



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le jeudi 31 janvier 2008 — Vol. 40 N° 22**

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (4)

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Michel Bissonnet**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le jeudi 31 janvier 2008 — Vol. 40 N° 22**

**Table des matières**

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (ASSS—Chaudière-Appalaches)	1
Document déposé	31
Remarques finales	31
M. Marc Tanguay, président-directeur général de l'ASSS—Chaudière-Appalaches	31
M. Pierre Carrier, directeur des affaires médicales de l'ASSS—Chaudière-Appalaches	31

**Autres intervenants**

M. Geoffrey Kelley, président

M. Russell Copeman  
M. Éric Caire  
M. Bernard Drainville  
M. Pierre Reid  
Mme Stéphanie Vallée  
M. Éric Laporte  
M. Claude Roy  
Mme Louise Harel  
M. Camil Bouchard

\* M. Philippe Lessard, ASSS—Chaudière-Appalaches

\* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le jeudi 31 janvier 2008 — Vol. 40 N° 22

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

*(Neuf heures trente-huit minutes)*

**Le Président (M. Kelley):** Bonjour, mesdames et messieurs. Je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte.

Je vais rappeler le mandat de la commission: le mandat de la commission est de procéder à l'audition de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2003-2004 à 2006-2007, en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) remplace M. Bergeron (Verchères) et Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup et bienvenue à ces députés.

**Auditions (suite)**

C'est notre sixième agence que nous allons étudier aujourd'hui, dans notre début de l'année 2008. Alors, sans plus tarder, merci beaucoup aux représentants de Chaudière-Appalaches, et je vais céder la parole à M. Tanguay ou... C'est bien ça?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, en effet.

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

**Le Président (M. Kelley):** La parole est à vous, M. Tanguay.

● (9 h 40) ●

**M. Tanguay (Marc):** Alors, merci, M. le Président. Merci aux parlementaires de nous recevoir, une occasion intéressante et, je dirais même, très importante de rendre compte, rendre compte à notre population mais aussi rendre compte aux parlementaires des résultats obtenus. Bien sûr, il y a beaucoup de choses qui ont été réalisées au cours des quatre et cinq dernières années, il nous reste encore du travail à faire, on est toujours dans une perspective d'amélioration continue.

Bien, on a bien sûr notre équipe de l'agence qui est avec nous pour soutenir les questions, les réponses qui pourraient être apportées aux parlementaires, alors j'aimerais, si vous voulez bien, vous les présenter: à ma gauche, à l'extrême gauche, Dr Philippe Lessard, qui est

directeur de la santé publique; également, le Dr Pierre Carrier, qui est directeur des affaires médicales; à ma droite, Mme Dyane Benoit. Mme Benoit est responsable de la qualité, des ententes de gestion de même que des ressources humaines.

Bien sûr, en une demi-heure, faire état des résultats des quatre dernières années, c'est relativement complexe. On va essayer, en capsules, de vous faire une très brève présentation. Je veux insister aussi sur le fait que le président du conseil d'administration, M. Jean-Claude Gagné, est ici présent. Un membre aussi du comité des usagers devait l'être, on l'attend d'une minute à l'autre.

Alors, sur la présentation, d'abord on entendrait vous faire part du portrait de la région. Il est important de connaître notre région pour mieux apprécier par la suite les services qui ont été déployés, l'évolution de nos résultats de même que le parcours qu'il nous reste à atteindre pour améliorer encore davantage les services à la population.

D'abord, au niveau de la région, il faut noter que c'est une région qui est relativement récente. C'est une région qui a été constituée au début des années quatre-vingt-dix suite à un départage entre notamment la région de la Capitale-Nationale, qui était la grande région 03, qui ensuite s'est subdivisée en région 03 et région 12, région de la Chaudière-Appalaches. Alors, c'est une région qui est composée de 395 000 de population. On y retrouve en quelque sorte 5,3 % de l'ensemble de la population du Québec. Elle est au septième rang par rapport à l'ensemble des régions. Et la superficie, 15 000 km<sup>2</sup>, ça donne une idée qu'elle est relativement vaste, avec des concentrations dans certains milieux urbains, mais une population rurale importante, 136 municipalités, 9 MRC. Il y a la grande ville de Lévis, là, qui est accolée sur la région de Québec. Et, lorsqu'on regarde la population de langue anglaise, elle représente environ 2 200 personnes, soit 0,6 % de la population.

On souhaiterait mettre en évidence le fait que, comme bien d'autres régions, la population âgée est en augmentation importante. D'ailleurs, en 2005, elle était de l'ordre de 54 000, et, d'ici 2025, on devrait quasiment doubler, soit 104 000 personnes âgées de plus de 65 ans qu'on retrouvera dans notre région. Alors, il y a là un enjeu fondamental parce qu'on sait très bien que, dans la population, notamment au niveau des services de santé physique, la population très jeune consomme un peu, mais c'est surtout la population âgée, et les 65 ans et plus vont chercher la grande majorité des services de santé. Et ça vaut pour l'ensemble du Québec.

Lorsqu'on regarde le vieillissement de la population, on constate qu'il y a certains territoires qui vont vivre une accélération du vieillissement plus que d'autres. D'ailleurs, ce sont les territoires de Desjardins, Chutes-Chaudière et Beauce-Sartigan. Et d'ailleurs Chutes-Chaudière vivra, au cours des prochaines années, une

augmentation de sa population, sur une vingtaine d'années, population âgée j'entends, de l'ordre de 200 %. Alors, vous voyez là un enjeu fondamental pour notamment ces trois territoires.

Lorsqu'on regarde le portrait de la population, et ça nous fournit aussi des indications sur les services qui sont rendus et sur les résultats qu'on a obtenus, on a des avantages et on a des désavantages par rapport aux conditions sociosanitaires. On a une région où le taux d'emploi est plus élevé que la moyenne, on a une faible proportion des personnes vivant sous le seuil de faibles revenus, on a un taux significativement moins élevé de nouveaux cas de cancer, taux plus faible aussi de mortalité par tumeur maligne, et on a un taux plus faible de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire.

Par ailleurs, on a quelques désavantages qui méritent d'être soulignés. Notamment, on a une proportion beaucoup plus grande de personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent le supplément de revenu garanti. Ça veut dire que ce sont des personnes qui sont pauvres, souvent des femmes, qui risquent d'être face à des difficultés tant sociales que de santé, une population moins scolarisée. Les revenus sont plus bas tant chez les hommes que chez les femmes. On a un taux de mortalité plus élevé chez les 15-24 ans. Pourquoi? Parce qu'on fait face à des situations de mortalité liées, entre autres, à la conduite en état d'ébriété, et c'est un de nos problèmes sur lesquels on a travaillé dans les dernières années. On a également un taux plus élevé de mortalité par rapport à l'ensemble du Québec en raison des conditions liées à la consommation d'alcool.

Et une autre problématique sérieuse pour la région de la Chaudière-Appalaches, c'est la question du suicide. Alors, le taux de suicide, dans la région, est plus élevé que la moyenne québécoise. Cependant, une série de mesures ont été mises en place. On regardait les dernières données qui nous montrent, entre 2002 et 2005, une diminution chez nous de l'ordre de 25 % du taux de suicide. C'est majeur et c'est parce qu'on a pris des mesures significatives pour endiguer ce problème.

Les maladies chroniques, comme pour l'ensemble des régions du Québec, sont des problématiques importantes. On estime que 2,8 % des personnes atteintes de maladies chroniques utilisent pratiquement la moitié de nos ressources lourdes, c'est-à-dire nos ressources hospitalières. Alors, c'est l'utilisation de l'urgence, c'est les admissions, c'est l'utilisation des lits, l'utilisation de services diagnostiques. Donc, 2,8 % consomment presque la moitié de nos ressources. Et pourtant on sait que, ces maladies chroniques là, on peut endiguer le phénomène notamment par les habitudes de vie, les habitudes alimentaires. La consommation de tabac, l'alcool, la sédentarité, on sait que ce sont des éléments qui viennent jouer de façon extrêmement importante sur la santé et sur la diminution des maladies chroniques.

Au niveau des jeunes en difficulté, on a une particularité. D'ailleurs, au cours des 10 dernières années, on a constaté une augmentation significative du taux de signalement. On sait que les signalements se retrouvent principalement regroupés autour de la négligence et des troubles de comportement. D'ailleurs, la négligence représente 50 % des signalements, et c'est souvent en relation avec les habiletés parentales manquantes. Alors, vous voyez là qu'on peut poser des

actions concrètes pour améliorer la situation, et ce n'est pas toujours des services lourds que ça prend, ça prend des services dans la communauté, des fois des services communautaires, ça prend également une implication de d'autres partenaires intersectoriels, que ce soient les centres à la petite enfance, l'éducation, les municipalités, et ainsi de suite. Il y a des situations bien sûr de pauvreté, de consommation abusive de substances et de maladie chez les parents.

Les troubles de comportement représentent plus ou moins 25 % des signalements, et, au niveau bien sûr de cette situation particulière, ce qu'il faut constater, c'est que, de plus en plus, les parents s'autosignalent. Ils s'autosignalent parce que, devant un adolescent qui a des difficultés, qui a des troubles, qui ne va plus à l'école, et ainsi de suite, qui réagit fortement en agressivité à la maison, ils ne savent plus quoi faire, alors d'où l'importance d'agir en amont. Ça ne sert à rien d'entrer dans le système de protection de la jeunesse si on n'a pas fait en amont des interventions pour aider les familles, pour aider les parents.

Alors, vous voyez l'évolution du taux de signalement et vous constaterez, par l'acétate qui vous est ici présenté, qu'autant on a eu une augmentation importante du taux de signalement, autant, cette année, on voit une diminution majeure: environ 360 signalements de moins reçus et autant de moins de signalements retenus. Alors, pourquoi? On a mis en place une série de mesures dans les trois, quatre dernières années: suivi intensif, dans la communauté, des jeunes dans nos centres de santé, des mesures également de vérification terrain par la direction de la protection de la jeunesse avant de retenir le signalement, ceci pour d'abord mobiliser les ressources du milieu pour trouver les solutions soutenantes aux enfants et aux jeunes avant d'entrer dans le système lourd de protection de la jeunesse.

Il faut peut-être revenir sur le réseau de la région de la Chaudière-Appalaches, d'abord mentionner qu'avec la loi n° 25 on a procédé à l'implantation des réseaux locaux. Les réseaux locaux jouent un rôle important. On a maintenant cinq réseaux locaux de services dans la région de la Chaudière-Appalaches, et ce qu'on veut, nous, c'est que chaque réseau local, chaque direction, chaque intervenant de centre de santé et de services sociaux se sente personnellement responsable de la santé et du bien-être de sa population locale. Ce que ça veut dire, c'est connaître sa population, connaître les besoins de sa population, connaître l'offre de service qui existe, non seulement celle de l'établissement, mais connaître aussi l'offre de service des autres partenaires, que ce soient les médecins, les pharmaciens, les résidences privées, les ressources de type familial, je le répète, les organismes communautaires. Alors, une fois qu'on a connu l'offre de service ensemble, on doit voir comment maintenant on va l'ajuster pour encore mieux répondre aux besoins. Alors, c'est cette nouvelle dynamique qu'on a contribué à mettre en place dans les dernières années. Bien sûr qu'il faut consolider parce que ça prend plus ou moins cinq ans avant d'y arriver.

Peut-être mentionner que, dans la région, on retrouve cinq centres de santé et de services sociaux, cinq établissements à vocation régionale. On a également cinq centres d'hébergement privés conventionnés,

13 groupes de médecine de famille — à cet égard-là, sur les 33 premiers groupes qui ont été mis en place dans la première phase, il y avait déjà neuf groupes de médecine de famille qui avaient été implantés dans la région de la Chaudière-Appalaches — 11 500 personnes qui sont employées, 368 omnipraticiens, plus ou moins 244 médecins spécialistes. À l'égard des médecins spécialistes, tout aussi important de vous mentionner qu'on travaille en tandem avec la région de la Capitale-Nationale. Environ 30 % de la consommation de services spécialisés se fait à Québec, des services surspécialisés, exemple en cardiologie, mais aussi des services de deuxième ligne parce que les citoyens sont localisés très près de la région de Québec, et ils vont aller vers Québec pour des services. Alors, on a un partenariat. Bien sûr, on suit l'évolution de l'accès, on suit les listes d'attente en partenariat avec Québec pour s'assurer que nos populations reçoivent en toute équité les services.

● (9 h 50) ●

Si on va plus loin, regardons maintenant l'évolution de l'offre de service dans la région de la Chaudière-Appalaches. D'abord, et d'autres agences vous l'ont mentionné, on a dû travailler dans le cadre d'un cadre législatif relativement important, la loi n° 25 qui a créé les agences de santé de même que les réseaux locaux, la loi n° 30 qui a amené une refonte des unités de négociation de même qu'une approche de négociation locale pour faire en sorte de mieux réorganiser le travail, travailler mieux, différemment, avec nos syndicats, pour trouver des solutions à l'offre de service plus pertinente, plus adéquate, des services plus probants et de plus grande qualité.

On a également bien sûr soutenu et travaillé à l'implantation de la loi n° 33, cette loi qui a défini des nouvelles règles d'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés: qu'on pense aux chirurgies, travailler mieux, différemment, avec nos syndicats, pour trouver des solutions à l'offre de service plus pertinente, plus adéquate, des services plus probants et de plus grande qualité. Alors, on a travaillé, je le répète, à l'implantation d'une meilleure imputabilité dans chacun de nos établissements. L'inscription, on a aussi soutenu une mise à jour des listes d'attente pour s'assurer que les personnes qui sont là sont les personnes qui sont réellement en mesure de recevoir les chirurgies en question, parce que, si une personne, par exemple, vient de faire un infarctus, on doit malheureusement reporter sa chirurgie. Alors, parfois, il y avait des délais qui étaient plus longs que le médicalement acceptable pour ces raisons-là. Alors, maintenant, on a bien situé chacune des demandes, chacun des besoins, et en plus on est en mesure de faire une deuxième offre si jamais la situation se dégradait.

Au chapitre de l'offre de service, il faut aussi mentionner qu'il y a deux établissements dans la région qui, en plus de rendre, de livrer la marchandise au niveau des délais médicalement acceptables, sont en mesure d'offrir des services en seconde offre à d'autres établissements de la région ou d'autres régions.

Il y a eu l'implantation de la loi n° 83, hein, qui a révisé les fonctions de l'agence, l'organisation des réseaux locaux, la mise en place des comités de vigilance, le régime d'examen des plaintes, qui a été revu, corrigé pour se centrer encore davantage sur la qualité des services, les tables médicales pour impliquer le corps médical, tant en omnipratique qu'en spécialité, avec

nous pour trouver les meilleures solutions de service, les nouvelles règles de circulation de l'information clinique et toute la question de la certification des résidences privées. D'ailleurs, à ce chapitre, il y a au-delà de 219 résidences privées dans la région qui offrent plus ou moins 5 600 places. Environ 5 500 sont actuellement occupées, et on a déjà au-delà de 70 résidences privées qui ont demandé à être accréditées. Vous savez qu'on doit compléter la certification en février 2009. Déjà, environ 25 dossiers sont rendus à l'agence, trois sont déjà certifiées, et ça roule. On a les prétentions à l'effet qu'on va réussir à passer à travers et que, quelque part en février 2009, on aura atteint notre objectif. Ah! il y a d'autres lois aussi qui sont venues soutenir nos actions, dont la Loi sur le tabac, qui est une très bonne décision.

En santé publique, on va regarder maintenant par programmes les principaux résultats. Il y a eu des implications majeures bien sûr en prévention, en promotion de la santé, en santé au travail parce qu'on a beaucoup de PME dans la région de la Chaudière-Appalaches, on a beaucoup d'établissements, on retrouve des situations où il y a souvent soit des matières dangereuses soit du bruit extrêmement important dans nos usines, dans nos entreprises. Alors, on a mis en place une série de dispositifs pour venir soutenir nos travailleurs, aider à la prévention des maladies en milieu de travail, en environnement. On a également travaillé fort du côté des maladies infectieuses. On pourra revenir, tout à l'heure, sur les taux d'infection nosocomiale de même que C. difficile, puisque la région présente des taux qui sont plus bas que la moyenne.

Il y a eu bien sûr le rapport de la Direction de la santé publique sur le suicide. On en a parlé un petit peu tout à l'heure, ça a diminué. Il y a eu le rapport aussi du DSP sur les signalements parce qu'on voulait savoir qu'est-ce qui se passait au niveau du signalement, pourquoi il y avait une augmentation. On a eu des réponses à cela et on a mis en place des actions porteuses.

Quand on regarde les données qui sont en relation avec l'entente de gestion pour ce qui est du nombre de fumeurs, on voit que les centres d'abandon du tabagisme ont été consolidés, le volume de personnes qui ont reçu les services a augmenté. On a eu également des travaux importants de faits pour s'assurer qu'au niveau de la prévention des infections nosocomiales on ait les ratios d'infirmières pertinents. Je dirais que, pour le 31 mars prochain, 100 % des objectifs auront été réalisés pour le nombre d'infirmières présentes tant en centre hospitalier de courte durée qu'en CHSLD et centre de réadaptation.

L'activité chirurgicale. S'il est une activité qui a souvent fait la manchette et qui est suivie de très près, c'est bien celle-ci. Il faut mentionner qu'entre 2004-2005 et 2006-2007 il y a eu une augmentation continue du nombre de chirurgies du genou, de la cataracte, et aussi une augmentation des chirurgies d'un jour et des chirurgies en hospitalisation. On peut le répéter, il y a eu bien sûr l'implantation du mécanisme d'accès à la chirurgie et il y a un suivi extrêmement serré qui s'exerce de la part de l'agence. Mais aussi chaque établissement est impliqué pour s'assurer que les personnes soient reçues à l'intérieur des délais médicalement acceptables. Au moment où on se parle, à la

période 9, au 9 décembre, on a pris une mesure. Nous n'avions à peu près pas de patients en attente de plus de six mois: hanche/genou, un, et deux en cataracte. Alors, vous voyez que les délais médicalement acceptables sont atteints. Maintenant, ce qu'il faut, c'est regagner du terrain. C'est plus difficile, plus complexe, et on sait qu'il y a une démarche, là, qui s'entreprind présentement de visites dans nos blocs chirurgicaux. Dans la région, on a retenu deux établissements qui seront visités. Le but est d'améliorer encore davantage la production chirurgicale.

Au niveau de nos plans d'effectifs en omnipratique, il faut rappeler qu'au 31 mars 2007 nous avions 368 médecins omnipraticiens qui avaient leur principal lieu de pratique dans Chaudière-Appalaches, et le nombre d'effectifs a augmenté entre 2003-2004 et 2005-2006. Il y a eu une légère diminution en 2006-2007, qui est liée, entre autres, à des départs à la retraite ainsi qu'à certaines absences temporaires. Les besoins bien sûr sont en augmentation constante. À partir des analyses que nous faisons, le besoin serait de l'ordre de 405 médecins en 2003-2004 et il est devenu, en 2006-2007, à 413. C'est sûr que, lorsqu'on fait le lien entre 368 omnis installés et 413 en besoin, on peut dire: Oui, mais là il y a un problème. Alors, on a analysé l'indice d'accès pour finalement découvrir, et on le savait déjà, qu'une proportion importante des gens de Chaudière-Appalaches consomme à Québec. Lorsqu'on analyse l'indice d'accès pour 2005 et 2006, on constate que la consommation est à peu près de 100 %. Il y a des régions qui sont à 78 %, 80 %, 85 %. Chaudière-Appalaches atteint un niveau de consommation élevé. C'est donc dire que les personnes n'ont pas toujours accès à un médecin de famille dans Chaudière-Appalaches mais vont à Québec recevoir des services, et ça, c'est une tradition de collaboration qui a toujours existé entre Québec et Chaudière-Appalaches. Alors, toutes les fois qu'on analyse nos indices d'accès, peu importent les services dans le domaine de la santé physique, il faut faire l'appariement avec Québec.

Nos priorités bien sûr sont toujours les territoires dans les régions éloignées, plus périphériques au grand territoire de Lévis: Etchemins, Beauce, L'Islet, Bellechasse et Thetford. Il faut travailler plus fort pour retenir nos médecins, pour les intéresser, rendus à la retraite, à continuer à travailler, mais aussi pour prioriser ces secteurs-là en termes de répartition d'effectifs nouveaux, de nouveaux facturants, et on a fait ça dans les quatre et cinq dernières années. C'est toujours là qu'ont atterri, si je peux me permettre l'expression, les nouveaux facturants parce que c'est là qu'on doit travailler, puisque la région qui est près du fleuve est très attractive et que la région plus éloignée, bien elle a plus de difficultés à recruter et retenir...

Au niveau des plans d'effectif en spécialité, on voit qu'on a environ 244 postes occupés sur 270. Encore une fois, j'aimerais mentionner qu'il faut faire la relation avec Québec puisqu'une partie importante de la consommation se fait à Québec. Quand on regarde l'indice de consommation et l'indice d'accès composé de la consommation de Chaudière-Appalaches et la consommation faite à Québec, on arrive autour de 95 %. Alors, le besoin est en très bonne partie comblé. On a bien sûr à consolider certains secteurs, que ce soit la Beauce,

Montmagny-L'Islet ou Thetford, dans des spécialités comme la radiologie, la pédiatrie, l'obstétrique, gynéco de même que l'anesthésie.

● (10 heures) ●

Au niveau de l'urgence hospitalière, ça fait déjà plusieurs années qu'on atteint nos objectifs d'être autour du fameux 12 heures comme délai, comme séjour moyen à l'urgence. Vous voyez, on a à peu près 12,1. On est à la cible. On a encore quelques difficultés au niveau des 75 ans et plus, où le délai, où le séjour moyen est environ à 15 heures. Alors, du travail important a été réalisé à ce niveau-là. Et certainement que vous oseriez me poser la question: Est-ce que vous avez des personnes âgées qui occupent des lits de courte durée indûment? Dans Chaudière-Appalaches, il n'y a plus de personnes qui occupent des lits, des personnes âgées qui occupent des lits de courte durée. On a également regardé à Québec, parce qu'on a 30 % de la population qui transite vers Québec, on a vérifié, et nos personnes âgées qui occupent des lits de courte durée à Québec, ça représente environ 2,4 lits-années. Alors, vous voyez, le ménage a été fait, nos centres de santé ont pris en charge, ont pris la relève, on a développé des alternatives, des ressources intermédiaires, on a développé des partenariats avec des résidences privées, des lits de convalescents, des lits de transition. Alors, on a atteint nos objectifs, et nos lits de courte durée sont utilisés pour ce pour quoi ils sont dotés.

On doit noter qu'il y a une pointe d'excellence, dans la région de la Chaudière-Appalaches, qui gravite autour des urgences. On a une équipe très forte d'urgentologues à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et nos services préhospitaliers d'urgence ont fait l'objet de priorisation. On vient d'implanter, au cours des dernières années, ce qu'on appelle la télémétrie. La télémétrie dans les ambulances, ce sont des équipements qui permettent de faire en sorte que... Immédiatement au moment où on prend en charge un patient, on l'installe sur bien sûr des équipements de télémétrie, et les données cliniques concernant ce patient sont transportées en temps réel auprès d'un médecin qui se retrouve à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, qui fait les lectures pertinentes et qui introduit chez le technicien ambulancier les manoeuvres à exécuter, les interventions à faire à l'intérieur du transport.

Alors, ce système qu'on a implanté, de télémétrie, il nous permet d'économiser du temps, il nous permet de faire en sorte que, dès que l'ambulancier prend en charge le patient, il est déjà en intervention. On sait déjà que le patient est dans tel état. On sait déjà que le patient va s'amener à telle urgence plutôt qu'à telle autre urgence, compte tenu de son état. L'urgence se met sous traction. Déjà, l'équipe, au moment où l'ambulance arrive... D'abord, des interventions ont été faites à l'intérieur de l'ambulance, on prend en charge dans l'urgence. La durée de séjour à l'urgence est donc moins longue, et souvent la durée de séjour à l'hôpital est moins longue parce qu'on a réussi à faire mieux tout au long de la chaîne d'intervention.

On a travaillé aussi, de façon importante, sur les premiers intervenants et le premier répondant. On peut dire qu'ajouter des ambulances, ça peut faire la différence, mais ajouter des premiers intervenants et des premiers répondants, ça fait aussi la différence. Les

premiers intervenants, souvent ce sont des personnes qui... par exemple une personne qui travaille dans un restaurant et qui, devant une situation, une crise... et qui connaît le RCR, et qui peut intervenir. Alors, nos premiers intervenants, c'est le premier maillon de la chaîne. Nos premiers répondants, ce sont eux qui ont une formation additionnelle. Ça peut être bien sûr des pompiers et autre personnel qui sont formés pour faire des interventions supplémentaires et plus pointues, ensuite les ambulanciers s'y impliquent. Et, quand on fait une organisation en réseau, on réussit à améliorer nos résultats tant en termes de diminution de la mortalité que d'autres phénomènes sérieux de maladie.

Pour ce qui est du cancer, il faut mentionner qu'on a procédé à l'implantation d'un plan d'action, qui a été adopté en 2004, pour lutter contre le cancer. Le Programme de dépistage du cancer du sein, on voit ici qu'il y a un résultat fort intéressant: on est passé de 62,7 %, en termes de participation, à 63,9 % en 2006-2007. Et on voit que la région connaît un taux significativement moins élevé de nouveaux cas de cancer.

La lutte à la pandémie d'influenza, bien, comme toutes les régions du Québec, on a mis en place un plan d'action. Ce plan d'action là est également actualisé dans chacun des centres de santé et établissements.

Au regard des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la situation était la suivante: nous investissons beaucoup en hébergement, au-delà de 78 % de nos ressources allaient exclusivement en hébergement de personnes âgées. Nous n'investissons pas assez en maintien à domicile, pas assez en soutien aux proches aidants. Nous avons un nombre de lits d'hébergement très élevé. Nous avons déjà eu sept lits par 100 personnes âgées, 6,5, 5,5, 4,3, quatre, et nous visons actuellement autour de trois lits par 100 personnes âgées. Nous sommes autour de 3,4. Notre plan d'action pour les personnes âgées 2005-2010 vise à transformer notre offre de service pour faire plus, différemment, dans la communauté, le plus près possible des milieux de vie et des services directs de soutien intensif, de soutien notamment aux dames qui gardent leurs personnes âgées à domicile.

Alors, dans ce cadre-là, nos projections sont les suivantes: nous avons environ 2 125 places, nous devrions terminer autour de 2 000 places. Mais, le 125 places que nous transformons, nous redéveloppons 250 places en ressources alternatives, projets novateurs et ressources intermédiaires, et déjà environ 75 places sont déjà créées. Alors, on transforme, on modifie, on trouve des nouvelles alternatives. Mais ce qui est intéressant, c'est: lorsqu'on développe des nouvelles places, on les développe plus près des municipalités, on essaie d'aller dans chaque municipalité, et ça, ça fait en sorte que la personne peut rester dans son milieu de vie, elle peut continuer à voir son clocher d'église, les enfants qui passent dans la rue, qui vont à l'école à côté, et ça fait toute la différence. Donc, renforcement de ces ressources-là dans les différents milieux, renforcement du soutien à domicile, intensification des services. Alors, vous avez les principaux résultats en termes de nombre de personnes rejointes par nos services de première ligne. On n'ira pas plus loin, à ce moment-ci.

Il peut être important de parler des jeunes en difficulté — je sais que le temps avance, M. le Président. Alors, on a dit tantôt que nous avons des problèmes en protection de la jeunesse, des signalements qui augmentaient de façon plus importante que la moyenne provinciale. Alors, effectivement, avec notre plan d'action, on a endigué, on a diminué le taux de signalement, et là on a des signalements qui sont pertinents. D'ailleurs, nous avons, à une autre époque, des signalements faits par des professionnels de différents réseaux, que ce soit éducation, santé, qui n'étaient pas retenus. Alors, on s'est dit: Pourquoi? Vous savez que, lorsqu'on traite un signalement, l'évaluation prend plus d'une semaine. Alors, cette semaine-là, on ne l'a pas pour faire d'autre chose et pour faire des interventions plus directes auprès des familles.

Alors, les résultats au niveau de la santé mentale, maintenant. C'est peut-être notre talon d'Achille, nous avons encore beaucoup de choses à faire. Nous étions en sous-investissement de l'ordre d'à peu près 3,5 à 3,9 millions. Dans les deux dernières années, nous avons accéléré les investissements. On voit qu'on ne rejoint pas suffisamment de jeunes, on ne rejoint pas suffisamment d'adultes, quoique, depuis deux ans, il y a eu une augmentation. Par exemple, au niveau des jeunes de moins de 18 ans ayant reçu des services de première ligne, on est passé de 197 à 515, mais c'est encore nettement insuffisant. Ça tient du fait que notre gamme n'était pas suffisamment provisionnée, soutenue en ressources humaines, en ressources financières, et là, depuis quelques années, on y a ajouté des investissements: juste pour l'année 2007-2008, 750 000 \$ qui sera annualisé à 2,2 millions. Alors, nos investissements seront majeurs en santé mentale, et c'est un secteur qu'il nous faut améliorer.

En déficience intellectuelle, nous avons une situation où peu de services de première ligne existaient, plus de services spécialisés de deuxième ligne. On avait le cas particulier où les services de première ligne et de deuxième ligne aussi s'offraient par le centre de réadaptation, ce qui empêchait le centre de réadaptation de se spécialiser davantage. Donc, on a revu l'organisation de nos services pour renforcer les services en première ligne dans les centres de santé, alors des interventions précoces en première ligne, des interventions plus soutenues de différents professionnels, de travailleurs sociaux, de la réadaptation pour venir aider les familles, aider les enfants à se développer plus rapidement. Mais on a aussi spécialisé la deuxième ligne et on est en train d'actualiser ça. Ce qu'on veut, c'est que notre centre de réadaptation s'intéresse aux jeunes en priorité. Tout se joue entre zéro et six ans, dit-on. En déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, c'est tout aussi vrai. On pourrait dire: 0-12 ans, plus on investit en réadaptation, là, plus on a de chances de faire en sorte que nos jeunes, à 18 ans, soient autonomes et en mesure d'agir comme des citoyens à part entière.

En déficience physique, on a des résultats intéressants. De 2004 à 2006, les personnes recevant des services spécialisés de réadaptation ont augmenté de 15,4 % en déficience motrice et de 25,5 % en déficience auditive. Il est important de constater aussi une augmentation des services de 6,5 % en 2006-2007 et également, au niveau du nombre d'utilisateurs, une augmentation de

l'ordre de 7,1 %. Alors, il y a eu une augmentation des services de façon générale, dans la région. Nous sommes partis pas de centre de réadaptation il y a à peu près six ans, nous avons créé un centre de réadaptation. Ce centre de réadaptation là, nous l'avons voulu décentralisé. Avant ça, tous les gens devaient venir à Québec pour consommer. Nous avons un centre de réadaptation maintenant qui a un point de service à Charny, un à Montmagny, un à Beauceville et un à Thetford. Alors, on offre des services de réadaptation spécialisés le plus près possible des milieux, et ça a amené un accès. À une autre époque, il y a des personnes, il y a des enfants qui ne recevaient pas de service parce que c'était trop loin, ils n'avaient pas les moyens de se rendre.

Au niveau des personnes dépendantes, vous voyez un peu les résultats, on a augmenté notre accès au niveau notamment des jeunes. Les joueurs pathologiques, on a fait des interventions à ce niveau-là et on a connu une hausse de 25 %.

● (10 h 10) ●

Les ressources humaines. Comme pour toutes les régions, le même enjeu, et vous voyez un tableau qui nous montre les départs estimés. On vivra des départs qui varient entre 12 % et 20 % dans les différents secteurs, que ce soit au niveau des cadres, dans les trois et quatre prochaines années, le personnel soignant, le personnel social, le personnel de réadaptation.

Bien sûr que les enjeux sont autour de la disponibilité comme telle des ressources en quantité et en qualité suffisantes. Il faut réviser nos modes d'organisation de services. Il y a déjà des choses de faites dans ce sens-là, et on va continuer. Et l'apport technologique peut nous amener des solutions. On pourra, tout à l'heure, répondre aux questions quant à notre plan d'organisation pour ce qui est des ressources humaines.

Les ressources financières, très rapidement, on est passé de 537 millions en 2003-2004 à 680 millions en 2007-2008 et, au niveau des organismes communautaires, de 11 millions à presque 16 millions.

L'enveloppe des immobilisations qui est sous la responsabilité de l'agence est passée de 6,4 millions à 21 millions, ce qui nous a permis de faire des améliorations substantielles au niveau des aménagements de nos installations, les rendre plus fonctionnelles mais aussi faire des réparations qui nous permettent de maintenir nos actifs en ordre.

Dans les grands projets, vous avez quelques grands projets qui sont livrés ou actifs, que ce soit en hébergement dans nos centres de santé, nos urgences, également au niveau de la médecine hyperbare. Alors, ce sont des champs dans lesquels il y a eu des investissements importants. On a des projets qui s'en viennent, ils vous sont soumis... S'il y a des périodes de questions tout à l'heure qui sont d'intérêt, on pourra répondre. Il y a toujours plus ou moins...

Dans la région, on compte 125 installations physiques ou regroupements de bâtiments. Il y a toujours plus ou moins 50 petits projets en immobilier et équipement puis plus ou moins 20 millions d'enveloppe, là, pour répondre à ces projets.

Dans les enjeux, bien sûr l'accès aux services médicaux doit continuer à être au coeur de nos préoccupations. D'abord, les patients orphelins, on est en train de mettre en place un dispositif de guichet unique

pour que toute personne qui n'a pas de médecin puisse s'y adresser. La personne qui en est responsable va s'assurer de vérifier le besoin. Si c'est une personne vulnérable, il faut immédiatement trouver une solution pour une prise en charge.

Peut-être noter que, lorsqu'on regarde les études générales qui ont été faites sur la question de l'accès à un médecin, Chaudière-Appalaches, on dit qu'il y aurait plus ou moins 15 % de personnes qui n'ont pas de médecin, et on comparait ça avec la moyenne québécoise, qui semblait être de l'ordre de 25 %. Alors, c'est intéressant de le voir. Ce sont des données qui ne sont pas suffisamment précises pour nous permettre de connaître exactement la situation. On sait cependant qu'il y a à peu près la moitié des gens qui ne cherchent pas de médecin de famille, ce sont des jeunes qui vont consommer de façon ad hoc. On s'est donc assurés que les services sans rendez-vous soient disponibles pour ces clientèles. Donc, du travail important pour les prochaines années.

Le désencombrement des urgences, on va continuer à y travailler. On a des bons résultats. Il faut encore reculer la durée de séjour à l'urgence pour gagner des points, et c'est toujours à la faveur des patients pour qui on peut trouver immédiatement la solution définitive en termes de services.

La réduction des listes d'attente, quelques problèmes. En santé mentale, on l'a dit, c'est notre talon d'Achille. On y travaille fortement. En chirurgie, on va continuer à investir à ce niveau-là. D'ailleurs, là-dessus, on a amélioré le fonctionnement tant en amont, préparation du patient, qu'au bloc, qu'au niveau de l'utilisation des lits. On vous a dit tout à l'heure qu'il n'y avait plus de patients de longue durée qui étaient dans nos lits de courte durée. On a deux blocs aussi qui vont devoir être rénovés — ça crée quelques difficultés — ou agrandis. Les services de réadaptation pour les jeunes, on a encore des listes d'attente significatives. Préoccupation: les ressources de développement devront, dans les prochaines années, nous permettre de faire plus encore.

Alors, voilà. J'ai quasiment fait le tour. On pourrait longuement parler des visites en CHSLD et autres. Sûrement que, par la période des questions, on pourra poursuivre.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. Tanguay. Je sais que c'est mission presque impossible, en 30 minutes, de condenser les activités de quatre ans dans votre région, et merci beaucoup pour ce survol. Et, sans plus tarder, je vais maintenant lancer la période d'échange. Il y a 51 minutes allouées aux députés à ma droite, l'opposition officielle va partager 44 minutes et le deuxième groupe de l'opposition, 38 minutes. Alors, sans plus tarder, je vais céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Copeman:** Merci, M. le Président. M. Tanguay, Mme Benoît, Dr Carrier et Dr Lessard, aussi à votre équipe, bienvenue à cette importante période d'échange, présentation, cycle devant la commission parlementaire. C'est un exercice de reddition de comptes, de contrôle parlementaire qui est très important. Ça nous permet, nous les parlementaires, de vérifier comment les crédits

votés par les parlementaires, par le Parlement du Québec, sont utilisés dans les diverses régions du Québec. Ça nous permet de vérifier le niveau de succès en ce qui concerne les cibles, les différentes priorités établies soit par le ministère soit régionalement, et, comme l'a dit le président, on est sur un cycle de quatre ans, alors il est difficile, je comprends, pour vous et parfois pour nous de faire tout ce qu'on aimerait faire dans le temps alloué.

M. Tanguay, je vais peut-être diverger un tout petit peu de mon habitude à date avec les agences. Je vous ai indiqué, un peu avant le début de notre commission, que vous êtes la sixième agence. Ça termine un peu le cycle que nous avons établi pour l'intersession, on va terminer la septième... On s'est fixé des objectifs, M. le président, la commission, d'entendre et d'examiner les rapports annuels de sept régions. Il nous manque le Nunavik, que, je comprends, nous allons compléter le 18 mars. Mais, pour les fins de la période d'intersession, qui est une période, pour les parlementaires, quelque peu différente, on termine le cycle d'examen des rapports annuels de gestion avec vous. Ça nous permet peut-être de faire un peu un survol sur les six dernières agences, et je veux explorer avec vous un thème qui est venu souvent lors des échanges, c'est le thème de la gouvernance et le niveau de centralisation ou décentralisation dans notre système de santé, le rôle des agences.

M. le député de La Peltrie ouvre, lui, ses périodes d'échange souvent avec cette notion, avec le thème de l'imputabilité, le degré de décentralisation ou centralisation des agences. J'ai retrouvé quelques citations, de la part du député de La Peltrie, qui sont intéressantes depuis les six dernières agences. Souvent, les commentaires formulés sont formulés en tierce personne, hein? Je vous donne un exemple, une citation de la part du député de La Peltrie — ce n'est pas lui, évidemment — qu'on parle des agences comme des boîtes à lettres du ministère, et ça, lors de l'échange avec l'Agence de l'Estrie.

Avec l'Agence de la Mauricie—Centre-du-Québec, le député de La Peltrie a indiqué que la décentralisation est théorique, et il a dit: «J'ai même entendu...» Encore une fois, c'est des paroles rapportées, qui sont reprises au compte du député de La Peltrie. «J'ai même entendu parler [des] agences qui étaient des sous-ministères en région.» La notion ou le thème de «sous-ministères en région» revient souvent pour le porte-parole de l'ADQ en regard des agences. Il a indiqué que ce sont des instances redevables exclusivement au ministre, que le ministère a la mainmise sur les agences, et ça, en référence à l'échange avec l'Agence du Bas-Saint-Laurent, un modèle de gouvernance, et il a utilisé le terme «extrêmement centralisateur». Pas centralisateur mais extrêmement centralisateur.

Et, lors de l'échange avec l'Agence de l'Outaouais le député de La Peltrie a indiqué que... Il a posé la question: «Est-ce que l'instance décisionnelle...» Je le cite: «Est-ce que l'instance décisionnelle que vous êtes est bien connectée avec son milieu?», laissant entendre parfois que les agences sont potentiellement déconnectées de leurs milieux ou de la réalité sur le terrain.

C'est une vision manifestement que développe l'opposition officielle, vision que je ne partage pas. D'ailleurs, à un moment donné, M. le Président, je me

demandais si, avec les critiques assez dures, je l'avoue, parfois simplement prises au compte du député de La Peltrie... Parce qu'encore une fois il a déjà dit: Bien, j'ai entendu dire que, ou: On entend que. Par contre, M. le Président, quand les parlementaires utilisent des paroles, moi, je pense que, même si elles ne sont pas des citations directes du parlementaire en disant: Bien, j'ai entendu dire que, ou: On entend parler que, on les reprend un peu sur notre propre compte quand on fait ça. On ne peut pas, je pense, complètement s'éloigner de ces genres de commentaires.

Je me demandais, à un moment donné, même si peut-être l'opposition officielle voulait proposer l'abolition des agences, tellement elles étaient simplement des extensions du ministère ou inefficaces en région... C'est la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, hier, donc lors d'un échange privé, qui m'a dit: Dans l'opposition, souvent on propose l'abolition des choses, nous pointe le doigt...

● (10 h 20) ●

**Une voix:** Comme les régions régionales...

**M. Copeman:** Oui. Oui. Effectivement, nous avons, au parti...

**Une voix:** ...

**M. Copeman:** Oui, effectivement, à un moment donné, M. le Président, le Parti libéral du Québec a proposé l'abolition des régions régionales dans leur forme actuelle. C'était la formulation qui a été utilisée. On pourrait discuter lors d'un autre forum, M. le Président, si les agences sont sous une autre forme, si ça a été pertinent. Est-ce qu'on a changé d'idée? Parfois, des partis politiques changent d'idée aussi, ce qui n'est pas mauvais.

**Des voix:** ...

**M. Copeman:** Bien, ça a l'air de surprendre les députés de l'autre côté, mais, moi, je peux avouer assez candidement que parfois des partis politiques, parfois, je dis parfois, peuvent changer d'idée. Quand c'est quotidiennement, c'est plus inquiétant.

Alors, j'aimerais peut-être explorer avec vous, M. Tanguay, toute cette notion très sérieusement de votre rôle comme agence. Est-ce que, selon vous, votre expérience, l'expérience de votre équipe, vous nagez dans un environnement qui est extrêmement centralisateur, tel que l'a suggéré, le 30 janvier, le député de La Peltrie? Quelle est votre marge de manoeuvre? Est-elle réelle? Je comprends que le ministère, le gouvernement a une certaine responsabilité pour établir des priorités dites nationales. Je pense que tout le monde est d'accord avec ça. Alors, une partie de votre rôle, très clairement c'est de répondre à ces cibles, à ces priorités nationales, mais sans pour autant, je pense... Je ne crois pas personnellement que ces priorités nationales vous laissent menottés au point que suggère parfois l'ADQ.

Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus. Ça tombe sur vous un peu, cette question théorique et philosophique, mais ça s'adonne de même parce que vous êtes les derniers à venir nous voir dans cette période d'intersession.

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

**M. Tanguay (Marc):** Je vais faire un essai de réponse. C'est bien sûr que ça commanderait des analyses beaucoup plus importantes, mais j'ai vu aller le réseau dans les 32 dernières années, j'ai vu toutes sortes de gouvernances, on a vu des périodes où on avait un nombre extrêmement important d'établissements avec des conseils d'administration en nombre extrêmement important. On était dans une période... Bon, est-ce qu'elle était décentralisée ou pas? Chose certaine, c'est que nous avions une participation de la population grande. Ce qu'on constatait, c'est des batailles entre des petits établissements qui tentaient de revendiquer, qui utilisaient différents moyens pour essayer d'obtenir des ressources additionnelles, y compris essayer de rencontrer, par exemple, le ministre, se faire soutenir par le député local, par le maire, et ainsi de suite, pour avoir des ressources. Ceci a fait en sorte, au fil des années, que les ressources se sont allouées pas nécessairement toujours dans les bons programmes et dans les bons services.

Par exemple, dans la région Chaudière-Appalaches, à une autre époque, nous avions plus ou moins 65 établissements, dont une part importante d'établissements d'hébergement, et les centres d'hébergement étaient créés sur la base, je dirais — disons-le franchement — des pressions qui venaient du milieu, de la force que pouvait avoir, par exemple, le représentant élu, de la place qu'il pouvait occuper dans les différents mécanismes politiques que l'on connaît. Avec l'avènement, bon, des conseils régionaux, des régies régionales puis des agences, il y a eu des changements qui ont été apportés, et ce qu'on voit, c'est: l'apport des agences et des régies régionales a été beaucoup autour de l'équité dans l'allocation et la répartition, essayer de créer, d'établir un rationnel basé sur les besoins de la population, voir qui reçoit les services, qui ne les reçoit pas, comment on pourrait mieux allouer, cibler les ressources aux bons endroits. Alors, il y a une vertu à ce qu'on a fait.

Et, quand on regarde les gouvernements qui se sont succédé, toutes les fois la question s'est posée: Qu'est-ce qu'on fait avec les conseils régionaux? Qu'est-ce qu'on fait avec les régies régionales? Qu'est-ce qu'on fait maintenant avec les agences? Et, à la fin du processus... Et on le voit, là, peu important les parties qui sont en présence, c'est qu'on finit à conclure qu'il y a quand même une plus-value, et cette plus-value-là est au niveau de la compréhension plus fine qu'on a des besoins de la population régionale, surveillance de cette population et de ses besoins, intervention au niveau de l'allocation des ressources aux bons endroits pour s'assurer de l'équité.

Je donnerais l'exemple de la répartition des médecins. S'il n'y a pas de mécanisme régulateur régional, que va-t-il se passer? On risque de retrouver des médecins qui vont se concentrer plus dans les parties urbaines que dans les parties rurales. Il faut un intervenant là. Est-ce qu'un intervenant central peut avoir l'information suffisamment fine pour justement faire cette intervention-là? Alors, dans plusieurs domaines, l'agence a agi comme mécanisme régulateur. C'était le cas de la régie à une autre époque, c'était le cas des conseils régionaux à une autre époque. La question se pose toujours, et on finit toujours par aboutir: ça nous prend un organisme qui, dans la région, va mieux connaître les besoins, parce que vous savez que les besoins de Montréal ne sont pas les mêmes que

Chaudière-Appalaches, que Côte-Nord, et là il faut un degré de raffinement. Et, quand on est au central, on ne peut pas percevoir de façon aussi précise, et des fois les données, et la mathématique, et les études ne nous donnent pas cette perception locale du besoin.

Alors, les agences, elles sont probablement là pour rester encore plusieurs années. On va contribuer encore une fois à la décentralisation accélérée. La mise en place des réseaux locaux fait en sorte qu'on amène encore plus localement la décision: vous êtes, réseau local, établissement local, personnellement responsable de la santé et du bien-être de votre population. Mais il arrive qu'ils ont besoin d'entraide, parce qu'ils ne travaillent pas seuls, hein? On n'a pas juste un établissement qui travaille seul dans un réseau, il est intercalé avec d'autres, il a à créer des corridors. Il y a des difficultés des fois d'arbitrage. Il y a des interventions qui doivent se faire pour une meilleure compréhension, parfois pour partager des nouvelles pratiques, les pratiques probantes. Une agence, ça joue un rôle aussi en termes, je dirais, informationnels, supervisionnels, encadrement, soutien aux établissements, répartition des ressources, surveiller la population qui est moins bien servie et s'assurer qu'elle pourra être desservie. Un établissement ne pourrait pas, seul, faire cela, et le central ne pourrait pas agir à ce niveau-là avec autant de précision.

Alors, voilà essentiellement l'idée générale. On aura toujours des questionnements sur des organismes administratifs. Chose certaine, c'est que nous nous sommes assurés d'être accolés sur le terrain et nous tenons des rencontres avec les équipes de direction de façon courante. D'ailleurs, la semaine passée, on tenait une rencontre de planification, on regardait ensemble comment on pouvait faire mieux pour améliorer la qualité, améliorer l'accès, et on sortait ensemble des idées. Mais le D.G. seul dans sa boîte ne peut pas tout faire, il doit travailler avec d'autres, avec l'agence.

Nous, bien sûr on est en relation avec le ministère, et là-dessus, lorsque le gouvernement du Québec adopte son budget et qu'il dote d'un budget la région de la Chaudière-Appalaches, il a des priorités bien sûr gouvernementales. Si on nous dit «personnes âgées, santé mentale, jeunes», nous, notre devoir, c'est de regarder la réalité dans notre région, où sont les ruptures de services, où y a-t-il des personnes qui sont mal desservies, et là aller, de façon pointue, allouer les ressources dans ces milieux-là. Alors, c'est la caractéristique propre. Et derrière ça il y a toute la notion de reddition de comptes, mais une reddition de comptes plus fine. On peut faire une lecture du résultat et réajuster les services plus adéquatement que par une lecture centrale. Alors, on est des associés indéfectibles, le central, le régional, le local, et c'est dans cette dynamique-là qu'on trouve probablement un équilibre, et dans l'allocation des ressources, et dans l'amélioration des services.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

● (10 h 30) ●

**M. Copeman:** Merci, M. Tanguay. C'est certain que, nous, de ce côté de la table, on ne questionne pas la pertinence d'un palier régional. D'ailleurs, pour être franc, le député de La Peltrie a déjà dit que sa formation politique ne questionne pas la nécessité d'un palier régional non plus. Mais peut-être aller plus précisément

sur toute la question de votre marge de manoeuvre, de votre... j'hésite à dire «liberté d'agir dans certains dossiers».

Êtes-vous capables, dans le système actuel, même avec les ententes de gestion, hein... Parce que c'est certain que les ententes de gestion sont contraignantes pour les cibles qui sont déterminées. Mais avez-vous la marge de manoeuvre nécessaire, la liberté d'action nécessaire pour innover dans votre région, dans Chaudière-Appalaches, pour répondre aux particularités régionales? Parce que c'est ça, l'autre question. La pertinence d'un palier, je pense que tout le monde est d'accord. Est-ce qu'il s'agit par contre, dans l'environnement actuel... Avez-vous la latitude, la liberté d'action, d'agir sur des priorités locales pour effectivement répondre aux différences régionales qui existent à travers le Québec?

**M. Tanguay (Marc):** Absolument. Lorsque, par exemple, on détermine une allocation pour un établissement, d'abord on a le choix d'établir l'ordre de priorité, où devraient aller les ressources et à quoi elles devraient servir, parce qu'on voit déjà des zones de fragilité ou des améliorations à apporter à certains services. L'établissement peut mettre en place des projets novateurs qui n'ont pas été développés ailleurs au Québec, des nouvelles pratiques cliniques qui sont encore plus performantes, plus habilitantes pour répondre aux besoins. Alors, ce qui nous intéresse, c'est qu'on réponde adéquatement aux besoins, que des pratiques probantes soient utilisées, qu'on utilise l'innovation dans ce qu'on fait.

Regardons personnes âgées en perte d'autonomie. Dans les deux dernières années, on a développé plus ou moins 74 places dans des projets novateurs, que ce soit en HLM avec du soutien, que ce soit dans des résidences privées ou autrement. Du côté des urgences, on parle de convalescence assistée, des nouveaux mots qui amènent à faire en sorte... des projets qui amènent à faire en sorte qu'on prend en charge différemment les personnes et qu'on leur offre un service qui est plus à proximité de leur milieu de vie. Alors, sur la façon de faire les services, la façon de les actualiser, on a une marge de manoeuvre qui est celle de la capacité de nos intervenants à inventer, à créer et développer ces pratiques probantes là.

Lorsqu'il y a un resserrement, c'est plus en relation avec les orientations gouvernementales et ministérielles. Alors, si le gouvernement du Québec dit: Les personnes âgées, c'est une priorité, bien Chaudière-Appalaches regarde sa situation, il regarde ses zones de fragilité, et là il investit dans ces milieux-là, et il trouve des pratiques probantes, novatrices, des nouveaux projets. Alors, dans le suicide, le central ne nous a jamais dit comment intervenir. On a regardé la situation avec nos partenaires et on a développé des projets spécifiques terrain pour venir mieux repérer les personnes qui sont en situation de difficulté, intervenir différemment, faire des liens avec les corps policiers, faire des références personnalisées, et ainsi de suite. Alors, on pourrait vous donner une série d'exemples comme ceux-là. Alors, toutes les régions ont développé des pratiques novatrices.

Alors, la région a la liberté des moyens, de la façon de faire. Elle n'a pas la liberté cependant de dire: Bien, le gouvernement du Québec priorise la santé mentale, on ne met pas l'argent en santé mentale. Je pense que, là, il pourrait y avoir une bonne discussion avec l'équipe sous-ministérielle. Mais, pour ce qui est de

comment le faire, où investir exactement, qui va intervenir, est-ce qu'on pourrait surinvestir auprès des organismes communautaires, par exemple, pour avoir des pratiques encore meilleures, plus communautaires, plus de proximité, oui, cette autonomie-là, elle existe pleinement et entièrement.

Et, du côté médical, on pourrait donner l'exemple d'un projet qu'on est en train de mener, qui s'appelle l'accueil clinique. On sait que les médecins omnipraticiens, lorsqu'ils ont des patients en besoins importants, ils ne sont pas en situation d'urgence mais en situation de besoins qui vont devoir être répondus très prochainement, souvent ont des difficultés d'accès aux services diagnostiques ou aux services spécialisés des milieux hospitaliers. Alors, on est en train de mettre en place un projet qui s'appelle l'accueil clinique, qui va faire en sorte que, lorsqu'un médecin a besoin, pour un patient en situation subaiguë... peut accéder rapidement aux tests diagnostiques, rapidement à une consultation. Il n'y a personne au niveau central qui nous a dit comment le faire. On est en train de développer ce projet, qui était un projet novateur de Lanaudière, en passant, qu'on a revu, corrigé, ajusté à Chaudière-Appalaches. On dit: Chez nous, là, il faut rendre plus accessibles les services spécialisés, puis voici comment on va le faire, et on a accolé à ça des ressources financières.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Copeman:** M. le Président, il me semble que le défi, dans un territoire, un État comme celui du Québec, est de trouver un équilibre entre ce que vous avez indiqué, le fait tout à fait légitime, pour un gouvernement, de déterminer certaines priorités et la possibilité d'une région de certainement répondre à ces priorités, mais également de veiller au développement des services de santé et services sociaux appropriés dans chaque région, et c'est cette recherche d'équilibre qui n'est pas nécessairement facile, à laquelle on fait face actuellement. Un réseau de santé où on dépense 25, 26 milliards de dollars, il est certain que le gouvernement... je pense qu'il est tout à fait légitime, pour un gouvernement, d'établir certaines priorités. Mais la question d'équilibre est fondamentale parce que nous ne voulons pas un système de santé géré uniquement à partir de la capitale, du ministère. Je pense que ce ne serait pas efficace. Mais nous ne voulons pas non plus des inéquités dans la population à travers le Québec, peut-être des lacunes de services importantes dans une région. Il faut parfois se mettre ensemble et déterminer ces priorités.

Selon vous, M. Tanguay, la balance est où, là? Je comprends, je vous mets un peu, comme on dirait en anglais, «on the hot seat», mais il me semble que vous êtes capable de le faire. Cet équilibre, selon vous est-ce qu'on l'a atteint? Est-ce qu'elle est bien équilibrée, cette nécessité de déterminer des priorités nationales mais la liberté d'action dans les régions?

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

**M. Tanguay (Marc):** Je pense qu'on n'est pas loin d'avoir atteint cet équilibre-là, et la façon de faire a consisté à créer, appelons ça des mécanismes de liaison entre, par exemple, les directeurs des services médicaux

des agences par rapport au sous-ministre adjoint qui est responsable, par exemple, des services médicaux, de la santé physique, de la médecine universitaire, où le ministère a comme mandat de déployer la décision gouvernementale et où d'un autre côté les directeurs de médecine des régions viennent dire: Bien, voici, pour le faire, il faut considérer telle dimension, voici, les besoins, comment ça se présente dans nos régions, voici comment on pourrait faire pour mieux répondre. Donc, d'une part, répondre à la décision et préoccupation gouvernementale, mais, d'autre part, introduire les besoins, les caractéristiques des régions et la façon de l'actualiser. Or, c'est là que l'espace se situe. Et on le fait dans différents domaines, que ce soit au niveau médical, santé physique, santé mentale, personnes âgées, ressources humaines, ressources financières, les modèles d'allocation de ressources. Alors, il y a un degré d'interinfluence qui est très important.

Quand on est en agence, bien sûr on est là pour administrer les dispositions des lois, s'assurer que les services vont être livrés à la population en fonction des priorités que le gouvernement a établies. Mais, quand on dit «s'assurer de», ça veut dire bien connaître notre population et faire valoir auprès de l'équipe ministérielle comment, nous, on va l'actualiser dans notre région. Alors, l'équilibre est en voie d'être atteint.

**Le Président (M. Kelley):** Vous êtes plus ou moins au mi-temps, M. le député. Peut-être un dernier commentaire.

**M. Copeman:** Oui. Peut-être sur le processus de signature des ententes de gestion. Peut-être que vous pouvez nous éclairer un tout petit peu là-dessus. Les ententes de gestion sont assez détaillées, on y retrouve les particularités régionales. Le mot «ententes» normalement veut dire... normalement devrait dire que l'agence, qui est l'instance régionale, et le ministère se sont entendus sur un certain nombre de choses. Vous avez apposé votre signature, M. Tanguay. Tous les P.D.G. signent les ententes de gestion. Peut-être que vous pouvez décrire un peu le processus. Est-ce que ces ententes vous sont imposées, tout simplement? Est-ce que c'est un diktat qui sort de l'édifice Catherine-De Longpré ou est-ce que c'est vraiment un échange, un développement d'ententes selon les particularités régionales, en tenant compte évidemment des priorités nationales?

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

● (10 h 40) ●

**M. Tanguay (Marc):** Je pense que c'est un mélange des deux. D'abord, le processus d'ailleurs commence au moment où on se parle pour le prochain cycle d'ententes de gestion. Dans le cadre de nos échanges avec le ministère, on va partager les priorités ministérielles, les priorités gouvernementales, sur quoi le gouvernement souhaite agir pour mieux desservir la population tant en termes de services de santé, services sociaux. Alors, on part de cela et là, en région, on a une série d'objectifs nécessairement qu'on va devoir réaliser.

Notre processus est un processus qui a été, à une autre époque, lorsqu'on a débuté les ententes de gestion, plus de haut vers le bas, alors une signification d'attentes auxquelles on travaillait pour y répondre. On est en train

d'inverser le processus. Depuis deux ans, on met à contribution les équipes de direction des établissements en disant: Bien, voici les priorités gouvernementales. Comment ça se présente dans notre région, les besoins pour personnes âgées, santé mentale, etc.? Quelles sont nos limites, nos contraintes? Quels sont les patients, les personnes qui sont mal desservies? Comment on pourrait faire mieux? Et c'est à partir de ça qu'après ça on reconstitue nos objectifs de services, le nombre de personnes qu'on va vouloir desservir en addition, l'intensité qu'on va vouloir donner. Bien sûr, le cadre de référence qui nous est fourni par le ministère est relativement précis.

On est en train de travailler sur une nouvelle génération d'ententes de gestion où on aura des indicateurs, je dirais, plus de système. Là, on a des indicateurs très pointus, et vous les voyez, là: le nombre d'utilisateurs différent, l'intensité, le nombre d'heures travaillées dans tel secteur, et ainsi de suite. Le but, c'est de faire en sorte de capter davantage ce qu'on a voulu faire par la transformation. On a créé des réseaux locaux, on a voulu augmenter l'imputabilité des centres de santé, on a voulu doter... d'une responsabilité populationnelle, on a voulu faire que, nos services, là, avant de consommer des services spécialisés, on va du côté de la première ligne et après ça, sur références, on va vers la deuxième ligne. Alors, on va essayer de plus en plus de capter: Est-ce qu'on a réussi à actualiser cette transformation-là? Alors... une entente de gestion qui a été, pour une période, plus de haut en bas et qui maintenant est en train de prendre vraiment une inversion, et on va probablement recalibrer, recentrer nos indicateurs sur notre système de santé. Le voulu gouvernemental était de faire telle chose. Est-ce qu'on l'a acquis? Pas juste dire: On a 100 clients de plus de desservis. Est-ce qu'on a changé notre système? Est-ce qu'on lui a donné une plus-value?

**M. Copeman:** Alors, ce n'est pas tout à fait unidirectionnel. Ça, c'est l'autre phrase qui sort parfois de l'autre côté de la table, qu'essentiellement l'information est unidirectionnelle. Mais vous nous dites: Même dans les ententes de gestion, c'est moins unidirectionnel que ça a déjà été, et que vous travaillez pour s'assurer que les informations et les priorités partent de la région et se reflètent également au ministère.

**M. Tanguay (Marc):** D'ailleurs, dans les 18 prochains mois, on va être en révision, hein, de la planification pluriannuelle ministérielle, et l'objectif, c'est de ne pas partir d'une planification de haut vers le bas, mais partir d'une planification où on va construire ensemble cette nouvelle fresque pour les années prochaines, 2010-2015, sur quoi on veut travailler exactement. Alors, il y aura des directions d'établissement qui seront interpellées, des agences, le ministère, toujours en fonction bien sûr des priorités gouvernementales auxquelles on ne peut échapper, mais ensemble on va reconstruire notre planification des cinq prochaines années. Alors, c'est une transformation de l'approche, là, qu'on est en train de conduire.

**M. Copeman:** Je vous remercie, M. Tanguay. Je suis pas mal certain que, dans toute votre préparation pour l'échange, vous ne vous attendiez pas forcément à ces genres de questions ce matin. Je vous remercie d'avoir répondu.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le député. Je suis maintenant prêt à céder la parole au porte-parole de l'opposition officielle, le député de La Peltrie.

**M. Caire:** Merci, M. le Président. M. Tanguay, bonjour à vous. Bonjour à tous les représentants de l'Agence de santé des Chutes-de-la-Chaudière.

D'entrée de jeu, je me trouve un peu surpris de l'intervention de mon collègue, je ne m'attendais pas à être cité si abondamment ce matin. Très brièvement, je veux expliquer que cet exercice-là, il est important parce qu'il est de la responsabilité de tous les élus, indépendamment de leurs formations politiques, d'exiger une reddition de comptes des administrateurs publics que vous êtes, et il m'apparaît que, dans ce sens-là, la complaisance n'a pas sa place. Il y a 591 millions qui transitent par l'Agence de la santé et des services sociaux de la région de Chaudière-Appalaches, et je pense que c'est une responsabilité d'absolument tous les députés de s'assurer que cet argent-là est bien géré, est géré par des gens compétents et qui ont toute la latitude pour gérer cet argent-là, et, dans ce sens-là, il m'apparaît que ce n'est pas la seule responsabilité des députés de l'opposition, que ce soit l'opposition officielle ou du deuxième groupe d'opposition, je pense que les députés ministériels ont aussi un travail critique à faire. Et je me surprends un peu, là, de l'intervention de mon collègue de ce matin, là, qui était plus dans un plaidoyer de la défense que dans un exercice de reddition de comptes.

Ceci étant dit, M. Tanguay, qui est votre patron?

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

**M. Tanguay (Marc):** Le gouvernement du Québec. Le gouvernement procède à la nomination des P.D.G. Le ministre bien sûr est celui qui procède à l'évaluation des résultats de chaque P.D.G. Il y a aussi une implication du conseil d'administration de l'agence quant à l'évolution des résultats, donc le P.D.G. se doit de soumettre à l'attention du conseil d'administration de l'agence les plans annuels, les plans pluriannuels, et de recevoir...

**M. Caire:** Mais je ne me trompe pas...

**M. Tanguay (Marc):** Oui, M. le député.

**M. Caire:** Je ne me trompe pas en disant que celui qui a droit de vie ou de mort sur vous, c'est le ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration ne peut pas vous révoquer dans vos fonctions.

**Une voix:** ...des pouvoirs au ministre.

**M. Tanguay (Marc):** Effectivement, effectivement, c'est une nomination en vertu des règles concernant les dirigeants d'organisme.

**M. Caire:** Professionnellement, on s'entend bien sûr pour répondre à l'objection de mon collègue d'Orford, effectivement le maintien dans votre emploi dépend de la volonté du ministre exclusivement. Est-ce que je me trompe?

**M. Tanguay (Marc):** Dépend de la volonté du ministre et bien sûr du gouvernement en place, et dépend aussi du conseil d'administration, parce que, s'il advenait que le P.D.G. ne livre pas...

**M. Caire:** Est-ce que le président du conseil d'administration peut vous révoquer dans vos fonctions?

**M. Tanguay (Marc):** Non.

**M. Caire:** Donc, ça dépend du ministre.

**M. Tanguay (Marc):** Ultimement. Ultimement.

**M. Caire:** Le président du conseil peut faire son lobby, mais c'est le ministre qui décide.

**M. Tanguay (Marc):** Ultimement.

**M. Caire:** Parfait. Avez-vous l'impression que, dans un dossier où vous seriez en opposition avec le ministre, vous avez la latitude pour lui dire: Non, là, tu ne prends pas le bon chemin, puis, nous, on n'embarque pas avec toi? Êtes-vous capable de faire un vrai travail de représentation de votre région? Les acteurs de votre région se mobilisent, là, puis ils se disent: L'orientation ministérielle ne correspond pas du tout aux priorités de notre région. Est-ce que vous avez cette possibilité-là d'entrer dans le bureau du ministre, dire: Tu es dans le champ, on n'embarque pas avec toi?

**M. Tanguay (Marc):** La situation est hypothétique. Dans un cas comme celui-là, avant d'être rendus là, on aurait pris soin de regarder les besoins de la population, on aurait déjà fait connaître à l'équipe sous-ministérielle les particularités de la région et il y aurait éventuellement une considération apportée par l'équipe sous-ministérielle et par le ministre. On n'est pas dans un contexte de confrontation, on est dans un contexte d'explication des besoins, de reconnaissance des besoins, et, dans cet exercice-là, déjà il y a l'espace pour amener les aménagements requis.

**M. Caire:** D'accord. Pouvez-vous me faire la liste des chirurgies qui sont faites dans vos différents centres hospitaliers?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, de façon particulière, si vous permettez, M. le député, je demanderais au Dr Carrier de préciser. Mais toute l'activité chirurgicale de base, en deuxième ligne, est offerte dans la région de la Chaudière-Appalaches, seuls les services de troisième ligne sont référés à Québec. Alors, Dr Carrier.

**M. Caire:** Une liste relativement exhaustive, là.

**Le Président (M. Kelley):** Dr Pierre Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** Écoutez, si vous voulez parler de la liste des interventions qui sont faites, il y a un système d'information qui nous permet de connaître l'ensemble des chirurgies qui sont faites dans chacun des milieux hospitaliers. Alors, la plupart des centres hospitaliers ont des systèmes informatisés, alors on est

capables de recevoir dans le détail... Ce n'est pas une information que j'ai avec moi, par exemple, aussi détaillée, là, mais c'est une information qu'on est capables d'obtenir.

**M. Caire:** O.K. Mais, docteur, est-ce que je me trompe en disant que vous faites beaucoup plus que des chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte?

**M. Carrier (Pierre):** Vous ne vous trompez pas du tout, c'est une partie...

**M. Caire:** Je ne me trompe pas.

**M. Carrier (Pierre):** C'est une partie des chirurgies qui sont faites dans la région, effectivement.

**M. Caire:** Ces trois types de chirurgies là, sur le volume de chirurgies que vous faites, est-ce qu'on peut dire même que c'est loin d'être la majorité des interventions chirurgicales?

**M. Carrier (Pierre):** Tout à fait. C'est plus marginal, effectivement, surtout si on parle des genoux et hanches, là. Cataractes, là on commence à...

**M. Caire:** O.K. Est-ce que je peux savoir, à ce moment-là, pourquoi, dans votre rapport, on me parle abondamment des chirurgies de la cataracte, des chirurgies du genou, des chirurgies de la hanche, mais, pour l'ensemble des autres chirurgies, là on fait une espèce de melting-pot, chirurgies d'un jour et chirurgies avec hospitalisation? Là, je n'ai pas de détail, sinon les trois chirurgies qui ont été ciblées par le gouvernement comme étant prioritaires, dont, vous, vous me dites qu'elles sont marginales pour vous. Elles occupent toute la place dans votre rapport par rapport à ce qui est le vrai volume de chirurgies, pour lesquelles on n'a à peu près pas de détails, sinon que vous êtes en dessous des cibles systématiquement 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007, vous êtes en dessous des cibles à peu près partout. Je pense que, comme parlementaire, j'aurais aimé avoir plus de détails pour savoir: Est-ce qu'il y en a qui sont particulièrement problématiques et pour lesquelles il aurait été plus pertinent, dans votre région, d'ajouter des sommes par rapport aux autres arthroplasties ciblées par le ministère, pour lesquelles vous êtes relativement sur les cibles?

● (10 h 50) ●

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

**M. Carrier (Pierre):** Écoutez, les données dans l'ensemble reflètent la totalité des chirurgies. Quand on parle des chirurgies d'un jour, là, c'est beaucoup, beaucoup de chirurgies, alors les données reflètent ça, ce qu'on a en liste d'attente également. Alors, les données, on les a là-dessus, on les suit et on les connaît.

**M. Caire:** Oui, vous, vous les avez, mais pas moi.

**M. Carrier (Pierre):** Bien, je peux vous préciser qu'au niveau de la chirurgie, en termes de régions, pour ce qui est de la chirurgie d'un jour, très, très peu de patients, c'est vraiment très minimal, moins de 1 % déborde du six mois, qui est l'objectif ultime.

**M. Caire:** Mais mon point n'est pas là, docteur, mon point est sur le fait que vous mettez beaucoup d'emphase dans votre rapport pour nous faire la démonstration que vous atteignez les cibles ministérielles sur trois types de chirurgies dont vous venez de me dire vous-même que c'était marginal sur le volume de chirurgies que vous faites et que, sur des chirurgies qui représentent l'immense majorité des chirurgies que vous faites, vous faites une espèce de melting-pot pas détaillé, ce qui me fait dire que les priorités ministérielles sont devenues vos priorités, alors que vous me dites vous-même que c'est marginal sur l'ensemble de ce que vous faites. Pour répondre un peu à ce que mon collègue disait tout à l'heure, je ne suis pas convaincu que les priorités de votre région sont bien représentées par ce rapport-là, mais je suis convaincu que celles du ministère le sont, par contre.

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

**M. Tanguay (Marc):** Je pense qu'il faut apporter un certain nombre de précisions. Oui, il est vrai qu'on a priorisé certaines chirurgies, mais, oui, il est vrai qu'on a continué à faire une activité dans les productions de toutes les autres chirurgies, là, qui sont du ressort de la deuxième ligne. Et on a des situations particulières qui ont prévalu dans la région, notamment dans au moins deux sites où il y eu une perte au niveau des anesthésistes. Vous savez, quand on n'a pas d'anesthésiste dans l'établissement ou quand il y a une diminution du nombre d'anesthésistes soit suite à un départ à la retraite ou une maladie, on est placés dans une situation où temporairement il y a une diminution de l'activité. Grosso modo, si on regarde la production, elle s'est maintenue. Et, quand on regarde le nombre d'heures passées au bloc, il a augmenté d'environ 3,5 %. Et en plus, quand on analyse le nombre d'heures par patient, il a augmenté environ de 3,8 %. Alors, les patients qui vont au bloc sont plus lourds, et, en nombre, plus de personnes ont eu une intervention chirurgicale.

Notre problématique par rapport aux autres activités chirurgicales... ont été parfois dans des territoires comme Montmagny, d'autres fois du côté de Paul-Gilbert, qui est à Charny, parce qu'on était dans une situation de rupture au niveau de la présence médicale. Alors, parfois, ça a pu fluctuer. Lorsque ça a fluctué à la baisse, les établissements ont reçu des objectifs additionnels, c'est-à-dire faire le rattrapage de ce qui n'avait pas été actualisé et produire des chirurgies additionnelles. Alors, c'est de cette manière-là qu'on assure le suivi des autres chirurgies. Alors, veux veux pas, les besoins sont en augmentation, on s'assure que la production est actualisée. Si elle ne l'est pas par rupture au plan de la main-d'oeuvre médicale, elle est rajoutée en termes de production et de rattrapage additionnels.

**M. Caire:** Je comprends, M. Tanguay, là, mais, moi, ce que je vois, c'est qu'en 2004-2005, dans les chirurgies avec hospitalisation, là, c'est 500 de moins que la cible fixée, presque 300 de moins en 2005-2006, puis on est à plus d'une centaine de moins en 2006-2007. Et, moi, comme parlementaire, là, si je veux savoir c'est quoi, les effets de l'orientation ministérielle, donc est-ce que les arthroplasties ciblées, genou, hanche, ont eu des

effets pervers, donc une augmentation des autres types de chirurgies orthopédiques, bien je ne peux pas le savoir. Vous me faites un beau portrait des orientations ministérielles, mais, votre réalité à vous, là, du terrain sur la globalité des chirurgies, je ne la connais pas, donc ce qui me fait dire que ça répond aux orientations du ministre, mais je ne suis pas sûr que ça répond aux orientations de votre population.

Quant à l'augmentation du temps opératoire, bien, évidemment, par les ententes de gestion, vous avez augmenté les budgets pour ce type de chirurgies là. Donc, je comprends que le temps opératoire a augmenté, mais est-ce qu'il a augmenté parce que vous avez dégagé plus de marge de manoeuvre pour l'ensemble des chirurgies ou est-ce qu'il a augmenté parce que vous avez fait plus de chirurgies en fonction des suppléments de budget qui ont été donnés par le gouvernement? Encore là, je ne le sais pas. Donc, en bout de ligne, est-ce qu'il y a des gens qui ont été pénalisés à cause de cette politique-là? Bien, votre rapport ne nous permet pas de le savoir, ce qui est un peu inquiétant, à mon avis.

Au niveau de la gouvernance, mon collègue en a parlé, effectivement c'est un sujet qui nous préoccupe parce que, je le répète, plus de 591 millions qui transitent par l'agence, c'est clair qu'on veut s'assurer que l'agence a les moyens de le faire. Et, oui, je rapporte des choses qui me sont dites sur le terrain par des administrateurs de CSSS qui ultimement ont la responsabilité populationnelle, et, oui, il semble y avoir une insatisfaction assez chronique, de façon globale, au Québec, vis-à-vis des agences, et, oui, les directeurs de CSSS me le disent, mais... Et mon collègue devrait s'en inquiéter aussi au lieu de s'en réjouir. C'est le Vérificateur général du Québec qui a allumé une lumière rouge là-dessus.

Alors, vous en dites quoi, vous, des recommandations ou des constats que le Vérificateur général du Québec a faits par rapport au flou qui existe entre vos responsabilités, celles du conseil d'administration, l'absence de planification stratégique, l'incohérence souvent dans la gestion au niveau des agences? C'est des mots qui sont durs, ça, et ce n'est pas des mots que je rapporte, c'est le Vérificateur général du Québec — je pense que c'est une personne qui est assez crédible, quand même, là — qui l'écrit dans son rapport. Vous en dites quoi, vous, de ça?

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

**M. Tanguay (Marc):** Que je me souviene, au niveau des recommandations du Vérificateur général, il y avait des éléments qui étaient en relation avec la composition des conseils d'administration d'agence, les compétences recherchées ou requises, il y avait aussi toute la question de la formation, que je me souviene, qui était sur la table et le rôle du conseil d'administration par rapport effectivement au président. On a vu aussi des recommandations en relation avec les conseils d'administration d'établissement.

Ce que je pourrais dire là-dessus, c'est que, dans la région de la Chaudière-Appalaches, on a justement mis en place ou développé un processus de planification pluriannuelle. D'ailleurs, vous avez copie de cette planification pluriannuelle 2007-2011. C'est une planification pour laquelle le conseil d'administration s'est saisi au fur

et à mesure de l'évolution, quand on a lancé la démarche pour voir quelles étaient les priorités, comment développer ces priorités-là. Le conseil a été impliqué. Il a été impliqué aussi pour adopter ce grand pan de mur et pour le suivre périodiquement. Alors, tous les plans d'action majeurs, les plans d'action annuels sont déposés au conseil d'administration pour analyse, validation, vérification, bonification et suivi, et des suivis de gestion sont aussi transportés au conseil d'administration pour qu'il apprécie l'évolution des résultats et qu'il avise, le cas échéant, si les résultats n'étaient pas au rendez-vous. Alors, on fait cet exercice-là, les directions d'établissement le font également à leur niveau.

Effectivement, quand on pose la question aux membres de conseil d'administration: Oui, mais qu'avez-vous à faire?, des fois l'impression que ça laisse, et on a vu le résultat par l'exercice du Vérificateur général, c'est que l'espace pour les administrateurs ne semble pas être totalement pris, pas parce que les P.D.G. ou les D.G. ne laissent pas l'espace, peut-être parce qu'il nous faudrait davantage soutenir, former, aider à resituer la gouvernance des conseils d'administration. Vous savez, au seul chapitre de la qualité des services, tout ce qu'un conseil d'administration peut faire...

Quand on parle de qualité et de sécurité des soins et services, on a vu, dans les dernières années, des informations médiatiques sur le sujet. Il y a un contenu majeur qu'un membre de conseil peut tenir. Il n'a pas juste à suivre les analyses financières, on peut suivre les plans d'action, l'évolution des plans d'action, on peut regarder, en termes de qualité, ce qui se passe, en termes de sécurité. Ressources humaines, qui est un enjeu fondamental, s'il y a un domaine dans lequel un conseil d'administration pourrait et devrait s'investir, c'est bien ce domaine-là. Alors, dans le fond, ce qu'on a à faire, c'est de soutenir nos conseils dans la pratique de la gouvernance. C'est peut-être l'objectif, là, à se donner. Et, si on revient, dans trois, quatre ou cinq ans, avec une vérification d'optimisation du Vérificateur général, on aura peut-être des conseils d'administration qui ont pleinement et entièrement pris l'espace. Il y en a; il s'agit qu'ils l'occupent.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député.

**M. Caire:** J'attendais la petite lumière rouge. Oui, M. Tanguay, je trouve ça intéressant, ce que vous me dites, mais fondamentalement la réalité de l'exercice, c'est qu'effectivement les conseils d'administration n'ont pas l'impression d'être très, très impliqués dans les décisions, dans la chaîne hiérarchique. Et justement le fait que vous répondiez d'abord et avant tout au ministre plutôt qu'aux conseils d'administration fait peut-être partie beaucoup plus du problème que de la solution.

Je reviens à votre rapport, toujours dans une perspective de la latitude que vous dites avoir au niveau régional. Je vois dans la transformation de l'offre de service en centre d'hébergement que vous avez à la page 21 de votre document... Vous dites: «La région a historiquement maintenu un taux d'hébergement se situant entre 4,3 et 4,5 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus.» Au paragraphe suivant, vous commencez en disant: «Afin d'atteindre le taux d'hébergement de trois lits pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, tel que proposé

par le MSSS, la transformation de l'offre de service en centre d'hébergement a été identifiée comme le premier défi à relever...» Donc, vous, historiquement, là, vous dites: Dans la région, c'est entre 4,3 et 4,5, et là le ministre arrive en disant: Non, à partir de maintenant, c'est trois. Alors, vous dites: Parfait, c'est trois.

J'aimerais ça que vous m'expliquiez à quel moment vous avez régionalement pris la décision que c'était trois lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus, parce que, moi, là, ce que je comprends de ça, là, c'est que ça vous a été imposé par le ministère.

● (11 heures) ●

**M. Tanguay (Marc):** Alors, ça m'amène peut-être à vous faire part de la façon dont d'autres pays répondent aux besoins des personnes âgées. Il y a l'expérience notamment du Danemark qui nous avait été déjà soumise, où on a déjà eu des surinvestissements au niveau de centres d'hébergement, et on a décidé, un jour, de transformer ça et de faire une offre de service davantage en termes de soutien à domicile, soutien dans l'appartement de la personne, si bien que l'hébergement est rendu marginal.

On a surinvesti en hébergement et, quand on investit, par exemple, entre 55 000 \$ et 60 000 \$ par personne en hébergement, on a beaucoup moins d'argent pour investir bien sûr en soutien à domicile. Et on connaît les limites gouvernementales, les limites du Québec à investir dans tout notre système de santé. Alors, il y a des choix critiques qui se devaient d'être faits. D'abord, la personne âgée veut demeurer chez elle. Deuxièmement, il y a des modèles d'offres de service beaucoup plus performants dans d'autres pays que le Canada et le Québec qui ont démontré qu'on pouvait faire autrement dans le milieu de vie des personnes.

On était, dans Chaudière-Appalaches, avec des taux d'hébergement très élevés et historiquement on a toujours été dans des taux plus élevés que la moyenne provinciale. Alors, c'est ce que reflète notre rapport. Et, quand la norme... Bien sûr, la norme trois a été amenée comme indication ministérielle, il est vrai. Nous avons le choix de 3,4, 3,5, 3,2, 2,5. On constatait qu'il y avait des régions à l'échelle du Québec qui avaient moins de ressources que la norme en question avec plus de résultats. Alors, il y a une question, derrière ça, de pratique clinique, de façon de dispenser les services, et, dans Chaudière-Appalaches, on a un nombre imposant de résidences privées: 219 résidences privées, 5 600 places. Nous avons 2 100 lits d'hébergement. Nous avons également des ressources intermédiaires, des ressources de type familial. Surinvestissement dans l'hébergement, pas assez... Les proches aidants, on a fait des consultations des familles, des milieux. Ils ont dit: On a besoin d'aide à domicile, de soutien à domicile.

Bien sûr, l'argent, quand on l'a réinvesti, on l'a réinvesti dans ces secteurs d'activité là, et, l'hébergement, on continue à en faire puisque la transformation de 125 lits va donner 250 lits, mais en ressources intermédiaires à proximité des milieux de vie des personnes. Alors, on est toujours dans un normatif qui est en relation avec l'hébergement lourd, trois par 100, mais notre but, nous autres, c'est d'avoir de l'hébergement intermédiaire en plus, de façon développée, en grande proximité des milieux de vie des municipalités, et là on est gagnants dans cette approche-là. Donc, on transforme notre offre

de service, on garde un volume d'au moins trois lits par 100 personnes âgées et on déploie d'autres types de ressources pour y répondre.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, juste vous aviser, la prochaine question va vous amener plus ou moins au mi-temps.

**M. Caire:** À mi-temps? Alors, ce sera ma dernière, M. le Président. M. Tanguay, vous m'avez bien vendu le projet du ministre, mais je le connaissais déjà. Ceci étant dit, vous citez certains pays comme étant des modèles au niveau du soutien à domicile. Moi, je suis tout à fait d'accord avec ça. Je suis tout à fait d'accord aussi que l'hébergement privé puisse jouer un rôle plus important. Ceci étant dit, il y a un facteur que ces pays-là ne rencontrent pas, que nous rencontrons, c'est que nous serons la deuxième population au monde qui va vivre le vieillissement de sa population le plus rapidement. Or, je pense que nous devrions faire école plutôt que de copier les modèles ou d'exporter les modèles bêtes et méchants qui se font ailleurs.

Ceci étant dit, vous parlez de transformation de lits, c'est vrai, mais, au niveau des trois heures-soins et plus, un problème qui a été vécu par certains établissements privés conventionnés dans votre région: vous leur donnez en hébergement des personnes qui sont en deçà de ces normes-là, dont la situation se détériore, ce qui est prévisible, mais il n'y a pas d'augmentation des budgets. En plus, dans certains de ces centres-là, on maintient les niveaux de soins à 60 %, 65 %, alors que le chiffre idéal serait plus aux alentours de 85 %. Donc, on est en deçà des soins. On met une pression extrêmement lourde sur ces établissements-là, notamment sur différents services comme la buanderie, où on commence à demander aux familles d'assurer la buanderie, alors que ça coûterait peut-être moins cher de faire autrement. Donc, il y a une transformation théorique qui répond aux besoins du ministère, qui répond aux impératifs du ministère. Mais, sur le terrain, là, ce n'est pas comme ça que ça se vit, vous fermez des lits d'hébergement, vous n'avez pas les ressources, vos indicateurs de performance en soutien de soins à domicile, vous êtes en bas des cibles qui ont été fixées par le ministère. Bien ça, c'est les rapports qu'on a, là, du Service de recherche. Vous aurez peut-être toute l'occasion de nous expliquer ça.

Puis en plus, bien, on est dans des niveaux de soins qui sont en deçà des besoins, on est dans du financement qui ne répond pas à la réalité des ressources intermédiaires. Donc là, j'essaie de vous suivre, là. Je comprends que vous avez à répondre aux orientations du ministère, là, mais vous ne pensez pas que cette situation-là devrait se régler avant qu'on commence à fermer des lits d'hébergement?

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

**M. Tanguay (Marc):** D'abord, pour ce qui est, M. le Président, des établissements privés conventionnés, effectivement, à venir jusqu'à récemment, le financement qui était accordé à certains privés conventionnés, parce qu'on en a cinq dans la région, était légèrement plus bas que le secteur public. Nous avons fait les corrections justement pour faire en sorte qu'ils puissent recevoir

exactement les mêmes clientèles, les mêmes personnes, en termes de profil, de besoins, que le secteur public. Alors, tous les établissements de la région sont à peu près financés au même niveau... au moment où on se parle. Alors, cette correction-là a été exercée, ce qui fait que normalement, qu'on soit privé conventionné ou public, on devrait être en mesure de répondre aux besoins.

En ce qui concerne l'offre de service de soutien à domicile, bien, les données, il faudrait peut-être les regarder plus en détail, là. Mais ce que ça montre, c'est qu'en termes de cible, au niveau du soutien à domicile, on a dépassé la cible 2010. En termes d'intensité, on a accru l'intensité des services qui ont été apportés en même temps qu'on a créé des ressources alternatives et intermédiaires. Lorsqu'on transforme 125 lits de CHSLD en 250 lits de ressources intermédiaires et qu'on apporte là des services de soutien à domicile, ça permet aussi à des personnes âgées qui ont plus de trois heures de soins et assistance d'y résider. Alors, on se trouve à doubler la capacité d'intervention. Des fois, ça laisse à penser qu'uniquement le réseau public peut répondre aux besoins plus grands des personnes âgées.

Lorsqu'on regarde ce qui se développe au Québec actuellement en termes résidentiels, vous avez des résidences, là, qui offrent des services pour les personnes autonomes, semi-autonomes, moins autonomes, et on a de plus en plus de disponibilités dans l'offre de service. Elle est parfois complètement privée, parfois un mixte, association privé-public, une contractualisation qu'on fait avec nos services de soutien à domicile, et tout ça contribue à améliorer l'offre de services pour les personnes âgées justement pour faire face aux prochaines années. Parce que, si on travaille uniquement en termes d'hébergement, il est clair qu'on n'y arrivera pas.

Lorsqu'on regarde l'ensemble des clientèles desservies par notre réseau, que ce soit en santé mentale, en déficience physique ou intellectuelle, on a procédé d'une désinstitutionnalisation. Bien sûr, il y a des choses qui ont été faites avec grand succès, des choses qui ont été peut-être un peu plus difficilement vécues, mais, au niveau des personnes âgées en perte d'autonomie, on a un réflexe, hébergement dès que la personne devient en perte d'autonomie, alors qu'il y a des alternatives et que les personnes âgées veulent demeurer à la maison.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Je suis prêt maintenant à céder la parole au porte-parole du deuxième groupe de l'opposition et député de Marie-Victorin. La parole est à vous.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Alors, prière de m'aviser lorsque j'aurai atteint la limite des 20 minutes, puisque le reste du temps qui nous est imparté sera partagé par mes deux collègues d'Hochelaga-Maisonneuve et de Vachon.

Merci d'être ici. Bienvenue. J'ai beaucoup de questions, alors on va y aller rondement. D'abord, le budget de développement, là, pour 2007-2008, quel était le montant annualisé qu'on vous a accordé?

**M. Tanguay (Marc):** 7,8 millions.

**M. Drainville:** Et quel a été le montant déboursé sur ce 7,8 millions?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on a eu un déboursé de 3,4, annualisé à 7,8, là, dans les ordres de grandeur. Je n'ai pas le chiffre à quelques dizaines près, là, mais c'est...

**M. Drainville:** Vous avez eu 7,8 en termes annualisés, mais vous avez, sur cette somme, déboursé la moitié, 3,4.

**M. Tanguay (Marc):** Environ.

**M. Drainville:** Est-ce que c'est courant, ça, qu'on annualise mais qu'on débourse seulement une... Enfin, je ne sais pas si c'est une infime, mais en tout cas c'est moins de la moitié, là. Est-ce que c'est courant, ça, que, d'année en année, ce soit comme ça ou est-ce que c'est une année exceptionnelle, ça, 2007-2008?

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Pour la région de la Chaudière-Appalaches et, je dirais, pour la majorité des régions du Québec, le déboursé au niveau des budgets de développement a été nettement supérieur. D'ailleurs, on sait qu'il y a eu...

**M. Drainville:** Inférieur, vous voulez dire?

**M. Tanguay (Marc):** Nettement...

**M. Drainville:** Le déboursé a été nettement inférieur au montant qui vous avait été accordé, en termes annualisés.

**M. Tanguay (Marc):** Excusez-moi, le déboursé... Il arrive régulièrement que le déboursé pour l'exercice soit inférieur à l'annualisation.

**M. Drainville:** Voilà.

**M. Tanguay (Marc):** Ça arrive, effectivement. C'est déjà arrivé dans les années passées.

**M. Drainville:** Et ça fait combien d'années que ça dure?

● (11 h 10) ●

**M. Tanguay (Marc):** À ma connaissance, dans les dernières années, on a eu une approche de ce type-là. Parfois, l'argent...

**M. Drainville:** Dans les dernières années, vous voulez dire dans les cinq dernières années, genre?

**M. Tanguay (Marc):** On pourrait reculer. Je n'ai pas de données précises à cet effet-là.

**M. Drainville:** Mais on peut dire qu'au moins durant les cinq dernières années ça a été le cas.

**M. Tanguay (Marc):** Non, je ne peux pas dire que c'est dans les cinq dernières années. Ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a une pratique qui veut que, dépendamment de la disponibilité des budgets, une première somme soit rendue disponible et que l'annualisation soit supérieure. Il nous est arrivé, oui, dans les dernières années et à travers les gouvernements qui se

sont succédé, il est arrivé aussi à l'occasion qu'on ait des situations semblables.

**M. Drainville:** Bon. Alors, le 7,8 que vous avez eu en 2007-2008, est-ce que vous allez le dépenser en 2008-2009? Est-ce que c'est comme ça que ça fonctionne? L'annualisé dans le fond se concrétise en déboursé concret dans l'année fiscale suivante?

**M. Tanguay (Marc):** Une partie, comme je viens de vous mentionner, de l'ordre d'à peu près 3,5 sur 7,8 millions dans les budgets de développement, est déboursée et rendue disponible immédiatement en services pour le présent exercice, et, pour le prochain exercice, bien on annualise. Par exemple, lorsque le budget est adopté, on reçoit l'information. On a déjà quand même un, deux ou trois mois, hein, de...

**M. Drainville:** Bien sûr!

**M. Tanguay (Marc):** Donc, les services, le temps qu'ils s'installent, nous donnent à peu près l'équivalent de 6/12 en termes de services. On peut également investir...

**M. Drainville:** 6/12, vous dites bien?

**M. Tanguay (Marc):** 6/12, 7, 8, 9. On a déjà eu 100 % pour l'exercice. Ça dépend du moment.

**M. Drainville:** M. le P.D.G, je comprends tout ça, mais ce que je veux savoir: D'abord, ces budgets de développement, est-ce qu'ils sont récurrents?

**M. Tanguay (Marc):** Oui.

**M. Drainville:** Bon. Ce que je veux savoir...

**M. Tanguay (Marc):** Il peut arriver qu'il y ait des budgets de développement non récurrents et des budgets de développement récurrents.

**M. Drainville:** Mais, dans ce cas-ci, on parle des annualisés, ils sont récurrents.

**M. Tanguay (Marc):** Oui.

**M. Drainville:** Ce que je veux savoir, c'est: En 2008-2009... Là, vous ne pouvez pas me dire que vous allez connaître le montant trois à quatre mois, là, après le début de l'année financière. Est-ce qu'en 2008-2009 votre déboursé correspondra à votre montant annualisé? En d'autres mots, est-ce que vous allez le dépenser, le 7,8 millions, en 2008-2009, qu'on vous a donné pour 2007-2008?

**M. Tanguay (Marc):** Absolument, parce que les services auront été installés, les employés auront été embauchés, et là ils ne seront plus à 7, 8, 9/12, il va falloir pourvoir pour l'ensemble de l'année. Et on a même prévu le nombre de clientèles d'intensité supplémentaire qui devra être actualisé pour l'année suivante.

**M. Drainville:** Excellent. Je comprends tout ça. Je vous remercie beaucoup. Est-ce que vous pourrez nous soumettre, nous déposer un tableau, à cette commission, qui

présente la ventilation par programmes de vos montants annualisés et de vos montants déboursés?

**M. Tanguay (Marc):** Pour l'année 2007-2008?

**M. Drainville:** Pour 2007-2008.

**M. Tanguay (Marc):** Effectivement, il est disponible, on pourra vous le remettre.

**M. Drainville:** Est-ce que ce sera possible de le faire par douzièmes, ventilation par douzièmes?

**M. Tanguay (Marc):** Pour la partie de l'exercice 2007-2008...

**M. Drainville:** Voilà.

**M. Tanguay (Marc):** ...et à 100 % bien sûr pour l'année prochaine.

**M. Drainville:** Et par programmes?

**M. Tanguay (Marc):** Et par programmes.

**M. Drainville:** S'il vous plaît. Je vous remercie. Bon, allons-y maintenant sur cette statistique qui... Non, attendez. Un peu avant ça, je voulais aller sur la statistique, qui est vraiment incroyable, sur les admissions. C'est, quoi, c'est 2,8 % des admissions qui représentent... 2,8 % des patients qui représentent près de la moitié des admissions.

Mais, juste avant ça, les familles crient à l'aide, vous le savez. Je suis étonné de voir que l'aide sous forme d'allocation, que ce soit l'allocation... Je parle bien d'allocation directe, là, aux familles des usagers qui ont un problème de déficience physique, intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement. Dans les trois cas, les cibles ne sont pas atteintes. Donc, vous donnez un certain nombre de familles que vous voulez aider, qui ont, à la maison, un proche qui a soit un problème de déficience physique, soit un problème de déficience mentale, soit un problème de déficience TED, et, dans les trois cas, vous n'atteignez pas vos cibles. Pourquoi? Est-ce que c'est par manque de moyens financiers? Est-ce que c'est parce que vous n'avez pas suffisamment d'argent à distribuer sous forme d'allocation directe?

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

**M. Tanguay (Marc):** Alors, ce n'est ni l'un ni l'autre des éléments, c'est davantage en relation avec les personnes rejointes. En fait, nous n'avons aucune liste d'attente. Donc, si nous avions des personnes additionnelles qui étaient en besoin ou des enfants, on installerait le service. Mais, dans ce cas-ci, pour les domaines dont on vient de parler, nous n'avons pas de liste d'attente. Ce que ça reflète par ailleurs...

**M. Drainville:** M. le P.D.G., pourquoi... Permettez-moi de vous interrompre à nouveau. Je m'excuse. Mais pourquoi vous vous fixez une cible de 284 dans le cas des usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien, répit, gardiennage, dépannage

par allocation directe? Donc, vous vous fixez une cible, pour 2006-2007, de 284 familles à aider, et votre résultat est de 120. C'est moins de la moitié. Alors, pourquoi 284? Prémûmément, quand vous vous êtes fixé cette cible-là, c'est que vous aviez identifié 284 familles qui avaient besoin d'aide.

**M. Tanguay (Marc):** En fait, nous nous sommes fixé une cible qui tient en compte le fait qu'ailleurs au Québec il y a une réponse qui est apportée par cette approche-là d'allocation directe. Il faut dire que l'allocation directe n'est pas l'unique solution en termes de soutien à domicile; il y a des effectifs en CSSS qui offrent des services à domicile, il peut y avoir des organismes communautaires qui sont également impliqués en soutien à domicile, et l'allocation directe devient un autre moyen — un autre véhicule — de soutenir les gens, où on donne une allocation à la personne pour qu'elle identifie une ressource qui va venir la soutenir. Alors, il faut mettre en lien ces trois types de services là. Dans ce cas-ci, l'allocation directe est moins utilisée. Par ailleurs, on utilise davantage d'autres types de services, qui sont soit les services des CSSS ou du secteur communautaire. Alors, il y a ce premier élément...

**M. Drainville:** Ce que vous dites, c'est qu'il y avait bel et bien 284 familles qui avaient besoin d'aide, il y en a 120 qui ont reçu une allocation directe. Mais vous dites qu'il n'y a pas de liste d'attente parce que la différence entre 284 familles qui ont besoin d'aide... Et les 120 qui ont reçu un chèque ont été aidées autrement, soit par les CSSS soit par des organismes communautaires. Exact?

**M. Tanguay (Marc):** Exact. Il peut y avoir d'autres ressources et aussi les organismes d'économie sociale qui y sont impliqués pour venir soutenir les familles. Alors, l'offre de service vient de plusieurs dispensateurs.

**M. Drainville:** Très bien. Alors, allons-y, maintenant. 2,8 % des personnes atteintes de maladie chronique qui utilisent 49 % des admissions en centre hospitalier, d'abord je veux être sûr que je comprends bien, là, le libellé de ce que vous écrivez là. Quand vous dites «2,8 % des personnes atteintes de maladie chronique», ce que vous voulez dire, c'est que 49 % des admissions sont utilisées, pour reprendre votre terme, par 2,8 % des personnes admises, et ces personnes-là sont des personnes qui sont des malades chroniques.

**M. Tanguay (Marc):** En fait, sur un ensemble de 100 personnes présentant une maladie chronique, 2,8 vont consommer presque la moitié des admissions. C'est majeur. Et j'inviterais, si vous me permettez, M. le Président...

**M. Drainville:** Donc, ce n'est pas 2,8 % des admissions à l'hôpital, c'est vraiment, comme vous l'avez écrit, 2,8 % des personnes atteintes de maladie chronique qui représentent 50 % des admissions. Est-ce qu'on parle des admissions à l'urgence ici, là?

**M. Tanguay (Marc):** Ça peut être l'utilisation de l'urgence, ça peut être l'admission dans un lit de courte durée,

ça peut être l'utilisation de services diagnostiques. On voit là une consommation importante.

Dr Carrier, M. le Président, pourrait apporter des précisions pour le bénéfice de M. le député.

**Le Président (M. Kelley):** Un complément d'information, Dr Carrier.

**M. Carrier (Pierre):** J'ai certains tableaux effectivement qui concernent également d'autres régions. Ce tableau-là ressemble à peu près à ce qu'on retrouve dans la majorité des régions du Québec. Ça veut dire que le 2,8 % de la population qui occupe 50 % de nos lits — c'est comme ça qu'il faut le voir, là; 49 %, si on veut être précis — c'est les mêmes personnes, autrement dit, qui peuvent être réadmissées à plusieurs reprises. O.K.?

Pour donner un exemple, il y a 3 195 personnes sur une population, je dirais, de 400 000 qui ont été hospitalisées cinq fois et plus dans la même année. O.K.? Alors ça, c'est un exemple. Alors, on a l'ensemble des statistiques. Alors, ça veut dire que 2,8 % de la population, c'est des gens habituellement porteurs de maladies chroniques. Alors, on parle d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque, on parle de maladies pulmonaires, de maladies cardiovasculaires, on parle de cancer. Alors, ces gens-là utilisent 50 % de nos lits d'hospitalisation. Alors, ce que ça nous dit et ce pour quoi on a voulu sortir ces chiffres-là, c'est pour nous permettre de cibler ces gens-là davantage, de leur offrir un meilleur soutien et éventuellement de réduire l'utilisation des lits de courte durée en leur offrant d'autres services qui sont adaptés et qui sont chez eux.

**M. Drainville:** Très bien, docteur. On va y revenir, à ça. Donc, quand vous parlez des admissions, on parle bien des lits d'hospitalisation. Donc, on ne parle pas des... Ça n'inclut pas les admissions à l'urgence.

**M. Carrier (Pierre):** Ça inclut toutes les admissions, peu importe qu'elles proviennent de l'urgence ou qu'elles soient électives. O.K.? C'est la totalité des admissions dans l'établissement.

**M. Drainville:** O.K. Donc, quand vous me parlez de lits d'hospitalisation, c'est une autre statistique. Vous me dites: C'est la moitié des admissions en centre hospitalier...

**M. Carrier (Pierre):** De toute provenance: urgence élective, semi-urgence...

**M. Drainville:** De toute provenance, et également 50 % des lits d'hospitalisation, parce que ce n'est pas parce que tu es admis à l'urgence que tu vas nécessairement te retrouver dans un lit de courte durée. Mais la moitié des admissions en lit d'hospitalisation, c'est représenté par autour de 3 % des personnes souffrant de maladie chronique. Est-ce qu'on se comprend?

**M. Carrier (Pierre):** Je pense qu'on ne parle pas exactement de la même chose. Le 2,8 % de la population utilise 50 %, je dirais, des jours d'hospitalisation dans...

**M. Drainville:** O.K.  
● (11 h 20) ●

**M. Carrier (Pierre):** O.K.? Alors là, je ne l'ai pas en nombre d'admissions, là, parce que... Je suis capable de vous l'avoir. C'est-à-dire, je l'ai, j'ai 21 000 admissions pour des personnes qui y ont été cinq fois et plus. Les 43 000 personnes qui sont touchées par cette mesure-là, elles ont été admises donc 43 000 fois, O.K., ceux qui ont été admis une fois. Alors, si je fais le total, là, on est capables, nous autres, de connaître très, très bien le nombre de personnes qui sont venues une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, là, dans ces porteurs-là.

**M. Drainville:** O.K. Regardez, on discutera des statistiques plus fines peut-être après, puis vous verserez, si vous me le permettez, les documents qui nous permettraient de détailler tout ça au profit de tous les membres de la commission. Donc, on en reparlera après. Mais l'essentiel, là, c'est qu'un petit nombre de personnes consomment une très grande partie, en fait la moitié, au moins la moitié de nos soins de santé.

**M. Tanguay (Marc):** Voilà.

**M. Drainville:** Hein? Bon.

**M. Carrier (Pierre):** Dans nos lits.

**M. Drainville:** Alors là, on fait quoi avec ça, là? Je veux dire, si... Puis on pourrait faire un colloque d'une semaine juste là-dessus, là. Mais si je vous demandais de dégager les trois axes principaux qui nous permettraient de faire en sorte que ces gens-là ne se retrouvent pas à l'hôpital mais soient soignés là où ils devraient être soignés? Parce qu'on s'entend que, dans la plupart des cas, ils ne sont pas soignés au bon endroit. En se présentant à l'hôpital, ce n'est pas nécessairement le meilleur endroit pour eux pour qu'ils reçoivent des soins, n'est-ce pas?

**M. Carrier (Pierre):** Bien, je vous répondrais que ces gens-là sont traités au bon endroit. Mais ce qu'on pense, c'est qu'en faisant des interventions en préalable, donc accroître le préurgence... Donc, c'est vraiment du suivi dans la communauté, continuité de services, un intervenant pivot. Il y a un paquet de ces mesures-là. Alors, c'est ça qu'on essaie de mettre en place effectivement à partir de ces statistiques-là, et on essaie, pour chacun des CSSS, d'identifier précisément ces clients-là pour cibler les actions directement à ces personnes-là. On est capables de trouver des noms à ces personnes-là, O.K.?

**M. Drainville:** Mais diriez-vous qu'un des trois axes, par exemple, c'est un médecin de famille?

**M. Carrier (Pierre):** Une partie. On parlait tantôt de 15 % de notre population, mais on peut dire que, dans Chaudière-Appalaches, les clientèles vulnérables qui ont des maladies chroniques, je vous dirais que le nombre de personnes qui n'auraient pas de médecin de famille, là, à part de ceux qui ne veulent pas en avoir dans ces personnes-là, je dirais: Probablement que je suis capable de le compter sur deux mains.

**M. Drainville:** Alors, malgré le fait que...

**M. Carrier (Pierre):** Alors, ce n'est pas le manque de médecins pour ces patients-là, pas du tout.

**M. Drainville:** Bien là, je ne comprends pas, là, parce qu'il me semble que l'idée du médecin de famille et la raison pour laquelle il y a un consensus très, très fort au Québec pour qu'on continue d'aller dans cette direction-là, c'est justement pour éviter que les malades chroniques se retrouvent à l'hôpital si on peut éviter que ces personnes-là se retrouvent à l'hôpital. Donc, si vous me dites qu'elles ont déjà un médecin de famille, donc visiblement la solution ne passe pas par ça, ils en ont déjà un. La solution, elle passe par quoi, alors?

**M. Carrier (Pierre):** Ce que j'ajouterais là-dessus, c'est qu'il y a peut-être une partie de ces gens-là qui, au moment où ils entrent pour la première fois, ou la deuxième fois, ou la troisième fois, n'en avaient pas, de médecin de famille, ou n'avaient pas de suivi. À partir du moment... Dans Chaudière-Appalaches... Je ne sais pas les autres régions, je ne suis pas capable de vous répondre pour les autres régions, mais, dans Chaudière-Appalaches, il n'y a pas un de ces patients-là qui ressort sans avoir, dans chacun des territoires, un médecin qui va le prendre en charge. Il y a des mécanismes qui sont en place, dans notre région, pour cette clientèle-là. Ce n'est pas vrai pour toute clientèle, mais c'est vrai pour cette clientèle-là.

**M. Drainville:** Une sorte de guichet unique.

**M. Carrier (Pierre):** C'est-à-dire que ces gens-là ressortent, et les CSSS se chargent, avec les médecins locaux, de s'assurer qu'il y ait une prise en charge par un médecin à la sortie de l'hôpital de ces patients-là.

**M. Drainville:** O.K. Alors, je vous repose la question: On fait quoi, là?

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

**M. Tanguay (Marc):** M. le Président, si je peux me permettre d'ajouter... vous cherchez à identifier trois axes d'intervention.

**M. Drainville:** Bien, je vous donne le chiffre trois parce que je veux qu'on se concentre sur l'essentiel, là.

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Sur l'essentiel, je dirais, un repérage. Si on ne les repère pas, si on ne les identifie pas, bien ils vont prendre l'ambulance, ils vont se rendre à l'hôpital, ils vont ressortir, ils vont se désorganiser encore dans le domicile, ils vont reprendre l'ambulance et ils vont... Alors, vous imaginez les coûts de ce cycle-là. Alors, un, il faut les repérer un par un.

Deux, il faut voir quel est l'état de la santé, qu'est-ce qui fait qu'ils se rendent toujours à l'hôpital. Troisièmement, il faut mettre en place des équipes multidisciplinaires. On a le médecin de famille, on a des infirmières qui y travaillent, mais il faut plus que ça, il faut renchasser autour d'un travail multidisciplinaire, parce que parfois c'est des soins infirmiers, parfois c'est de l'insécurité qui est en relation avec une maladie pulmonaire chronique, la personne a peur de mourir. Il

faut faire en sorte de la voir, de la rassurer, de lui donner des moyens dans son milieu pour qu'elle puisse être soutenue. Alors, le repérage, le travail multidisciplinaire... pas juste un travail médical, il faut travailler en équipe là-dedans. Alors, c'est ce qu'on est en train de voir à structurer.

**M. Drainville:** Comment on construit ces équipes multidisciplinaires? Est-ce qu'on les construit autour des GMF?

**M. Tanguay (Marc):** On les construit autour des GMF, on les construit autour de CSSS, on les construit autour de sous-groupes de cabinets de médecine, parce que le premier intervenant qui connaît la personne est le médecin.

**M. Drainville:** Bien oui!

**M. Tanguay (Marc):** Alors, il faut, autour du médecin, introduire d'autres types de personnes: travailler social, infirmière, nutritionniste, intervenant en éducation ou en rééducation. Et, avec cette équipe multidisciplinaire là, on est capables de soutenir à domicile la personne. Alors, si on n'a pas cette forme d'encadrement multidisciplinaire et un suivi systématique, la personne rebondit à l'urgence, entre en hospitalisation, on doit la restabiliser pour la réintégrer. Alors, notre but, c'est d'intervenir en amont, donc le repérage, les interventions multidisciplinaires et un suivi systématique.

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

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste deux minutes, M. le député.

**M. Drainville:** Merci. Dans la foulée donc de la création de ces équipes... Et je comprends très bien ce que vous dites, là, je comprends très bien la nécessité d'élargir un peu, disons, la couverture de soins, là, d'aller au-delà du médical. Je comprends ça. Mais alors la personne — c'est le soir — panique, elle pense qu'elle va mourir, comme vous dites, elle ne peut pas appeler le médecin de famille, la clinique est fermée. Elle fait quoi, là, dans le cadre de cette équipe disciplinaire que vous essayez de créer? C'est quoi? Y a-tu une ligne d'urgence où elle peut appeler? Quelqu'un va lui dire: Calme-toi? Ou même, mieux encore, quelqu'un va lui dire: Regarde, je vais y aller ou je vais t'envoyer quelqu'un? Qu'est-ce que vous faites dans un cas comme celui-là, que vous avez vous-même soulevé?

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

**M. Tanguay (Marc):** Alors, une fois que la personne est repérée, connue, suivie de jour, effectivement le problème de santé peut se présenter le soir, la nuit, la fin de semaine. Alors là, c'est la mise en place d'un système de garde médical et d'un système de garde infirmier. Or, avec ces deux éléments-là, on peut...

**M. Drainville:** C'est quoi, un système de garde médical, M. le P.D.G., là? Soyez plus concret, s'il vous plaît.

**M. Tanguay (Marc):** Lorsqu'une personne donc est dans une situation de difficulté de santé, qu'elle a besoin d'aide, plutôt que de s'adresser à l'hôpital, dans un premier temps, elle contacte une infirmière qui est de garde, qui est disponible, qui va répondre...

**M. Drainville:** Mais qui est rattachée à quoi?

**M. Tanguay (Marc):** Qui est rattachée à un centre de santé et de services sociaux.

**M. Drainville:** Donc à la mission CLSC?

**M. Tanguay (Marc):** À la mission CLSC et éventuellement rattachée à un sous-groupe de médecins — on est à l'étape de voir à l'implantation de ça — qui fera que cette infirmière-là pourra se déplacer sur place pour offrir le service, même si c'est le soir, même si c'est le samedi ou le dimanche.

**M. Drainville:** Donc, une espèce d'équipe d'urgence, entre guillemets, constituée, entre autres, d'infirmières qui peuvent se déplacer pour aller voir si vraiment il y a urgence, si vraiment il faut qu'elle parte pour l'hôpital.

**M. Tanguay (Marc):** Donc, il peut y avoir, à ce moment-là, une intervention nursing. Mais, s'il appert qu'il y a un requis d'une intervention médicale, il y a également un médecin de garde qui peut être appelé et qui pourrait éventuellement se déplacer.

**M. Drainville:** Wow! O.K.

**M. Tanguay (Marc):** Alors ça, c'est toute cette logique qu'on est en train d'implanter pour venir trouver des solutions à cette consommation importante et hospitalière.

**M. Drainville:** Bien, c'est très bien. Je vous encourage à continuer. Je pense que c'est la voie de l'avenir.

J'aurais eu beaucoup d'autres questions à vous poser, au sujet, entre autres, de la santé mentale. Vous le dites vous-même, c'est votre talon d'Achille. Je note, entre autres, que, les séjours moyens, là, pour les personnes... le pourcentage du séjour de 48 heures et plus sur civière pour les personnes atteintes de santé mentale, vous avez beaucoup, beaucoup de difficultés, hein? Même vous l'admettez vous-même. Et puis on vous fait confiance pour essayer d'améliorer votre performance pour les années à venir, hein, parce que c'est un vrai problème, la santé mentale, au Québec, là, hein?

**M. Tanguay (Marc):** Quand on compare...

**Le Président (M. Kelley):** Un court commentaire, M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** ...en termes de richesse-programme, on avait un sous-investissement quasiment de l'ordre de 3,5 millions. Or, déjà là, on a fait un rattrapage, là, d'à peu près 2 millions et on continue dans la prochaine année. Notre but, c'est d'atteindre l'équilibre et l'équité pour ce programme-là, puis on pense qu'avec les mesures qu'on est en train de mettre

en place — soutien intensif pour les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, tant les jeunes que les adultes, centre de crise, soutien de la part des organismes communautaires — on devrait changer... Et, quand on reviendra dans trois ans, on sera probablement en mesure de vous montrer que les résultats sont au rendez-vous.

**M. Drainville:** Et je suis très content de vous entendre beaucoup parler des organismes communautaires, ils sont très importants. Souvent, c'est notre dernier filet de sûreté, dernier filet de sécurité. Ils font un travail exceptionnel à des coûts extraordinaires. Je veux juste vous dire ça. Voilà. Merci, M. le Président.

● (11 h 30) ●

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. le député. Et je veux témoigner aussi que ces services de soutien pour les personnes avec les maladies chroniques marchent bien dans ma région aussi, et les disponibilités des infirmières... Souvent, des infirmières des groupes communautaires, comme les infirmières de NOVA, sont très disponibles les fins de semaine, les soirs, et trop souvent, dans nos vies, c'est le soir où effectivement on a un plus grand besoin. Surtout comme père d'enfants, les enfants ne tombent jamais malades de 9 à 5, le jour, ils tombent malades à 3 heures le matin. Je ne sais pas pourquoi, la vie est ainsi faite, mais c'est la vérité.

Avant de passer la parole à mon collègue le député d'Orford, juste une... Il y avait un autre chiffre que vous avez avancé, qui m'impressionne beaucoup, et c'est le fait que, vos lits courte durée, le taux d'occupation pour les personnes avec besoin des soins chroniques est zéro.

Ce n'est pas le cas dans ma région. Alors, c'est quoi, la recette que je peux partager avec notre établissement de santé dans ma région? Parce que ça, c'est très impressionnant, c'est un problème très grave dans le secteur de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, qui trop souvent l'urgence déborde parce qu'il y a des lits occupés par des personnes avec des besoins chroniques plutôt que courte durée. Alors, comment est-ce que vous avez réussi de créer un chiffre de 0 %, M. Tanguay?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, disons que ce sont des mesures qui ont été déployées dans d'autres régions, certaines sont particulières à Chaudière-Appalaches. Mais ce qu'on a essayé d'installer d'abord autour de l'urgence, hein, le coordonnateur médical responsable, on a travaillé à mettre en place des mesures en amont. Donc, avant que le patient arrive à l'hôpital, est-ce qu'il se peut qu'on puisse faire des interventions qui évitent justement l'arrivée à l'urgence puis éventuellement l'admission? On a parlé des malades chroniques tout à l'heure. C'est une intervention qu'on est en train de développer. Il y a aussi la mise en place d'une série de mesures. Lorsque la personne en perte d'autonomie et âgée n'a plus besoin des services du centre hospitalier, il faut immédiatement qu'elle soit sortie. Alors, infirmières de liaison, travailleurs sociaux, travailleurs sociaux à l'urgence comme telle, puis s'assurer d'une reprise du côté du centre de santé pour un service, donc des ressources d'hébergement, des ressources de transition, de la convalescence soutenue — on a des situations où la convalescence se vit à l'hôpital parce qu'un soutien à

domicile serait insuffisant durant la période de convalescence — introduire ce qu'on appelle une convalescence assistée: on amène dans un lieu donné, regroupé, qui peut être en partenariat avec une résidence privée, des services spécialisés en réadaptation, en soins infirmiers pour finir la période de convalescence et ensuite retourner à la maison la personne, donc une série de mesures qu'on a mises en place.

On a, par exemple, au niveau des... On parlait, tout à l'heure, genou et hanche, hein, l'arthroplastie, et souvent c'est des personnes qui sont âgées qui subissent ces interventions-là. On constate, dans notre région, avec les mesures qu'on a mises en place, une diminution de la durée de séjour. On a beau travailler à l'urgence, si on ne diminue pas la durée de séjour, bien on perd des lits qui pourraient être utilisés autrement. Alors, on a descendu autour de huit jours la durée de séjour pour l'arthroplastie, ce qui nous place dans une position relativement intéressante et beaucoup plus basse que la moyenne provinciale. Pourquoi ça réussit? D'abord, en préopératoire, les personnes sont mieux préparées, l'opération... ensuite de ça la durée de séjour est structurée de façon importante avec des soutiens en réadaptation. Elle est retournée à domicile plus rapidement. Ceci contribue à libérer des lits qui vont venir soutenir l'urgence. Alors, des mesures en amont, des mesures en aval, des mesures dans l'urgence également.

Peut-être que le Dr Carrier pourrait compléter.

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

**M. Carrier (Pierre):** Je pense que c'est intéressant. Un point avec lequel on a travaillé beaucoup avec les DSP de nos hôpitaux là-dessus, c'est que l'évaluation de ces patients-là souvent se faisait... Puis, je dirais, avant l'arrivée des CSSS, souvent ça se faisait tout en milieu hospitalier, donc l'évaluation du patient se faisait en milieu hospitalier, dans un milieu où tu es complètement, je dirais, dépendant, puis plus particulièrement quand tu es âgé. Alors, on a convenu — et la mise sur place des CSSS a aidé à ça aussi — d'intégrer plus le CLSC. Donc, c'est l'intervenant du CLSC qui participe à l'évaluation du patient à l'hôpital, qui connaît son milieu dans lequel il était, et cette intervention-là permet, je dirais, de ramener le patient... On connaît le milieu, ce qu'il est capable de donner et les services que le CLSC est capable d'offrir. Alors, au lieu de faire l'évaluation à l'hôpital, on l'installe dans des conditions de convalescence, et souvent la personne va récupérer beaucoup plus rapidement. Si tu es trois semaines à l'hôpital...

Je fais encore des soins actifs, moi, et je travaille justement à un système de garde en maintien à domicile et en soins palliatifs, et c'est clair que, si on laisse une personne âgée trois semaines à l'hôpital, la réadaptation, là, on en a pour trois mois avant qu'elle soit capable de récupérer pour revenir dans son milieu. Si on instaure des mesures rapidement chez eux et qu'on continue l'évaluation chez eux, dans son milieu, ou dans un milieu de convalescence, là on va obtenir des résultats pour diminuer d'abord le nombre de personnes qui vont nécessiter une admission en soins de longue durée et on va être capables d'adapter les services. Alors ça, je pense que c'est une intervention sur laquelle on a

travaillé régionalement avec l'ensemble des établissements.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Et, comme j'ai dit, je trouve que c'est des chiffres qui sont intéressants et je vais partager votre recette avec mon CSSS. Sur ça, je vais céder la parole au député d'Orford.

**M. Reid:** Est-ce qu'il nous reste un peu de temps, M. le Président? Parce que je ne voudrais pas priver ma collègue non plus de poser une question.

**Le Président (M. Kelley):** Il reste 17 minutes.

**M. Reid:** O.K. Merci beaucoup.

**Une voix:** ...

**M. Reid:** C'est toujours trop. C'est toujours trop.

**Le Président (M. Kelley):** Oui. C'est tout calculé à la seconde, mes collègues députés, je peux vous assurer.

**M. Reid:** M. le Président, je ne voudrais pas que les administrateurs de haut niveau des agences repartent de leur rencontre avec la commission avec l'impression que les députés autour de la table cautionnent la vision qui a été présentée, qui me semble un petit peu minimisante, si je peux m'exprimer ainsi, là, du rôle que les agences jouent dans la région quand on parle un peu de l'agence qui... et le directeur de l'agence qui est présenté un peu comme étant... ce n'est pas ce qui a été dit, mais, disons, peut-être un peu comme la marionnette du ministre dans la région ou en tout cas...

**M. Drainville:** Nous ne sommes pas tombés dans ce travers, M. le collègue.

**M. Reid:** M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** La parole est au député d'Orford, s'il vous plaît.

**M. Reid:** Oui.

**M. Drainville:** ...

**Le Président (M. Kelley):** S'il vous plaît, la parole est au député d'Orford.

**M. Reid:** M. le Président, si le député de Marie-Victorin écoute ce que je dis, probablement qu'il va comprendre que je ne m'adressais pas à lui dans cette circonstance-là. Il n'avait pas besoin de faire une interprétation et de prendre du temps qui nous appartient, M. le Président. Alors, je serais malheureux que les gens partent avec cette préoccupation-là.

Et je voudrais dire que d'une part je ne vais pas condamner évidemment ce qui a été fait par nos collègues de l'ADQ, qui ont, et c'est tout à leur honneur, pris le temps d'aller sur le terrain rencontrer du monde et d'aller voir ce qui se passe. Je pense qu'il y a peut-être une leçon, là, pour tous les parlementaires, d'aller rencontrer des gens.

Cependant, il me semble, à la lumière de ce qui est dit, que les personnes qui ont été rencontrées sont davantage des personnes, à peu près dans tout ce que j'ai entendu, moi, en tout cas, qui relèvent d'un niveau qui est subalterne à celui de la direction régionale, et donc il n'est pas étonnant d'entendre que ces commentaires-là sont défavorables ou qu'on trouve qu'il y a un certain nombre de choses négatives qu'on a entendues, là, comme des ayant dit, des ayant été dit, en tout cas, et ça ne m'étonne pas parce que, dans tous les niveaux, évidemment, il y a des personnes de qualité, et c'est souvent ceux-là qui sont critiques, qui veulent optimiser leur secteur, leur hôpital, leur département.

Moi, quand j'étais à l'université... C'est clair que le professeur trouve que son secteur, dans son département, est mal compris par le directeur de département, qui, lui, trouve que son département est mal compris par le doyen, etc., jusqu'au recteur, et ce n'est pas anormal de trouver ça. Donc, il ne faut pas conclure de ça que l'agence ne fait pas son travail, bien au contraire, et il me semble que, là, il y a justement une question d'optimisation. On a eu quand même quelques bons éléments de réponse un peu plus tôt là-dessus.

Et je voudrais revenir sur un point, la question du pouvoir de nomination. Par exemple, on a eu beaucoup — personne n'a réagi, donc je voudrais réagir là-dessus — beaucoup de questions sur le fait que, si le ministre nomme quelqu'un et qu'il peut le révoquer... Et on a parlé comme de droit de vie ou de mort au sens évidemment figuré, mais comme si la personne concernée qui était nommée devait obéir au doigt et à l'oeil à tous les signaux que le ministre donne, sinon elle se voit sortir. Je voudrais simplement dire ici que, dans le contrôle de gestion, donc la façon de gérer une organisation, le contrôle de gestion, c'est l'étape intermédiaire.

Ceux qui sont familiers avec la fameuse pyramide d'Anthony, les opérations en bas, la stratégie tout à fait en haut, et il y a le niveau intermédiaire qui s'appelle le niveau de contrôle de gestion, il y a, dans un environnement décentralisé, un contrôle qui reste, c'est presque le seul qui reste, c'est le contrôle de nomination et de révocation. Sinon, ça veut dire qu'on nomme quelqu'un, puis il peut faire n'importe quoi, on ne peut plus rien faire, même s'il ne suit pas les stratégies de l'entreprise ou les stratégies de l'organisation. Or, ici, les stratégies de l'organisation, c'est le gouvernement élu qui les met en place et qui les concrétise par des budgets qui, dans le cas du gouvernement minoritaire, évidemment nécessitent une collaboration, et il faut que, dans un environnement décentralisé — et c'en est un de plus en plus, on l'a expliqué encore ce matin — il faut qu'il y ait ce pouvoir de nomination et de révocation, ce qui ne veut pas dire que les personnes qui sont nommées ou qui pourraient être révoquées sont des esclaves. Le pouvoir de révocation est associé essentiellement au fait que quelqu'un pourrait ne pas vouloir suivre les grandes orientations. Or, on nous a montré encore aujourd'hui que ces orientations-là, ça fait partie de la façon dont on fonctionne dans notre système: les agences regardent les orientations, les adaptent et font leur travail de décentralisation.

Je voudrais simplement souligner ici un désaccord important par rapport à l'impression qui s'est dégageée, que, si les directeurs d'agence sont nommés par le ministre ou par le gouvernement, automatiquement ils n'auraient

pas de pouvoir de décentralisation. Or, dans tous les grands systèmes de décentralisation, on garde ce pouvoir de nomination, sauf pour des fonctions de type éthique, de type Vérificateur général, etc., parce que les personnes sont chargées de faire en sorte que les grandes orientations de l'organisation ici, le gouvernement, ici, le public, soient, disons, respectées, les grands axes soient respectés.

● (11 h 40) ●

Alors, moi, ma question — je voudrais ici faire ressortir un point qui n'est pas sorti dans les échanges qu'on a eus ce matin — c'est qu'on a dit, à un moment donné, dans les échanges, M. le président-directeur, vous avez dit: L'agence est un organisme de régulation, et c'en est un, c'est assez évident, la régulation des ressources, la régulation de ce qui se passe. Maintenant, dans un système vraiment décentralisé, il y a aussi une possibilité d'initiative. C'est ça, la décentralisation, ça veut dire qu'on ne fait pas que ce qu'en haut demande, on fait aussi des choses qu'on a envie de faire, qu'on pense qui sont nécessaires et qui optimisent la réponse aux besoins du milieu. Et il me semble qu'il y a deux niveaux de décentralisation ou d'initiatives intéressants dans notre système, c'est celui de l'agence pour la région, mais c'est aussi celui des réseaux locaux de services qui peuvent avoir des initiatives, et souvent c'est les deux en même temps. On a eu des exemples de réponses qui nous ont été données hier encore là-dessus.

Moi, j'aimerais que vous nous parliez un petit peu de cet aspect de la décentralisation dans votre cas à vous, avec des exemples qui vous appartiennent et qui ont amené des innovations. Vous avez parlé tantôt, mais très brièvement, d'innovation, et j'ai noté convalence adaptée, si j'ai bien compris, où vous avez des nouvelles places, plus originales, faites avec de l'innovation au niveau des CHSLD, mais ça a été très vite. Alors, j'aimerais ça vous donner la possibilité d'expliquer ça, mais en même temps de nous montrer: Ce mécanisme d'innovation sur les deux niveaux, celui régional et l'autre local, est-ce que ça fonctionne chez vous? Est-ce que ça a donné des bons résultats? Peut-être ces deux-là, peut-être d'autres.

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

**M. Tanguay (Marc):** Peut-être, pour introduire, il m'apparaît important de vous parler de réseaux locaux de services. Lorsque cette décision a été prise, et par voie de dispositions législatives, d'adopter des réseaux locaux de services, il y avait derrière ça une volonté importante d'augmenter l'imputabilité des dirigeants locaux et derrière ça il y avait une volonté de dire aux dirigeants locaux: Voici, vous êtes responsables de la santé et du bien-être de la population et vous êtes responsables d'ajuster vos services pour mieux répondre aux besoins de la population. Allez dans votre milieu, rencontrez la population, rencontrez vos partenaires, regardez qu'est-ce qu'il y a comme problèmes, ramassez ça, regardez comment vous pouvez par la suite modifier, ajuster vos services pour mieux répondre aux besoins de la population. Or, ça, c'est le rendez-vous qui nous a été doté par l'implantation notamment de la loi n° 25, qui a été consolidée par les dispositions de la loi n° 83.

Nous, ce qu'on a dit à nos centres de santé: Allez. Allez travailler avec votre milieu. Or, les centres de santé, ce qu'ils ont fait dans les trois dernières années, ils ont fait des regroupements, ils ont rencontré des familles, ils ont rencontré le milieu, ils ont rencontré des représentants élus municipaux pour voir: Qu'est-ce que vous pensez de nos services? Est-ce qu'on répond bien à la population? Où sont nos trous dans nos services? Où sont nos ruptures dans nos services? Qu'est-ce que vous pensez qu'on devrait faire? Ils ont cumulé ces informations-là, ils ont revu leur organisation de services, ils ont revu l'offre de service, ils ont réajusté le tir. Bien sûr, tout ça ne se fait pas dans 24 heures, mais c'est un processus, dans les trois dernières années, que chaque centre de santé a conduit et qui était sous l'égide du conseil d'administration.

Tout à l'heure, on parlait des conseils d'administration. Qu'est-ce que ça fait? Bien, dans ce cas-ci, les conseils d'administration ont comme doté le mandat, ils ont vu quelles étaient leurs responsabilités, et les directions générales, avec les équipes, ont travaillé sur le terrain, ont rapporté l'information auprès des conseils d'administration, et ça a été traduit en disant: Bien, voici, là on a un problème, voici comment on pourrait le régler, et là les conseils d'administration sont venus les soutenir par des avis et plus tard par une surveillance du plan d'action et sur le comment-faire. Or, globalement, on a renforcé l'espace au niveau local puis le partenariat au niveau local entre le municipal, l'éducation, ainsi de suite.

Tout à l'heure, on parlait des jeunes en difficulté. La problématique des jeunes en difficulté n'est pas juste celle du centre jeunesse et du système de protection de la jeunesse, il faut que nos familles puissent avoir les bonnes conditions, souvent des conditions salariales. Nous, on dit à nos représentants du socioéconomique: Il faut créer de l'emploi à valeur ajoutée, il faut créer de l'emploi avec un salaire un peu plus important. Quand vous avez presque un salaire minimum, avec deux enfants, et une maison, et tout ce qu'on sait, là, pour les jeunes couples aujourd'hui, on est vite dans une difficulté familiale, vite dans des difficultés conjugales et autres. Donc, on dit à nos gens du socioéconomique — et c'est le rendez-vous que nos établissements locaux ont fait: Il faut créer de l'emploi à valeur ajoutée, il faut travailler sur la pauvreté, qui est un déterminant, et on doit chacun le faire. Il faut que l'éducation y travaille, il faut que les centres de la petite enfance... Or, cette dynamique-là qu'on est venu créer, qui auparavant était difficile à créer parce qu'on n'avait pas cette structure de réseau local qui a été mise en place, ça, ça a amené une créativité aussi au niveau des approches, comment faire, quoi faire.

**M. Reid:** Est-ce que vous pourriez nous donner... Parce que, là, vous montrez que vous vous inscrivez également dans la machinerie de l'innovation économique, régionale, etc. Mais est-ce que vous pourriez nous donner ou décrire quelques exemples, ou peut-être juste un, là? Moi, ça m'a intrigué, la convalence adaptée. Qu'est-ce que c'est comme innovation? Comment c'est arrivé à se faire, ça, enfin par rapport aux niveaux, aux deux niveaux, si on veut, régionaux?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, on pourrait parler de la télémétrie. Tout à l'heure, on l'a abordée. Je pense qu'au Québec on est un des espaces où on a développé le plus les services préhospitaliers d'urgence, et ça, ça a des impacts majeurs, hein? On traite mieux le patient durant le transport, on sait à quel endroit exactement... qu'est-ce qu'il a, puis, à l'arrivée, il est traité plus rapidement, il reste moins longtemps à l'urgence, il est immédiatement...

**M. Reid:** Est-ce que c'est une innovation plutôt donc qui origine de l'agence au niveau régional, à ce moment-là, plutôt que d'un niveau de réseau local, dans ce cas-là?

**M. Tanguay (Marc):** Ce qui est intéressant dans ce cas-ci, c'est qu'elle est régionale et populationnelle. La population a cru en l'idée d'installer dans nos ambulances de la télémétrie avec, à l'autre bout, des médecins qui sont en interaction continue avec le technicien ambulancier pour faire des interventions. La population a fait une levée de fonds via une fondation. Ils ont ramassé 2 millions pour installer des équipements, et, nous, on a installé les professionnels à l'Hôtel-Dieu de Lévis, et les médecins, pour être en relation avec nos techniciens ambulanciers. Alors, voilà un projet, dans ce cas-ci, qui s'est travaillé, réalisé plus dans une approche régionale parce que l'agence... l'imputabilité au niveau des services ambulanciers, et où la population et l'agence ont contribué, et où on a un résultat concret, qui est la télémétrie.

On a travaillé aussi... Les centres de santé ont implanté des équipes spécialisées pour intervenir de façon intensive auprès des jeunes en difficulté. Un centre de santé l'a déjà fait, les autres sont en train de l'implanter au moment où on se parle, mais tout ça va faire en sorte qu'en faisant différemment, en offrant un service plus accentué auprès des jeunes et de leurs familles, on contribue à diminuer les taux de signalement. Alors, différentes mesures ont été prises.

Je voudrais revenir sur la télémétrie parce que vous avez entendu qu'à Ottawa on avait implanté un nouveau dispositif qui faisait en sorte que les ambulanciers se rendaient directement au niveau de centres tertiaires vis-à-vis des situations d'infarctus. C'est déjà implanté en Chaudière-Appalaches. On n'en parle pas dans les médias, mais, quand on a vu Ottawa...

**M. Reid:** Un secret bien gardé.

**M. Tanguay (Marc):** ...on s'est dit: C'est malheureux, parce que c'est implanté. Déjà, lorsqu'on a un cas d'infarctus qui nécessite une intervention de l'Hôpital Laval, au lieu de l'amener à l'Hôtel-Dieu de Lévis et ensuite de le transporter pour l'intervention, on va directement à l'Hôpital Laval. Et, comme disait le médecin spécialiste pour le dossier d'Ottawa, on ménage du muscle cardiaque, le patient sort en meilleure condition, retourne sur le marché du travail, et non seulement on a sauvé une vie humaine, mais on l'a rendu à sa famille, à son milieu et à son lieu de travail.

**M. Reid:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de Gatineau, il vous reste quatre minutes. Désolé.

**Mme Vallée:** Ça va. Ma question est un peu plus terre à terre. Vous avez mentionné en conclusion, dans votre plan, ce qui s'annonçait, entre autres, au niveau de la main-d'oeuvre. Vous voulez mettre en place un plan d'action régional intersectoriel. On sait, dans les régions, la difficulté qu'on peut avoir, à un certain moment donné, d'attirer, de retenir une main-d'oeuvre pour offrir les services sur l'ensemble de notre territoire, et vous êtes quand même à proximité de Québec, donc j'imagine qu'il doit y avoir un certain défi de recruter et de retenir du personnel pour offrir l'ensemble des services, surtout dans les endroits ruraux qui sont un peu plus éloignés des grands centres.

Alors, de quelle façon vous envisagez la mise en place d'un plan d'attraction mais aussi un plan de rétention? Puis c'est une question qui a été abordée pas mal avec l'ensemble de vos collègues et c'est intéressant de voir, d'une région à l'autre, quelles sont les spécificités et les façons de faire qui sont mises en place. Alors, j'aimerais vous entendre sur ce point.

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

● (11 h 50) ●

**M. Tanguay (Marc):** Il faudrait introduire en disant, M. le Président, que, si toutes les agences, tous les établissements font bien leur travail, toutes choses étant égales par ailleurs, on risque d'avoir un problème, hein? Si on réussit tous à retenir, tous à attirer, il va falloir aller chercher dans d'autres secteurs de l'activité économique ces personnes-là. Alors, on est dans une situation, hein, où le contexte, qui est à l'échelle du Québec, et plus encore... On est en train de manquer de main-d'oeuvre dans à peu près tous les secteurs d'activité. Alors, qui aura la meilleure réussite? On verra.

En ce qui nous concerne, comme agence, on a travaillé sur différentes choses, d'abord sur la gestion des ressources qu'on avait. Quand on regarde les taux d'assurance salaire, et vous pourrez le constater, on est l'une des régions les plus performantes. Alors, dans un premier temps, il faut bien gérer nos ressources humaines, donc il faut les mobiliser, il faut leur trouver des conditions facilitantes dans le milieu, il faut faire en sorte que nos congés maladie et autres soient bien gérés pour qu'au moins la présence au travail soit optimale. Alors ça, pour nous ça a été des interventions importantes. D'ailleurs, nos résultats, vous pourrez le constater, sont parmi les meilleurs.

Autre dimension, pour ce qui est de la rétention, parce qu'il faut travailler toujours en rétention, faire en sorte de devenir des employeurs d'excellence — d'ailleurs, le centre jeunesse vient d'implanter un nouveau programme comme employeur de choix, et les établissements de la région sont à le faire au moment où se parle, donc ça répond à certaines conditions — pour être un employeur de choix, on accueille nos gens adéquatement, on fournit la formation continue au personnel, on lui offre l'occasion d'enrichir son travail, on lui offre l'occasion d'avoir une supervision adéquate.

Vous savez, dans les dernières années, on a désinvesti au niveau de l'encadrement. Or, on s'est

ramassés dans une situation où on a beaucoup, beaucoup de gens qui n'ont pas de boss, dans le sens où il y a un taux d'encadrement très élevé, notamment dans nos centres de santé, et là, bien, les employeurs de choix travaillent à améliorer, à augmenter un peu le taux d'encadrement. Parce que qui dit amélioration du taux d'encadrement dit aussi amélioration de la qualité et de la sécurité, parce qu'on peut mieux superviser, mieux soutenir nos gens. Alors, il y a des mesures comme ça qui ont été implantées, d'autres qui sont en voie d'implantation.

Sur la question maintenant de l'attraction, vous avez raison de dire que Québec n'est pas tellement loin. Quand un grand centre universitaire décide d'implanter différents dispositifs avec toutes les capacités qu'il a, il peut vider l'Est du Québec à la limite assez facilement, que ce soit en soins infirmiers ou en réadaptation. Là, on a un devoir de réguler ça. Alors, on s'amène dans une autre logique, qui est celle des réseaux universitaires. Alors, on est en partenariat avec l'Agence de la Capitale nationale et les autres agences de l'Est du Québec pour développer des mesures qui vont être tantôt aidantes pour éviter que certaines se vident au profit de d'autres. Alors ça, c'est extrêmement important. Nous ne pouvons pas travailler autrement.

On a aussi...

**Le Président (M. Kelley):** Peut-être en conclusion, s'il vous plaît.

**M. Tanguay (Marc):** ... — conclusion — débuté des exercices avec nos partenaires intersectoriels. Je vous donnerais un exemple: si nous recrutons un médecin, en Chaudière-Appalaches, pour Saint-Georges de Beauce, et que la conjointe est enseignante, et qu'on ne peut pas lui offrir un emploi d'enseignante, dans un an, le médecin ne sera plus là. Alors, une série de mesures avec nos partenaires sectoriels... Nous avons trouvé une infirmière. As-tu trouvé un emploi pour un économiste? As-tu trouvé un emploi pour un informaticien? As-tu trouvé un emploi pour son conjoint, qui est dans tel et tel autre domaine? Alors, c'est le défi intersectoriel qui va nous amener probablement à faire de la rétention en Chaudière-Appalaches si on relève ensemble nos manches et si chacun offre une partie de la solution.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. Tanguay. Est-ce que c'est M. le député de L'Assomption?

**M. Laporte:** Oui.

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste 19 minutes.

**M. Laporte:** Parfait. Bonjour, M. Tanguay. Je vais juste vous demander d'être le plus bref possible parce qu'on a encore beaucoup de questions, puis je voudrais avoir le temps de discuter de plusieurs points, puis mon collègue aussi également.

Vous avez comme mandat la protection de la jeunesse, de venir en aide aux jeunes en difficulté. Mes collègues d'en face ont beaucoup parlé de décentralisation, dont le député d'Orford. J'aimerais avoir votre

avis: Est-ce que d'après vous le service de la protection de la jeunesse des centres jeunesse est un service décentralisé? Est-ce que c'est un service qui est près de la population, qui est décentralisé?

**M. Tanguay (Marc):** D'abord, mentionnons que c'est un service spécialisé. Alors, les services spécialisés sont davantage de niveau régional, et c'est vrai pour toutes les régions du Québec. Alors, c'est un service qui est décentralisé, au sens qu'il y a des points de service un peu partout dans la région, comme dans toutes les régions du Québec, mais il est un service d'ordre régional. En termes de hiérarchisation, idéalement on devrait répondre aux besoins des familles, en première ligne, dans le centre de santé à très grande proximité et ensuite aller vers un service spécialisé. Mais notre filet de social fait en sorte qu'on peut appeler la DPJ pour une situation, sans égard aux autres intervenants, lorsqu'il y a une nécessité de signalement.

**M. Laporte:** Mais la DPJ n'est pas décentralisée. Comme vous dites, c'est régional. C'est sûr que ce n'est pas aussi près du terrain. C'est sûr, on offre le service en première ligne. Mais la DPJ en soi, ce n'est pas un service qui est décentralisé, on est d'accord là-dessus.

**M. Tanguay (Marc):** C'est un service où on retrouve, je pense, huit points de service dans la région de la Chaudière-Appalaches. Alors, il est quand même déconcentré.

**M. Laporte:** Vous avez eu combien de sommes, de nouvelles sommes d'argent pour mettre en application la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse qui est en entrée en vigueur le 9 juillet dernier?

**M. Tanguay (Marc):** Il me faudrait faire la validation. Malheureusement, je n'ai pas l'information précise. En fait, les sommes qui nous ont été consenties pour notamment les services jeunes en difficulté, une partie de ces sommes-là devait servir, d'une part, à consolider les services de première ligne avant que n'arrive le signalement et, d'autre part, à soutenir les centres jeunesse dans l'implantation des nouvelles dispositions de la loi. Alors, il faudra que je vérifie.

**M. Laporte:** Mais vous ne pouvez pas me dire la répartition s'est faite comment? Est-ce que ça a été 50-50 entre première ligne et deuxième ligne? Parce que je crois que, le ministre, c'est les orientations qu'il donnait, 50-50.

**M. Tanguay (Marc):** La répartition ne s'est pas faite de cette manière-là, et je vous avouerais franchement que, dans ce cas-ci... Tout à l'heure, on voyait le pouvoir d'intervention ou non des agences; dans le cas de l'Agence Chaudière-Appalaches, une priorité accordée à la première ligne de services. Si on ne renforce pas le soutien ou le service intensif auprès des jeunes en difficulté, on a une conséquence immédiate au niveau du signalement. On sait que la nouvelle loi a prévu des dispositions pour faire en sorte de donner la chance aux parents de reprendre leurs enfants, mais, pour ce faire, il

faut préparer les familles, il faut les préparer à recevoir les enfants, alors une intervention plus vers la première ligne qui va soutenir directement l'intervention de la protection de la jeunesse.

**M. Laporte:** Les intervenants en centre jeunesse ont combien de cas par intervenant, combien de familles?

**M. Tanguay (Marc):** Je n'ai pas la donnée.

**Une voix:** ...

**M. Tanguay (Marc):** On était à 25 ou 26, me dit Mme Benoît, et nous sommes environ à 21 au moment où on se parle.

**M. Laporte:** O.K. Vous savez que l'Association des centres jeunesse dit que, pour donner un bon service, un service intensif, c'est un pour 16. Quels sont les moyens que vous mettez présentement en place pour arriver à ce ratio de un pour 16?

**M. Tanguay (Marc):** Alors, dans la répartition des ressources que nous obtenons, bien sûr une partie est affectée à la première ligne de services et une autre portion à soutenir les charges de travail. Mais, si on réussit à mieux, je dirais, contrôler nos signalements — et on vous a démontré tout à l'heure qu'il y avait une diminution d'au-delà de 360 signalements reçus et 360 signalements retenus — tout ça fait en sorte qu'il y a une diminution donc des volumes d'activité. Alors, indirectement, on se trouve à améliorer la charge de travail des intervenants.

**M. Laporte:** Avez-vous engagé de nouvelles ressources en centre jeunesse puis avez-vous engagé de nouvelles ressources en CLSC spécifiquement pour ajouter un service, des ressources aux familles en difficulté, aux jeunes en difficulté?

**M. Tanguay (Marc):** Oui, absolument, en CSSS. À l'égard des centres jeunesse, nos intentions, c'est de renforcer l'intervention de première ligne. Si on réussit là et que la courbe est descendante, continue à démontrer que les taux de signalement sont moins élevés, vous comprendrez qu'automatiquement la charge de travail en prise en charge va effectivement diminuer. Alors, on va travailler sur les deux et, si on veut avoir un effet structurant, peut-être travailler avec du non-récurrent en deuxième ligne pour pouvoir après ça le réaffecter, une fois qu'on aura réussi à diminuer davantage les taux de signalement, et travailler avec du récurrent du côté de la première ligne. On a d'ailleurs des allocations qu'on a ajoutées pour des surcroûts de travail à l'intention du centre jeunesse justement pour contribuer à diminuer les charges de travail.

**M. Laporte:** O.K. Vous n'avez pas eu à diminuer l'offre de service pour les familles autres que celles qui ont des difficultés, là, avec les jeunes en difficulté? Vous n'avez pas eu à changer l'offre de service pour ces familles-là, pour les familles qui n'ont pas un besoin particulier avec les jeunes?

**M. Tanguay (Marc):** Non. Au contraire, là, on a plutôt travaillé à renforcer les services de soutien intensif aux familles, on a soutenu le centre jeunesse dans ses travaux de vérification terrain. Vous savez que, si on va vérifier sur le terrain le signalement puis qu'on peut immédiatement s'assurer d'une référence plutôt que de retenir le signalement et d'impliquer le centre de santé dans des interventions, bien là notre contribution est encore plus puissante par rapport à une meilleure utilisation des ressources, puis aussi un bon fonctionnement de la Loi de la protection de la jeunesse.

**M. Laporte:** Je vais changer de sujet. Concernant les enfants TED, troubles envahissants du développement, vous avez dit qu'il n'y avait pas de liste d'attente pour entrer en CRDI. Par contre, vous avez dit que la priorité... On comprend, là, qu'un enfant en bas de cinq ans ou en bas de six ans, si c'est vraiment urgent, il faut qu'il ait les services le plus rapidement possible. Par contre, il ne faut pas oublier qu'il y a des enfants de plus de cinq ans qui ont le malheur d'être diagnostiqués trop tard. Quand vous me dites que vous donnez une priorité aux enfants en bas de cinq ans, ça veut automatiquement dire qu'il y a des gens qui passent en deuxième, des enfants qui vont être laissés de côté, qui vont avoir moins de services.

Pouvez-vous me dire de façon concrète comment vous faites passer en priorité les enfants en bas de cinq ans? Puis c'est quoi, les effets sur les autres enfants?

● (12 heures) ●

**M. Tanguay (Marc):** Je dirais, le découpage de la priorisation ne s'effectue pas tout à fait de cette manière-là. En réalité, ce qu'on a mentionné tout à l'heure, c'est que, pour le centre de réadaptation en déficience intellectuelle, qui à la fois offre des services pour les jeunes qui ont une déficience intellectuelle et aussi pour les jeunes qui ont des problèmes de type troubles envahissants du développement, ces jeunes-là, on doit intervenir rapidement, le plus tôt possible. Alors, dès qu'ils sont diagnostiqués, dès qu'ils sont identifiés, un programme de réadaptation de deuxième ligne est offert, et de façon intensive, et pour la durée qui est requise. Alors, il n'y a pas de distinction 0-5 ans, 6-12 ans.

**M. Laporte:** Parce que vous me disiez que vous faisiez passer en priorité les 0-5 ans, les 0-6 ans, que c'était la priorité. Donc, automatiquement, dès qu'on a une priorité, ça veut dire qu'il y a des cas qui n'ont pas les mêmes services que ceux qui sont en cas prioritaire.

**M. Tanguay (Marc):** En fait, ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est: Tout se joue avant six ans, hein? On a des textes qui nous disent cela, ce qui ne veut pas dire qu'on fait tout aux 0-6 ans et qu'on n'intervient pas après, au contraire. On intervient, au niveau des troubles envahissants du développement, 0-18 ans de façon intensive.

**M. Laporte:** Donc, ce n'est pas une priorité. Ce que j'essaie de comprendre, parce que je sais que, dans certaines régions, oui, il y a des enfants qui ont plus de cinq ans, qui vont avoir moins de services, que les services vont être plus longs à avoir... Donc, si vous me

dites que, là, finalement... D'après ce que vous me dites, il n'y a pas vraiment de priorité, c'est que tout le monde a les mêmes services.

**M. Tanguay (Marc):** Actuellement, au niveau, entre autres, des personnes ou des enfants qui présentent des troubles envahissants du développement, je pense qu'on n'a aucune liste d'attente, toutes les personnes qui sont identifiées, ou les jeunes, reçoivent un service. La question qu'on peut se poser à ce moment-ci: Est-ce qu'ils sont tous et toutes diagnostiqués? C'est là qu'il faut faire un travail.

**M. Laporte:** Est-ce qu'il y a une liste d'attente pour avoir un diagnostic?

**M. Tanguay (Marc):** Pardon?

**M. Laporte:** Est-ce qu'il y a une liste d'attente pour avoir le diagnostic?

**M. Tanguay (Marc):** En troubles envahissants du développement? Dr Carrier.

**M. Laporte:** Parce qu'il y a des places, c'est deux ans et demi juste pour avoir un diagnostic pour un enfant en haut de cinq ans. Donc, dans votre région, est-ce qu'il y a une liste d'attente pour ça?

**M. Tanguay (Marc):** Est-ce que je peux introduire le fait que, justement pour l'accès aux services de santé mentale et autres chez les jeunes, on a développé, en pédopsychiatrie, des services? À une autre époque, nous avions des listes d'attente extrêmement importantes. On ne l'a pas souligné ici aux parlementaires, mais on a pris une nouvelle approche qui fait en sorte que les omnipraticiens, au premier chef, sont impliqués au niveau des services, au niveau de l'évaluation, au niveau de la prise en charge, et ensuite on réfère à la pédopsychiatrie. Ceci a amené une liste d'attente qui est tombée, là, de façon extrêmement importante, et les délais sont de beaucoup raccourcis.

Peut-être Dr Carrier, si vous permettez, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Vous êtes à peu près à mi-chemin.

**M. Carrier (Pierre):** Très rapidement, si je peux donner une particularité de la région dans ce secteur-là, c'est que, nous, on a centralisé les pédopsychiatres à l'Hôtel-Dieu de Lévis, mais on déconcentre leurs services. C'est-à-dire, ces gens-là vont régulièrement dans chacun des milieux, il y a des gens qui connaissent chacun des territoires, il n'y a pas beaucoup de régions, au Québec, à ma connaissance, qui ont ça et qui soutiennent donc les équipes locales, qui ont des discussions de cas localement, qui vont faire les consultations sur place. Alors ça, c'est quelque chose qui nous a permis, nous autres, de réduire les délais d'attente parce qu'on a formé des gens et des équipes avec des pédiatres dans certains territoires, avec des omnipraticiens et des pédiatres dans d'autres, et, de cette façon-là, on pense qu'on est capables de réduire et on a réussi à réduire les

listes d'attente, de sorte que, nous autres, il n'y a pas de cas qui sont en longue attente, dans Chaudière-Appalaches, pour des cas sévères, entre autres, de troubles envahissants du développement.

**M. Laporte:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Montmagny-L'Islet.

**M. Roy:** Merci, M. le Président. Moi, je n'irai pas sur une impression, je n'irai pas sur des qu'en-dira-t-on, je n'irai pas sur des grands mots qui nous ont été dits par le parti ministériel, je vous dirai simplement que j'ai fait tous les établissements, toutes les maisons privées, tous les foyers de Montmagny-L'Islet et je disais hier, et les gens souriaient, que, quand on est proche de Québec, on pense que tout est beau, tout est parfait, quand on est proche de Lévis, qui est en train d'éclater, tout est beau, tout est parfait, mais on subit des contrecoups, nous autres aussi, de ce phénomène-là où les gens disent: C'est facile d'aller à Lévis, maintenant.

En même temps, bien, c'est le fun de savoir ce qui se passe chez nous. Malheureusement, quand tu es dans l'opposition, on oublie parfois — je ne sais pas si ça vient du ministère ou des agences — on oublie de nous inviter pour l'Hôpital de Montmagny, qui est un investissement de 17 millions. Mais ce n'est pas grave, on va le savoir à travers les branches, que Montmagny va avoir un investissement de 17 millions. On a deux nouveaux foyers qui sont en train de s'ouvrir dans la région, mais on ne le sait pas, on va le découvrir. Ah! qu'est-ce qu'il y a? En plein milieu du village, qu'est-ce qui se construit? C'est dommage, M. Roy, vous n'avez pas été invité, on vous a oublié sur la liste. Donc ça, ce n'est pas une impression, c'est la réalité. Et, quand je parle des expressions, donc on parlait d'une impression, mais on parle aussi du mot «respect». Donc, j'espère que, de ce côté-là, on n'ira pas suivre ce qui peut-être est mentionné par le gouvernement, à l'effet de nous oublier de temps en temps.

Et, comme j'ai fait le tour, il faut admettre aussi une grande réalité dans Montmagny-L'Islet, c'est que les maisons ont été construites en bord du fleuve, et les personnes qui sont là, ce sont des personnes âgées qui détiennent ces maisons-là. Les conjoints sont parfois partis, et, même si les deux conjoints vivent, les taxes ont tellement augmenté, à cause du gouvernement, qu'ils ne sont plus capables de garder leurs maisons. On veut les garder chez eux, on fait des grands voeux pieux, on dit à tout le monde qu'on veut garder les gens à domicile, mais les personnes âgées chez nous ne sont pas capables de rester uniquement parce qu'elles ne sont même pas capables de payer les taxes sur une maison qui est payée.

Donc là, qu'est-ce qu'on fait avec ces gens-là? Quand on sait qu'on les met dans un foyer et que ça coûte 60 000 \$ pour les garder là, qu'est-ce qu'on pourrait faire comme allègement, de la part des instances, pour que ces gens-là puissent au moins essayer de rester dans leurs maisons?

Au niveau des aidants naturels, c'est à peu près pareil. Donc, moi, le tour du pâté de maisons que j'ai fait dans tout le comté de Montmagny-L'Islet... Bien

sûr, les personnes qui sont en foyer privé n'ont pas de vacances. C'est la même personne qui fait le déjeuner, les couches, le dîner, l'après-midi, le souper, puis il n'y a pas personne pour garder, la nuit. Donc, j'essaie juste de comprendre. On a beau dire que tout va bien, tout est rose, tout est parfait, mais tous les foyers que j'ai rencontrés ont les mêmes problématiques partout. Et je voudrais savoir: Qu'est-ce qu'on va faire pour ces foyers-là? Peut-être qu'ailleurs ça va bien, mais chez nous c'est la réalité, là.

Vous avez dit tantôt: Ah! on va avoir du personnel bien payé. Malheureusement, ce personnel-là n'est pas bien payé, c'est un personnel qui est sous-payé. On a un nouveau système de services à domicile, bien sûr, des coops de services à domicile. On vient de les syndiquer. Donc, la personne, pour prendre son bain, l'agence continue de lui donner 5 \$, mais, de l'autre côté, la coop lui en demande 10 \$ pour prendre un bain. Donc, qu'est-ce que les personnes âgées font? Ils se privent d'un bain parce que, dans leur budget, le 5 \$ de plus ne fait pas l'affaire. On veut aller chez le médecin? L'agence avait l'habitude de donner tant d'argent, le taxi est rendu qu'il coûte 10 \$. On ne va pas voir le médecin, on reste chez nous, et ça, c'est la réalité, ça.

Et, quand tu fais le tour du terrain, puis que tu n'es pas dans une agence, puis que tu n'es pas dans un CRSSS ou un CSSS, où en réalité les gens disent: On est allés, je ne sais pas où vous êtes allés, mais vous n'êtes pas venus chez nous certain, parce qu'on a ce problème-là. Donc, M. Tanguay, j'espère que j'ai passé le message puis je veux savoir: Qu'est-ce qu'on va faire avec ces cas-là qui sont réels chez nous, dans mes foyers, dans mes maisons, dans mes résidences, où on veut aider les personnes âgées, on veut les garder autonomes? Mais en réalité on n'a pas de ressources puis on n'a pas de moyens financiers pour le faire. Ça, c'est le premier des points. Répondez brièvement, j'en ai un autre après.

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

**M. Tanguay (Marc):** Alors, c'est une question qui mériterait une réponse assez longue.

D'abord, pour ce qui est du transport, je pense qu'il y a d'autres associés qui doivent y travailler, que ce soit le monde municipal ou autres, pour développer un transport adapté ou un transport collectif lorsqu'il n'existe pas. Le réseau de la santé est un contributeur parmi tant d'autres, mais il n'est pas le maître d'oeuvre de cela.

Au niveau comme tel des mesures fiscales ou autres qui pourraient soutenir des personnes dont le coût des maisons, des propriétés ou des taxes ont augmenté, là, vous voyez que c'est aussi une dynamique qui ne répond pas du rôle de la Santé et Services sociaux. Là, cependant, où on a peut-être un certain levier, c'est autour du rôle qu'on peut jouer, nos implications qu'on peut avoir avec les résidences privées. À venir jusqu'à tout récemment, les résidences privées se développaient. «Privées», ça le dit bien, la personne décide de développer une résidence à un endroit donné, il n'y avait pas de rapport d'affaires directe avec le centre de santé ni avec l'agence. Maintenant, toutes les résidences vont faire l'objet d'une certification, d'abord pour s'assurer de la qualité des services qui sont offerts, et, deuxièmement,

notre intention dans la région, c'est de faire en sorte que les 219 résidences soient dans une relation d'affaires avec chacun des centres de santé de leur milieu et là que le centre de santé et la résidence regardent qu'est-ce qui se passe, quels sont les besoins, comment on pourrait travailler ensemble, quel genre de services que le centre de santé pourrait apporter et d'autre part que peut faire la résidence privée de différent, qui améliorerait la situation. Alors, je pense qu'on a un beau rendez-vous, là, entre les résidences privées puis les centres de santé. On est en plein dans cette démarche-là.

**M. Roy:** Santé mentale...

**Le Président (M. Kelley):** Dernière courte question, M. le député.

**M. Roy:** Merci. Santé mentale, on a deux institutions à Montmagny, privées — donc, il a fallu que le privé s'installe dans ça — Maison L'arc-en-ciel, la nouvelle Maison Rotary, où en réalité ce sont des maisons de repos, et là, quand tu passes là, ils viennent te voir en tant que député puis ils disent: Bien là, il nous manquerait 50 000 \$ pour boucler le budget. Parce qu'on parle de santé mentale. On veut aider ces gens-là. Encore une fois, de grands vœux pieux, puis on est obligé... Les parents sont à bout de souffle, à bout d'énergie à garder leurs enfants handicapés. On a une maison de repos, mais, pour la financer, il faut faire des soupers spaghetti où on va tout mettre encore une fois tout le bénévolat pour essayer d'aller chercher quelques 1 000 \$ pour compenser la maison. C'est un non-sens. Comment on finance ça, ces maisons-là, ces maisons de répit là qui sont financées par du privé? Les industries de chez nous, là, elles sont à bout de souffle à fournir de l'argent. On est des milieux qui sont défavorisés au niveau économique, puis en plus il faut que l'industrie, il faut que tout le monde se mette à contribution pour soutenir quelque chose qui devrait être supporté par les agences ou le gouvernement. Donc, qu'est-ce qu'on fait avec ces maisons-là?

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

● (12 h 10) ●

**M. Tanguay (Marc):** Alors, dans le fond, on pose toute la question du financement des organismes communautaires indirectement par votre question. Au niveau de Chaudière-Appalaches, on accusait, là, il faut se le dire, un retard au niveau du financement, on n'était pas parmi les régions où on avait apporté le plus de financement. On est passés cependant, sur les cinq prochaines années... dernières années, pardon, de 11 millions à près de 16 millions, et notre but, c'est de surinvestir, là, dans les prochaines années, au niveau des organismes communautaires.

Maintenant, la région de la Chaudière-Appalaches, par rapport aux ressources qui lui sont consenties, est à peu près en équilibre. Dit autrement, nous ne pouvons pas dire que nous sommes une région pauvre puis nous ne pouvons pas dire que nous sommes une région... nous sommes une région dans la moyenne, on a les ressources pour répondre aux besoins. Là, ce qu'il nous faut faire dans la région, c'est réaffecter. Or, réaffecter, ça peut prendre un certain temps. Alors, on a

des programmes où on va surinvestir, comme par exemple dans le domaine de la déficience intellectuelle. Santé mentale est un programme où il y aura des priorités de soutien aux organismes communautaires pour la portion où ils font une offre de service bien sûr qui répond aux besoins de la population.

**Le Président (M. Kelley):** Très court commentaire, M. le député.

**M. Roy:** Très, très court. Hier, j'ai fait rire mes confrères, sourire mes confrères, plutôt, à l'effet que Montmagny était rendu le centre de la hanche. Quelqu'un dans ma famille a attendu six mois pour se faire opérer, et c'est quelqu'un de Gatineau, et même un ami de Québec, qui est passé avant lui à Montmagny. Donc, quand je vois qu'on a des priorités, je voudrais savoir comment ça se fait que... C'est-u selon les ententes avec le ministère que Montmagny devient le centre de la hanche et qu'on passe des gens de l'Outaouais et de Québec avec des gens de Montmagny? J'essaie de comprendre, surtout que le délai était là, là, le délai de six mois était passé.

**Le Président (M. Kelley):** Dans 30 secondes, M. Tanguay.

**M. Tanguay (Marc):** Oui. Il faut se rappeler que la loi prévoit qu'une personne peut s'adresser dans un centre hospitalier de son choix pour avoir des services. Certaines personnes ont entendu parler que les délais d'attente étaient moins grands à Montmagny; bien, ça a eu comme effet que quelques personnes se sont adressées là pour recevoir un service. Ce qu'on peut dire actuellement, c'est qu'il n'y a pas de délai en haut de six mois, et même les délais sont plus bas pour ce qui est de Montmagny. Vous êtes un des territoires les plus performants de la région.

**M. Roy:** C'est pour ça qu'on en a de partout.

**M. Tanguay (Marc):** Vous donnez un coup de main effectivement à d'autres personnes qui ont entendu dire que c'était possible d'avoir un service rapide dans Chaudière-Appalaches, particulièrement à Montmagny.

**M. Roy:** ...on dit ça à la TV, ils vont tous se ramasser chez nous, là.

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

**M. Tanguay (Marc):** Dites-le pas trop fort.

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

**Le Président (M. Kelley):** Alors, merci beaucoup. Il reste 17 minutes au deuxième groupe de l'opposition, et je vais reconnaître Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Merci, M. le Président. Je vous le dis tout de suite, là, si je dépasse huit minutes, je suis plus que morte, et ça va être sur la conscience du député de Vachon.

D'abord, je veux vous saluer, M. Tanguay et les personnes qui vous accompagnent. C'est la deuxième fois que j'ai le bénéfice, là, de vous entendre en commission parlementaire dans cet exercice de reddition, et j'aimerais aussi peut-être juste vous signaler, M. le Président, que j'ai l'intention de vous faire parvenir, pour le bénéfice de tous mes collègues membres de cette commission parlementaire, une étude que j'avais fait réaliser par la Bibliothèque de l'Assemblée nationale sur l'expérience du Danemark — il en a été question, là, dans les échanges qui ont été... — et cette étude va vous démontrer... Ça a été fait en 2005 ou 2006, au moment où le plan d'action sur les personnes âgées a été présenté comme ayant été inspiré par le Danemark. Vous allez vous rendre compte... Je le dis très simplement, M. le Président, moi, je suis prête à prendre le «toute», si vous voulez, mais pas juste par «p'tits bouttes», et vous allez vous rendre compte que l'expérience du Danemark ne porte pas que sur une partie de l'hébergement seulement, et vous allez voir que ce qui nous est présenté comme plan d'action, c'est en silo, hein? Le ministre parle souvent contre le fait de gérer en silo, mais, au Danemark, c'est une politique d'habitation, c'est une politique de transport, enfin c'est l'ensemble de toutes ces politiques qui ensemble font un plan d'action, ce qui n'est pas le cas au Québec, malheureusement.

Autre très court commentaire. En fait, pour connaître un peu la relation entre le ministère et l'agence, moi, je lis toujours les lettres qui accompagnent les documents qui nous sont remis, signées par le sous-ministre, celle-ci concernant l'Agence de Chaudière-Appalaches, là, signée par le sous-ministre Iglesias avant qu'il quitte, et on dit toujours que les sommes additionnelles vont être attribuées selon les objectifs de rendement et d'obligations qui sont fixés. C'est ça, la... enfin la marge de manoeuvre également, je pense, là. C'est qu'il y a des obligations et des objectifs, et puis on peut penser que c'est d'ordre public et que c'est quelque chose qui est dans l'ordre des choses.

Moi, je vais tout de suite à mes questions. Liste d'attente des personnes âgées en perte d'autonomie qui sont déjà reconnues comme devant être admises mais qui sont en attente, liste d'attente pour l'hébergement de longue durée — trois heures et plus, puisque vous l'appliquez — puis liste d'attente qui existe pour les trois heures et moins, je voudrais avoir le nombre. Je voudrais également, pour le bénéfice de mes collègues, avoir la liste d'attente pour le maintien à domicile. Alors, on voit, là, que ça va exploser, les personnes âgées, dans Chaudière-Appalaches. Je voudrais avoir les objectifs que vous vous fixez en 2010. Combien vous fixez-vous de personnes qui vont recevoir du maintien à domicile? Par exemple, moi, dans mon CSS, ils disent: Il nous faut 6 millions de plus simplement pour maintenir du maintien à domicile avec les personnes qui ne seront plus hébergées dorénavant. Vous, vous avez déjà vos prévisions. Lesquelles sont-elles?

Et vous nous avez donné, dans vos documents, à la page 39, les projets, là, qui seront réalisés en termes d'hébergement, ceux qui sont, disons, en phase étude et ceux qui sont à venir. Vous n'avez pas indiqué les lits à côté. C'est à la page 39 de votre document, du rapport annuel. Moi, ça m'intéresse, l'argent, mais les gens aussi

m'intéressent. Je voudrais savoir: Les 125 lits qui vont fermer, ils seront fermés où? Alors, vous savez qu'il y a tout un problème à Thetford Mines, hein, je ne vous l'apprends pas sûrement, avec ce qui sera considéré comme une fermeture de lits de longue durée. Bon. Alors, voilà pour l'essentiel de mes premières questions.

Peut-être devrais-je vous demander aussi, la réadaptation de domicile, quelle est l'attente. Dans l'ensemble des autres agences, c'est deux ans. Est-ce que c'est deux ans aussi pour vous? Je veux bien qu'on soit à domicile, mais, quand c'est deux ans pour réadapter le domicile, là il y a un problème. La fourniture de services comme les culottes d'incontinence, ailleurs c'est un an d'attente. Vous, est-ce que c'est un an également? Puis, répit-hébergement. Vous avez eu beaucoup de colloques dans Chaudière-Appalaches, des gens formidables que j'ai eu le privilège de rencontrer et qui ont dit: La priorité, c'est le répit-hébergement pour les proches aidants. Un répit-hébergement, est-ce que c'est dans votre ligne de tir, là?

**Le Président (M. Kelley):** Alors, une question à plusieurs volets posée par une parlementaire expérimentée. M. Tanguay.

**M. Tanguay (Mare):** Alors, pour ce qui est des listes d'attente au niveau de l'hébergement lourd, là, trois heures et plus, j'ai la donnée devant moi: il y a 116 personnes, dans la région de la Chaudière-Appalaches, qui sont en attente d'hébergement. Et on a regardé quel était le délai d'attente moyen. Il est très variable d'un centre de santé à l'autre, il va de quelques jours à un mois, deux mois, trois mois. Règle générale, autour de trois mois, les personnes auront été placées. Alors, il y a des places où il n'y a pas de cas en attente, il y en a où il y a quelques situations en attente. Alors, l'hébergement se fait rapidement en Chaudière-Appalaches.

Pour ce qui est des données de listes d'attente en soutien à domicile, malheureusement je ne les ai pas, c'est variable. Certains de nos centres de santé n'ont pas, ou peu, de liste d'attente, et on a des situations un petit peu plus critiques.

Au regard de la réadaptation, oui, il y a un problème en réadaptation au niveau de l'accès aux services de réadaptation en première ligne. Il tient d'un phénomène important, c'est l'accès à des ressources humaines dans le domaine. Alors, les physiothérapeutes notamment et les ergothérapeutes sont des personnels où il y a une certaine rareté, et le recrutement n'est pas simple, surtout dans la partie sud de la région, si bien que le délai d'attente peut se comparer à ce que vous avez entendu dans d'autres régions. Mais malheureusement je ne peux pas vous fournir les données. Je sais qu'il y a des délais d'attente qui sont significatifs.

Au regard des cibles en soutien à domicile, lorsqu'on regarde nos objectifs tel qu'ils apparaissent dans les ententes de gestion, on a prévu une cible de 9 755 personnes desservies en 2010, et il y a déjà, au moment où on se parle, 10 400 personnes qui reçoivent des services. Alors, on est au-dessus de la cible en matière de soutien à domicile. Un de nos problèmes est l'intensité. Alors, il faut travailler encore davantage sur l'intensité, sur le repérage des personnes qui ont les plus grands besoins en vue de leur offrir des services à

domicile. Pour l'heure, c'est les premières informations que je pourrais vous fournir.

Le répit-dépannage et autres, on a tenu une consultation auprès des proches aidants des familles sur les besoins en répit. Ce que les personnes nous ont dit, c'est qu'elles souhaitaient avoir un répit avec des formules très variables. Ce n'est pas nécessairement l'hébergement-répit qui est recherché, c'est différentes formules qui peuvent être en soutien à domicile, une demi-journée pour permettre, par exemple, à la personne de sortir, d'aller faire ses commissions, d'avoir des activités. C'est ce qu'on a entendu des personnes qui demandaient du répit. On a développé, dans la région, des...

**Mme Harel:** On me laisse entendre, là, qu'il reste une minute seulement.

**M. Tanguay (Mare):** Désolé.

● (12 h 20) ●

**Mme Harel:** Alors, je ne sais pas si vous pouvez m'indiquer... Je comprends que vous allez transmettre au secrétariat la liste d'attente en soutien à domicile, hein? Mais, concernant vos projets, où sont les fermetures des 125 lits? Ou peut-être plus justement si vous voulez nous indiquer où sont les lits dans les projets que vous nous avez présentés.

**M. Tanguay (Mare):** Alors, où sont...

**Le Président (M. Kelley):** Très rapidement, M. Tanguay.

**M. Tanguay (Mare):** Alors, du côté du 125 lits, c'est une distribution un peu partout dans la région, et, dans certains cas, c'est marginal, dans d'autres cas, déjà le résultat a été atteint. Bien simplement, le CSSS du Grand-Littoral, on souhaitait transformer 13 lits, mais ça veut dire 13 lits qui deviennent 26 lits dans des ressources intermédiaires alternatives en proximité. Pour la région de Thetford, il y avait une représentation de 59 lits qui se transforment également aussi en ressources intermédiaires. Il est à noter que le taux d'hébergement, à Thetford, est très élevé comparativement au reste de la région et même, je dirais, comparativement à plusieurs régions du Québec. Alors là, on a un cas particulier où il nous faut travailler différemment, d'abord développer les services de soutien à domicile, développer des ressources alternatives et ensuite graduellement voir comment on ajuste le niveau de ressources. Montmagny-L'Islet, c'était 19 lits; c'est déjà atteint. La Beauce, c'était quelque 71 lits qui étaient identifiés; une bonne partie est déjà atteinte. Il y avait, à ce moment-là, en Beauce, un hébergement qui était assez important, beaucoup de résidences privées aussi dans la Beauce, alors les modifications pratiquement ont été apportées.

**Mme Harel:** Monsieur, je suis déjà morte, alors... Ha, ha, ha! Parce que je veux qu'il reste mon ami, le député de Vachon.

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

**M. Tanguay (Mare):** On vous le fera parvenir, si vous voulez bien.

**Mme Harel:** Ce que je vous propose, c'est que vous le fassiez parvenir, parce qu'on a cette page 39... Alors, si vous nous l'indiquez, vraiment je pense que ce serait très apprécié. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, M. Tanguay. M. le député de Vachon, il vous reste huit minutes.

**M. Bouchard:** Combien?

**Le Président (M. Kelley):** Huit.

**M. Bouchard:** Merci. Non, non, mais alors c'est magnifique. Je remercie ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve qui a sauvé sa vie.

Je voudrais, si vous me permettez, M. le Président, concentrer mon intervention sur toute la question de la santé publique et m'adresser donc au Dr Lessard. Je comprends, à la lecture des documents que vous nous avez fournis, qu'il y a des problématiques ou des enjeux dans Chaudière-Appalaches qui sont extrêmement exigeants du point de vue des objectifs que vous vous êtes donnés. Notamment, vous avez obtenu, je pense, un beau succès en termes de diminution du taux d'incidence en matière de suicide, vous anticipez et vous avez un objectif de réduction de 30 % des mortalités dues à des traumatismes routiers notamment sous l'effet de l'alcool, conduite sous l'effet de l'alcool. J'aurais aimé ça qu'on puisse en parler vraiment, mais on n'aura pas vraiment le temps. Mais je veux le souligner devant la commission.

Je veux souligner en même temps la qualité des rapports, des avis qui sont produits par la Direction de la santé publique chez vous. Je ne sais pas combien vous êtes, une quarantaine sans doute, parce que je regardais l'ensemble des ouvrages que vous avez publiés durant la dernière année: sur le suicide, l'ouïe, le cancer, les inondations, les émissions de toxines, le stress, les questions de prévention d'abus sexuel, la sécurité des enfants dans les autos, la santé au travail, le diabète. Mais je vais plutôt porter mon attention sur la santé environnementale, et plus particulièrement en ce qui concerne le projet de port méthanier.

D'abord, j'ai pris connaissance avec ravissement d'une étude, l'avis de la Santé publique déposé par les deux directions de santé publique de Chaudière-Appalaches et Capitale-Nationale le 25 janvier 2007. Je dis «ravisement» parce que vraiment c'est un plaisir que de parcourir une étude aussi bien faite, aussi rigoureuse, avec une série de données et d'évaluations qui sont appuyées sur des données scientifiques, sur les meilleures expertises qu'on puisse connaître en Amérique du Nord. Ça a été déposé le 25 janvier. Il y avait là-dedans 43 recommandations ou sous-recommandations, une quinzaine donc de têtes de chapitre ou dangers extrêmement importants, et, en page 85, on a un résumé très succinct, là, des enjeux que soulevait le rapport. Il y avait des préoccupations notamment au niveau du climat sonore engendré par le développement et l'exploitation du site, la qualité de l'air, l'eau potable, la luminosité, les gaz à effet de serre, la sécurité entourant à la fois la livraison et le traitement du gaz liquide et les aspects psychosociaux qui sont extrêmement importants dans ce type de situation.

En plus, le rapport... l'avis plutôt de ces deux directions de santé publique mentionnait que les directeurs étaient incapables d'émettre une opinion éclairée quant à la justification énergétique du projet Rabaska, étant donné que nous n'avions pas eu au préalable les études nécessaires quant aux besoins énergétiques du Québec en hiérarchisant les types de ressources énergétiques. Je suis particulièrement impressionné par le rapport.

Maintenant, je suis aussi intéressé au suivi du rapport. M. Lessard, je sais que vous avez déposé ce rapport le 25 janvier. Le ministère... D'abord, vous l'avez déposé devant le BAPE, vous l'avez aussi déposé devant le ministère, de telle sorte à ce que le ministère puisse émettre un avis au ministère de l'Environnement, Développement durable et Parcs et au Conseil des ministres. Pouvez-vous nous dire quand l'avis du ministère a été fait et produit, quand vous avez pris connaissance de l'avis du ministère, à quelle période de l'année?

**Le Président (M. Kelley):** Dr Philippe Lessard.

**M. Lessard (Philippe):** Malheureusement, je n'ai pas la date précise comme telle, mais je sais qu'il y a eu des discussions et des échanges régulièrement, au cours de l'été et au début de l'automne, entre les experts ou les professionnels de nos directions respectives de santé publique, parce que vous comprendrez que, bien qu'étant directeur de santé publique, ainsi que mon collègue François Desbiens, de la région de Québec, nous ne sommes pas les porteurs de toute cette expertise-là, ce n'est pas tout intégré dans nos cerveaux respectifs. Alors, nos professionnels des directions de santé publique ont participé à des échanges avec le ministère et avec le MDDEP lors de rencontres régulières, au cours de l'été ou au début de l'automne. Alors, à quel moment le ministère de la Santé, qui est responsable d'émettre un avis d'acceptabilité sur le projet... À quel moment ça a été fait? Eh! mon Dieu! C'est dans le cours de l'automne, mais précisément, la date, je ne pourrais pas vous la donner comme telle.

**M. Bouchard:** Dans *Le Devoir* du 14 septembre 2007, il y a un article, sous la plume de Louis-Gilles Francoeur, qui rapportait une allocution du ministre Couillard le 13, donc la veille, devant la Chambre de commerce de Québec, dans laquelle l'allocution le ministre se disait favorable à l'implantation du projet de port méthanier, et, dans le même article, Mme Merizzi, qui est son attachée politique, je pense, au niveau des communications... attachée de presse, disait qu'il y avait encore plusieurs questions en suspens avant d'émettre l'avis par rapport aux 15 enjeux que vous souleviez dans vos rapports. Donc, on peut présumer que le rapport a été produit et publié ou émis après que le ministre eut pris position, donc que vous l'avez reçu suivant cet événement-là, cet événement public là où le ministre prenait position en faveur du rapport.

Alors, la journaliste dit ici que — le journaliste — la pression pourrait être énorme sur les fonctionnaires qui produiraient un verdict négatif sur les mesures proposées. Étant donné que le ministre s'était déjà prononcé, est-ce que vous pouvez témoigner de la nature de l'avis du ministère? Est-ce qu'il répondait directement à vos questions? Est-ce

que cet avis-là concernait directement les problèmes techniques et est-ce qu'il répondait de façon à vous rassurer vis-à-vis de ces 15 enjeux?

**Le Président (M. Kelley):** Je veux signaler: il ne reste que deux minutes. Dr Lessard.

**M. Lessard (Philippe):** Je vous dirais que ce qu'il est important de comprendre, c'est que le rôle des directeurs de santé publique dans un sujet comme ça, dans un dossier comme ça où il y a un projet qui est soumis pour décision gouvernementale éventuellement en rapport avec des problématiques environnementales... Le processus veut que ces projets-là soient soumis à un processus connu, bien connu, bien établi, qui est celui du passage aux audiences publiques. Le rôle que l'on a comme directeurs de santé publique dans ces situations-là, c'est: lorsque le projet concerne nos régions respectives, nous avons l'opportunité, à ce moment-là, de présenter un avis professionnel de santé sur ce que l'on voit du projet, ce que l'on en connaît à ce moment-là et ce qui, pour nous, nous apparaît important, d'informer ou de sensibiliser les commissaires du BAPE sur les différents risques à la santé que l'on voit ou que l'on peut voir dans ce genre de projet là. Souvent, notre intervention a comme objectif ou permet de faire évoluer les normes, par exemple, parce que, dans des dossiers environnementaux, les normes sont rarement clairement déterminées.

**M. Bouchard:** On n'a pas beaucoup de temps.

**M. Lessard (Philippe):** Oui.

**M. Bouchard:** Je comprends bien la mécanique, mais est-ce que cette mécanique-là vous a permis, en bout de course, là, d'être rassuré complètement quant aux risques? Je pense, par exemple, aux risques de polluants atmosphériques ou aux risques qui sont reliés, par exemple, aux impacts sonores, aux impacts psychosociaux. Est-ce que vous êtes complètement rassuré, à partir de cette mécanique-là, de ce processus-là, désormais quant aux risques encourus par la population vis-à-vis de ce projet-là, vous-même, là, en tant que directeur de santé publique?

**Le Président (M. Kelley):** En conclusion, Dr Lessard.

● (12 h 30) ●

**M. Lessard (Philippe):** La réponse est simple, nous sommes effectivement seulement partiellement rassurés, et c'est sûr que notre objectif, à partir de ce moment-ci, comme Direction de santé publique, c'est de vouloir accompagner le processus d'implantation du projet, si effectivement, éventuellement, il se concrétise, pour nous assurer que les mesures qui ont été identifiées comme étant les mesures qui rendaient le projet plus acceptable étaient effectivement mises en place et traitées de façon adéquate par le promoteur et par les différents intervenants concernés.

**Le Président (M. Kelley):** Malheureusement, c'est tout...

**M. Bouchard:** ...M. Lessard.

**Le Président (M. Kelley):** Oui. Parfait. Merci beaucoup. Il me reste à dire merci beaucoup pour la présentation aujourd'hui. On a assisté aux débats parfois vigoureux, parfois, M. Tanguay, vous étiez au milieu, mais je pense que ça souligne l'importance de votre travail dans votre région. Nous avons appris beaucoup sur les enjeux d'un territoire qui commence à Lévis, qui va jusqu'à la frontière avec le Maine et le New Hampshire, si j'ai bien compris. Alors, merci beaucoup pour votre présence.

#### Document déposé

Au niveau de l'intendance, je dois déposer le document de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches intitulé *Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches à la Commission des affaires sociales*.

Je veux dire également merci beaucoup aux chercheurs du Service de recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, qui ont aidé les membres de la commission dans la préparation des documents pour ces six audiences avec les agences.

#### Remarques finales

Et je vais juste dire à vous, M. Tanguay: Si vous avez des mots de la fin à formuler pour les membres de la commission...

**M. Marc Tanguay, président-directeur général de l'ASSS—Chaudière-Appalaches**

**M. Tanguay (Marc):** Bien, merci de nous avoir entendus. Et, je dirais, ça nous bouscule parfois un peu, mais ça nous dit: Il y a du travail à faire, il faut se grounder sur les besoins de la population pour encore mieux desservir cette population. Mais j'ai compris de vous la volonté de faire en sorte qu'on puisse travailler encore davantage en ce sens-là, et je vous en remercie, et on va retirer un bilan fort intéressant de vos propos.

**Le Président (M. Kelley):** Vous avez mentionné, dans vos remarques préliminaires, la notion de l'amélioration continue. Je pense que c'est un concept très intéressant qui est partagé par l'ensemble des membres de la commission.

Sur ça, je vais suspendre nos travaux jusqu'à 14 heures pour une séance de travail qui aura lieu dans la même salle. Alors, si les membres de la commission veulent laisser les documents, la salle va être barrée.

**Une voix: ...**

**Le Président (M. Kelley):** Pardon, Dr Carrier.

**M. Pierre Carrier, directeur des affaires médicales de l'ASSS—Chaudière-Appalaches**

**M. Carrier (Pierre):** J'apprécierais si vous me laissiez un petit deux, trois minutes, parce que, sans être mon testament, je quitte mes fonctions. J'ai la chance d'avoir trouvé une remplaçante avant de pouvoir quitter...

**M. Tanguay (Marc):** Une femme.

**M. Carrier (Pierre):** ...Dre Monique St-Pierre, qui est derrière, avec nous, qui nous accompagne.

C'est la deuxième fois que je me présente ici. Moi, j'aimerais peut-être vous souligner que j'ai une carrière dans laquelle j'ai été omnipraticien en pratique active pendant 23 ans, dans une petite région à l'extérieur. Je me suis impliqué, j'ai été le premier président de la Commission médicale régionale de la région de la Capitale-Nationale. Je croyais énormément à l'influence qu'on pouvait avoir sur le système de santé et je peux vous dire que je pense que le système de santé, il va dans le bon sens, actuellement. Moi, j'ai vu et je participe... Je dirais, depuis les huit années et demie où je suis à l'agence, en lien avec le ministère, j'ai vu la mise en place des CSSS. On s'en va beaucoup plus, tu sais, d'un modèle qui était vraiment en silo — c'était notre modèle québécois — on se dirige vers la mise en réseau. Je pense qu'on est dans la bonne voie et je voudrais le souligner.

Je voudrais également souligner l'apport que nous permet maintenant le ministère. Moi, je peux dire que, dans les quatre ou cinq dernières années, il nous est permis maintenant d'influencer — puis je parle des directeurs des affaires médicales — directement, avec le sous-ministre... On reçoit, je dirais, le préliminaire des politiques nationales et on peut les influencer, là, à partir de la connaissance terrain qu'on a dans les territoires, et ça, je pense que c'est très important. Moi, j'ai vu cette évolution-là. Je peux vous dire que maintenant, au lieu d'arriver des fois avec des politiques nationales qui nous semblaient déconnectées de certaines parties, soit rurales soit urbaines, on est capables de mettre la main à la pâte, et je pense qu'on va dans le bon sens, dans ce sens-là, et on est beaucoup plus à mon avis branchés sur ce qui se passe sur le terrain.

Moi, j'ai tenu, dans ma carrière, à continuer un petit bout de pratique médicale. Là, je vais délaissé davantage l'administratif et ajouter donc des services cliniques pour terminer ma carrière parce que j'ai encore du fun à faire ça. J'ai encore du fun. On a toujours amené la réflexion, puis je me suis toujours posé la question, quand on réfléchissait à n'importe quelle mesure qu'on voulait faire nationalement, régionalement, localement: Qu'est-ce que ça donne aux patients? Alors, je pense que, ça, on le fait de plus en plus et je pense qu'on va dans la bonne voie, puis c'est ça que je voudrais laisser comme message. On est bien partis; il s'agit de continuer, on n'a pas tout réglé. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Et ce témoignage rappelle, je pense, à l'ensemble des membres de la commission: avant tout, c'est une affaire des hommes et des femmes qui, à chaque jour, ont à coeur le soin de nos patients à travers le Québec. C'est un travail essentiel dans l'ensemble des 125 comtés du Québec. Alors, merci beaucoup pour votre contribution à la gestion de ce système dans votre région et bonne continuité dans les soins que vous allez donner aux patients! Merci beaucoup, Dr Carrier.

Et sur ça je suspends nos travaux jusqu'à 14 heures.

*(Fin de la séance à 12 h 35)*