaciens sont également une ressource rare au sein des établissements du réseau. Notre région, la Mauricie et le Centre-du-Québec, ne fait pas exception à la règle par rapport à ça. Évidemment, les stratégies de recrutement s'intensifient à ce niveau-là. Le problème était vécu de façon plus particulière au CSSS de l'Énergie, à Shawinigan. Mais tantôt on parlait d'un esprit de collaboration et de complémentarité. Alors, l'équipe de pharmaciens du CSSS de Trois-Rivières ont accepté, on a déployé un système de télépharmacie. Alors, notamment les patients qui consultent en oncologie à Shawinigan vont se présenter avec une infirmière et, par visioconférence, vont être traités par une pharmacienne, là, qui est localisée à Trois-Rivières. Donc, c'est la façon qu'on a trouvée actuellement pour pallier la pénurie de pharmaciens au CSSS de l'Énergie. Mais actuellement il n'y a pas de perspective de recrutement en vue, mais la solution dont je viens de vous parler répond aux besoins pour le moment.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon):** Je voudrais féliciter M. Lamy pour sa réponse sur les projets «lean», là. C'est vraiment la philosophie qu'on veut implanter dans le réseau. Puis, à la question, il y a quelques minutes, que vous aviez posée: C'est quoi, la meilleure façon qu'on pourrait améliorer le réseau de la santé sans qu'on ait à mettre de l'argent?, c'est les projets «lean», projets humains, faits avec les employés, pour améliorer leur situation, éliminer la surcharge de travail puis offrir des meilleurs services. L'Ontario, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, l'Alberta sont toutes en train de prendre des stratégies «lean» pour tout le réseau de la santé. Les meilleures organisations au monde, Mayo, Cleveland Clinic, leur stratégie première pour améliorer le système, c'est la méthode «lean».

Il y a des endroits que, oui, il y a eu de la résistance, oui, il y a eu des projets peut-être qui n'ont pas été des réussites, comme dans n'importe quoi, mais, surtout avec l'IRIS à Trois-Rivières, 95 %, 97 % des projets donnent des très bons résultats. Puis moi, j'ai rencontré plusieurs employés qui ont fait des projets «lean», et, ce qu'ils me disaient, si c'était à recommencer, ils le feraient, puis ils recommandent de faire ce type de projets là. C'est un aparté. Vous avez très bien répondu puis j'ai beaucoup aimé votre réponse.

Rapidement, je pense qu'il faut quand même voir qu'il y a eu des bons coups dans votre région. Pour terminer, j'aimerais ça les souligner. La fusion entre l'hôpital régional de Trois-Rivières et le CSS de Trois-Rivières pour créer un nouveau CSS, à ma connaissance, c'est une très belle réussite.

**Le Président (M. Bergman):** Oui. M. Lamy.

**M. Lamy (Gaétan):** Oui. Actuellement, la fusion du CSSTR est effectivement une belle réussite, où on a eu l'intégration de tous les services du réseau local de services sur le territoire de Trois-Rivières, et d'assurer la fluidité entre tous les plateaux et pour toute la clientèle. Donc, oui, c'est une belle réussite à tous les niveaux, au niveau autant administratif que clinique.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** ...évidemment, du côté du CSS Arthabaska-les-Érables, là, leur approche pour les personnes âgées, je pense, qui est un des modèles au Québec. Plus, à ma connaissance, c'est un des endroits où est-ce que je pense que, les soins palliatifs, c'est 50 % des gens qui meurent à domicile, ce qui est vraiment notre meilleur résultat au Québec. Je pense que c'est important de le souligner.

Il y a également Drummondville qui a fait beaucoup de progrès, au cours des dernières années, avec l'accroissement de population, mais également le recrutement au niveau médical, la couverture première ligne.

Je voulais parler également du CSS Bécancour-Nicolet-Yamaska, où moi, je suis allé le visiter, puis le projet... les sages-femmes qui sont installées là-bas, c'est vraiment des projets qui sont extraordinaires pour la population, pour toute la Mauricie—Centre-du-Québec, c'est des projets qui sont importants. Au moins avoir un endroit dans une région où est-ce que les sages-femmes peuvent pratiquer puis on peut offrir le choix aux femmes, ça, je pense que c'est une valeur qu'on partage avec les autres partis.

Et puis également souligner le beau travail qui s'est fait dans des coins comme Haut-Saint-Maurice, Vallée-de-la-Batiscan, qui ont recruté des médecins étrangers. Ça a l'air étrange, mais c'est un endroit qui recrute plusieurs médecins étrangers, entre autres des médecins de la France. Également, le nouvel établissement qui est au CSSS de Maskinongé. Je pense que vous avez une région qui est très dynamique. Ce qu'on peut constater, c'est que, dans chacun des endroits, il y a des plans, il y a une approche vraiment populationnelle avec un intérêt à développer des meilleurs services. Et puis moi, je crois qu'il y a beaucoup d'amélioration qui s'est faite au cours des dernières années.

J'en profite, je veux féliciter l'ancien directeur général, que vous avez souligné, Jean-Denis Allaire. Également, il y a un très bon remplaçant qui fait un très, très, très bon travail et puis également une équipe qui est très dynamique. Pour être allé souvent dans votre région, je sais que vous avez des beaux projets, vous avez un intérêt pour améliorer la santé de votre population. Et j'aimerais ça que vous transmettiez, de la part de notre parti, des félicitations à tous ces gens-là qui travaillent de façon extraordinaire. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bergman):** Merci. M. Lamy et votre équipe, je vous remercie pour votre présentation.

Alors, collègues, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux à demain, à 8 h 30, où elle se réunira en séance de travail. Merci, bonne soirée.

*(Fin de la séance à 17 h 6)*