



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 30 janvier 2008 — Vol. 40 N° 21

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (3)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. 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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 30 janvier 2008 — Vol. 40 N° 21

Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ASSS—Bas-Saint-Laurent)	1
Documents déposés	33
Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (CRSSS de la Baie-James)	34

Intervenants

M. Bernard Drainville, vice-président
M. Geoffrey Kelley, président

M. Russell Copeman
M. Éric Caire
M. Pierre Reid
M. Éric Laporte
M. Claude Roy
Mme Louise Harel
M. Irvin Pelletier
Mme Stéphanie Vallée

- * M. Alain Paquet, ASSS—Bas-Saint-Laurent
- * M. Daniel Lévesque, idem
- * M. René Dumont, idem
- * M. Robert Maguire, idem
- * M. Jacques Levasseur, idem
- * M. René Lavoie, idem
- * Mme Diane Laboissonnière, CRSSS de la Baie-James
- * M. Jean Lemoyne, idem
- * Mme Blandine Piquet-Gauthier, idem
- * M. Jean-Pierre Savary, idem
- * M. Mario Lemieux, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 30 janvier 2008 — Vol. 40 N° 21

**Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux
dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion
conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (3)**

(Neuf heures quarante-deux minutes)

Le Président (M. Drainville): Alors, mesdames messieurs, nous allons débiter nos travaux. Alors, je vous informe que M. le président de la commission connaît des retards d'avion, alors c'est pour ça que vous me voyez siéger comme président alors que je suis habituellement sagement député de Marie-Victorin et vice-président en titre, en tout cas. Mais là, pour la première fois, je vais devoir gagner mon salaire de vice-président. Je vous remercie d'avance de votre collaboration. Je souhaite la bienvenue à la délégation du Bas-Saint-Laurent que nous recevons avec grand plaisir, ce matin.

Alors, je vais faire les choses formellement, n'est-ce pas, Mme la secrétaire?

À l'ordre, s'il vous plaît! Je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte. Alors, je vous rappelle le mandat. Le mandat de la commission est de procéder à l'audition de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 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. Pelletier (Rimouski) remplace M. Bergeron (Verchères); Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

Auditions (suite)

Le Président (M. Drainville): Merci beaucoup. Si vous me le permettez, à moins qu'il y ait des remarques préliminaires de la part des membres de la commission, je vais sans tarder céder la parole à M. Paquet, qui est le P.D.G. donc de l'Agence du Bas-Saint-Laurent. À vous, M. le P.D.G.

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

M. Paquet (Alain): Bien, merci beaucoup, M. le Vice-président. Membres distingués de la commission, Mmes les députées, MM. les députés, il nous fait extrêmement plaisir d'être ici pour partager avec vous les faits saillants de nos rapports annuels de gestion 2003-2004 à 2006-2007.

Sans plus tarder, si vous me permettez, je présenterais les membres de mon équipe qui m'accompagnent. Donc, à ma droite, j'ai M. René Dumont, le directeur de la planification, de l'intégration et de la qualité des services par intérim; à ma gauche, le Dr Robert Maguire, qui est le directeur de la santé publique et des soins primaires,

des soins de santé primaires; à l'extrême-gauche, le Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et des services hospitaliers; à l'arrière-banc, notre grand manitou financier, M. Daniel Lévesque, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles; M. Romain Lavoie, qui est le coordonnateur de la surveillance de l'infocentre et des ententes de gestion; et finalement M. René Lavoie, qui est notre directeur des ressources humaines.

Alors, on va présenter un sommaire de notre présentation: brièvement, une présentation des réseaux locaux de services; les caractéristiques générales de la population; un bilan de santé de la région; nos principaux enjeux et défis 2003 à 2007, parce qu'on en avait beaucoup, vous allez voir qu'on en a réalisé une partie, et on prendra le temps d'échanger avec vous là-dessus; quelques éléments de bilan en regard des projets cliniques; les ententes de gestion; faire le point sur les ressources du réseau, enjeu important par rapport aussi aux prochaines années; et des éléments de perspective qu'on aura à discuter avec vous au cours de la présentation.

Le Président (M. Drainville): M. le P.D.G., nous avions prévu une présentation de 30 minutes, si ça vous convient.

M. Paquet (Alain): Tout à fait. On va tenter de faire le maximum pour entrer là-dedans et on se laissera un peu plus de temps pour échanger avec vous sur les différentes dimensions.

Alors, brièvement, dans la présentation des réseaux locaux de services, notre réseau du Bas-Saint-Laurent, c'est un grand territoire, c'est pratiquement 300 km répartis dans le secteur ouest entre La Pocatière, et dans le secteur nord-ouest avec Matane, et dans le secteur sud-est avec la Matapédia. C'est finalement 7 500 travailleurs équivalents temps complet qui oeuvrent dans le réseau, 128 organismes communautaires — donc, c'est effectivement important — 236 médecins en omnipratique, 174 médecins en spécialités et 420 millions de budget. Alors, vous voyez qu'on a une cartographie relativement dispersée, ce qui va venir influencer l'organisation de services qu'on a mis finalement en place dans le Bas-Saint-Laurent.

Lorsqu'on parle de réseaux locaux de services, brièvement, pour vulgariser ce concept-là, on se rappelle que la loi n° 25 a créé finalement en fusion les CSSS, résultant finalement de l'émergence des missions CLSC, CHSLD et CH. Et finalement au centre de tout ça est vraiment le CSSS, donc l'instance locale qui oeuvre à créer un réseau local de services avec de nombreux partenaires intersectoriels, des organismes communautaires, des pharmacies, des cliniques médicales, bref un ensemble de partenaires qui finalement doivent converger tous vers les mêmes résultats, c'est-à-dire améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population.

Le Bas-Saint-Laurent, en population, c'est environ 202 000 personnes réparties en parité presque hommes et femmes. Vous voyez que, nous, à l'agence, actuellement, on est juste des hommes, mais plus de 66 % de notre personnel est de sexe féminin et notre personnel d'encadrement intermédiaire est composé de trois personnes féminines sur quatre. La moitié des résidents de la région habitent les principaux centres urbains, donc l'autre moitié est vraiment à caractère rural; 17 % de la population a plus de 65 ans, c'est un élément important de caractéristique de notre région; plus forte proportion de moins de 65 ans ayant des contraintes sévères à l'emploi — ça aussi, ça influence, finalement — une caractéristique de la région; un nombre de jeunes personnes âgées de 15 à 24 ans qui quittent malheureusement la région, et c'est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent; une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des prestations de supplément de revenu garanti. Et ça aussi, ça a une influence importante, quand on travaille dans l'offre de services personnes âgées, pour regarder les alternatives, par exemple, notamment, sur des services privés, alors qu'on sait que la capacité de payer des gens est fortement limitée.

Et un élément important qu'on tient aussi à souligner, c'est: le décrochage scolaire est moins fréquent au Bas-Saint-Laurent, 16,7 % des élèves du secondaire contre 24,2 % au Québec. Et ça, c'est un élément excessivement important et qui fait en sorte qu'on croit que ce phénomène-là ou ce résultat-là est davantage amené par une concertation intersectorielle. Et finalement on pourra prendre le temps tout à l'heure de débattre un peu plus de ça, parce que c'est extrêmement important pour nous de maintenir ce résultat-là et de favoriser l'amélioration dans le possible.

Au niveau du bilan de santé de la région, notre population du Bas-Saint-Laurent a un bilan de santé, je dirais, globalement comparable à celui de l'ensemble du Québec. On y note une plus grande espérance de vie des femmes, un plus haut taux de mortalité causée par les accidents de transport — vous avez vu tantôt la cartographie et l'étendue du territoire, et on a des routes finalement qui amènent beaucoup de circulation inversée, donc il y a des risques importants de traumatisme routier; un haut taux de suicide chez les hommes; un des plus bas taux de grossesse à l'adolescence au Québec — et ça, je pense que c'est important et ça date vraiment des préoccupations et des efforts qu'on y a mis dans le passé; une des régions qui comptent la proportion la moins élevée de fumeurs; et une des régions également où le taux de crime contre la personne est moins élevé que dans le reste du Québec. Bref, c'est bien et c'est confortable de vivre dans le Bas-Saint-Laurent.

Nos principaux enjeux et défis 2003-2007. Brièvement, on avait, je pense, un défi collectif qui visait la mise en place des RLS. La loi n° 25, oui, a créé finalement des CSSS, mais le travail est à faire pour vraiment en arriver à des réseaux de services intégrés, des réseaux locaux de services. Donc, il y a vraiment des efforts qui nous étaient impartis de ce côté-là. Également, en lien avec la création des RLS, maintenir ou développer une accessibilité locale aux services continus de base et de services spécialisés. Encore là, je reviens sur la dispersion du territoire, la dispersion de la population, l'étendue du territoire. Et une préoccupation fondamentale qu'on

avait, c'était de rendre un accès équitable aux services sur l'ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent.

La mise en place d'un nouveau style de gestion axé sur la responsabilité populationnelle, ça aussi, c'est important, ces nouvelles dimensions, et ça veut dire qu'on doit s'assurer d'une prise en charge d'abord de notre clientèle, donc de la population, pour faire en sorte qu'ils aient accès à des services et qu'on assure la continuité des services également dans l'épisode de soins auquel ils sont impartis.

Un enjeu également entre le financement... l'adéquation idéale entre le financement et les enjeux de services, l'adéquation également géographique et les dispersions socioéconomiques, bref un défi, là, qui était de dire: Comment on peut gérer mieux nos fonds publics dans la mesure où est-ce qu'on a une prestation de services adéquate et axée également sur la qualité et l'efficacité?

L'amélioration des services dans un contexte de maintien de l'équilibre budgétaire. Nous avons pris un enjeu, dans le Bas-Saint-Laurent, c'est-à-dire, de façon concertée avec l'ensemble de nos organisations, de faire un effort et de maintenir l'équilibre budgétaire, donc d'assurer une saine gestion des fonds publics en optimisant d'abord les ressources qu'on avait, en mettant l'accent sur des nouvelles façons de faire. Et vous allez voir, à la lumière des résultats qu'on va partager, qu'on a atteint une bonne partie de l'objectif, voire même presque atteint à 100 %. Donc, c'est un élément significatif.

Et un défi, je pense, qui est partagé par tous les acteurs du réseau actuellement, l'attraction et la rétention de la main-d'oeuvre, encore plus vrai dans une région comme le Bas-Saint-Laurent, où est-ce qu'on doit se distinguer pour pouvoir attirer et maintenir nos ressources humaines de qualité pour maintenir la pérennité du service.

● (9 h 50) ●

On poursuit maintenant avec quelques éléments de bilan. On a parlé tout à l'heure que notre réseau régional comprenait huit réseaux locaux de services supportés par des centres régionaux, le Centre de réadaptation physique, le CRDI, le Centre de réhabilitation en déficience intellectuelle, de même qu'un centre de réadaptation pour les toxicomanes. Et, dans la région, on en a parlé, la constitution des CSSS ou des centres de santé était déjà en cours avant l'entrée en vigueur de la loi n° 25. Donc, je crois qu'on avait une avance de niveau d'intégration de services. On a donc pu poursuivre ce travail-là et faire en sorte qu'en termes de continuité et d'accessibilité de services... je crois que, comparativement à d'autres régions, sans être prétentieux, on a, je pense, un niveau d'intégration de services assez avancé, dans le Bas-Saint-Laurent.

On reconnaît également que le CSSS, donc le Centre de santé et de services sociaux, est le leader incontestable de la mise en oeuvre du réseau local de services. Donc, c'est sous le leadership du CSSS, donc de l'animation de la direction générale concernée, de faire en sorte que, dans le territoire concerné, il y ait là une prise en charge collective et un résultat finalement qui devient la création des réseaux locaux de services.

Les défis auxquels ces gens-là sont confrontés: un accent sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des services; la transformation de la manière dont les services sont organisés dans différents programmes — ça, je pense, c'est important, puis il faut le voir de façon

évidente; et, on l'a mentionné tout à l'heure, je trouve important de le recamper ici, une rigueur dans la saine gestion des fonds publics, donc une importance de dire: Comment on peut optimiser les ressources actuelles pour faire en sorte de rendre le maximum de services requis à la population et faire en sorte qu'ensemble, les partenaires concernés et tous les intervenants du réseau, on puisse atteindre les objectifs auxquels on était conviés?

Pour atteindre et actualiser la mise en oeuvre des réseaux locaux de services, comme dans bon nombre de régions du Québec, on a initié les projets cliniques. Les projets cliniques, je vais les résumer simplement en disant que c'est un ensemble d'interventions concertées qui visent à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de services.

Donc, dans notre région, quatre projets cliniques étaient en chantier ou sont en chantier depuis le printemps 2005: personnes âgées en perte d'autonomie, les jeunes, la santé mentale, les maladies chroniques et le cancer. Et on avait un cinquième projet clinique intégrateur et transversal qui se voulait davantage orienté vers les services médicaux de première ligne, faire en sorte que l'ensemble de nos médecins puissent s'impliquer dans finalement l'actualisation des projets cliniques. Et, je dirais, essentiellement, il faut absolument que le médecin et les cliniciens soient au centre de ça parce qu'il y a une dimension clinique, oui, pour assurer vraiment une prise en charge, une accessibilité et une continuité et éviter que la clientèle tombe entre deux chaises.

Maintenant, si on aborde quelques exemples concrets par rapport aux projets cliniques, le premier, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. On se souvient que le plan d'action ministériel 2005-2010 mettait les balises ou les grandes orientations nationales en regard de ça. Et, en s'inspirant de ce plan-là, notre objectif principal était de maintenir une autonomie optimale des personnes âgées en assurant les services le plus près possible de leur milieu de vie. Oui?

Le Président (M. Drainville): Je m'excuse de vous interrompre. Mesdames messieurs, vous allez sans doute accueillir avec soulagement votre président, à qui je cède le fauteuil dans l'allégresse.

M. Paquet (Alain): Merci, M. le Vice-président. Bienvenue, M. le Président.

M. Drainville: C'est toute une performance, dit le député de La Peltre. Une de mes meilleures, n'est-ce pas?

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le Vice-président. Désolé pour mon retard. Alors, continuez. Merci beaucoup pour votre compréhension.

M. Paquet (Alain): On comprend très bien ça. Donc, on était rendu finalement aux projets cliniques, tenter de vulgariser, de démontrer dans l'action qu'est-ce qu'on a réussi à faire, dans le Bas-Saint-Laurent, en regard, entre autres, de la clientèle des personnes âgées, principalement. On va aborder tout à l'heure les autres dimensions.

Alors, je rappelle tout simplement l'objectif principal: maintenir une autonomie optimale des personnes âgées tout en leur rendant les services le plus près possible de leur milieu de vie. Donc, essentiellement,

c'était le principe. Quelques exemples qui prouvent également, je pense, la réussite qu'on a eue dans ce dossier-là. Je vous dirais que, dans le Bas-Saint-Laurent, la révision de l'offre de services personnes âgées est en cours et pratiquement réalisée dans quatre territoires sur huit, et je vais donner quelques exemples pour montrer comment on s'y est pris.

D'abord, on a mis un accent important et spécifique sur la prévention et la consolidation des services de soutien à domicile. Nous avons réalisé 13 188 interventions de plus entre 2005-2006 et 2006-2007 au niveau du soutien à domicile tout en augmentant l'intensité moyenne. Donc, vous comprendrez qu'en faisant ça on a donc permis à des gens, personnes âgées qui vivaient des pertes d'autonomie, de vivre le plus longtemps possible à domicile, donc de rester dans leur milieu de vie. Et cette résultante-là fait en sorte qu'on a un besoin de lits institutionnels moins élevé que ce qu'on avait anticipé. Actuellement, nous sommes... on avait, au départ de la transformation, un ratio de 4,2 lits par 100 personnes âgées, nous en sommes maintenant à 3,5 lits par 100 personnes âgées. Et notre cible de résultat, la résultante de la réorganisation de services, va nous amener vers un ratio de 3,1 par 100 personnes âgées.

Alors, il y a des territoires qui ont très bien amorcé ça et qui ont réussi. Il y a un exemple concret, c'est le territoire de la Matapédia. La Matapédia, ils se sont pris finalement en intensification de services à domicile. Ils ont développé des alternatives à l'hébergement, mis en place des méthodes comme le répit dépannage pour la clientèle, identifié comme il faut leurs clientèles précoces, assuré vraiment une bonne prise en charge et une continuité de services. Et, la résultante de tout ça, ils ont été capables d'optimiser leur parc de lits en réduisant de 30 places sur 120 places, et tout ça, sans aucune liste d'attente pour les clients en hébergement et sans aucun client déclaré hébergé, occupant des lits de courte durée. Alors, ils ont vraiment transformé l'offre de services.

En plus, ils ont réinvesti, par cette marge de manoeuvre là, 660 000 \$ dans leur milieu, d'abord pour consolider l'offre de services personnes âgées, mais aussi pour développer d'autres services, comme par exemple les services d'oncologie, ce qui va permettre à des gens de la Matapédia, entre 50 et 60 personnes, d'éviter de se déplacer vers Rimouski pour recevoir des services de chimiothérapie et maintenant de les recevoir sur place, dans la Matapédia.

Alors, en transformant une façon de faire différente, en répondant à des préoccupations de clientèle des personnes âgées, en les identifiant beaucoup plus rapidement en termes de perte d'autonomie, en intensifiant les services à domicile, ils ont réussi à se dégager une marge de manoeuvre significative pour faire profiter l'ensemble de la population sur d'autres dimensions de services. Et, pour nous, ça a été une réussite et ça a été un élément porteur qui va permettre aux autres territoires du réseau de s'appuyer sur ces réalisations-là et de voir que dans l'action c'est vraiment réalisable. Oui, il y a eu des contraintes, on pourra en parler peut-être tout à l'heure plus dans le débat entre nous, mais la stratégie d'action a été vraiment bien menée, et finalement, avec l'ensemble des partenaires, je dirais que cette transformation-là s'est faite dans l'harmonie et que les résultats sont très probants et très prometteurs également pour la clientèle.

Un autre exemple important qu'on tient à souligner, c'est dans le secteur ouest du territoire, dans le coin de Saint-Cyprien, donc dans la MRC de Rivière-du-Loup. Et on se souvient que, suite à une visite ministérielle, cet établissement-là, qui est un privé conventionné, a été identifié comme étant vétuste, il y avait des problèmes de sécurité incendie. Donc, on n'a pas eu le choix, comme agence, de mettre fin au contrat d'exploitation qu'on avait entre le propriétaire privé finalement et l'agence. Cette résultante-là, il a fallu relocaliser une vingtaine de clients qui avaient des profils CHSLD, donc des clients de longue durée. Et on s'est dit: Comment on peut faire autrement là-dedans?

Alors, avec l'implication de la municipalité, l'implication du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent, et piloté par le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, et assisté d'un organisme sans but lucratif, il y a eu une réflexion concertée qui a fait en sorte qu'on a déposé un projet novateur et qui fait en sorte qu'aujourd'hui il y a une construction qui se fait dans le coin de Saint-Cyprien pour répondre aux besoins de la clientèle hébergée, nos 20 places que je parlais tantôt, plus 10 places de clientèle hébergée profil déficience intellectuelle et 10 autres places qui sont beaucoup plus reliées aux proches aidants, c'est-à-dire à la personne significative qui pourra loger dans cet environnement-là et apporter le support et le soutien aux personnes qui seront en perte d'autonomie.

Alors, c'est un projet novateur, on en est fiers. Il a été annoncé par la vice-première ministre, Mme Normandeau, au mois de novembre, et à ce moment-là les travaux sont en cours. C'est un projet qui a nécessité beaucoup d'énergie, beaucoup de rencontres avec la population, beaucoup de vulgarisation, mais force est d'admettre que finalement les résultats sont très intéressants. Et ce qui est intéressant à retenir, et quand on parlait tantôt du réseau local de services, on a là, je pense, une belle preuve d'une concertation efficace entre le monde municipal, les centres de santé, les partenaires du réseau, tout ça pour une préoccupation fondamentale qui est le besoin de la clientèle.

Et également partager brièvement nos orientations régionales en soins palliatifs. On a vu la cartographie du territoire, une dispersion importante de la population. Notre orientation générale en soins palliatifs est d'abord de rendre le plus près possible du milieu de vie de la personne, donc son domicile, des soins palliatifs de qualité tout en permettant à ces clients-là, à ces gens-là, ces patients-là finalement, dans leur milieu, de pouvoir profiter également d'une alternative de services en milieu institutionnel lorsque le plateau technique hospitalier est requis. Mais je dirais que l'orientation principale est davantage d'organiser selon une philosophie de soins adéquats et de qualité une organisation de services de soins palliatifs vers le domicile de la personne.

● (10 heures) ●

Projets cliniques, maladies chroniques et cancer, objectif principal général: améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux patients de maladie chronique. Quelques exemples. On a commencé par montrer l'exemple: dans nos établissements, une révision des menus qui étaient offerts dans les cafétérias pour orienter notre personnel d'abord vers de saines habitudes de vie, des pratiques intéressantes et faire en

sorte finalement qu'on puisse là démontrer une cohérence entre notre discours et l'action. Et tout porte à croire que, vers le 31 mars 2008, les menus dans les cafétérias d'établissements seront complétés, la révision des menus, et là je pense qu'on aura une erre d'aller. Tout ça se fait aussi dans une autre dimension, mais on voulait montrer que dans le réseau aussi il y a une cohérence entre le discours et l'action qu'il faut démontrer.

Également, la mise en place d'un projet pilote dans le secteur de Rimouski pour des mesures de transport actif, donc inciter les gens à bouger plus, à se déplacer pour aller au travail, en vélo, à pied. Il y a vraiment une bonne collaboration des instances municipales de la ville, etc., pour faciliter finalement... soit, bon, des supports à vélo, donc des organisations comme ça qui permettent peut-être de faciliter justement l'environnement pour permettre à une personne d'être plus active — on pense à des douches, par exemple, en milieu de travail — bref, une série de mesures qui ne sont pas compliquées à mettre en place mais qui améliorent possiblement, et qui vont améliorer possiblement l'état de santé de la population en regard des maladies chroniques en développant des bonnes habitudes de vie d'abord alimentaires et physiques, et c'est important.

Également, on a développé des équipes multidisciplinaires pour répondre adéquatement aux personnes. Un exemple qu'on va faire ressortir ici, c'est la clinique régionale en rhumatologie. Pour vous donner une idée, le délai d'attente était de deux ans et il est passé à six semaines. Donc, il y a vraiment eu une amélioration nettement significative. Et cette clinique-là finalement assure d'abord la prise en charge de la clientèle, son accès aux services, sa continuité de services. C'est une équipe finalement d'omnipraticiens et de cliniciens supportés par une rhumatologue et qui vont vraiment prendre... et se rendre sur le territoire pour répondre à cette clientèle-là, et c'est vraiment dans une perspective de service régional, et c'est très, très intéressant et bien vu.

En cancer, le service régional de mammographie mobile. On est une des seules régions du Québec qui a osé mettre en place un service mobile de mammographie. Ça fonctionne depuis le mois de novembre 2007. Et ça nous permet d'abord d'axer vers le dépistage du cancer du sein. Et on va rejoindre, là, les dames dans leur milieu de vie de façon à ce que la proximité du service soit le plus près possible de leur lieu de résidence. Et actuellement on a deux territoires de faits, la Matapédia et le Témiscouata, et on va vraiment se rendre également dans le Kamouraska et également dans la région de La Mitis et des Basques. Pourquoi ces territoires-là? Ce sont les territoires qui n'avaient pas d'appareils fixes de mammographie. Alors, on a préféré, plutôt que de mettre un appareil fixe dans chacun des centres, innover en disant: On va développer un service — je pense — novateur pour aller là rejoindre les femmes. Et on a un taux actuellement de pénétration d'environ 60%, et notre cible devrait nous amener vers 70% alors pour la clientèle qui est vraiment ciblée. On est fiers de cette réussite-là.

Création d'équipes locales en oncologie et développement de postes d'infirmières pivots assurant le lien entre le patient et finalement le cheminement de services. Et ça aussi, c'est important. Les clientèles sont vulnérables lorsqu'on souffre de cancer, et d'avoir une infirmière pivot qui est au centre de ça, qui fait en sorte que le cheminement est facilité, ça devient finalement probant pour la clientèle.

Je poursuis avec la santé mentale. L'objectif, c'était vraiment de soutenir et d'accompagner nos huit réseaux locaux. Particularité en santé mentale, on a extensionné en ajoutant le volet prévention du suicide et de dépendance à l'intérieur du volet santé mentale. On trouvait qu'il y avait un arimage extrêmement pertinent et étroit dans ce secteur-là.

Des exemples concrets. On a travaillé beaucoup au niveau du suicide, soit par des campagnes de désistement d'armes à feu, campagnes orchestrées en collaboration avec la Sûreté du Québec, le coroner régional et les gens de l'agence, on a travaillé également sur la mise en place d'un suivi étroit dans la communauté des personnes présentant des risques suicidaires. Et ça fonctionne bien. Et ce projet-là finalement permet simplement à des cliniciens de se concerter et de travailler ensemble auprès du client qui a des problèmes et de faire en sorte qu'il ne se détériore pas. Et ce projet-là, il a été mis en place dans un territoire et il est maintenant en exportation dans les sept autres territoires du Bas-Saint-Laurent.

Déploiement du programme Sentinelles. Donc, encore là, pour le suicide, la région peut compter actuellement sur 720 sentinelles. On a vraiment un effort à mettre sur le suicide parce qu'on avait une situation problématique importante.

Également, on a orchestré la transformation de l'offre de services santé mentale, entre autres, dans le secteur ouest de la région, par la mise en oeuvre de soins et de services partagés. Encore là, c'est la cohérence entre l'équipe locale de santé mentale supportée par les psychiatres et les pédopsychiatres. Donc, ça nous permet d'aller davantage plus répondre avec un axe de qualité sur cette clientèle-là.

Également, on a mis en place des appartements supervisés permettant à la clientèle souffrant de santé mentale de pouvoir continuer à vivre dans leur milieu tout en étant supervisée adéquatement par des professionnels et faciliter autant que faire se peut le retour à la vie normale. Également, une préoccupation d'intervention en situation problématique avec le centre jeunesse. Parce qu'on avait des problèmes aussi en centre jeunesse, on a donc travaillé fortement sur ce volet-là.

Au niveau des jeunes, préoccupation également d'assurer le continuum de services aux jeunes et à leurs familles, une très bonne organisation de services en planning des naissances. On a vu tantôt qu'on avait un des plus bas taux de grossesses à l'adolescence, donc c'est dû aussi à l'organisation sérieuse qui a été mise en place au niveau du planning.

Augmentation du taux d'allaitement lors du séjour hospitalier à 82% et à la sortie 72%. On considère important de mettre l'emphase, dès les premiers jours de la vie de l'enfant, vers le processus d'allaitement. Et un déploiement systématique d'un programme structuré d'intervention précoce en milieu vulnérable auprès des jeunes de 2 à 5 ans. On s'est dit, comme stratégie: Plus vite on va prendre en charge les enfants vulnérables, mieux ils vont se comporter dans l'avenir, mieux on va les aider à vivre en société avec leurs parents.

Un projet particulier, dans le Bas-Saint-Laurent également, qu'on appelle COSMOSS, Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé, c'est tout simplement une approche concertée de partenaires intersectoriels qui travaillent tous ensemble, le ministère de l'Éducation, le MAMR, la Santé et bref le monde

municipal, la conférence régionale des élus, pour faire en sorte qu'on cible, dans un continuum de soins moins de neuf mois à 30 ans, l'ensemble des problématiques importantes chez les jeunes et leurs familles pour intervenir là où est-ce qu'on doit intervenir. Donc, on fait beaucoup d'efforts de concertation et on a beaucoup plus d'efficacité de façon évidente dans l'action auprès de ces personnes-là. Création de deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance. Et, pour les jeunes finalement qui étaient en situation de protection de la jeunesse, formation conjointe en négligence et également en troubles de comportement.

Maintenant, on aborde le projet transversal intégrateur qu'on avait parlé, qui était le projet clinique des services médicaux de première ligne. On a travaillé beaucoup sur la mise en place de GMF. On en a six actuellement, dans le Bas-Saint-Laurent, un septième qui va voir le jour dans les prochains mois, dans le secteur de Matane, et actuellement près de 50 000 personnes sont inscrites. Donc, il y a vraiment eu un effort d'accessibilité de ce côté-là, et c'est extrêmement intéressant de poursuivre dans cette veine-là.

On a mis en place également un mécanisme de prise en charge de la clientèle orpheline prioritaire. Il nous arrivait souvent de constater que les gens avaient une difficulté d'accès à un médecin de famille. Alors, on a mis en place un moyen, une ligne téléphonique qui permet à un client, dans chacun des territoires, de téléphoner et d'être pris en charge d'abord par une infirmière qui va faire l'évaluation et qui va diriger, en fonction de la pertinence du besoin, vers un service adéquat pour répondre effectivement à son besoin.

Un accès direct au plateau technique, surtout en heures défavorables. Donc, permettre un accès plus facile sans passer par tout le set-up d'inscription de la clientèle en milieu hospitalier, donc bref une amélioration de l'accès.

Et on a constaté, par notre organisation de services médicaux orientés vers les GMF, une diminution du volume de clientèle ambulatoire à l'urgence, et ça, je pense que c'est un signe intéressant, et on pourra vous en parler tantôt avec le Dr Levasseur. Dans le secteur de Rivière-du-Loup principalement, on a constaté 20 % de diminution d'achalandage de la clientèle ambulatoire. Ce n'est pas peu, c'est beaucoup, et ça permet de dire que nos clients sont pris en charge adéquatement, un meilleur suivi. Et on utilise vraiment la gradation des services, ce qui est quand même très intéressant.

Brièvement, d'autres dimensions de l'organisation de services, juste vous dire qu'on a travaillé sur des projets cliniques puis on va travailler sur d'autres dimensions aussi en déficience intellectuelle, en déficience physique, en dépendance, en services hospitaliers.

On aborde maintenant nos faits saillants en suivi des ententes de gestion. 80 % des indicateurs ont atteint 85 % de la cible convenue, et les écarts les plus importants sont liés aux difficultés de recrutement et de remplacement du personnel. Donc, on était sur la voie de l'atteinte, mais les contraintes environnementales — on va les qualifier comme ça — nous ont finalement freiné un petit peu.

Quelques faits saillants plus spécifiquement en regard de la santé mentale: quelques écarts relativement importants notamment au niveau des services de première ligne, le soutien d'intensité variable et les délais d'accès aux services de deuxième ligne. Et, pour améliorer la

situation, on s'est mis en mouvement sur: d'abord, une redéfinition de l'offre de services en santé mentale avec tous les établissements concernés — c'était important de le faire — et des investissements pour supporter cette transition d'offre de services là, ce qui fait en sorte qu'on peut espérer, au cours de la prochaine année, des résultats meilleurs par rapport à la santé mentale.

Au niveau de l'urgence, on a constaté de bonnes améliorations entre 2003-2004 et 2006-2007 autant au niveau de la durée moyenne des séjours, autant au niveau des séjours de plus de 48 heures. Et je vous dirais que, notre situation, bien qu'il y a certaines pistes d'amélioration encore évidentes à poursuivre, on se compare très bien par rapport à d'autres régions du Québec.

En chirurgie, augmentation de la production au niveau des anches, au niveau de la chirurgie d'un jour, légère baisse toutefois au niveau des chirurgies de cataracte. Et, une bonne nouvelle, on a vraiment diminué également les patients hors délai, et ça, je pense que c'est excessivement important. Et on constate une amélioration de la situation, malgré des périodes de pénurie de main-d'œuvre dans certains domaines médicospécialisés. Et on pourra prendre le temps tantôt d'aller plus à fond, si vous jugez à propos de le faire.

En radiothérapie, diminution des cas en attente entre 2003-2004 et 2006-2007 et une diminution marquée des cas hors délai. Et ça, c'est très positif pour les patients, et là aussi on a vraiment amélioré notre situation.

● (10 h 10) ●

Pour faire ça, c'est sûr que ça prend des effectifs. Alors, au niveau des effectifs médicaux, un PREM en omnipratique de 236 médecins, en décembre 2007; en spécialités, 174 médecins. Nous avons deux UMF: une UMF — unité de médecine familiale — dans le secteur est à Rimouski, une qui a été développée dernièrement dans le secteur ouest. Et, ce qui est intéressant, on a un effet sur la rétention des effectifs, avec ça. Ça veut donc dire qu'on a une possibilité d'attraction et on garde en région nos gens.

On a parlé de l'organisation de services. Les ressources humaines, on commence par les ressources humaines parce que c'est le capital humain, c'est vraiment ce qui fait la dynamique du réseau. Sans des gens passionnés dans le réseau, on n'aurait pas la contribution qu'on a là. Je pense que c'est important de le sortir. Et on a deux pré-occupations principales: une planification de la main-d'œuvre donc, en faisant vraiment un bon état de situation, d'où est-ce qu'on est, quelle est notre capacité de planification de main-d'œuvre et comment on révisé l'organisation du travail; également dans l'axe développement des personnes et des mobilisations, c'est-à-dire en formant adéquatement nos gens en compétences, en se préoccupant de la relève autant gestionnaire que clinique et finalement en mobilisant nos personnes et le réseau.

Brièvement, également, santé et sécurité au travail, on a un taux d'absentéisme important, mais on a quand même amélioré beaucoup notre performance au niveau des accidents de travail, et ça, je pense que c'est aussi extrêmement porteur pour l'avenir. Et on pourra parler tantôt du plan de match qu'on a pour corriger la situation.

Financement réseau, on avait une offre de services à transformer, il fallait donc: supporter nos organisations — c'est ce qu'on a fait — supporter, dans notre phase de transition, par des investissements significatifs que l'agence a faits; arrimer l'allocation des ressources en fonction

des besoins de la population en questionnant la pertinence des paramètres de l'équité interrégionale, de l'équité intra-régionale et également en fonction des résultats des ententes de gestion.

Je vous disais d'entrée de jeu qu'on avait pris un défi collectif d'améliorer notre performance financière et qu'on avait pris un contrat d'atteinte de l'équilibre budgétaire. Donc, en 2003-2004, il y avait six établissements qui avaient un déficit non autorisé, et nos prévisions 2007-2008 laissent entrevoir un établissement dans lequel un plan d'action est fait pour le ramener à zéro. Donc, il y a vraiment un effort de ce côté-là.

Nous avons consenti et fait des investissements sommai res majeurs, au cours des dernières années. Et on pourra aller plus en détail tout à l'heure, mais globalement reprenez que nous avons fait au moins 40 millions d'investissement, en particulier par rapport entre autres aux projets cliniques, aux composantes du réseau et au support aux établissements, pour permettre de faire ce passage-là entre la situation qui était au point de départ A et celle qui était requise ou envisagée pour le futur, et c'est donc important en termes de ressources financières.

Immobilisations, équipements, ressources informationnelles, encore là, c'est en appui à l'organisation des services. Des augmentations notables au niveau de l'accroissement des budgets au niveau de la qualité du parc immobilier, au niveau également du fonctionnement des rénovations fonctionnelles. Et on est arrivés finalement avec des investissements significatifs, ce qui fait en sorte que ça a permis au réseau de bouger.

Toutefois, il y avait des limites qu'on trouve important de signifier. Ces investissements-là font en sorte que la capacité locale des petites équipes de nos petits milieux... ont besoin de support. Alors, il faut donc orchestrer une stratégie d'action qui va pousser vers le support à ces équipes-là pour être en mesure de livrer ce qu'on met en investissement.

Donc, vous avez le portrait des tableaux d'investissement, je vais passer vite sur ce niveau-là pour aller finalement au niveau des ressources informationnelles brièvement, en disant que c'est en appui à l'organisation des services. Et on croit fortement que la création des réseaux locaux de services passe par une circulation d'information clinique et administrative continue, en temps réel et disponible en tout temps aux professionnels qui en ont besoin. On est actifs là-dessus, on est en informatisation des cliniques médicales et des GMF, c'est en cours dans le Bas-Saint-Laurent, et on sera qualifiés comme région pour la mise en œuvre du Dossier de santé du Québec, on sera dans les premières régions du Québec qui verront finalement ce projet-là se développer, et on en est très fiers également.

Nos éléments de perspectives — et je termine là-dessus — les défis de la planification 2008-2011. C'est évident qu'en 30 minutes on n'a pas beaucoup le temps d'aller dans le détail, mais on le prendra tantôt, mais au moins camper ce sur quoi on va travailler pour l'avenir, et vous allez voir qu'il y a un fil conducteur important entre ce qu'on a dit depuis le départ et où est-ce qu'on s'en va.

Adapter les services pour répondre aux besoins des personnes, accessibilité, continuité et qualité, un défi d'accès significatif. Un défi d'accès jumelé avec un axe de qualité de services, pour nous, c'est fondamental. Vous avez vu la cartographie du réseau régional: une dispersion

de clientèles. Une équité dans les services, on a donc une préoccupation importante à cet égard-là.

Consolider la première ligne et les réseaux locaux de services et accentuer le réseautage entre la deuxième et la troisième ligne. Notre défi est de travailler mieux en réseau encore, d'abord entre nous, entre nos partenaires du RUIS, entre les régions spécialisées. Bref, on a aussi à assurer notre continuité de services entre notre région et les autres régions du Québec qui viennent nous appuyer là-dedans.

Défi extrêmement porteur et significatif: maintenir notre capacité d'attraction, de rétention et de mobilisation de la main-d'oeuvre. On a là, je pense, dans le Bas-Saint-Laurent, à définir et à développer une compétence distinctive qui va faire en sorte que ça va être plaisant de venir travailler chez nous, d'y vivre et de s'y développer.

Dans le contexte de l'équité interrégionale, s'assurer de recevoir notre juste part d'allocation de ressources en provenance du partage des ressources nationales vers nos régions, et le même défi à l'intérieur de la région, c'est-à-dire de mettre ces ressources-là, en fonction d'un principe d'équité, à l'intérieur d'une gamme de services qui aura été identifiée et une adéquation entre les ressources financières qui auront été mises.

S'assurer que les leaders de chaque CSSS et directeurs généraux poursuivent leur travail dans la responsabilité populationnelle dans la mise en oeuvre des réseaux locaux et une implication de nos médecins dans la gestion conjointe des soins de services, pour nous, c'est essentiel et c'est important pour assurer la continuité et la pérennité de notre système. Et là-dessus je vous remercie infiniment de votre attention. Au plaisir de répondre à vos préoccupations.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Paquet. C'est toujours difficile de faire un survol d'une trentaine de minutes sur les enjeux de votre région, mais ça nous permet d'avoir la plus grande possibilité d'échange avec les députés membres de la commission.

Sur ça, je vais céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député.

M. Copeman: Merci, M. le Président. M. Paquet, M. Dumont, Dr Maguire, M. Lévesque, bienvenue à cette commission parlementaire. D'emblée, je veux présenter également mes excuses. J'ai manqué le tout début de la commission parlementaire. Je n'ai pas une raison aussi crédible que le président, qui, lui, arrivait de Montréal, ce matin. Je l'avoue candidement, bien, j'étais déjà en ville, à Québec, mais j'avais une réunion ailleurs, et ça m'a pris une dizaine de minutes plus long que prévu. Alors, je suis désolé d'avoir manqué le début de votre présentation...

M. Drainville: Pour cette fois-ci, ça va, M. le Président.

M. Copeman: Surtout qu'il y avait plein d'autres parlementaires qui ont réussi à être ici à l'heure, je suis quelque peu gêné. Mais bref, ça m'arrive parfois. De nouveau, bienvenue à cette commission parlementaire, un exercice très important de reddition de comptes, de contrôle parlementaire auquel nous assistons, nous participons aujourd'hui.

Comme vous le savez fort bien, M. le président-directeur général, nous avons un système de santé fort décentralisé qui vous laisse, comme agence qui est responsable d'une grande région en termes de superficie, en termes d'établissements publics, en termes de services publics, avec une marge de manoeuvre assez importante pour définir vos priorités, les priorités régionales. Ça nous donne, nous, aux parlementaires, l'occasion de vous rencontrer et d'entendre vos explications, d'échanger avec vous sur l'utilisation des biens publics, des deniers publics qui vous sont alloués, qui sont votés par l'Assemblée nationale. Alors, c'est une expérience très importante, un processus très important pour nous.

Je vais peut-être commencer comme j'ai tendance à le faire avec toutes les autres agences que nous avons déjà entendues, sur des questions plus du ton froid, plus techniques, c'est-à-dire l'évolution des budgets de la région de l'agence. Je comprends, l'argent n'est pas la réponse à tout, l'argent ne fait pas le bonheur, mais ça aide. Ça aide dans nos vies privées, mais ça aide également dans la dispensation des services publics, et ça vous donne une certaine marge de manoeuvre, une certaine possibilité de développer des services au fur et à mesure que vos crédits augmentent.

J'ai noté par ailleurs une augmentation importante. Là, nous sommes en train de revoir la période de 2003-2004 jusqu'à 2006-2007, mais nous connaissons un peu vos enveloppes budgétaires pour 2007-2008 également. Et j'ai noté, comme nous avons tous noté, une augmentation importante dans vos crédits, dans les argents qui vous sont alloués, une augmentation selon la façon dont on les calcule — parce qu'ils sont calculés... ça peut varier, l'agence a peut-être une façon, le ministère a une autre, les livres des crédits une autre — mais une croissance qui dépasse 100 millions de dollars sur les quatre ou cinq dernières années minimalement, avec un taux de croissance qui s'apparente à 30 %, 28,2 %, encore une fois dépendamment de l'année de la référence et de la façon dans laquelle on calcule.

Peut-être, vous pouvez mettre en relief les points saillants de ce que ces augmentations vous ont permis de faire soit en développement de nouveaux services soit en maintien des actifs, qui est un volet relativement important également, et en projets immobiliers pour la région du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

● (10 h 20) ●

M. Paquet (Alain): Oui. Effectivement, votre lecture est très juste. Nous, nos chiffres par contre arrivaient plus aux alentours de 90 millions d'augmentation entre 2003-2004 et la perspective 2007-2008. C'est un chiffre extrêmement significatif qui nous a permis effectivement, d'abord, de tenir compte des coûts de système — je pense que vous le connaissez très bien — de permettre également des augmentations par rapport aux enjeux de l'équité salariale, donc qui a permis de répondre à ça.

Effectivement, comme dans la présentation, j'ai mentionné près de 40 millions également d'investissements cumulatifs qui ont été aussi consentis que ce soit au niveau des nouveaux services, que ce soit au niveau des services médicaux hospitaliers — qu'on pense aux services offerts sur une base régionale, hémato, onco, des rehaussements, la dialyse, etc. — donc certains services

qui se sont vu augmenter des budgets importants en fonction de l'accroissement des volumes, les indexations de base consenties, couverture de l'ensemble des coûts des médicaments, bref beaucoup plus en mesure de faire face aux défis et aux enjeux avec effectivement des enjeux financiers.

Tout ça, par contre, je trouve ça important de le mentionner à ce stade-ci, l'argent était très important, mais on a fait des efforts également d'optimisation internes dans notre réseau et, n'eût été de ça, on n'aurait pas avancé aussi vite qu'on l'a fait. Oui, l'entrée d'argent était parfaitement bienvenue et adéquate, mais on a fait un effort encore de plus pour aller dire à notre réseau: Écoutez, dans le Bas-Saint-Laurent, on a un principe de base très clair qu'on va mettre, tout le monde, sur la table: nous, on est convaincus qu'on a suffisamment d'argent pour faire la job, dans le Bas-Saint-Laurent, par rapport à ce qu'on a à faire. Vous allez me dire: Oui, mais vous êtes fous de dire ça tout de suite parce que peut-être, s'il y en a d'autres qui rentrent... On va prendre ce qui va rentrer en fonction de l'indexation des coûts de système. Mais le postulat de base, quand on regarde ça avec notre équipe ici, à l'interne, et tout ça, et les gens des finances chez nous, et les gens du réseau, on a, je pense, si on va au maximum de notre réseautage, au maximum de l'optimisation, suffisamment d'argent pour répondre adéquatement aux gens.

C'est sûr, quand on dit ça, il faut faire le lien avec les listes d'attente, il faut faire le lien avec ce qui se passe aussi. Mais effectivement l'argent qui est entré a permis d'être injecté principalement au niveau des services à la clientèle, permet une transition de l'offre de services entre notre situation qu'on avait en 2003-2004 et où est-ce qu'on est rendus en 2007-2008 — donc, c'est important dans la fonctionnalité, dans la finalité recherchée aussi — et, comme vous l'avez mentionné également, des investissements majeurs au niveau du maintien des actifs à la cause environnementale qui fait en sorte que, pour rendre des services de qualité, il faut aussi avoir un environnement de qualité. Alors, ces éléments-là font en sorte que l'utilisation des sommes d'argent a été identifiée à cet égard-là. Et, si vous me permettez, je demanderais peut-être à mon directeur des ressources financières, M. Lévesque, d'apporter certaines zones complémentaires d'information.

Une voix: Ça va? Très bien? O.K.

M. Paquet (Alain): Donc, ça vous va comme réponse?

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

M. Copeman: Peut-être quelques questions encore plus pointues. Je n'ai pas perdu cette vieille habitude de tenter de scruter comme il faut les documents qui nous sont remis. Entre autres, si je peux vous référer peut-être à la page 113 du rapport annuel de gestion 2006-2007, qui donne le portrait, le bilan de l'entente de gestion en ce qui concerne l'équilibre budgétaire des établissements, dans un premier temps, question tout à fait... qui a l'air anodine: Mais, j'imagine, les cibles, quand on indique les cibles 2006-2007, ce sont les cibles de déficit autorisé. C'est bien ça? Alors, tous les chiffres qui sont là représentent des déficits autorisés par le ministère pour les établissements, dans la colonne Cibles 2006-2007. C'est bien ça?

M. Paquet (Alain): Oui.

M. Copeman: Vous avez indiqué dans votre présentation que neuf des établissements sur 10 sont en situation d'équilibre budgétaire face au déficit autorisé par le ministère. Si je compare les résultats 2006-2007 versus les cibles 2006-2007, manifestement, il y en a... À moins qu'il ne manque un chiffre dans une colonne. Il y a le CSSS de Matane — quand je ne vois pas de cible, j'imagine qu'on s'attendait à ce qu'il soit équilibré comme budget — qui ont affiché un déficit de 107 000 \$ — c'est bien ça? — et le CSSS Rimouski-Neigette qui a un résultat deux fois plus élevé que la cible ou que le déficit autorisé. Dans ma tête à moi, ça fait deux établissements qui ne sont pas en équilibre budgétaire face à leur déficit autorisé. Est-ce que j'ai raison?

M. Paquet (Alain): Je vais commencer, Daniel pourra compléter. Il y a deux éléments dans ce que vous amenez. D'abord, la situation de Matane. Effectivement, Matane n'avait pas de déficit autorisé, de cible. Et la situation finalement de Matane s'est détériorée en cours d'année, pour laquelle on a eu d'énormes discussions avec eux. Et puis ils ont établi un plan de match, un plan d'action leur permettant de revenir en équilibre budgétaire. Sauf que le résultat réel au 31 mars 2007 était un déficit réel. Et on sait que le déficit non autorisé est la responsabilité de l'établissement. Alors, ils ont préparé un plan de remboursement leur permettant de récupérer ce déficit-là sur un horizon de trois à quatre ans. Le plan a été déposé, il tient la route, et on devrait voir cette année, en 2007-2008, Matane en équilibre budgétaire.

Pour ce qui est de Rimouski, il y a une particularité comptable, puis je vais laisser mon spécialiste comptable vous la présenter, et vous allez comprendre, à la dimension des informations, les arguments de ça. Et la cible globale était toujours de 662 000 \$, mais le résultat effectivement... avec Matane et l'accroissement de Rimouski, votre lecture est tout à fait juste, elle était supérieure de 300 000 \$ à ce qu'on avait mentionné. M. Lévesque.

Le Président (M. Kelley): Alors, c'est M. Daniel Lévesque?

M. Lévesque (Daniel): Oui. Merci. Effectivement, dans le cas de Rimouski-Neigette, c'est une question technique. Ce qu'on ne retrouve pas ici, c'est la cible qui avait été autorisée en 2005-2006. Le CSS de Rimouski n'avait pas utilisé l'ensemble de sa cible. Donc, il avait une cible supérieure de 100 quelques mille dollars. Donc, c'est rétroactif pour l'année 2006-2007. Ce qu'on ne voit pas, c'est la cible donc de Rimouski-Neigette en 2005-2006, elle était supérieure de... On voit un déficit de 662 000 \$, mais son déficit autorisé était aux alentours de 800 000 \$. Donc, c'est une question technique, là.

M. Copeman: Ce qui amène une autre question. Que ce soit un déficit autorisé qui n'est pas utilisé à sa capacité ou un surplus... On a vu, avec d'autres agences, des légers surplus dans des établissements. Un déficit autorisé évidemment, par un déficit autorisé, on s'entend qu'il y a des services donnés, hein? Ce n'est pas très compliqué à expliquer, un établissement qui dépasse ses

déficits ou son équilibre budgétaire: parce qu'il a rendu des services. Quand on voit soit un surplus ou un déficit autorisé qui n'est pas utilisé à son maximum, pour la population qui pourrait nous écouter, ou nous entendre, ou... ça sonne un peu curieux quand il y a des demandes importantes, une pression sur notre système de santé et de services sociaux: Comment se fait-il qu'en 2005-2006 Rimouski n'a pas utilisé... Est-ce qu'il n'en avait pas besoin? Est-ce que la cible, le déficit autorisé par le ministère était simplement trop élevé? Est-ce qu'il y a eu des développements en cours de route qui faisaient en sorte qu'il n'avait pas besoin d'aller au maximum de son déficit autorisé?

M. Paquet (Alain): Ce qu'il est important de mentionner...

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Merci. Excusez-moi, j'ai devancé un peu le droit de parole. Ce qu'il est important de mentionner, c'est que, dans la région du Bas-Saint-Laurent, on a pris un engagement de maintien de l'équilibre budgétaire. Ça veut donc dire que tous les efforts nous amènent à converger vers d'abord l'optimisation des ressources existantes. Et bien entendu que le lien entre l'utilisation des ressources doit être tout à fait conforme aux ententes signifiées, aux ententes de gestion et aux cibles de résultats qui ont été convenues et négociées entre les partis.

Dans le cas de Rimouski, en 2005-2006, par exemple, comme M. Lévesque l'expliquait, l'écart entre le déficit autorisé et le déficit réel, ils ont livré la marchandise par rapport aux principales cibles de résultats qui étaient finalement attendues, et l'écart a été des gains d'efficience qu'ils ont faits à l'intérieur de l'organisation, et, en toute gestion de fonds publics adéquate, on a dit: On va donc maximiser cette utilisation-là.

Et ce qui est clair, c'est que l'engagement même qu'on a pris auprès des organisations de notre réseau, c'est de dire: Plutôt que de vous autoriser des déficits chacune des années, on a fait un virage, on va investir dans la transformation de l'offre de services parce qu'on sait que vous allez avoir besoin d'argent, et ces marges de manoeuvre là, on va les prendre et on va les affecter là où est-ce qu'elles doivent être finalement prioritaires, au niveau de la transformation de l'offre de services.

C'est sûr qu'en présentation de chiffres en fin d'une année on a finalement les éléments qui ont été négociés et convenus et une présentation qui peut être un petit peu différente, mais le fond, ce qu'il faut retenir: une démarche très, je dirais, négociée et concertée et acceptée de suivi budgétaire, d'optimisation. On a même une équipe d'optimisation, à l'agence, qui intervient auprès des organisations pour identifier des mesures d'efficience et s'assurer de leur mise en oeuvre, tout ça sans compromis sur les services, très clair. Priorité: services, résultats cliniques, mais adéquation avec les ressources financières adéquates, pertinentes et dans un contexte de saine gestion.

Donc, le lien est à faire entre les résultats effectivement attendus, la performance de l'organisation et la marge de manoeuvre qu'il va créer, qui, soit dit en passant, pour Rimouski, était beaucoup plus non récurrente

dans cet exercice-là qu'elle ne l'a été au cours de l'exercice 2006-2007.

● (10 h 30) ●

M. Copeman: Changer de sujet peut-être. Changement de sujet, les services aux personnes en perte d'autonomie, en particulier la question des lits d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie, un sujet qui intéresse tous les parlementaires et qui est d'actualité. Il y a une discussion dans la communauté, ici, à l'Assemblée nationale, dans les commissions parlementaires et ailleurs, concernant la réduction de cibles de nombre de lits d'hébergement proportionnellement à la population. Il y a des objectifs de diminution de lits qui parfois, dans plusieurs régions, inquiètent la population, inquiètent les familles, inquiètent les intervenants. Vous avez cité, je pense, le cas du CSSS de Matane, n'est-ce pas, qui a réussi à...

M. Paquet (Alain): De Matapédia.

M. Copeman: ...Matapédia, excusez-moi...

M. Paquet (Alain): Oui.

M. Copeman: ...qui a réussi à diminuer la cible sans ajouter à la pression sur des listes d'attente ou un délai d'attente pour accès aux lits de longue durée, lits d'hébergement. Toujours cette notion théorique qu'on peut diminuer le nombre de lits ou la proportion de lits en développant d'autres formes de services plus légers qui correspondent mieux aux besoins de la population, sans créer des remous ou de la perturbation dans les communautés. Peut-être nous parler un tout petit peu sur soit le projet particulier à Matapédia ou dans la région. Avez-vous une liste... Quel est le délai d'attente pour avoir accès à un lit de longue durée, un lit d'hébergement? La cible, vous êtes présentement, je pense — est-ce que j'ai bien compris? — vous êtes 3,5 régionalement?

M. Paquet (Alain): Oui, oui, 3,1.

M. Copeman: Votre cible régionale est de 3,1. Sur quel horizon de temps? Et évidemment la question qui préoccupe tout le monde parce qu'on a vécu d'autres modèles: Est-ce qu'on réduit le nombre de lits en même temps qu'on essaie de développer les services alternatifs, les ressources alternatives? Est-ce qu'on procède de s'assurer qu'on n'allonge pas une liste d'attente pour les personnes en perte d'autonomie? Est-ce qu'on développe ces services avant pour s'assurer une certaine fluidité de...

Vous savez, il y a d'autres régions qui ont très bien réussi également. J'ai été étonné, comme vous, M. le Président, et comme d'autres parlementaires, d'apprendre — je pense que c'est l'Estrie, de mémoire, peut-être Mauricie—Centre-du-Québec — que le délai d'attente pour avoir un lit d'hébergement était de 10 jours. Comme a dit une de nos collègues de Montréal, ça rend d'autres régions jalouses. On connaît la période d'attente à Montréal, qui doit faire face à ces mêmes diminutions ou cibles pour la réduction de lits. Mais bref peut-être que vous pouvez nous éclairer là-dessus.

M. Paquet (Alain): Je vais tenter de le faire...

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Merci. Je vais tenter de le faire avec le plus de précision possible, puis, s'il y a quelque chose, vous me réinterpellerez. Effectivement, ce que vous mentionnez... D'abord, il faut dire que le plan de match qu'on a dans la région est sur un horizon de 2005-2010. Donc, c'est un plan de match de cinq ans, conforme majoritairement aux orientations ministérielles, pour lequel on croyait et on croit toujours.

Et, quand on regarde l'expérience pratique justement du CSSS de la Matapédia — je vais tenter d'aller un peu plus loin que ce que j'ai fait dans ma présentation, et le Dr Maguire pourra compléter au besoin — dans la Matapédia, effectivement, la stratégie d'action a été de dire: On va commencer à mettre en place nos alternatives avant, donc de développer, d'intensifier le soutien à domicile, de revoir les critères de soins à domicile, d'augmenter également l'intensification des services, de développer des mesures alternatives soit de prise en charge, de renforcement du centre de jour, de services externes en gériatrie active, bref mettre la table. Et la résultante: tout simplement, avec l'organisation des services réorganisés, ils se sont ramassés avec une trentaine de lits inoccupés, avec aucune pression sur les services. À notre avis, c'est la meilleure stratégie à prendre.

Je mets un bémol, là-dessus, sur le plan de communication qui a été... Vous savez, pour que les gens adhèrent à un changement, il faut qu'ils comprennent le sens, il faut qu'ils comprennent aussi la portée plus la plus-value de ça. Or, dans la Matapédia, eux, il semblait que c'était comme un acquis, mais la population n'a pas suivi au même rythme. Donc, il y a eu du rattrapage de communication à faire pour ramener la population dans le sens de la transformation des services.

Mais notre préoccupation fondamentale, qui était la même que celle des dirigeants du CSSS de La Matapédia, c'est de dire: La résultante — il faut le voir comme ça dans la région aussi — c'est... La réorganisation fait en sorte qu'on a un besoin inférieur de l'institutionnel, et il ne faut pas commencer par une réduction de lits, c'est une résultante. Alors, dans notre cas, pour la Matapédia, ça a été vraiment fait comme ça. Et, je le mentionnais dans ma présentation, pour eux, aucune liste d'attente effectivement, aucun client déclaré en hébergement de longue durée dans les lits de courte durée, et un service externe gériatrique qui fonctionne très bien, et, je le mentionnais, une réinjection d'argent majeure dans leur territoire — l'argent est resté là — de 660 000 \$, c'est quand même très significatif, au profit d'abord de la clientèle personnes âgées.

Ils ont fait connaître de façon très précise, par une pièce de théâtre, O.K.? — puis c'est le moyen, il est important d'être mentionné — très créatrice, vulgarisé ce concept-là auprès de la population par cinq séances dans les pôles du territoire. Les gens ont très bien vulgarisé et compris puis ils se sont aperçus que l'offre de services était intéressante. Donc, la résistance a été moins grande, et, comme il n'y a pas de pression sur l'offre de services, ça tient véritablement la route.

Dans d'autres territoires du Bas-Saint-Laurent, Rivière-du-Loup, c'est complété, ils ont fermé 25 lits sans aucun problème parce qu'ils ont fait exactement la même chose. Dans le cas du Témiscouata, une excellente planification et un plan de transformation qui se fait de façon graduelle, avec toujours la même préoccupation:

alternative en premier, résultante par après. Donc, le plan de match est celui-là.

Un territoire où est-ce qu'on a un petit peu plus de difficultés, c'est le territoire de Rimouski-Neigette actuellement, où est-ce que la transformation de l'offre de services tarde finalement à s'organiser. Ils ont fait des efforts toutefois, mais les résultats sont à venir. Et on est en support avec eux pour tenter de minimiser les impacts directs aux clients — je pense que c'est important, c'est une préoccupation fondamentale — et de les supporter dans l'offre de services en investissant des sommes d'argent.

Vous savez, si l'agence ne contribue pas dans une transition d'offre de services, le seul moyen que l'organisation va avoir pour faire cette transformation-là, ce sera de se trouver une marge de manoeuvre qui finalement pourrait provenir d'une réduction immédiate de lits mais avec une gestion des conséquences importante. Alors, ce qu'on dit, comme région: Non, nous, on va investir de façon temporaire pour vous permettre de passer à l'action, mettez vos alternatives. Nos cibles de résultats attendus avec le ministère prouvent également nos interventions: 13 188 interventions de plus dans le soutien à domicile, l'intensification qui nous ramène très près de la cible du ministère et une résultante qui fait en sorte qu'il y a moins de lits effectivement dans le Bas-Saint-Laurent.

Globalement, dans le Bas-Saint-Laurent, c'est 186 lits de moins, à la fin de la transformation, qu'on devrait avoir sur notre territoire bas-laurentien mais, je le répète, après avoir mis en place nos alternatives, s'assurer que ça tienne la route et qu'on aura répondu beaucoup mieux à notre clientèle. Et on est convaincus que, si on fait ce qu'il y a à faire au niveau du soutien à domicile, avec les proches aidants, avec la communauté, en créant véritablement un réseau local de services, on va obtenir là une qualité de services intéressante et on aura en institution les gens qui devraient être là avec des services de qualité également pour mieux répondre à leurs besoins.

Mais il y a une transition, il faut accepter qu'il y ait une gestion de transition. On doit se réaligner. Il n'y a personne de parfait non plus là-dedans, donc on ajuste. Mais on essaie toujours de minimiser l'impact auprès du service à la clientèle, c'est notre dominante. Et je peux vous dire que par expérience, dans le Bas-Saint-Laurent, ce qui a été fait, malgré les petites lacunes de processus, les gens ont mis en place les alternatives, et la résultante concrète a été une réduction de services.

Maintenant, votre préoccupation était au niveau de la liste d'attente, je vais peut-être laisser M. Dumont vous donner l'information, pour pouvoir revenir avec le Dr Maguire pour la suite.

Le Président (M. Kelley): M. René Dumont.

M. Dumont (René): En fait, les chiffres qu'on a sortis nous démontrent qu'au 15 janvier, donc il n'y a pas longtemps, il y avait, dans la région, 165 personnes qui étaient en attente. Cependant, comme disait Alain tout à l'heure, il y a une difficulté autour de Rimouski-Neigette, hein, pour arrimer les services. Il y a la moitié des personnes qui sont en attente qui sont dans le secteur de Rimouski ou Mont-Joli parce que le territoire de Mont-Joli est desservi par l'hôpital régional de Rimouski. Donc, l'organisation dans le secteur de Rimouski a un impact à ce niveau-là.

Au niveau du délai, je vous dirais, toujours les mêmes données à peu près à la même période, ça donne un portrait autour, je dirais, d'à peu près 90 jours d'attente. Mais il faut le mettre en contexte un peu parce que dans le fond il y a, dans ça, des gens qui attendent à l'extérieur, pour un hébergement dans une autre région que le Bas-Saint-Laurent. Puis il y a pratiquement un an d'attente pour les gens de chez nous qui demandent une place à l'extérieur, donc ça vient jouer sur le délai comme tel d'attente en hébergement. Et, je vous dirais, dans le secteur de Rimouski—Mont-Joli, c'est là aussi qu'on retrouve les délais les plus longs parce que les personnes occupent des lits de courte durée pendant une période assez longue, ça tourne autour 120 jours à peu près pour ces deux territoires-là ensemble.

Le Président (M. Kelley): Et le Dr Maguire?

● (10 h 40) ●

M. Maguire (Robert): Peut-être, ce que c'est que je pourrais rajouter, c'est que ça demande une façon assez différente d'organiser les choses. Et, par exemple, à Amqui, un des problèmes qu'on a eus, les gens disaient: Vous n'allez pas fermer notre hôpital. Je veux dire, ça, là, ça a été quelque chose où j'ai été trois, quatre fois... On est allés, Alain et moi et d'autres personnes, rencontrer les gens pour leur expliquer: On ne fermera pas l'hôpital, on va réorganiser les services autrement, on va travailler autrement.

Maintenant, quand on parle de travailler autrement aussi, ça veut dire que le premier principe qu'on s'est donné, nous, pour travailler avec les responsables, c'est: on va essayer de préserver l'autonomie. Je veux dire, ce qui nous apparaît extrêmement important, c'est de préserver l'autonomie au niveau des personnes âgées. On sait que, plus on va vieillir, plus on va devenir frêle. Et, à ce moment-là, bon, je veux dire, on essaie de faire, pour chacun des territoires — et c'est probablement un petit peu plus facile qu'à Montréal — on essaie de s'assurer d'être capables d'identifier les gens qui sont les plus à risque. Et, à ce moment-là, si on est capables de les identifier et d'en prendre charge rapidement, bien, à ce moment-là, je veux dire, ça permet de prévenir la détérioration.

Je veux dire, on sait que, quand on passe une journée à l'hôpital, sur la civière, comme je dis, avec la jaquette bleue fendue en arrière, bien, je veux dire, pendant... c'est là qu'on va commencer à se détériorer, puis si on passe trop de temps sur la civière ou en attente. Et c'est là où il y a vraiment une prise en charge. Je veux dire, quand on vieillit, on redevient comme quand on était jeune, je veux dire, on est vulnérable très rapidement. Donc, à ce moment-là, les délais d'attente sont extrêmement importants, et c'est là où ça prend une organisation puis une orchestration des services, et c'est là où on va travailler aussi de façon assez importante avec les omnipraticiens. Parce que finalement, pour garder une personne âgée, pour permettre... — je ne dirai pas «garder une personne âgée», je vais corriger — pour permettre à une personne âgée de continuer de vivre de façon autonome dans son milieu, il faut être capable de lui rendre des services rapidement avec une équipe. Des fois, ce serait juste une infirmière qui pourrait régler le problème, des fois ça peut être le docteur puis des fois ça pourrait être le facteur. Donc ça, je pense qu'on a à apprendre notre métier là-dedans.

Le Président (M. Kelley): Juste pour vous aviser, M. le député, vous êtes au mi-temps de votre enveloppe.

M. Copeman: Peut-être un dernier petit commentaire. Pour certains, cette traduction de cible ou de proportion de lits de longue durée, lits d'hébergement, paraît comme un diktat qui émane du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui engendre des traitements inappropriés, ou soulève de la détresse, ou rallonge les listes d'attente. Vous avez l'air, à tout le moins, pas mal convaincus que c'est une offre de services plus appropriée pour votre région en ce qui concerne les services pour les personnes en perte d'autonomie. Est-ce que j'ai raison?

M. Maguire (Robert): Oui, il faut intervenir rapidement. Et dans le fond ce que c'est qu'on se dit, c'est: On devrait être capables de constituer en quelque part un registre des personnes qui ont 75 ans et plus — on sait que ce seront les plus vulnérables — et d'avoir un système pour être capables de les surveiller. Et, à ce moment-là, ce qu'on va essayer de faire au cours des années à venir, c'est de voir comment — et puis, bon, je pense qu'il y a des ententes avec la FMSQ, mais surtout la FMOQ, il y a un plan d'affaires, il y a des choses qui ont été développées — c'est de voir comment on peut développer des collaborations.

Et je pense qu'on le soulignait tout à l'heure, par rapport aux patients orphelins, il faudrait... Je pense qu'on ne peut pas se permettre d'avoir une personne de 75 ans et plus qui n'a pas son médecin de famille, qui n'est pas rattachée à une équipe de santé. Et, si on est capables de faire ça, un bon matin, la personne se lève, elle a un vertige, elle a un quelque chose, si on est capables de lui amener une réponse rapide, peut-être qu'on n'aura même pas besoin de la déplacer à l'hôpital et prévenir beaucoup de choses. Donc, c'est vraiment la rapidité d'intervention qu'il faut développer, et ça, je pense que c'est des choses qui vont venir, mais il va falloir se donner les moyens de les faire et, à mon point de vue et à notre point de vue, vraiment d'impliquer les omnipraticiens avec des équipes parce que finalement une personne âgée qui a des maladies chroniques, à notre point de vue, ça ne se traite pas par juste un médecin.

Le Président (M. Kelley): Ça va? Merci beaucoup. Juste pour l'intendance, notre division de temps: à la partie ministérielle, il y avait 51 minutes, dont le député de Notre-Dame-de-Grâce a pris environ 28; il reste 44 pour l'opposition officielle; et 38 pour le deuxième parti d'opposition. Sans plus tarder, M. le député de La Peltre. Et je vais vous aviser au mi-temps de votre enveloppe. La parole est à vous, M. le député.

M. Caire: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue à vous tous. Dans un premier temps, j'aimerais peut-être avoir peut-être une petite précision sur le statut de chacune des personnes qui sont assises à cette table pour l'agence. Vous êtes tous à l'emploi de l'Agence de santé du Bas-Saint-Laurent? O.K. Donc, vous êtes tous des salariés de l'agence. C'est ce que je comprends? Bon.

Vous savez que, dans son rapport, le Vérificateur général a parlé d'un problème de gouvernance. Et je regardais votre rapport annuel, je regardais l'organigramme, puis, M. Paquet, vous allez peut-être pouvoir m'éclairer

parce que je vois qu'au sommet de la pyramide il y a un conseil d'administration, pouvez-vous me dire aujourd'hui combien il y a de représentants du conseil d'administration qui sont présents dans cette salle?

M. Paquet (Alain): Il y a moi, d'office, qui siège au conseil d'administration, mais il n'y a pas d'autres personnes.

M. Caire: O.K. Donc, vous, vous êtes président-directeur général de l'agence et membre d'office du conseil d'administration?

M. Paquet (Alain): C'est ça.

M. Caire: O.K. Parce que normalement le conseil d'administration est l'instance envers laquelle il y a une certaine reddition de comptes du président-directeur général. Donc, vous faites une reddition de comptes à une instance dont vous êtes membre d'office et que vous représentez aujourd'hui. C'est ce que je comprends?

M. Paquet (Alain): Bien, la reddition de comptes se fait davantage par rapport au ministère effectivement, dans un premier temps, puis je pense que l'exercice démocratique qu'on fait aujourd'hui en est un exemple. Vous savez que le PDG est nommé par le Conseil des ministres. Donc, à ce moment-là, le conseil d'administration est représenté par des collègues, des représentants de collègues, et on siège avec le conseil, et tout ça se fait à l'intérieur des paramètres de la loi n° 83 qui a été édictée, dans laquelle on donne à l'agence un certain rôle.

M. Caire: Je vous entends tout à fait. Mais je pense que vous comprenez un peu le sens de mon intervention, à savoir que, pour le Vérificateur général, il y a un flou existentiel qui existe dans le rôle et du conseil d'administration et de la direction de l'agence, qui amène une certaine incohérence ou en tout cas une incapacité d'action notamment de la part des conseils d'administration, pour lesquels on s'interroge sur le véritable rôle. Et vous êtes la quatrième agence qu'on reçoit ici, et, à ce jour, outre le président-directeur général, comme vous le dites, qui est membre d'office du conseil d'administration, il n'y a jamais de représentant, et encore moins le président du conseil d'administration, qui est venu ici pour... Alors, moi je trouve que c'est significatif du rôle du conseil d'administration quand le président — puis je pense que c'est un exercice qui est important — quand le président du conseil d'administration ne prend même la peine de venir nous rencontrer. Je pense que c'est assez significatif sur l'importance de son rôle. Et, à ce moment-là, vous admettez avec moi que ça peut renforcer notre perception par rapport au rapport du Vérificateur général, qui nous dit que... sur le flou qui existe entre les deux rôles.

Alors est-ce que vous ne pensez pas qu'il y a un travail important à faire de côté-là? Ou on abolit le conseil d'administration parce qu'il est inutile, ou on lui donne un rôle significatif. Puis, à ce moment-là, bien, on peut s'attendre à ce que quelqu'un d'autre que le président-directeur général, membre d'office du conseil d'administration, vienne ici pour répondre à nos questions. Je ne sais pas comment vous le voyez, vous, là.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Merci. Il y a une chose qui est claire, c'est que la loi n° 83, elle ne date pas de 20 ans, c'est une jeune loi, et les instances qui ont été créées, locales, régionales et nationales, à l'intérieur de ça, sous la gouverne, donnent des rôles, et je pense que ces rôles-là méritent d'être regardés. Je pense que le Vérificateur général, dans son mandat, va dans ce sens-là et fait des recommandations qui seront appréciées, et, en fonction de l'appréciation qui sera faite, les dispositions pour la mise en oeuvre seront également finalement conséquentes.

En ce qui me concerne, je pense que les recommandations du Vérificateur général ont été faites convenablement, ont été discutées et appréciées, et on va voir la résultante que ça va donner. Mais je tiens juste à mentionner que la loi n° 83, c'est quand même récent, la gouverne, l'expérience de gouverne est récente aussi et ça demande certainement des ajustements, qu'on va voir dans le futur.

M. Caire: Je vous dis ça, M. Paquet, parce qu'en tout respect, moi, cet été, j'ai eu le privilège que visiter plusieurs régions du Québec, de rencontrer plusieurs gestionnaires de CSSS, et les commentaires qu'on entendait par rapport aux agences, c'est que c'étaient beaucoup plus des sous-ministères en région, que c'étaient des instances redevables exclusivement au ministre, avec comme objectif de faire, pas le lien entre la région et le ministère, mais bien faire le lien entre le ministre et ces CSSS, et donc que le canal de communication, il était unidirectionnel, que les agences mettaient, à toutes fins utiles, les CSSS en tutelle, là. Même si la loi leur donne une responsabilité populationnelle, les agences avaient bien plus un rôle de tutelle des CSSS.

Et, je regarde, bon, je vous donne un exemple, je vois le comité de vigilance et de la qualité, M. Dumont est sur ce... qui est rattaché au conseil d'administration, alors je me dis... Et je regarde le rôle du comité: Veiller à ce que l'agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité de services. Donc, M. Dumont, qui est un salarié de l'agence, a la responsabilité auprès du conseil d'administration de s'assurer que l'agence fait son travail. Je ne suis pas un expert en organigramme puis en gestion d'une organisation, mais il m'apparaît là qu'il y a ou un conflit d'intérêts, ou alors, encore une fois, le conseil d'administration, là, je ne vois pas son utilité si c'est des gens de l'agence qui sont chargés de s'autosurveiller, là. Je ne comprends pas.

● (10 h 50) ●

M. Paquet (Alain): Je pense qu'il faut mentionner ou mettre en contexte que la délégation que le président-directeur général peut donner à un cadre faisant partie de l'agence pour supporter les travaux du comité de vigilance, c'est dans ce contexte-là que c'est fait. Alors, effectivement, M. Dumont, par délégation, en assume la responsabilité. Moi, dans mes fonctions, je veille aussi à ce que le comité de vigilance aussi oeuvre en fonction vraiment de ce qu'on attend de lui aussi.

J'aimerais toutefois, si vous me permettez, mentionner... peut-être revenir sur le rôle des agences. Le rôle des agences, le nouveau rôle, c'est qu'on doit faire maintenant du support, de l'accompagnement et de la vigie auprès de nos organisations, et c'est ce qu'on fait, dans le Bas-Saint-Laurent, davantage, et tout, à mon avis, passe par la relation d'affaires. Vous savez, on est à la

même place puis on a le même objectif que tout le monde: on travaille pour qu'en bout de course la clientèle ou les patients, la population en général maintienne son état de santé ou améliore son état de santé. Et en aucun temps on ne viendra diverger de ce principe-là auprès de nos organisations.

Prenez un exemple. On a entrepris actuellement une démarche de planification stratégique, dans la région, 2008-2011 pour voir comment notre réseau se comporte actuellement, où est-ce qu'il va s'en aller, et on le fait en concertation très ouverte et transparente avec nos partenaires que sont les CSSS et l'ensemble de nos dirigeants et les centres régionaux. En plus de ça, on s'est mis autour de la table, le président de la table des chefs des médecins spécialistes du Bas-Saint-Laurent et le président du Département régional de médecine générale. Donc, cette réflexion-là stratégique nous amène à dire, comme région, en fonction du diagnostic qu'on porte et du bilan qu'on a fait jusqu'en 2006, on en est où et on se porte comment vers l'avenir, donc en concertation, tout en reconnaissant la gouverne locale, l'autonomie locale, le rôle de l'agence et le rôle du ministère.

On a, je pense, un levier, dans la région du Bas-Saint-Laurent comme dans d'autre région du Québec, comme agence, on est capables de mettre notre couleur en fonction des besoins de notre population; du moins, on y croit. On a un rôle d'influence. Lorsqu'on siège au comité de gestion du réseau, on est capables de faire valoir des préoccupations finalement régionales, et je pense que la communication, elle est de plus en plus bidirectionnelle. C'est sûr qu'il y a des orientations ministérielles auxquelles on adhère. On est dans un système et, pour faire ces emplois-là, on croit au réseau, on croit au réseau public, on amène des choses. Il y a des points d'amélioration très certainement, mais, sur le fond, je pense qu'on poursuit, on est convaincus pour être convainçants. Et il faut, je pense, croire à ça dans cette dynamique-là.

Je reviens juste sur la gouverne. Notre rôle, on le fait en concertation avec les réseaux locaux tout en respectant leur autonomie locale et en essayant de doser l'intervention qu'on a à faire. Toutefois, à l'occasion, parce qu'on a des pouvoirs que la loi nous donne, par exemple en inspection ou bien autrement, en vigie, on doit intervenir et on le fait de façon précise en fonction des paramètres de la loi. Mais c'est important de recamper le rôle parce qu'effectivement...

Vous vous souvenez que les agences auparavant portaient le nom d'agences de développement des réseaux locaux. Le nom a changé pour agences. La signification du changement à mon avis est plus importante que le mot, dans le sens suivant, c'est qu'on a amorcé un développement des réseaux locaux, et maintenant il y en a un, un CSSS, qui a une responsabilité très claire, définie par la loi, pour l'actualiser. Et notre rôle, c'est de supporter ces organisations-là pour l'actualiser effectivement dans les meilleurs délais pour le bénéfice de la population de notre territoire et en ce qui concerne le Bas-Saint-Laurent, en ce qui nous anime, là.

M. Caire: Je comprends, M. Paquet, mais en même temps vous admettez avec moi que... Et vous le dites vous-même, vous répondez au ministre et exclusivement au ministre. Le fait que vous gardiez votre emploi ou non dépend de la volonté ministérielle. Puis ceci sans

vouloir mettre en doute vos compétences à occuper le poste que vous occupez, là, j'espère que vous le comprenez bien. On parle vraiment d'organisation.

Vous avez un conseil d'administration envers lequel vous n'êtes pas redevable. Vous avez un conseil d'administration sur lequel, ce que je comprends, c'est qu'il y a différentes instances à temps plein de l'agence qui y siègent, et on sait que, dans ces circonstances-là, les gens sont en situation de vulnérabilité, par rapport à quelqu'un qui fait ça à temps partiel, ou qui fait ça les soirs, ou qui veut donner du temps, par rapport à quelqu'un dont c'est le travail. On comprend que le niveau d'influence de M. Dumont sur le comité de vigilance de la qualité est probablement beaucoup plus élevé que celui de n'importe quel autre membre. Puis je prends cet exemple-là, mais, je regarde dans l'organigramme, il y en a d'autres.

Je vous donne un exemple précis. Dans ma tournée, moi, il y a un DSP de chez vous qui m'a dit: Si tu veux régler ton problème d'urgence, augmente ton nombre de places en hébergement. Alors, ce que vous nous dites depuis tout à l'heure, c'est qu'il faut... c'est exactement le contraire. Donc, vous comprenez, là, il y a un clash, là. Donc, si le CSSS, lui, se donnait comme idée de dire: Non, moi, ce que je veux faire, c'est augmenter mon nombre de places en hébergement, ce que je comprends, c'est que, vous, la politique ministérielle vous impose de lui dire: Il n'en est pas question, tu vas suivre la politique ministérielle, parce que vous n'avez pas le choix de le faire. Donc, cette décentralisation-là, elle est sur papier, mais dans les faits le modèle de gouvernance, qui fait que le ministre décide si vous gardez votre job ou non, qui fait que le ministre décide quelles sont les orientations...

Je prends un exemple: les ententes de gestions. Hein, le ministère de la Santé est devenu le ministère du genou, de la hanche puis des cataractes par entente de gestion. Puis les CSSS n'ont pas le choix parce que vous avez l'enveloppe, vous avez les chèques, puis, s'ils veulent avoir leurs chèques, bien il va falloir qu'ils suivent les directives de l'agence, sinon l'argent n'est pas là. Puis ça, c'est ce qu'on me dit au niveau des CSSS.

Donc, est-ce que vous ne pensez pas que ce modèle de gouvernance là, qui, sur papier, peut avoir l'air très centralisé, n'est pas, au contraire, un modèle extrêmement centralisateur où le ministre, dans les faits, a tous les pouvoirs mais en ayant la capacité de rendre imputable tout le monde autre que lui-même?

M. Paquet (Alain): J'irais sur un premier volet qui fait référence à votre tournée dans le Bas-Saint-Laurent, auquel vous avez eu une discussion tout à fait correcte avec un directeur des services professionnels. Je pense qu'on le connaît très bien, je ne nommerai pas l'organisation concernée. Ce qui est clair effectivement...

M. Drainville: Nous, on ne le connaît pas.

M. Paquet (Alain): Ah non!

M. Caire: Je t'en reparlerai.

M. Paquet (Alain): Peut-être revérifier avec M. Caire pour les détails, si vous voulez bien. Et ce que je peux vous dire, c'est que — je l'ai mentionné d'entrée de jeu et je vais le réaffirmer — on est convaincus que,

dans le Bas-Saint-Laurent, on a les ressources nécessaires pour accomplir notre transformation d'offre de services qu'on a à faire pour le bénéfice de notre clientèle.

Il est sûr et certain que les opinions sont divergentes, qu'il arrive à l'occasion de la confrontation objective. Ce n'est pas un affrontement, c'est une confrontation objective sur de l'argumentaire, qui fait en sorte qu'entre la démonstration qui nous est donnée et la capacité finalement de gestion, O.K., qui est démontrée il y a un écart. Dans la gestion de lits, dans l'occupation des lits, dans la gestion interne de l'établissement, tout en reconnaissant leur capacité et leur rôle, on intervient en support, en accompagnement, et on ne fait pas ça finalement en disant: Écoutez, réglez-le problème, on va les accompagner pour régler le problème lorsqu'on s'entend sur le résultat final. Et je vous dirais que, malgré les écarts que vous avez pu observer, on a fait un cheminement important, pas pour les convaincre, pour démontrer, par un argumentaire et une objectivité, qu'il y avait quelque chose là qu'on pouvait faire autrement et qui allait nous amener dans le sens où est-ce qu'on veut aller pour le bénéfice des résultats clientèles. Ça, je pense que c'est important.

Et cette relation d'affaires là puis quand on se donne un défi au niveau régional de mieux se réseauter, pour moi, ça veut dire ça: comment on est capables d'aller chercher la contribution d'expertise du réseau pour faire avancer notre réseau effectivement régional dans la continuité des affaires qu'on s'est données en fonction du plan stratégique qu'on va convenir. Et, pour moi, ça, ça me semble excessivement important. Et c'est la façon de faire, on doit rassembler notre réseau pour le réseauter, et c'est un défi qu'on a mis dans la perspective 2008-2011 de façon majeure parce qu'on considère important ce résultat-là. Et on considère d'autant plus importantes la participation puis la mobilisation des cliniciens dans cet exercice-là parce que c'est eux qui sont sur le terrain, c'est eux qui voient les choses, c'est eux qui peuvent adapter leur pratique professionnelle, c'est eux qui peuvent identifier les alternatives, et c'est eux qui la font, la transformation. En support, on est gestionnaires puis on vient les supporter. Ce n'est pas une imposition de résultat, c'est une participation dans un résultat, et ça, je pense qu'il y a une différence importante.

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

M. Caire: Merci, M. le Président. Dans la perception de ce que vous me dites, je ne peux qu'être d'accord. Par contre, je me dois aussi de constater qu'il y a un écart important entre la théorie, dont vous venez de nous faire part et à laquelle j'adhère sans aucune difficulté, et les faits du terrain.

J'ai pris l'exemple de l'augmentation des places en hébergement. Je prends, par exemple, aussi les fermetures qui ont eu lieu. Un exemple, à Amqui, vous avez fermé des places en CHSLD. Vous parliez de problèmes de communication. Je pense que c'est plus fondamental que ça. Je pense que le problème relève un peu de ce que je viens de parler. Et, dans votre réponse, je pense que vous n'attaquiez pas le cœur de ma question, parce que je comprends qu'en gestionnaires vous avez effectivement la latitude de travailler en concertation, mais en même temps vous admettez avec moi...

Puis je prends encore une fois l'exemple de l'augmentation des chirurgies du genou, de la hanche et des cataractes, qui était pratiquement une obsession ministérielle, qui s'est faite, tout le monde le sait, au détriment d'autres arthroplasties, d'autres types de chirurgie, pour lesquelles, dans les ententes de gestion, vous n'aviez pas le choix d'adhérer, pour lesquelles vous aviez les moyens de forcer les CSSS à adhérer parce que c'est là qu'était l'argent, parce qu'ils adhéraient à ces cibles ministérielles ou ils n'avaient pas l'argent.

Vous admettez avec moi qu'il n'y avait pas de clause, dans ces ententes-là, dans le respect de la responsabilité populationnelle des CSSS, qui disait qu'on peut se retirer du programme ministériel avec pleine compensation, hein? Ça nous rappelle les revendications d'un autre palier de gouvernance. Il n'y a pas un CSSS qui peut dire: Bien, écoutez, chez nous, ce n'est pas le problème; le problème se trouve à d'autres niveaux, et on aimerait prendre cet argent-là pour le gérer et pour l'administrer, pour l'investir dans un autre service qui est plus en conformité avec notre population. Vous n'avez pas cette latitude-là et vous ne donnez pas aux CSSS cette latitude-là.

Est-ce que vous ne pensez pas justement que, ça, ça vient étayer l'argumentaire qui dit que notre modèle de gouvernance, il est décentralisé sur papier, mais le ministère a la main mise sur les agences, les agences n'ont pas le choix d'agir en fonction des volontés ministérielles et d'imposer ça aux CSSS? Je pense qu'on a un bon exemple là, là.

● (11 heures) ●

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Écoutez, vos préoccupations sont recevables. Je pense qu'il faut aussi remettre en contexte. Quand vous parlez des exemples des prothèses de hanche, de genou, etc., l'objectif fondamental, c'est d'améliorer l'accès à ces services-là. Il y avait des listes d'attente importantes, hein? On en a fait une brève présentation dans l'allocation du départ, puis mon collègue Dr Levasseur pourra compléter au besoin. Notre situation s'est améliorée par rapport à ça, on a donc amélioré l'accès. Pour en arriver à améliorer l'accès sur des gens qui attendent parce qu'ils ont un service qui est requis, il faut avoir un levier, effectivement. Le levier, c'est-à-dire: en négociation d'une entente, vous faites telle production, il y a telle ressource qui est impartie à ça. Et ça, je pense, dans ce contexte-là, le contrat a été bien compris, M. Caire, dans l'organisation des services et dans la prestation de services.

Le ministère ou le ministre donne les orientations dans un système... Je l'ai dit tantôt, on est dans un système dans lequel finalement on a diverses responsabilités. On les exerce avec rigueur, avec également pertinence et on essaie de faire le mieux avec l'ensemble des ressources qu'on a, ceci en respectant les différents paliers. Je pense qu'il y a probablement place à amélioration dans le contexte. Et vous faisiez allusion, au tout départ de votre allocation, aux recommandations du Vérificateur général. Effectivement, ces recommandations-là devraient permettre une amélioration et de faire en sorte qu'on puisse être davantage peut-être plus harmonisés sur le plan de nos orientations régionales et locales et aussi avec le lien ministériel.

Mais je reviens juste là-dessus, le principe ou le résultat visé dès le départ, c'est une amélioration de

l'accès aux services. Et je pense qu'à cet égard-là l'accès aux services, en ce qui concerne les hanches, les genoux et autres, a été atteint. Dans notre région, du moins, les résultats sont très significatifs.

M. Caire: Je vais conclure sur ce bloc-là en disant que, bon, tout à fait. Maintenant, sur le fond de l'argumentaire, à savoir que votre autonomie est aussi large que la volonté ministérielle de vous donner de l'autonomie, je pense qu'on... Vous n'avez pas présenté d'argument contraire, là, vous n'avez pas présenté... Vous me dites: Bien non, nous, on comprend, il y avait un besoin d'améliorer l'accès dans ces domaines-là, on l'a fait. Je comprends, là. Mais l'Association des orthopédistes qui, au moment où les ententes de gestion ont été publiées en mettant l'accès sur justement l'augmentation des chirurgies du genou, de la hanche et des cataractes, se sont dits insatisfaits de cette orientation-là parce que ça se faisait au détriment d'autres types de chirurgie. Donc, oui, on a des belles statistiques là-dessus, mais on a des statistiques qui sont moins belles sur d'autres types de chirurgie.

Parce que ça fait... à quelques reprises vous mentionnez des recommandations. Je ne sais pas si ces recommandations-là peuvent être de nature publique, mais j'aimerais que vous me fassiez part justement: Vous, dans votre siège de président-directeur général d'une agence, avec la souplesse, je pense, que commanderait le réseau de la santé, quelles recommandations vous faites justement au ministre par rapport à la gouvernance, la décentralisation puis la capacité des CSSS à être suffisamment autonomes pour remplir leur mandat tel que prescrit par la loi?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Je vous dirais que, nous, on n'a pas été vérifiés par... Vous savez qu'il y a quatre ou cinq agences, au Québec, qui ont été vérifiées, dont le Bas-Saint-Laurent n'était pas une de ces régions-là. Donc, les recommandations qu'ils ont observées, je pense qu'elles pourraient être appréciées différemment dans notre coin de pays. Et je ne suis pas en mesure de les qualifier parce qu'il n'y a pas eu d'inspection ou de visite. Mais je pense que le Vérificateur général a adressé ses préoccupations aux instances du réseau. Ils vont en débattre et nous faire des recommandations dans lesquelles on aura certainement l'occasion de partager nos préoccupations et de voir qu'est-ce qui va être fait, le cas échéant.

M. Caire: Ma question visait plus à avoir vos recommandations à vous, M. Paquet. Qu'est-ce que vous en pensez, là, par rapport à ce qu'on vient de discuter depuis quelques minutes, là, puis le fait que je pense qu'il y a une nécessaire réelle décentralisation? C'est votre opinion de professionnel que j'aimerais avoir.

M. Paquet (Alain): Mon opinion, si vous me permettez, je pense que la décentralisation existe, il y a certainement des zones d'amélioration à faire. Et, en conformité avec ce que le Vérificateur général a dit, on va apprécier d'abord les recommandations qui se rapportent à nous et on pourra en disposer par la suite.

M. Caire: Je sens dans votre réponse une élémentaire prudence qui vient confirmer un peu ce que je disais. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je vais maintenant céder la parole au représentant du deuxième groupe de l'opposition, le député de Marie-Victorin. La parole est à vous.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Quelques questions, M. le P.D.G. Vous dites que vous avez mis en place six GMF avec près de 50 000 personnes inscrites. Ça, est-ce que c'est le total des GMF dans le Bas-Saint-Laurent?

M. Paquet (Alain): Il y a six GMF actuellement, oui, et un septième qui s'en vient, Matane, là, dont l'offre de services a été déposée au dernier Département régional de médecine générale.

M. Drainville: Bon. Ces six GMF là ont été créés depuis quand?

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

M. Levasseur (Jacques): Depuis l'origine, depuis... On est rendus à son deuxième renouvellement, ça fait à peu près cinq ou six ans.

M. Drainville: En fait, pour être bien précis, depuis 2003-2004, il y en a combien qui ont été créés? Et combien ont été créés avant 2003-2004?

M. Levasseur (Jacques): Avant 2003-2004, aucun.

M. Drainville: O.K.

M. Levasseur (Jacques): Le premier, avec la première vague, on a eu Les Basques. Et, depuis ce temps-là, on en a six qui sont dûment accrédités. Il y en a deux qui ont été réaccrédités, deux autres qui sont en processus de réaccréditation et un nouveau, à Matane, qui devrait être accrédité d'ici l'été, on espère bien.

M. Drainville: Ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, dont je respecte la sagesse, me glisse à l'oreille que ce n'est pas 2003-2004, mais bien 2002-2003.

M. Levasseur (Jacques): C'est possible, là. Écoutez, j'ai tout ça ici, je peux...

M. Drainville: J'aimerais bien, oui.

M. Levasseur (Jacques): ...vous les donner avec les dates exactes.

M. Drainville: S'il vous plaît. Vous pourriez me donner ça tout à l'heure. Vous prévoyez en créer combien? À part le septième, est-ce qu'il y en a d'autres comme ça que vous prévoyez créer dans les mois ou les années à venir, mais, disons, les mois à venir, d'abord?

M. Paquet (Alain): Le plan de match, c'est que tous les territoires du Bas-Saint-Laurent en aient, des

GMF. Lorsque Matane aura été créé, il va rester seulement les territoires du Kamouraska et de Rimouski pour lesquels il n'y a pas de GMF. Et les efforts sont faits avec les territoires actuellement pour en développer dans ces territoires-là. Donc, notre objectif, c'est de... et c'est d'aller au maximum de nos possibilités pour la création des GMF, mais dans tous les territoires du Bas-Saint-Laurent. Actuellement, il va en rester deux, territoires qui ne sont pas couverts par les GMF.

M. Drainville: Rimouski, vous avez dit?

M. Paquet (Alain): Rimouski n'a pas de GMF actuellement.

M. Drainville: C'est étonnant, ça, non?

M. Paquet (Alain): Oui. Par contre, ils sont en train d'envisager une organisation de services de première ligne différente où il y a vraiment une concertation avec le corps médical pour assurer finalement les objectifs, je ne dirais pas similaires, mais qui convergent vers la même réalité.

M. Drainville: Bon, O.K., mais, M. Paquet, là, moi, j'ai 15 minutes, là, pourquoi il n'y a pas de GMF à Rimouski?

M. Paquet (Alain): Bien, vous savez que les GMF se créent par une mobilisation médicale. Ça appartient aux médecins de faire les discussions entre eux, de convenir des paramètres finalement de couverture de services. Et la première expérience avec Rimouski avait été finalement mise au rancart. Il y a des efforts qui sont faits actuellement pour une nouvelle forme de GMF avec les médecins de Rimouski et une autre option qui sera peut-être envisagée, le cas échéant.

Donc, la réponse à votre question: c'est les médecins qui finalement se mobilisent, discutent ensemble, nous font une offre de services, le DRMG régional supporte tout ça et accepte l'offre de services pour en définir la pertinence puis la cohérence.

M. Drainville: O.K. Mais le leadership dans la création d'un GMF, je veux bien que les médecins doivent y participer là, ultimement on ne peut pas les forcer là, mais le leadership, là, celui qui les réunit dans une réunion puis qui dit: Ça vous tente-tu, ça ne vous tente... c'est qui? C'est l'agence, ça, non? C'est le CSSS? C'est qui?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): L'agence va initier la première réflexion, va les supporter, toujours dans le rôle de support.

M. Drainville: Qui, à l'agence?

M. Paquet (Alain): Les gens de la Direction des affaires médicales, sous la responsabilité du Dr Levasseur, concrètement.

M. Drainville: O.K.

M. Paquet (Alain): Et par la suite les discussions se font avec un porteur de dossier local, donc représentant

les médecins, et une équipe de médecins, les discussions se font, et, à ce moment-là, l'émulsion fait en sorte qu'il y a un produit fini qui sort, qui s'appelle un GMF, mais toujours en concertation avec le support que l'agence peut donner.

M. Drainville: O.K. Donc, on va en avoir sept, avec Matane. L'idée, c'est d'en rajouter deux autres, Témiscouata et Rimouski. C'est ça?

M. Paquet (Alain): Idéalement, oui.

M. Drainville: Et vous vous donnez combien de temps pour y arriver?

M. Paquet (Alain): Je vous dirais, dans les meilleurs délais. On souhaiterait que ce soit fait à court terme mais...

M. Drainville: C'est-à-dire? D'ici 12 mois?

M. Paquet (Alain): Mais mettons-nous un échéancier de 12 à 18 mois, je pense que c'est peut-être réaliste pour un des secteurs, du moins; pour les autres, on va voir. Mais 12 à 18 mois, ce serait un objectif réaliste.

M. Drainville: Et vous jugez que vous avez assez d'argent pour financer l'infirmière pivot, il n'y a pas de problème d'argent pour créer les trois prochains, là, Matane, Témiscouata, Rimouski?

M. Paquet (Alain): Sur le plan des ressources, on est capables de supporter effectivement l'arrivée de GMF. Vous savez qu'il y a une négociation qui se fait lorsqu'il y a un GMF neuf qui finalement voit le jour. Et, comme Dr Maguire disait, l'orientation fait en sorte qu'au centre des médecins il faut qu'il y ait d'autres professionnels qui oeuvrent avec eux.

M. Drainville: Bien sûr.

M. Paquet (Alain): Alors, la cohérence fait en sorte que les ressources, on est capables d'en dégager une partie en faisant des choix régionaux pour en arriver finalement à assurer une cohérence là-dessus puis une mise en oeuvre.

M. Drainville: O.K. Combien ça coûte créer un GMF?

● (11 h 10) ●

M. Paquet (Alain): Ça, je vais laisser le Dr Levasseur vous donner l'information.

Le Président (M. Kelley): Jacques Levasseur.

M. Levasseur (Jacques): J'apporterais peut-être juste une correction. Ce n'est pas Témis, c'est Kamouraska où il n'y en a pas, O.K., plutôt qu'à Témiscouata, là, ce qu'Alain disait. C'est Kamouraska où il n'y en a pas, où on veut qu'il en lève un.

M. Drainville: O.K. Est-ce qu'il y en a un dans Témiscouata?

M. Levasseur (Jacques): Témiscouata, oui, il y en a un, oui. Lorsqu'un GMF est créé et accrédité, en fonction du nombre d'inscriptions potentielles qui sont mesurées en termes d'équivalents temps plein, il y a un budget qui arrive du ministère pour justement défrayer les coûts de l'infirmière, du personnel de secrétariat et des techniciens en administration.

M. Drainville: Alors, le budget c'est quoi, Dr Levasseur, en moyenne?

M. Levasseur (Jacques): Un GMF complet, là, avec une offre de... c'est environ 250 000 \$ annuellement.

M. Drainville: Récurrent.

M. Levasseur (Jacques): Oui.

M. Drainville: Donc ça, c'est le salaire de l'infirmière...

M. Levasseur (Jacques): Il y a le salaire de... Un GMF total, c'est deux infirmières, c'est une secrétaire, une technicienne en administration, et il y a une partie pour des équipements, une partie pour la location des locaux. Tout ça ensemble, ça fait à peu près 250 000 \$.

M. Drainville: Très bien. Donc, ça ne coûte pas la... ce n'est pas la mer à boire. 250 000 \$, c'est tout de même raisonnable quand on connaît l'efficacité de cette formule-là, quand on sait à quel point les gens sont heureux d'avoir un médecin de famille et qu'on sait par ailleurs... Et vous confirmez ça, M. le P.D.G. De façon générale, les médecins, les infirmières, le personnel qui travaille au sein d'un GMF, le taux de satisfaction actuellement est très élevé. Exact?

M. Levasseur (Jacques): Effectivement, il est très élevé. Mais j'ajouterais à ça, là, concernant les budgets, 250 000 \$, là, c'est le budget qu'on vient d'identifier, mais il y a un autre 250 000 \$ qui ne passe pas par chez nous, c'est la RAMQ, l'argent qui est défrayé aux médecins qui pratiquent. Donc, c'est un 250 000 \$ additionnel à cause des frais reliés aux inscriptions, au suivi des clientèles, à la prise en charge, etc.. Donc, il y a un 250 000 \$ d'argent RAMQ qui arrive avec le GMF. Donc, ça fait un total de 500 000 \$.

M. Drainville: O.K. C'est important. Vous vouliez dire, monsieur?

M. Maguire (Robert): Ce que rajouterai aussi, si vous permettez, ce que je rajouterai...

Le Président (M. Kelley): Dr Maguire.

M. Maguire (Robert): Si on revient à la discussion par rapport aux personnes âgées et puis qu'on veut constituer les équipes, il va falloir aller un petit peu plus loin que là où on en est rendus avec le GMF.

Reprenons l'exemple. Il y a à peu près, dans une ville comme Rimouski, 3 500 personnes de 75 ans et plus. Ces gens-là devraient avoir un médecin de famille mais devraient aussi être inscrits dans une organisation où il

peut y avoir de la physiothérapie, une infirmière, un pharmacien. Et donc, ce qu'on va essayer de faire, au cours des années à venir — et ça avait été tenté dans la Matapédia — c'est de dire: Est-ce que l'organisation du CSS ne pourrait pas associer à ce nouveau GMF là des infirmières du réseau de la santé?

On sait qu'il y a 30 ans il y a eu un réseau de CLSC qui a été créé puis on sait qu'il y a 30 ans il y a eu aussi un réseau de cliniques privées qui ont été formées, mais je pense qu'actuellement, avec les nouveaux problèmes de santé qui s'en viennent, il faut vraiment rapprocher ce que j'appellerais un peu les solitudes et de travailler dans ce sens-là. Donc, nous, au cours des années à venir, on va essayer de faire en sorte qu'il y ait des rapprochements intéressants et intéressés de part et d'autre pour qu'il y ait des prises en charge.

M. Drainville: Entre les ressources GMF et les ressources CLSC, par exemple.

M. Maguire (Robert): Oui. Oui, ça nous apparaît fondamental. Je veux dire, il faut que ces gens-là se parlent. On a parlé tout à l'heure du dossier informatisé. Ça va certainement être un outil, ça, qui va permettre des meilleures communications, qui va permettre d'améliorer le travail. Parce que fondamentalement ce que c'est qu'on veut, c'est que la personne âgée qui a un problème ou le malade chronique... Parce qu'on n'a pas parlé beaucoup de maladies chroniques, mais c'est un peu ce qui s'en vient aussi. Ça nous apparaît extrêmement important. Mais, si on veut être capables de faire ça, je pense qu'il faut... on va continuer à développer ce concept du GMF mais en plus grande collaboration.

M. Drainville: M. le Président, quand je serai arrivé à 15 minutes, prière de me l'indiquer parce que j'aimerais céder la parole à mes deux collègues, ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, pour une quinzaine, puis les 10 dernières minutes, les laisser à mon collègue de Rimouski, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): Parfait. O.K. 15 minutes? Parfait. Il vous reste sept minutes.

M. Drainville: Ce qu'il me resterait... Hein?

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

M. Drainville: Très bien. Est-ce que, dans la mise en place des GMF dans un territoire comme celui du Bas-Saint-Laurent, est-ce que ça vous force à innover, est-ce que ça vous force... Par exemple, avez-vous mis en réseau des cabinets solo? Parce qu'on dit que, la prochaine vague de GMF, il va falloir être assez souple, il va falloir arriver avec des formules hybrides, parce que, disons, les 150 premiers, en quelque part, c'étaient... Et je ne minimise pas la difficulté, là, d'autant plus que c'est le Parti québécois qui a mis en place les premiers GMF, j'aimerais ça le rappeler à tous et toutes qui sont ici. Et ça, même le ministre de la Santé, qui ne le fait pas souvent, nous donne du crédit pour ça.

Alors, les 150 premiers, d'une certaine façon, c'étaient les plus faciles. Là, il faut aller de l'avant avec

les prochains. Une formule en milieu, disons, rural, là? Comment est-ce qu'on crée un GMF avec un médecin de famille dans tel village puis un autre dans tel autre village? Comment on y arrive? Si vous pouviez me donner une réponse assez ramassée, là, pour qu'on ait une bonne idée de comment ça se fait.

Le Président (M. Kelley): Dr Levasseur.

M. Levasseur (Jacques): Chez nous, il existe à peu près toutes les variétés de GMF. Le premier, qui a vu le jour en 2002, qui était aux Basques, est totalement intra-muros, donc totalement à l'intérieur de l'établissement.

M. Drainville: D'un édifice.

M. Levasseur (Jacques): Exact. Par la suite, les autres se sont multipliés, qui sont à la fois ce qu'on va appeler mixtes, c'est-à-dire des associations entre les médecins de cabinets privés, des médecins de CLSC et parfois même des médecins qui sont dans l'établissement, dans le CH. Donc, on a tous ces amalgames-là qui existent au moment où on se parle. On pourrait vous faire parvenir le détail de tout ça, si jamais ça vous intéresse.

M. Drainville: J'aimerais bien.

M. Levasseur (Jacques): On pourrait vous les donner, effectivement.

M. Drainville: Oui, parce que ça peut nous inspirer pour d'autres parties du territoire québécois, là.

M. Levasseur (Jacques): L'élément le plus important, c'est qu'il faut qu'au départ le groupe de médecins, entre eux, s'entendent. O.K.? Et ça, ce n'est pas toujours évident, surtout les médecins qui pratiquent déjà depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans, qui ont développé un mode de pratique...

M. Drainville: Bien sûr.

M. Levasseur (Jacques): ...à eux et qui se voient, du jour au lendemain, obligés de le modifier pour travailler en groupe. Par contre, une fois qu'ils embarquent dans le processus et qu'ils le vivent... Je n'en ai pas vu un encore qui voulait se dissocier d'un GMF une fois qu'il y a goûté. Donc, c'est...

M. Drainville: C'est ce qu'on entend ailleurs également. C'est ce qu'on entend ailleurs.

M. Levasseur (Jacques): Effectivement. D'un autre côté, les pratiques solos sont plutôt rares chez nous. Il y en a quelques-uns. C'est des plus vieux médecins, puis souvent ils vont se tenir loin, de sorte que, quand c'est des associations de cliniques privées, c'est toujours deux ou trois dans la même clinique. Mais des solos, là, de mémoire, là, je n'en vois pas qui se sont greffés à ça.

M. Drainville: Merci. Les PREM, c'est encore important, c'est encore utile? Je ne veux pas qu'on élabore trop là-dessus, mais il y en a qui s'attaquent encore à ça. Moi, il me semble, ça ne fait pas tellement longtemps

que je suis député, là, mais il me semble que les histoires d'horreur qu'on a connues, il y a quelques années de cela, de régions qui manquaient cruellement de médecins et chroniquement de médecins, en tout cas on en entend beaucoup moins parler de nos jours. Vous êtes toujours favorables à cette formule-là? À votre avis, c'est une formule qui fonctionne bien, de façon générale?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Tout à fait.

M. Drainville: Tout à fait.

M. Paquet (Alain): Oui.

M. Drainville: Donc, on garde les PREM, on continue, on maintient la formule?

M. Paquet (Alain): Je dois vous dire qu'il y a eu beaucoup d'efforts qui ont été faits dans le processus comme tel, puis, je pense — le Dr Levasseur pourra compléter aussi — avec les résultats qu'on réalise ou qu'on observe dans le Bas-Saint-Laurent, notre situation s'est grandement améliorée. Et je pense que cet effort-là de réflexion, de regarder nos besoins, qu'est-ce que le réseau peut offrir et la concertation aussi, les discussions, fait en sorte qu'on arrive plus facilement, je pense, à un résultat. Et on sait que l'implication des RUIS est importante également dans ce processus-là. Et, en ce qui nous concerne, effectivement, je pense que c'est un moyen qu'il faut maintenir.

M. Drainville: O.K. Sur les chirurgies, augmentation des prothèses de la hanche, du genou...

Le Président (M. Kelley): ...dernière question, M. le député, pour respecter votre enveloppe.

M. Drainville: Bien sûr. Merci, M. le Président. Est-ce que c'est seulement et surtout... disons, surtout fonction de l'augmentation des budgets qui vous ont été accordés, qui ont permis d'augmenter le volume, ou est-ce qu'il y a eu aussi une réorganisation du travail et du fonctionnement, entre autres des salles d'opération, qui vous a permis d'augmenter la productivité des salles d'op? Important pour l'avenir, là, quand on sait que les ressources, l'argent ne pousse pas dans les arbres, on sait qu'il va y avoir de plus en plus de demandes, il va falloir être de plus en plus efficaces avec les ressources qui nous sont accordées dans le réseau. Alors, M. le P.D.G., l'argent, oui, mais est-ce qu'il y a des efforts qui sont faits pour resserrer les affaires, assouplir certaines façons de faire pour faire en sorte qu'on en donne plus, qu'on en livre plus?

M. Paquet (Alain): Je crois que c'est inévitable d'envisager ça. Il faut optimiser le fonctionnement des blocs opératoires. Dans notre région, c'est déjà amorcé. On sait qu'il y a une démarche, bon, qui va s'actualiser dans les prochains mois aussi. Il y aura des visites de blocs opératoires dans l'ensemble des régions du Québec, dont, chez nous, il y en aura deux, Rivière-du-Loup et Rimouski.

Et, à votre première question, vous disiez: Est-ce que l'argent a permis d'atteindre les cibles? Effectivement,

le levier économique, avec les résultats escomptés, a permis d'atteindre les cibles, mais on doit poursuivre la réflexion qu'on a faite au niveau de l'optimisation des blocs opératoires; à mon avis, c'est un incontournable.

M. Drainville: Et il y a augmentation de l'efficacité des salles d'op actuellement?

M. Paquet (Alain): Moi, je pense qu'avec les ressources actuelles on devrait être capables d'augmenter la productivité. Prenons une région comme la nôtre, on sait qu'il y a des blocs opératoires qui sont dans des centres plus ruraux — on va les qualifier comme ça — qui ont du temps de disponible, alors que les centres de référence plus régionaux ont des difficultés d'organisation ou de disponibilité de salles d'opération.

M. Drainville: Donnez-nous des exemples quand vous dites «régionaux» par rapport à «ruraux».

● (11 h 20) ●

M. Paquet (Alain): Disons, Rimouski, par rapport, entre autres, à un établissement comme Amqui, par exemple, qui... Amqui, on le sait, ils ont une salle... des blocs opératoires qui fonctionnent, qui sont là, il y a une certaine demande, mais il y a du temps finalement discrétionnaire qui pourrait être utilisé autrement si l'organisation des services médicaux spécialisés permettrait finalement une meilleure desserte soit en chirurgie d'un jour ou autrement. Il y a une réflexion stratégique qui est faite actuellement avec les représentants de la table des chefs de médecins spécialistes avec un comité spécifique là-dessus, anesthésie et chirurgie, qui envisagent ces possibilités-là.

Donc, concrètement, M. Drainville, l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires pourrait, par exemple, passer par là ou bien, à l'intérieur même des processus d'affaires de chacun des blocs, de revoir comment peuvent être améliorés, en fonction des ressources actuelles d'abord, certains niveaux de productivité additionnelle.

M. Drainville: Vous pourriez aller chercher... En terminant, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Oui, c'est vos collègues, ce n'est pas moi, mais...

M. Drainville: Écoutez, on entend 5 %, 5 % à 10 % de productivité additionnelle qui pourrait être améliorée, avec une analyse des processus internes, avec les ressources actuelles. Merci.

Le Président (M. Kelley): Alors, juste pour la gouverne de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et M. le député de Rimouski, il vous reste 23 minutes à diviser entre vous deux dans un bloc subséquent.

Moi, j'ai juste une question. Vous y avez fait référence dans votre présentation, mais je pense qu'une préoccupation qui est partagée par l'ensemble des membres de la commission, c'est tout le défi du recrutement pour l'avenir, pas uniquement des médecins, les PREM, et les discussions que vous avez eues avec le député de Marie-Victorin... fait partie du problème, et je pense aux infirmières et d'autres personnes, les techniciens. D'une façon concrète, on a vu des chiffres fort préoccupants

quant aux pénuries d'infirmières, pas juste au Québec mais dans l'Est du Canada et dans le Nord-Est des États-Unis aussi, pour les années à venir.

Alors, d'une façon concrète, est-ce qu'il y a des mesures, est-ce qu'il y a des programmes que nous avons mis en place ou envisagés pour répondre aux défis? Et est-ce que, entre autres, on a jonglé parfois avec la notion d'un retrait progressif comme outil peut-être qui peut être intéressant? Il y a le monde qui ne veut pas travailler cinq jours par semaine, mais peut-être on peut les garder actifs un petit peu longtemps si on peut offrir quelque chose, deux, trois jours par semaine, sans avoir les conséquences sur un régime de retraite, et tout le reste. Je ne sais pas s'il y a des éléments comme ça que vous avez fait une réflexion, mais, je pense, c'est un défi très, très important pour l'ensemble du réseau au Québec.

M. Paquet (Alain): Effectivement, la pré-occupation, elle est fondamentale. C'est un enjeu majeur pour notre région aussi, une capacité d'attirer et de garder nos ressources, donc un pouvoir d'attraction. Je vous dirais, d'entrée de jeu, puis mon collègue des ressources humaines pourra compléter, on a entrepris une démarche, depuis plusieurs années, de concertation entre le milieu de l'éducation et la santé — les cégeps, par exemple — une alliance stratégique qui fait en sorte qu'on identifie nos besoins de main-d'oeuvre et qu'on peut développer en région.

On a fait cette alliance-là dernièrement avec la Gaspésie, donc l'Agence de la Gaspésie, et les cinq cégeps de l'Est. Et on va sortir publiquement, la semaine prochaine, justement, là-dessus, cette alliance-là qui fait en sorte qu'on se mobilise pour attirer nos ressources et les garder en région. Les travaux ont été initiés depuis quelques années. Et, dans la région du Bas-Saint-Laurent, nous ne sommes pas en pénurie, on est plus dans une zone de vulnérabilité de postes. Et mon collègue des ressources humaines va faire la relève, va vous expliquer brièvement la différence entre les deux et quelles sont les stratégies d'action qu'on porte actuellement pour faire en sorte qu'on soit capables de tenir notre bout.

Et je vous dirais que les enjeux seront encore plus grands quand les mégapoles de santé seront créées, c'est-à-dire le CHUM et le CUSM principalement, et l'impact dans nos régions sur d'abord l'identification d'une compétence distinctive qui fait en sorte qu'on pourrait attirer, nous aussi, hein, et avoir finalement une assurance de pérennité de services, mais d'autre part, à l'intérieur de notre dynamique d'action, la concertation et l'obligation de résultat partagée avec l'éducation et la santé pour faire en sorte qu'on ait des meilleurs leviers. Et ça, c'est vraiment notre perspective de stratégie, et c'est comme ça qu'on le travaille dans le Bas-Saint-Laurent. Mon collègue, M. Lavoie, pourra compléter au besoin quelques informations d'action.

Le Président (M. Kelley): Alors, c'est M. Romain...

M. Lavoie (René): René.

Le Président (M. Kelley): René. Pardon.

M. Lavoie (René): Au niveau du Bas-Saint-Laurent, je peux vous dire qu'on est proactifs. Depuis

2002, on travaille sur la planification de la main-d'oeuvre. Nous avons créé, avec nos partenaires régionaux, et, comme l'a précisé M. Paquet, tous les partenaires, les commissions scolaires, les centres de formation professionnelle, les cégeps, universités, Emploi-Québec, avec les responsables d'établissements en soins infirmiers, on a créé une table qui s'appelait... un comité PMO en soins infirmiers et autres catégories d'emploi — parce que la planification de la main-d'oeuvre, ça touche également d'autres secteurs que les soins infirmiers, malgré que c'était 80 % de notre composante d'effectifs, là, dans les établissements.

Alors, à l'intérieur de ce comité-là, on a eu différentes tables de travail dans lesquelles a émergé un plan d'attraction et de rétention de main-d'oeuvre où on a établi des zones de priorité, des axes d'intervention qui sont des fois, parfois, régionaux ou locaux, dépendamment des priorités qu'on s'est données. Et, à l'intérieur de ça, dans le Bas-Saint-Laurent, actuellement, notre pénurie touche particulièrement les secteurs pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, audiologistes, orthophonistes et, dans le secteur technique, des techniciens en génie biomédical, des techniciens aussi en radiothérapie. Alors, c'est notre principale difficulté.

Par contre, on peut être en vulnérabilité dans certains secteurs. Quand on parle de vulnérabilité, c'est particulièrement en ce qui a trait au remplacement des effectifs lorsqu'il arrive parfois de l'absentéisme, des congés maladie, des congés sans solde, etc., question travail-famille, etc. Alors, il faut remplacer ce personnel-là, et parfois ça peut être difficile en raison des effectifs dans les petits secteurs ou dans les établissements en région éloignée. Exemple, quand les établissements ne sont pas à proximité des cégeps et des universités, on a constaté que c'était beaucoup plus difficile d'avoir des effectifs puis de la relève.

Par contre, pour combler les préoccupations des établissements, on a essayé de travailler ensemble des moyens de rétention et d'attirer aussi la main-d'oeuvre en région. On supporte les établissements depuis plusieurs années, dans lesquels on a injecté de l'argent au niveau de l'organisation du travail, en collaboration avec le ministère. Il y a eu, entre autres, pour le ministère, environ, depuis les quatre dernières années, tout près de 600 000 \$ d'injectés dans des programmes d'organisation du travail, et l'agence du Bas-Saint-Laurent aussi a injecté tout près de 400 000 \$ pour aider les établissements à revoir les façons de faire, la composante des services, les équipes.

On a appliqué également des mesures concernant les modifications qui ont été apportées à la loi n° 90, hein, pour essayer de bonifier davantage le travail des infirmières auxiliaires, les utiliser pour dégager des ressources infirmières qui sont en soins généraux et les amener dans les soins critiques, où on avait plus de besoins pointus à ce niveau-là, et ça nous a aidés beaucoup dans notre planification de main-d'oeuvre, puisque, dans le Bas-Saint-Laurent, actuellement, au niveau de la main-d'oeuvre infirmière, on répond à la demande.

Par contre, et il faut continuer de s'en préoccuper. On travaille sur d'autres axes d'intervention qui ont pour but de donner de la formation personnelle, de mobiliser les équipes, alors en ayant des programmes qui vont les amener à travailler en équipe, avec des programmes de formation adaptés, du support, du mentorat, entre autres, pour essayer... en sorte de garder cette main-d'oeuvre-là. Alors, avec les établissements, on a aussi injecté

beaucoup d'argent au niveau du mentorat pour les techniques infirmières troisième année, pour les garder à l'emploi. Par après, on leur donne un coaching pendant à peu près une période de quatre à six semaines et qui permet après ça à ces personnes-là d'avoir de l'assurance, de rester au niveau des équipes de travail puis de ne pas avoir de décrochage. Actuellement, dans le Bas-Saint-Laurent, au niveau du mentorat, on a à peu près... tout près de 80 % de rétention de ce personnel-là. C'est très important pour nous.

Malgré tout, malgré de nombreux efforts dans un plan d'attraction et de rétention, on constate qu'il y a beaucoup de concurrence aussi, concurrence de l'extérieur, du secteur ouest particulièrement, dans différents secteurs, et c'est pour ça que ça va nous demander d'être encore plus vigilants puis de continuer notre travail en concertation avec les différents partenaires du Bas-Saint-Laurent.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. M. le député d'Orford.

M. Reid: Oui. Merci, M. le Président. Je voudrais revenir sur l'intervention, tout à l'heure, du député de La Peltre. Mais avant je voudrais profiter de la dernière question pour vous demander une opinion, s'il y en a qui ont une opinion parmi vous, parce que vous êtes sur le terrain, proches du terrain, sur la question justement des choix de jeunes pour les professions, notamment les professions infirmières. Parce que, dans la revue de presse qu'on a, on montrait entre autres que le cégep de Rivière-du-Loup a vu une baisse de ses demandes d'admission aux clientèles aux sciences infirmières, etc. Et est-ce qu'il y a une explication pour vous, là, quand vous regardez votre région — parce qu'on parle même d'un cégep qui est dans la région, donc qui est dans votre région — est-ce qu'il y a une explication qui est liée à la tâche? Est-ce qu'il y a une explication qui serait peut-être liée, comme on m'a déjà dit, à la réputation que l'on fait à cette tâche-là? Autrement dit, les jeunes, devant une espèce de dramatisation parfois qu'ils voient dans les médias, ont peur de ces jobs-là et cherchent peut-être autre chose. Est-ce qu'il y a une explication qui tourne autour de ça ou s'il y en a d'autres? Peut-être avez-vous vos propres explications relativement à votre région.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

• (11 h 30) •

M. Paquet (Alain): Merci. La lecture de la région, effectivement, converge dans vos préoccupations dans le sens suivant, c'est que, quand on a fait l'alliance stratégique avec la Gaspésie et les cinq cégeps de l'Est, entre autres, et l'Université du Québec, on s'est partagé ces préoccupations-là. Et on se disait: Effectivement, on doit agir à la fois dans le marketing externe et la valorisation de la profession — et à l'interne nos principaux lieutenants, ce sont les gens qui y travaillent — et que les gens finalement puissent transmettre comment ça se passe à l'interne. Et, quand René disait qu'on prend les gens maintenant de plus en plus jeunes, secondaire I, secondaire II, pour aller leur montrer comment ça marche, donc juste une observation terrain, comment ça fonctionne — ah, c'est comme ça que ça se passe? — oui, on pense que ça, c'est gagnant.

Mais il y a une préoccupation fondamentale qui fait en sorte que l'intérêt de la profession a diminué, ça,

on ne se le cache pas, et on a un effort, je dirais, collectif à faire. Puis c'est pour ça que, quand on s'associe les gens de l'éducation et les gens également de l'université, on voit le cheminement clinique, mais on a une obligation de résultat. Sinon, si, dans notre région, on n'est pas capables de prendre le levier qu'on a à notre disposition, bien difficile d'aller chercher ce qui va se faire ailleurs. Ça, ça viendra après, mais au moins, chez nous, essayons de faire le maximum et mobilisons nos gens d'abord au niveau interne — préoccupation interne, donc le réseau. Et on a une démarche de valorisation d'entreprise avec les organisations pour revaloriser la profession infirmière du moins par l'intérieur, et ça, je pense que ça va être payant.

M. Reid: Bien, je pense que c'est important de s'en occuper parce que c'est un peu paradoxal, hein, M. le Président, qu'on a, dans les régions, des emplois qui se perdent et des jeunes qui s'en vont, alors qu'on a des emplois intéressants et relativement bien rémunérés, avec une belle sécurité, etc., qui sont disponibles et qui sont au service de la population.

Je vais revenir un petit peu sur la question de la décentralisation parce que j'ai certaines divergences par rapport du moins à la perception que j'ai eue, là, de l'intervention de notre collègue de La Peltre. C'est clair que la décentralisation, en quelque part ça se trouve au milieu de quelque chose, parce que la centralisation totale, dictatoriale, si on pousse à l'extrême, c'est à un autre opposé d'une décentralisation qui serait totale et qui serait, à toutes fins pratiques, anarchique. Donc, en quelque part, on est au milieu de quelque chose, c'est-à-dire que, dans le cas qui nous occupe, la population d'un environnement donné, d'une région ou d'une sous-région doit pouvoir dire son mot et de façon forte, mais en même temps la population du Québec dans son ensemble, qui paie avec ses impôts, doit pouvoir dire quelque chose.

Il y a ses représentants qui sont autour de la table ici et qui sont au Parlement évidemment aussi. Donc, en quelque part, il faut un équilibre, trouver un équilibre qui n'est pas évident toujours entre le pouvoir central qui est délégué par la population dans son ensemble et le pouvoir local qui, lui, vient effectivement d'une bonne lecture terrain des besoins et qui est représenté de différentes façons par des conseils d'administration. Ça existe aussi en éducation, dans les trois grands réseaux, on a cette problématique-là, et le taux de décentralisation varie, a varié dans le temps et n'est pas le même dans chacun des réseaux. Et donc, la question n'est pas une question de dépendance.

Et, tout à l'heure, et ce n'est peut-être pas ce que voulait faire le député de La Peltre, mais j'ai eu l'impression qu'il décrivait un petit peu le système de santé et la relation entre le ministère et la région comme une relation de dépendance. Et, moi, j'ai entendu plusieurs fois un mot que je n'aime pas, là, mais on parle de relation d'affaires, contrat d'affaires, pas plus que j'aimais en éducation les contrats de performance du collègue de Rousseau. Mais c'est des mots qui, malgré le mot que je n'aime pas, il reste que c'est un contrat, une entente, une entente de gestion, je pense, qu'on dit aussi, de façon un peu moins abusive en termes d'abus de langage, là. Mais l'entente de gestion, c'est une façon de dire, de négocier en quelque sorte, et c'est public, et c'est clair, c'est ouvert, et c'est vérifiable, et de vérifier où est-ce qu'on s'en va.

Et, moi, dans ce sens-là, je dois dire et je veux vous dire à vous, comme je l'ai dit à d'autres directeurs et à d'autres directions régionales, que le langage qui manifeste, comme vous l'avez fait, de façon originale aussi, là, en disant: On a assez d'argent, alors qu'on sait bien qu'il y a des besoins aussi, puis vous allez prendre l'argent qui va arriver aussi bien sûr... mais le langage est un langage d'administrateurs qui ont une responsabilité et qui assument une responsabilité après en avoir discuté annuellement donc et après avoir pris des ententes. Et, dans ce sens-là, cette responsabilisation-là doit se faire et découler et se retrouver au niveau de différents établissements aussi. Et ça existe au Québec dans le domaine de l'éducation, et je pense que c'est un mode d'organisation dans lequel le Québec est très avancé.

Est-ce que ça veut dire que c'est parfait? Certainement pas. On assiste, je pense, à un système qui était plus centralisé dans la santé et on va vers un système qui est plus décentralisé. Est-ce qu'on va aller encore plus loin vers la décentralisation? Ça, c'est quelque chose qui est de l'ordre des discussions qu'on devrait avoir au cours des mois et des années, au Parlement du Québec, à la lumière de ce que le Vérificateur général va dire, à la lumière de l'expérience et de ce que la population va retrouver là-dedans.

Mais, moi, j'aimerais vous poser une question sur le fait que, dans cette décentralisation-là, on a des centres locaux, et des centres locaux qui donnent une possibilité qui n'existait pas autrefois, me semble-t-il, de pouvoir concerter tous les intervenants d'un milieu. Et, moi, j'ai eu l'occasion dans mon propre comté de voir un exemple d'innovation qui est lié à ça. On est en train de... ce n'est pas encore annoncé, mais il y a quelque chose qui va s'adresser à une problématique — vous en parliez tantôt, mais vous n'avez pas trop de problèmes, semble-t-il — d'adolescentes qui ont des enfants mais qui n'ont pas encore terminé leur secondaire, etc., et c'est une innovation de... cette innovation-là vient de l'ensemble de... Et vous décriviez, tout à l'heure, à Saint-Cyprien quelque chose et vous l'avez décrit comme une innovation, des idées nouvelles, innovation, idées nouvelles donc qui sont venues du fait qu'il y a une concertation de tous les intervenants dans la région de Saint-Cyprien.

Moi, ma question est aussi une question un peu de profiter de votre expérience locale, de votre expérience... Et vous vous comparez aussi à d'autres et vous savez un peu ce qui se passe au Québec. Mais, votre point de vue à vous, est-ce que la façon dont on a décentralisé vers des réseaux locaux, la façon dont on l'a fait, est-ce qu'il y a des améliorations possibles, mais est-ce que ça, ça amène, est-ce que ça suscite l'innovation? Est-ce que ça suscite des idées nouvelles? Parce que c'est beau de dire: La concertation, on mange ensemble, on a une réunion, on a bien du fun, mais est-ce que ça suscite plus que ça? Là, on a deux cas, puis j'en ai un dans mon comté, vous en avez décrit un à Saint-Cyprien. Est-ce que, d'une façon générale, selon votre perception, on va vers quelque chose qui est effectivement une structure qui suscite l'innovation, les idées nouvelles? Et sinon est-ce qu'on devrait faire quelque chose pour faire en sorte qu'on ait plus de Saint-Cyprien ou plus de ce qui va se faire à Magog?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Moi, je vous dirais que c'est un moyen de concertation, c'est un moyen concret de mettre les gens ensemble et d'identifier leurs propres leviers pour en arriver à des solutions novatrices. Moi, je pense que c'est effectivement un bon moyen. Vous l'avez souligné, avec Saint-Cyprien, ça s'est fait dans la concertation. Pas toujours facile, mais effectivement c'est probablement là où est-ce que ça doit se discuter. Et les gens doivent par obligation dégager leurs propres leviers pour en arriver à trouver leurs propres solutions.

M. Reid: Bien, je vous remercie. Bien, l'innovation, c'est aussi... Vous avez décrit quelque chose qui m'amène une autre question, et c'est encore lié, vous allez voir, à la décentralisation. Vous avez parlé de ce qui est un succès pour vous, et je pense que c'est un succès reconnu, la question de la mammographie mobile. Et donc, ça, c'est quand même quelque chose d'innovateur qui vous permet de répondre à des choses qu'on voit aussi dans les journaux, c'est-à-dire que les MRC se plaignent que les ressources ne sont pas bien réparties, etc. Bon, difficile, pour nous, de juger, vous pourriez commenter si vous voulez, là.

Mais ma question s'adresse davantage encore une fois à l'innovation. Et est-ce que cette innovation-là a été facilitée par... Vous pourriez peut-être nous la décrire un peu plus, d'ailleurs, parce que vous en avez parlé assez rapidement. Mais est-ce qu'elle a été facilitée par le fait qu'on a une plus grande décentralisation aujourd'hui par rapport à il y a un certain nombre d'années? Autrement dit, est-ce que vous avez senti que vous aviez les moyens, les pouvoirs d'aller vers ça ou si ça a été — et là, je ne vous demande pas de nous dire des petits secrets, là — une succession de demandes, et de redemandes, et de pressions, etc., pour que finalement quelqu'un au niveau d'en quelque part dans la hiérarchie du ministère vous dise: Oui, O.K., vous pouvez faire ça? Je ne dis pas qu'il n'y en a jamais, mais est-ce que ça a été plutôt ça ou si ça a été plutôt: le fait que vous sachiez que vous aviez des pouvoirs de faire des innovations vous a facilité le travail pour faire une telle innovation qui s'avère un succès?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Je vous dirais que l'émulation est venue du milieu, hein, par des déclencheurs qui faisaient en sorte qu'il fallait qu'on trouve ensemble la meilleure solution possible pour régler le problème. On pense à la mammographie, l'exemple, je vais commenter, puis le Dr Maguire, qui a été un de mes collaborateurs importants là-dedans et l'initiateur de l'idée aussi, là, je pense qu'il faut reconnaître ça, de façon importante, a vraiment pris l'opportunité, hein? Plutôt que de la voir comme étant une contrainte, on a saisi l'opportunité.

Mais le milieu du Bas-Saint-Laurent s'est mobilisé par rapport à ça. Il y a eu des déclencheurs, et, comme le levier nous appartenait, on avait là finalement les moyens à notre disposition pour faciliter d'abord la communication, l'échange, l'engagement sur un résultat. Et, même si ça n'a pas été facile, parce qu'il y a eu, je dirais, des affrontements, là — tantôt, je parlais d'un terme, qui était une confrontation mais, dans ce contexte-là, des affrontements sur une perte de services, sur, bon: Qu'est-ce qui va arriver de plus? On va vous faire confiance — on

a graduellement évolué avec les gens. Donc, l'émulation est venue du milieu, ce qui par la suite, parce qu'on était concertés, a été beaucoup plus facile pour aller voir le ministère puis dire: Écoutez, on a un projet intéressant dans la région et on pourrait probablement mettre ça en place moyennant certaines contributions financières de votre part. Alors, c'est comme ça que le projet a été présenté. Et, plutôt que de se voir imposer un changement, on a fait l'émulation du milieu par rapport à des besoins de population, une accessibilité de services à définir et à convenir, et c'est là finalement que l'orchestration de tout ça, oui, a été plus facile par le milieu.

Même chose pour Saint-Cyprien. Tantôt, j'en parlais. Effectivement, la discussion première du milieu, la prise de conscience d'un problème puis la recherche de solutions font en sorte que, quand les gens peuvent d'abord se parler et conviennent d'un objectif commun, mais c'est clair que le leadership est assumé et reconnu par un partenaire, je pense que c'est beaucoup plus facile, et, à ce moment-là, le support qu'on peut obtenir du réseau, des autres réseaux pour finalement en arriver à un résultat est davantage plus probant et à mon avis plus cohérent aussi. Mais effectivement je pense que, dans le contexte de la mammographie — puis Bob peut compléter, le Dr Maguire — ce milieu-là a été vraiment propice, là, à l'émulation d'un projet très novateur.

M. Reid: C'est très intéressant. Et peut-être pour compléter, dans le sens un peu des questions que posait le député de La Peltre — bon, il y a quand même une question qui a été posée par le Vérificateur général — ce serait peut-être intéressant, dans un cas particulier comme celui-là, qui est quand même un cas qui a amené un succès, de bien comprendre. Est-ce que, dans ce cas-là, c'était quelque chose qui était au niveau où le conseil d'administration avait un rôle à jouer parce que c'est des gens du milieu aussi, etc., ou si le conseil d'administration finalement avait un rôle plus décisionnel quand on était rendu à l'étape de dire: Bon, bien, maintenant on est prêts à commettre des ressources, le gouvernement est-il prêt à le faire aussi? Est-ce que vous pourriez nous décrire un petit peu, là, dans les étapes, le rôle du conseil d'administration se situe où à l'intérieur de cette démarche totale là?

● (11 h 40) ●

M. Paquet (Alain): D'abord, les conseils d'administration locaux ont été impliqués dès le départ, c'est-à-dire les organisations. Et on fait référence, dans le cas de la mammographie, à deux territoires principaux, qui étaient la Matapédia encore une fois et le Témiscouata. Et la réaction: oui, finalement, dans la Matapédia, voyait son accréditation par rapport à cet équipement-là disparaître pour des raisons de qualité de volume, etc. et le conseil a réagi de par l'instance officielle en disant: On n'accepte pas ça. Quand le Dr Maguire disait tantôt: On voyait là une perte nette de services, effectivement la réaction a été celle-ci.

Il y a eu des rencontres populaires où est-ce que les gens finalement nous ont invités. On est allés sur place, on a expliqué aux gens d'abord le fondement, le problème, qu'est-ce qu'on voyait comme solution et comment le milieu pourrait aussi participer à ça. Et les conseils d'administration ont été toujours, je pense, en information et en prise décisionnelle. Bien entendu, si les gens auraient été contre, il aurait fallu utiliser une autre

stratégie, c'est-à-dire un décret ou en arriver à dire: Bien, on prend une décision plus formelle. Ça n'a pas été le cas, les gens ont par consensus accepté la proposition qu'on a faite.

Et ça a été la même chose du côté du Témiscouata. Et là Dr Maguire peut commenter davantage, parce qu'il a été présent à moult reprises là-bas, pour vous démontrer comment, dans l'action, ça s'est passé. Et, quand je disais tantôt qu'il y a eu un déclencheur, un déclencheur, oui, qui provoque quelque chose, mais une appropriation de l'opportunité pour en arriver à une solution intéressante à la fin de tout ça. Et ça, je pense que ça a été d'abord le milieu et, oui, le conseil d'administration de l'organisation qui finalement a dit: Oui, ça a du bon sens, on cautionne ça et on vous supporte là-dedans. Et, quand je vous disais tantôt: La concertation régionale étant supportée par une base locale solide, quand on est arrivés à l'autre levier qui était le levier ministériel, c'était beaucoup plus facile d'aller chercher là finalement le support financier, le cas échéant, pour mettre en oeuvre ce projet-là, plutôt qu'avoir fait l'inverse et tenté de convaincre les gens d'en arriver à une solution semblable.

M. Reid: Peut-être, docteur...

Le Président (M. Kelley): Dernière, courte.

M. Reid: Si vous me permettez. Oui, très court.

Le Président (M. Kelley): Deux minutes.

M. Reid: Dans le cas que vous avez vu, est-ce qu'il y a eu un cheminement qui a été fait? Par le fait qu'on a fait participer davantage donc le milieu, il y a eu une discussion, est-ce que ça a amené des améliorations? Parce que, s'il y a une appropriation, c'est parce qu'il y a eu soit des améliorations ou les gens ont mieux compris, mieux connu. Alors, peut-être, Dr Maguire pourrait rapidement nous informer là-dessus.

Le Président (M. Kelley): Dr Maguire.

M. Maguire (Robert): Il y a comme des garanties qu'il faut donner aux gens. Et là-dessus ce qu'on a toujours utilisé, c'est: Est-ce qu'on peut s'entendre sur l'objectif? L'objectif, c'est de faire en sorte que toutes les femmes du Bas-Saint-Laurent puissent avoir accès à une mammographie de qualité. Un coup qu'on a convenu de ça, là on commence à discuter un peu. Il faut rassurer les gens aussi. Je veux dire, les gens ont peur de perdre des services sur place. Donc, pour notre part, ça demande une implication. On dit: Nous, ce que c'est qu'on veut faire, on ne veut pas enlever des services, on veut en donner plus, on veut les donner de façon différente.

On vous a dit aussi: On pense qu'on a suffisamment d'argent. Il ne faudra pas le crier trop, trop fort, on va arrêter de le dire, là. Mais, en gérant comme il faut, il y a un moyen de faire autrement. Et là-dessus ce que c'est qu'on essaie de faire, c'est de se dégager de la marge de manoeuvre, dans le fond, d'essayer de voir si on ne peut pas créer un fonds en innovation, si on ne peut pas créer un peu d'argent en quelque part quand il y a une belle idée, parce que souvent les belles idées, elles se réalisent assez rapidement.

Et là où on était pris, c'est qu'il y avait deux centres qui commençaient, mais il y avait une possibilité de cinq centres. Et là on savait que, si on mettait cinq mammographes, ça allait nous coûter un certain montant d'argent et on aurait toujours le problème d'accréditation parce qu'on n'en faisait pas suffisamment. Il y a eu des discussions. Ça a été intéressant, on a impliqué le monde, et, à ce moment-là, je pense, la décision, elle a été prise avec les gens. C'est sûr que ça demande... quand tu te ramasses avec une réunion où ce que c'est qu'il y a 300 personnes et puis que: Touche pas à mon hôpital, je veux dire, tu prends un grand respir puis tu dis: Bon, on va y aller puis on va voir comment est-ce qu'on va en sortir. Mais finalement, moi, je pense que, quand on réussit à parler aux gens, de bien identifier les objectifs et de leur proposer un meilleur service...

Là-dessus, là, je pense que ce que c'est qu'on leur a garanti, dans une unité mobile, c'est un meilleur service. Et, au lieu d'avoir cinq centres où on va rendre le service, on va probablement en avoir 15. À titre d'exemple, dans la région du Témiscouata, il y a Notre-Dame-du-Lac, il y a Pohenégamook puis il y a Squatec. Ça prend juste deux fils à deux places pour connecter la patente, et puis les gens se déplacent, et ils vont la voir. Et en plus ce que c'est que ça fait, c'est que les gens, quand ils arrivent là, ils ne sont pas obligés de chercher, la salle d'attente est à côté, ils n'ont pas de course à faire. Je veux dire, je suis sûr qu'on va être, dans deux, trois ans, la région où on va avoir le meilleur taux de dépistage, juste par rapport à ça.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup.

M. Reid: Félicitations. Bravo, bravo!

M. Maguire (Robert): ...à le faire.

Le Président (M. Kelley): Pour la gouverne de l'opposition officielle, il vous reste 23 minutes. Je suis prêt à céder la parole au député de L'Assomption.

M. Laporte: Merci, M. le Président. Bonjour. Le député d'Orford a commencé son intervention en disant que vous étiez des gens près du terrain. Donc, c'est quelque chose que j'aimerais vérifier avec vous sur un dossier en particulier, parce que, si c'est vrai que vous êtes près du terrain, on devrait tirer les mêmes conclusions parce que j'ai sondé beaucoup le terrain sur ce point-là. C'est sur la nouvelle Loi de la protection de la jeunesse qui est entrée en vigueur le 9 juillet dernier.

J'ai été voir tous les intervenants, les directeurs de CSSS, les gens, les spécialistes, les pédiatres, j'ai vraiment été sonder l'opinion de tous ceux qui intervenaient de près ou de loin dans le dossier, puis ce qu'on me dit, c'est que les ressources ne sont pas suffisantes, ne sont pas disponibles présentement pour vraiment appliquer la nouvelle loi. Comme on le sait, d'ailleurs, avec les délais qui sont plus courts pour les parents pour se reprendre en main, et tout ça, ça demande plus de ressources dans les CLSC, ça demande un effort considérable supplémentaire de la part des CLSC. Puis présentement ce n'est pas là, c'est vraiment le son de cloche que j'ai.

Les intervenants me disaient: Bien, on a eu les consignes du ministère, mais on ne peut pas les appliquer parce qu'on n'a pas les ressources, on n'a pas le temps,

on n'a pas ce qu'il faut. Il y en a d'autres qui me disaient, bon: Oui, on essaie de l'appliquer, sauf que c'est d'autres familles qui en souffrent au détriment, là, des familles qui ont besoin d'aide immédiate. Donc, même un directeur de CSSS, que je respecte parce qu'il m'a dit vraiment sa réponse claire et nette quand je lui ai posé la question, il dit: Non, je n'ai pas les ressources présentement. J'ai eu des choix à faire, puis présentement je n'ai pas les ressources.

Donc, ce que j'aimerais, c'est une position aussi claire de votre part. Est-ce que, dans votre région, vous avez les ressources qu'il faut pour appliquer la nouvelle loi? Puis sinon, bien, où est-ce que vous en êtes rendus puis comment ça s'oriente, là, dans votre région?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Oui. Vos préoccupations nous touchent également parce que je vous dirais d'entrée de jeu que, dans le plan d'investissements qu'on a fait en 2007-2008, on a dégagé des marges de manoeuvre, environ près de 1 million de dollars pour déconcentrer d'abord les efforts à faire au niveau local, donc dans les CSSS, et permettre finalement au centre spécialisé qu'est le centre jeunesse de pouvoir mettre en oeuvre finalement cette loi-là. Donc, dans la région, on a été capables, à votre préoccupation, de dégager une marge de manoeuvre de 1 million de dollars récurrent pour finalement en arriver à mettre en oeuvre les implications de la loi.

Tout ça finalement a été discuté régionalement avec les intervenants du centre jeunesse, les intervenants locaux, les équipes locales aussi, de façon concertée. Puis il faut se dire que, quand on disait tantôt qu'au niveau de l'intégration des services on avait comme un petit peu avancé, effectivement on a réussi, dans l'intégration de services, à faire prendre conscience aux gens que, dans les petits milieux, il y a des personnes qui touchent à beaucoup de choses. Dans une équipe, par exemple, qui intervient auprès des jeunes, ils ne seront pas uniquement dédiés à un volet, donc ils vont toucher un paquet d'affaires. On essaie donc d'optimiser les équipes locales en leur injectant des ressources additionnelles pour leur permettre de faire d'autres choses et d'extensionner ou d'allonger, si vous me permettez l'expression, le nombre d'équipes cliniques qui viennent les supporter, et tout ça se fait parfaitement en arrimage avec le centre jeunesse.

Le plan d'investissement qu'on a fait, 2007-2008, a été présenté d'abord aux intervenants cliniques, aux directions générales des établissements de notre réseau régional et il a été accepté par notre conseil d'administration aussi et transmis pour approbation. Donc, ça a été un élément porteur qui fait en sorte que, dans nos priorités d'intervention 2007-2008, on a effectivement dégagé une marge de manoeuvre intéressante pour permettre l'actualisation et la mise en oeuvre de la nouvelle Loi de protection de la jeunesse.

M. Laporte: Donc, est-ce que vous me dites que présentement, dans votre région, les ressources sont disponibles pour la bonne application de la loi ou est-ce qu'il en manque encore?

M. Paquet (Alain): S'il y a un manque? Peut-être que, je ne sais pas, René ou Daniel pourraient peut-être compléter. Moi, d'après... écoutez, quand je dis «moi», c'est

que, l'organisation, nous avons discuté avec les gens. D'après ce qu'on voit comme première injection d'argent, on a convenu de faire un rapport d'étape à la fin de la première année pour réévaluer le tir, mais tout porte à croire qu'actuellement, avec ce qu'on a mis là, on est capables de répondre à la demande, surtout pour la pré-occupation jeunesse qu'on avait et les bonnes applications de la loi.

M. Laporte: Parce que vous comprenez que, moi, vous êtes la première personne qui me dit vraiment: Oui, j'ai les ressources, parce que les intervenants, ce n'est vraiment pas... Vous discutez sûrement avec vos intervenants qui travaillent sur le terrain. Je n'en ai pas encore rencontré un qui m'a dit que, oui, il avait les ressources disponibles. Donc, c'est pour ça que j'aimerais ça... Si vous me dites que oui, c'est sûr que je vais aller vérifier moi aussi sur le terrain. Puis je voudrais avoir l'heure juste, là.

M. Paquet (Alain): Moi, il n'y a pas de problème par rapport à la validation, puisque l'intervention a été faite au niveau du centre jeunesse, au niveau des CSSS locaux aussi. Donc, à ce moment-là, le plan de match qu'on avait, il a été mis en transparence avec tout le monde. Et on a un rendez-vous de résultat, par exemple. C'est sûr qu'on va faire le point ensemble à la fin de l'année et on réajustera le tir le cas échéant. Mais actuellement, avec ce qu'on a mis sur la table, on peut répondre à la demande.

M. Laporte: Avez-vous dû couper dans les services aux autres familles, comme, supposons, les cours prénataux? Je sais qu'il y a des régions qui ont dû couper dans les cours prénataux pour offrir un autre service.

M. Paquet (Alain): On n'a pas eu cet effort-là à faire, de rationnement, ou de compression, ou de réallocation de ressources. On l'a fait plus en considérant l'argent neuf qui rentrait en région en 2007-2008, avec les cibles et les préoccupations qui avaient été aussi discutées à la fois au niveau national et dans notre région par rapport à ces paramètres-là. Donc, on n'a pas eu finalement à faire du rationnement spécifique pour financer cet ajout de ressources là. Il faut considérer ça comme étant de l'argent neuf qui est arrivé en région, auquel on a affecté prioritairement cette intervention-là pour répondre aux exigences effectivement qu'on avait, là, à l'égard de la nouvelle loi.

M. Maguire (Robert): Puis, si vous permettez, ce que je peux rajouter, c'est que la région du Bas-Saint-Laurent...

Le Président (M. Kelley): Dr Maguire.

● (11 h 50) ●

M. Maguire (Robert): ...depuis 1994, moment où il y avait eu un peu la réorganisation dans le secteur de la santé, on en avait profité, à ce moment-là, pour investir 2,4 millions au niveau des services des jeunes. Alain a souligné tout à l'heure qu'au niveau de la planification des naissances on avait le plus bas taux de grossesses à l'adolescence, ce que c'est qui fait qu'il y a probablement de moins en moins d'enfants qui sont portés par des enfants et ce que c'est qui permet, par exemple, de diminuer les

taux de négligence. Et évidemment, depuis ce temps-là, on a eu la planification des naissances. Aussi, on intervient précocement avec les enfants au niveau des cours prénataux. On travaille très, très fort sur l'allaitement maternel. Alain l'a souligné aussi tout à l'heure. Et, au niveau de 0-5 ans, on a commencé à établir aussi des protocoles de travail.

Ce qu'on a fait en plus, c'est qu'on a développé un projet qui s'appelle COSMOSS, là où on a assis les gens de l'Éducation, les gens de la Sécurité sociale, les gens de la Justice, un peu tout le monde, avec le niveau régional et avec le niveau local. Et ce que c'est qu'on se dit, c'est que, dans une approche de santé de population, on est capables très, très tôt de commencer à identifier les enfants qui sont probablement plus à risque et d'intervenir plus tôt.

On soulignait tout à l'heure qu'au niveau du décrochage scolaire tout de même ça s'est amélioré dans notre région. Et on pense que, ce genre d'approche là où on va travailler avec les plus vulnérables et on va intervenir un petit peu plus tôt, il y a probablement, à moyen terme, là, des façons de faire qui vont nous permettre finalement de diminuer le nombre de personnes qui arrivent à l'autre bout.

On a aussi comme principe, à notre point de vue, qu'il ne devrait y avoir pas d'enfants qui vont être en attente de traitement quand leur sécurité est menacée. Ça, là, autant pour les enfants qui souffrent de différents troubles, pour nous autres, c'est très, très clair que ces enfants-là, ils ont un accès rapide. Et on va tout faire pour trouver les moyens pour s'assurer que ces enfants-là, ils ont accès à des services.

M. Laporte: Mais, je vois, dans les cibles non atteintes, il y a justement le délai moyen d'attente pour une évaluation. Est-ce que vous me dites que, là, avec les moyens que vous avez pris, vous êtes confiants d'atteindre les cibles? Parce qu'il semble y avoir une lacune à ce niveau-là. Les ressources ne sont peut-être pas là présentement.

M. Maguire (Robert): Non, actuellement, là-dessus, ce que je peux vous dire, c'est que, quand on a des discussions avec la directrice du centre jeunesse, pour elle, c'est très clair que pour le moment les ressources sont suffisantes pour faire les travaux qu'ils ont à faire.

M. Laporte: Mais, vous voyez, c'est un peu ce qui m'inquiète. Je le connais, le point de vue des centres jeunesse, je le connais, le point de vue du ministre et je connais également le point de vue des intervenants qui sont sur le terrain, puis c'est complètement différent, le son de cloche que j'ai des gens qui sont tous les jours, là, pris avec des situations difficiles. Puis ce qui m'inquiète, c'est... Dans votre cas, ce que vous me dites, ça me semble aller très bien, tout se passe bien, mais, lorsqu'on va voir vraiment sur le terrain avec les gens impliqués, là, de près, c'est vraiment un autre son de cloche.

Donc, c'est ça. Moi, je vais faire mes vérifications aussi de mon côté, dans votre région plus spécifiquement, voir... Vous allez peut-être servir de modèle pour le reste du Québec, parce qu'ailleurs présentement au Québec ça ne semble pas bien fonctionner. Puis d'avoir le point de vue des centres jeunesse, oui, je l'ai déjà. Autrement dit, j'essaie de voir les deux côtés de la médaille puis j'espère que vous faites la même chose, là, aussi de votre côté.

M. Maguire (Robert): Je ne suis pas en train de vous dire que tout est idéal. Ce que c'est que je suis en train de vous dire, c'est qu'il y a un certain nombre de choses qui ont été mises en place. Je ne sais pas si vous voulez venir faire un tour, mais on peut aller les rencontrer ensemble puis on verra si on entend la même cloche. Mais, je me dis, il y a probablement des choses qu'on peut faire, mais ça m'apparaît extrêmement important que ce soit clair entre nous et les professionnels qui sont sur le terrain que les enfants ne doivent pas subir indûment d'injustice. Pour nous autres, c'est très clair.

M. Laporte: Parfait. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'il y a d'autres intervenants? Bien, le député de Montmagny-L'Islet. La parole est à vous.

M. Roy: Merci, M. le Président. Bonjour, tout le monde. Merci beaucoup encore une fois pour les renseignements qu'on a pu avoir. Je ne sais pas si on peut appeler ça un avantage ou un inconvénient, comme venant d'une région rurale, dans le comté de Montmagny-L'Islet, on a quand même un grand inconvénient, c'est de vivre trop proche de Lévis et de Québec. Je ne donne pas ça comme avantage que vous restiez loin, mais on va quand même comprendre qu'à partir de Rivière-du-Loup et dans votre région, vous êtes suffisamment loin pour ne pas subir le contrecoup de Québec et de Lévis.

Quand je regarde le niveau des hanches, à toutes les fois que... Comme on disait toujours, le ministère était rendu le champion de la hanche, des yeux, etc. Quand vous parlez d'une réduction, moi, je m'inquiète parce qu'à Montmagny on est rendus un centre où on reçoit tout le monde d'ailleurs. Quand l'Outaouais me dit: Bien là, on a une réduction au niveau de la hanche, je dis: Attention, comment qu'il y en a qui sont faites par notre hôpital à Montmagny? Parce que je suis témoin de ça à cause des infirmières qui me disent: Écoute, Québec, Montréal, l'Outaouais, tout le monde nous envoie des hanches à Montmagny parce qu'on a un médecin qui est tellement performant qu'on ramasse les hanches de tout le monde à travers la province de Québec, là. Donc, je veux juste m'assurer que ce n'est pas le cas, vous. Vous êtes proches de Montmagny, mais je veux juste être sûr que les hanches, vous les faites bien chez vous.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Oui, nous les faisons chez nous, effectivement. Puis le Dr Levasseur peut peut-être vous préciser comment effectivement cette production-là se fait en région et quelle est, lorsqu'on constate qu'il y a des hors délai, la deuxième offre finalement qui doit être donnée et puis dans quelles circonstances ça se fait. Ça va vous éclairer, monsieur.

M. Roy: O.K. Un autre point important, c'est...

M. Paquet (Alain): Dr Levasseur.

Le Président (M. Kelley): Vous voulez un complément du Dr Levasseur?

M. Roy: Excusez, allez-y.

M. Levasseur (Jacques): O.K. Je ne prétendrai pas qu'il n'y a personne de la région qui va à Montmagny, à cause du Kamouraska qui est tout proche, sauf que, là, si le médecin l'a référé à l'orthopédiste de Montmagny, il n'a jamais été sur nos listes d'attente, à ce moment-là.

M. Roy: O.K.

M. Levasseur (Jacques): Mais, pour le reste, les gens se débrouillent. La production, elle a augmenté au fil des ans, et le nombre de patients hors délai a nettement chuté. On devrait, d'ici la fin mars, arriver à près de zéro en termes de hors délai, que ce soient les hanches ou les genoux.

Puis, peut-être, pour faire le suivi avec ce qui s'est dit un petit peu plus tôt, il n'y a pas juste les hanches et les genoux qui ont été touchés chez nous, parce qu'on a fait exactement le même effort avec les chirurgies d'un jour et avec les chirurgies avec hospitalisation. Le nombre de hors délai a chuté dans tous les secteurs, sauf au niveau de l'ophtalmo et les cataractes, et c'était intimement lié à une pénurie d'ophtalmologistes sur notre territoire. Et, depuis l'automne 2007, il y a un ophtalmologiste qui s'est joint à l'équipe, qui, lui, par entente avec ses collègues, a accepté de prendre les hors délai qu'ils n'étaient pas en mesure de faire, et, depuis ce temps-là, le nombre de hors délai dans les cataractes commence à diminuer. Donc, on devrait arriver à bout de ces problèmes-là.

Également, le temps moyen d'attente pour les patients, toutes catégories, que ce soit hanches, genoux, cataractes, chirurgies d'un jour, est inférieur à six mois. Il y a juste pour les chirurgies avec hospitalisation où c'est légèrement supérieur à six mois. Mais les hors délai ont diminué, et c'est lié en grosse partie au problème qu'on reconnaît à Rimouski, où les lits de courte durée sont amputés par les patients de longue durée, ce qu'Alain disait ce matin.

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

M. Roy: Oui. Donc, on sait bien, on reconnaît que, dans les régions, pour avoir visité les blocs opératoires pendant des années, au-delà de 15 ans, dans votre région, donc j'ai été en mesure de voir ce qui se passait et combien les soins... Parce qu'on couvre des gens... Je ne dis pas quand on parle des grands centres, ils ne comprennent pas la problématique de se déplacer pour tout et pour rien. Que ce soit pour une mammographie ou que ce soit pour de l'oncologie, on doit de se référer toujours au centre qui est à proximité, mais des fois la proximité, elle est à 100 km, la proximité, elle n'est pas au coin de la rue, elle n'est pas à la prochaine bouche de métro, là. Donc, il faut quand même comprendre cette situation-là. Puis bien des fois c'est difficile de leur faire comprendre ça quand c'est plus haut, un peu, tu sais. On a de la misère avec la ruralité, donc on ne comprend pas exactement la problématique qu'on a chez nous.

De conserver les gens chez vous, c'est une grande valeur. Encore une fois, nous, c'est impossible, on est trop proches, une demi-heure de Québec. On avait des soins infirmiers, on ne peut plus en donner parce que l'école — cohorte, six personnes — on ne pouvait pas avoir ça à

Montmagny, même si c'est avec le cégep de La Pocatière. Donc, on a du travail à faire là-dessus.

Mais il y a une cible qui est manquée puis qui me touche un peu, parce qu'on parle du suicide. Chez nous, on a une concentration, on a un taux de suicide qui est important au niveau des jeunes. Et on parle de jeu pathologique et de toxicomanie, et ça, c'est deux cibles que vous n'avez pas atteintes. Je voudrais savoir: Selon vous, pourquoi vous ne les avez pas atteintes, ces deux cibles là?

On sait très bien, puis on l'a dit à maintes reprises, on le crie partout, que les gens parfois à faibles revenus sont les premiers joueurs pathologiques, sont les gens qui recherchent la richesse à tout prix, le plus facilement possible, et ils vont se tourner vers des paradis artificiels, temporaires et le jeu compulsif. Donc, ça aussi, je voudrais savoir pourquoi vous ne les avez pas atteintes. Parce que, dans toutes nos régions, c'est un grave problème, ça.

● (12 heures) ●

M. Maguire (Robert): Si vous permettez, d'abord, par rapport au suicide, là-dessus, il est assez clair que la majorité des gens qui se suicident sont des gens qui sont habituellement des grands déprimés. Je veux dire, un fort pourcentage de gens qui se suicident sont des gens qui font une dépression qui malheureusement n'a pas été traitée.

Là, on va reparler d'Amqui, mais on a développé, dans la région d'Amqui, il y a quelques années, et on est en train d'établir ça au niveau de toute la région, un programme qui permet d'assurer une assistance à ces personnes-là. Souvent, la première chose qu'il faut, il faut peut-être leur organiser un rendez-vous avec le médecin de famille, et, si possible, avec l'équipe de santé mentale, et souvent aussi avec un psychiatre, donc là-dessus pour diminuer le suicide, et puis, bon, aller en parler à des groupes Sentinelles, là. Je veux dire, on a développé ça de façon assez importante. Et dans le fond on va essayer de créer, et on est en train de créer un réseau de première ligne pour que la personne qui a des idéations suicidaires puisse être prise rapidement en main.

Quand je vous parle du projet d'Amqui, c'est qu'aussi on a développé un support d'une infirmière qui va s'assurer, par exemple, avec le pharmacien puis le médecin, que les gens prennent leurs médicaments, parce que souvent aussi, une dépression, il y a des médicaments qui peuvent aider grandement les personnes. Donc, là-dessus, je pense que nos actions sont assez bien orientées puis on devrait essayer de faire des choses.

Par rapport à ce que c'est qui est du jeu pathologique, moi aussi, ça me préoccupe, la question, parce que finalement on a offert des services... Et, quand on regarde la trajectoire de quelqu'un qui a un problème de jeu pathologique, bon, il emprunte à tout le monde, à ses chums, puis, je veux dire, une bonne journée, il arrive sur le bord de la faillite, puis là il se présente à la caisse pop ou à la banque, et puis il s'en va rencontrer quelqu'un qui va l'aider financièrement à essayer de rétablir ses choses. Nous, on a mis de l'argent pour supporter les associations, les ACEF, les associations d'économie familiale, pour être capables de supporter les gens, et on voit qu'on a de la misère à rejoindre, malgré tout ça, les populations à risque. Et on a aussi développé des programmes de support avec une organisation qui s'appelle Le Répît du passant, et, encore là, les gens ne viennent

pas. On ne comprend pas trop. Mais on travaille en étroite collaboration pour essayer de faire en sorte que ces gens-là puissent avoir le plus rapidement possible le service. On copie un peu la façon de faire d'Alcooliques anonymes, je veux dire, des groupes d'entraide qui peuvent se donner un coup de main. Bon, je veux dire, je pense que là-dessus c'est en évolution.

Moi, j'ai tendance, malgré tout ça... Bon, puis il y a eu des présentations par rapport à l'accès, là, je veux dire, au jeu. Il y a probablement un petit peu de travail qu'il faut qu'on fasse aussi là-dessus. Mais j'ai comme l'impression qu'il faut supporter les gens pour que ce... Je pense qu'on a un peu le même problème qu'on avait avec la violence faite aux femmes, il y a 20 ans. Il faut essayer de sortir ça du garde-robe, comme je disais, et de s'assurer qu'on va être capables d'offrir des soins adéquats, du support adéquat puis que ce soit facile. Et là-dessus les organismes communautaires avec lesquels on travaille font certainement, là, tous les efforts pour être capables de rejoindre les gens et leur offrir ces services-là.

M. Roy: Une autre question concernant... au niveau du suicide. Vous savez que, cette année, on n'aura pas besoin d'attendre longtemps, il n'y aura pas besoin d'attendre de grandes, grandes, grandes dépressions, on le sait déjà, on le voit déjà, le problème pointe à l'horizon. Crise forestière, le gars ne sera pas en dépression longtemps et il est arrivé au bout, il sait exactement ce qui va arriver. Crise du porc, on va le voir également, on a eu des producteurs de sirop d'érable dans votre région qui sont poursuivis pour des montants astronomiques et qui vont subir le contrecoup. Donc, ce ne seront pas des grands dépressifs qui vont avoir de la médication avant.

Donc, le groupe Sentinelles que vous avez devrait être un groupe... Est-ce que c'est un groupe de population qui est alerte à ces gens-là? Parce qu'ils sont faciles à voir, là, ils sont identifiables chez nous, ils sont identifiables chez vous. Ce sont des gens qui sont producteurs de porc, on sait très bien où ils sont rendus, ils sont hyperendettés, pas de soutien du gouvernement, rien, pas de solution, donc là: C'est fini, je perds tout demain matin, c'est fini, la vie s'arrête, donc je suis aussi bien d'arrêter là. Donc, je n'ai pas de médication à prendre parce que je n'en ai pas, je ne suis pas dépressif, je suis rendu à bout, point, j'ai essayé le maximum.

Donc là, est-ce que les groupes Sentinelles vont faire leur travail? Est-ce que vous allez être très alertes sur les groupes Sentinelles? Parce que, cette année, ce n'est pas une prémonition, là, c'est simplement une réalité des faits où on dit: Il y a 40 % des producteurs de porc qui vont lever les pattes. Puis on dit qu'on ne peut pas rien faire. Ce n'est pas vrai. Mais on dit ça, là, on annonce ça, qu'on ne peut pas rien faire.

M. Maguire (Robert): J'essaie de me rappeler du nom du monsieur de l'UPA, j'ai un blanc là-dessus là, mais on travaille actuellement avec les représentants de l'UPA et les gens de santé mentale chez nous pour que, dans chacun des territoires, on puisse développer ce genre de programme là. Vous avez tout à fait raison, l'industrie de la forêt, l'industrie du porc, je veux dire, les gens sont devant des situations... Et à quelques reprises j'ai eu des discussions et je sais qu'actuellement il y a des choses qui sont en train de se mettre en place avec les gens de l'UPA.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet. Pardon.

M. Paquet (Alain): Juste un complément d'information pour renforcer ce que le Dr Maguire vient de dire. On a priorisé ou identifié en priorisation d'intervention le secteur agricole effectivement. Compte tenu de votre lecture, vous avez tout à fait raison, une préoccupation majeure, avec des impacts potentiels. Donc, il faut aller déjà les identifier, et les aider, et éviter finalement que cette situation-là arrive.

Le Président (M. Kelley): Dernière courte question?

M. Roy: En terminant, oui, une courte question.

Le Président (M. Kelley): Oui, mais vous avez trois minutes.

M. Roy: Oui. En terminant donc, pour avoir vécu la situation personnelle, donc dans ma famille proche, est-ce que vous n'avez pas tendance à... est-ce que les parents n'ont pas tendance à jouer aux trois petits singes avec les mains sur les oreilles, sur la bouche et sur les yeux? Ils ne veulent pas voir la situation de leurs enfants à l'heure actuelle. Ils savent que leur enfant prend de la drogue, ils savent qu'il est dans un milieu où il y a de la drogue en permanence. Et est-ce qu'on n'a pas à resensibiliser les parents sur le fait qu'on ne peut pas être aussi permissifs, en disant: C'est une passe, il faut qu'il embarque dans le club, il faut qu'il fasse partie d'un groupe?

On a abandonné, on a abdiqué, on a baissé les bras. On les laisse faire jusqu'à temps qu'il arrive, comme il m'est arrivé, un suicide à 21 ans, un jeune... Pourtant, les parents disaient: Ce n'est pas grave, il fume juste les fins de semaine. Et on avait le culot de venir nous dire: Ah, ce n'est pas grave, il n'en prend pas souvent, il n'en prend pas à l'école, il est comme les autres, il embarque dans le sujet. Est-ce qu'on n'a pas un travail à faire au niveau des parents qui semblent avoir abdiqué un peu au niveau de leurs jeunes?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Bien, vous avez tout à fait raison, je pense qu'il faut agir à la fois sur le jeune qui vit une difficulté puis sur son entourage. Donc, on a mis en place, nous... On a parlé de COSMOSS tantôt, c'est vraiment une identification, une concertation de jeunes vulnérables et de leurs familles. Puis on a instauré également des travailleurs de rue qui, à l'intérieur de tout ça, sont parfaitement intégrés puis en arrimage étroit avec les préoccupations que vous amenez. Vous avez raison, il faut se préoccuper à la fois du jeune mais aussi de son entourage, sa famille, les supporter puis être aux aguets là-dessus. Parce que, si on travaille juste sur un déterminant puis on oublie l'autre, le résultat va être très différent de ce qu'on va escompter.

M. Roy: Donc, dans un prochain rapport, je m'attends à avoir un plus au lieu d'un moins, au moins un effort, peut-être un moins plus, là, qui pourrait nous aider un peu.

M. Paquet (Alain): Ce que je peux vous dire là-dessus, c'est que les efforts seront certainement au rendez-vous, on espère que les résultats soient là aussi. Puis ça va prouver finalement la pertinence des actions qu'on a discutées avec vous et montrer la cohérence dans l'action également. C'est ce qu'on souhaite, tout le monde.

M. Roy: Continuons de nous battre en région.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Juste pour ma gouverne, il reste 23 minutes pour les deux députés du deuxième groupe. Comment est-ce que vous voulez le partager ou... Moitié-moitié?

Mme Harel: Moitié-moitié.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait. Et c'est vous qui commencez, Mme la députée?

Mme Harel: Oui.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Au moment où j'accueillais messieurs de l'Agence de santé et de services sociaux, j'ai constaté que ça manquait de femmes, en fait, dans les cadres supérieurs de l'agence. Je le réitère pour que cela soit enregistré dans nos débats.

Écoutez, je vais aller droit au fait. J'aurais souhaité aussi pouvoir échanger avec vous. Je sais très bien que vous êtes à la fois pris entre le ministère, les élus locaux, la population, les intervenants, etc. Mais je voudrais vous parler de vieillissement et vous parler aussi des enfants.

Le vieillissement. Alors, vous nous dites, d'ici deux ans, devoir atteindre un objectif que le ministère vous a fixé, d'une fermeture de 180 lits de longue durée. Pensez-vous atteindre cet objectif?

M. Paquet (Alain): Je vous dirais que, selon le plan de match qu'on a, on ne sera pas loin de cette cible-là. Puis, je vous dirais, ce n'est pas un objectif de résultat, pour nous, le nombre de lits, Mme Harel, c'est vraiment la résultante d'une organisation de services renouvelés aux personnes âgées qui fera en sorte que, comme on l'a mentionné, l'intensification du service à domicile soit au rendez-vous, les alternatives soient au rendez-vous également, qu'on réponde différemment. Donc, la résultante devrait nous amener vers ça. Et on a un horizon de 2010. Donc, quand on regarde où sont rendus nos territoires actuellement, leur plan d'action, les discussions qu'ils ont, le support qu'on leur donne et l'orchestration terrain des services, tout porte à croire qu'on ne sera pas loin de la cible.

Mme Harel: Là, vous avez présentement 165 personnes âgées en perte d'autonomie qui sont reconnues pour les besoins d'hébergement. Combien de ces personnes âgées le sont pour des besoins d'hébergement de longue durée ou pour des besoins d'hébergement à ressources intermédiaires? Première question.

La deuxième: Combien y a-t-il de lits de courte durée actuellement qui sont occupés par des personnes âgées en perte d'autonomie?

Et combien y a-t-il de lits de longue durée dans les établissements hospitaliers? Troisième question. C'est juste des réponses que vous avez que je voudrais obtenir.

Et combien d'heures-soins-jours vous appliquez présentement comme condition d'admission à l'hébergement de longue durée? Quatrième question.

Le Président (M. Kelley): M. Dumont.

M. Dumont (René): Bien, je vous dirais, sur les personnes en attente, ce que je disais tout à l'heure, il y en a 91 en fait qui sont en attente pour un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

M. Paquet (Alain): Votre deuxième préoccupation, Mme Harel, c'était au niveau de la clientèle déclarée CHSLD mais occupant des lits de courte durée. Est-ce qu'on a l'information, au moment où on se parle, sur l'ensemble de la région?

M. Levasseur (Jacques): J'ai seulement Rimouski.

M. Paquet (Alain): On peut vous donner Rimouski puis on va vous faire parvenir tout le reste, Mme Harel, si vous le souhaitez bien, pour le bénéfice...

Mme Harel: C'est combien, Rimouski?

M. Levasseur (Jacques): Ça varie entre 35 et 45, là, dépendant des périodes. En date d'hier, il était à 39.

Mme Harel: Lits, hein?

M. Levasseur (Jacques): C'est 30 patients en attente d'hébergement ou en évaluation et qui occupent des lits de courte durée.

● (12 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): Merci, M. Levasseur.

Mme Harel: Et combien de lits de longue durée sont occupés dans des établissements hospitaliers?

M. Levasseur (Jacques): À ma connaissance, il n'y a pas de lits de longue durée dans les CH.

Mme Harel: Dans aucun?

M. Levasseur (Jacques): De lits, là, avec l'étiquette «longue durée».

M. Paquet (Alain): Écoutez, peut-être juste un complément d'information, Mme Harel. Oui, il en existe des établissements... c'est-à-dire des lits de longue durée dans des CH, donc une unité de soins de longue durée. Je pense à Matane, je pense finalement à Kamouraska. Et le détail, on va vous le faire parvenir, on ne l'a pas actuellement. Mais il y en a. Donc, ça va vous donner une perspective, une idée très concrète. C'est important, on va le faire parvenir rapidement.

Le Président (M. Kelley): Rapidement. On a pris note des questions qui ont été posées par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. Vous pouvez acheminer les

réponses à la secrétaire de la commission, vous pouvez consulter avec Mme Laplante pour organiser ça.

Mme Harel: Sur les 165 personnes dont vous parlez, vous nous dites qu'il y en a 91 personnes âgées en perte d'autonomie qui sont évaluées pour être hébergées, qui le seraient en longue durée, en attente. Donc, il en reste 74 qui devraient l'être en ressources intermédiaires. Alors, vous avez présentement 815 ressources intermédiaires, 815 places. À combien de places évaluez-vous l'objectif pour desservir une population vieillissante, de plus en plus vieillissante, ou en fait quatrième âge, là, très âgée, comme on dit maintenant?

Le Président (M. Kelley): Dr Maguire.

M. Maguire (Robert): Par rapport à ça, au nombre de lits en ressources intermédiaires, je ne vous dirai pas que vous posez la question du siècle, mais elle est très importante, je veux dire. Et là-dessus on pense, quand on se compare, qu'on en a probablement un peu plus que certaines régions. Je vous dirais qu'on n'a jamais osé se prononcer sur ce sujet-là parce que ça dépend des services qu'on peut mettre en support et comment ce que c'est qu'on peut organiser les choses.

Et, comme je vous ai dit tout à l'heure, souvent, une personne âgée qui n'a pas eu une intervention rapide ou qui n'a pas eu une bonne orientation peut facilement se ramasser ou en RI ou en CHSLD. Et c'est là où je pense que les efforts des prochains mois et des prochaines années vont être pour en arriver à essayer de faire en sorte que les services qui sont offerts, à notre point de vue, là, soient beaucoup plus près du domicile des gens pour garder les gens autonomes chez eux. Et j'aurais de la misère à vous dire c'est combien de lits, là. La personne qui travaille avec moi là-dessus, j'en ai discuté avec elle récemment et aujourd'hui. Je ne pourrais pas vous proposer un nombre de lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus en RI.

Mme Harel: ...je constate seulement qu'il y en a 74 personnes âgées en perte d'autonomie admises à l'hébergement, et qui devraient être en ressources intermédiaires, et qui sont sur des listes d'attente. Bon.

D'autre part, parlons de maintien à domicile. Depuis le début de cet échange, nous n'avons pas du tout parlé des aidants naturels. Alors, je veux bien que l'on passe des institutions religieuses aux institutions publiques et que, là, maintenant, ce serait la famille, mais ces personnes en perte d'autonomie peuvent-elles vivre seules?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): C'est-à-dire que les personnes, il faut qu'elles soient évaluées. Je pense qu'il y a toute une évaluation de leurs besoins et de leur condition. On regarde vraiment le réseau d'aidants naturels, on est bien conscients, Mme Harel, que le réseau il est de plus en plus réduit, des aidants naturels. Des alternatives, par exemple, qu'on explore: Comment la communauté peut prendre assistance ou donner assistance finalement à la personne? On regarde ça actuellement, ça fait partie du plan de match.

J'aimerais juste revenir, si vous me permettez, sur les RI, je trouve ça important, le complément d'information.

Si on veut être honnêtes, si on fait une transformation de résultante, hein, d'offre de services avec une diminution importante des lits de longue durée, on ne peut pas faire feu au même moment sur une réduction d'un nombre significatif de RI parce que, l'alternative à l'hébergement, on constate qu'actuellement, dans notre parc de lits, finalement, hein, institutionnel, il y a des gens qui sont en heures-soins inférieurs au profil de soins longue durée, donc il y aurait probablement un besoin de réallocation de ressources.

Ce qu'on prône davantage actuellement, c'est de dire: Nos ressources intermédiaires devraient plus se spécialiser, O.K.?, par rapport à des ressources intermédiaires pour adulte avec handicap physique, par exemple, avec des gens qui ont des problèmes cognitifs ou autrement, donc de diriger plus une organisation structurée vers ces services-là donc plus adaptés, et, à ce moment-là, je pense que, la transformation de l'offre de services, on va arriver avec un chiffre qui sera peut-être différent de ce qu'on a, mais qui va être davantage plus orienté vers une spécialisation des ressources intermédiaires, plutôt que le portrait actuellement.

Mme Harel: Alors, est-ce que les CSSS, dans la région du Bas-Saint-Laurent, conservent des listes d'attente en maintien à domicile?

M. Paquet (Alain): Il y en a, oui, effectivement, qu'il faut qu'ils le fassent, ce dénombrement-là, parce que c'est ça qui fait en sorte qu'ils peuvent soit investir davantage ou intensifier les services. Parce que finalement, si on a une liste d'attente déjà à domicile, vous comprendrez que la perte d'autonomie va être encore plus grande ailleurs dans le réseau. Donc, l'effort, il est à mettre là en premier. Donc, les CSSS effectivement concentrent leur énergie principalement d'abord dans l'intensification des maintiens à domicile et dans l'identification — Dr Maguire en parlait tantôt — de la clientèle précoce pour en arriver finalement à avoir le moins d'impact possible de ce côté-là. Et ils les font, les efforts.

Mme Harel: Pouvez-vous nous faire parvenir la liste d'attente en maintien à domicile?

M. Paquet (Alain): Avec plaisir, Mme Harel.

Mme Harel: Est-ce que, dans les documents que vous nous avez transmis pour l'étude dans notre commission, quand vous parlez d'une augmentation intéressante, là, d'interventions à domicile, est-ce que ça comprend la posthospitalisation et le vieillissement, ou simplement le vieillissement?

M. Paquet (Alain): Seulement le vieillissement.

Mme Harel: Le vieillissement. Est-ce que vous pouvez... Tantôt, vous nous parlez du plan d'investissement 2007-2008 en protection de la jeunesse. Ce qui serait vraiment intéressant pour qu'on ait vraiment un portrait de la situation, c'est qu'on connaisse votre budget de développement, les montants déboursés en 2007-2008 et les montants annualisés en 2007-2008, parce que c'est très différent, là. On comprend que parfois vous n'avez que 3/12 des budgets... des crédits qui avaient été votés.

Mais, en regard du maintien à domicile lié au vieillissement, en regard du maintien à domicile lié à la post-hospitalisation, des déficiences intellectuelles, des déficiences physiques, de la santé mentale, sincèrement, sur le terrain, les gens ont l'impression que tout ça est confondu, qu'ils ne s'y retrouvent plus, y compris ceux qui interviennent dans ces domaines-là. Je crois que ça, ce serait extrêmement important.

Tantôt, je vous demandais le nombre d'heures-soins requis pour être admis dans le Bas-Saint-Laurent. Est-ce deux et demi heures-soins par jour, trois heures-soins pour être admis en longue durée?

M. Paquet (Alain): Longue durée, c'est plus de trois heures-soins.

Mme Harel: Plus de trois heures-soins présentement.

M. Paquet (Alain): Oui.

Mme Harel: Bon, je reviens... Tantôt, vous disiez, avec raison, que vous aviez un taux de personnes très âgées très important, très significatif. De plus, plus on vieillit, plus on vieillit seul, n'est-ce pas? Je pense qu'en haut de 85 ans c'est presque 89 % qui sont seuls. Comment on est à domicile seul? C'est la question que je vous pose.

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Bien, c'est tout un défi, hein? Votre question est tout à fait juste, puis on se la pose, je dirais, régulièrement, la question. Puis je dirais qu'à géométrie variable, dans les territoires, les solutions sont différentes. Je prends le territoire de la Matapédia, il y a des gens qui restent à domicile qui ont 85 ans et plus parce qu'ils ont soit la communauté autour, le centre d'action bénévole, la Popote roulante, bon, les aidants naturels, du gardiennage. Bref, c'est une organisation de services structurés et cohérents qui permet finalement d'éviter la détérioration de la capacité de l'individu. Ça, c'est le principe fondamental. Je vous mentirais en disant que c'est partout dans le Bas-Saint-Laurent. Ce n'est pas vrai. Mais on vise ça. Et je vous dirais que, dans certains territoires, c'est présent, et c'est comme ça que ça se fait dans la action.

Mme Harel: Est-ce que les budgets de maintien à domicile qui sont attribués par l'agence aux CSSS sont des budgets récurrents permanents...

M. Paquet (Alain): Oui.

Mme Harel: ...qui permettent d'embaucher des personnes à plein temps? Parce qu'on me dit que des CSSS, en particulier Matane et Rimouski, invoquent le fait que ces budgets ne sont pas en fait annualisés et, chaque année, ils doivent être renouvelés sans que ça leur permette d'engager du personnel permanent.

M. Paquet (Alain): Il y a deux choses là-dedans. C'est-à-dire qu'effectivement on fait ce qu'on appelle du non-récurrent répétitif. Vous allez me dire: Ça ressemble à de la récurrence, mais ce n'est pas confirmé comme

récurrence. On fait un bout de chemin là-dessus. Je rajouterais en disant que la transformation de l'offre de services personnes âgées permet aux organisations de dégager leur propre marge de manoeuvre et de la réinvestir de façon récurrente. Ça, je pense, c'est le principe majeur de la transformation. On est là en support et, tant que finalement cette transformation-là n'est pas faite, on ne confirme pas la récurrence. Par la suite, on va la confirmer, le cas échéant.

Le Président (M. Kelley): On arrive au mi-temps. Alors, c'est entre vous et votre collègue.

Mme Harel: Je termine, oui.

Le Président (M. Kelley): Mais il reste 11 minutes.

Mme Harel: Oui. Alors, je termine. Quelques agences ont vraiment une intervention importante à l'égard des aidants naturels. Il n'en a pas du tout été question dans votre rapport. Ça prend deux ans, par exemple, pour adapter un domicile présentement. Des fois, il y a des listes d'attente d'une année pour obtenir des fournitures comme, par exemple, des culottes d'incontinence. Il n'y a pas de répit, les aidants naturels s'en plaignent amèrement. Alors, la question est simple: Comment se fait-il qu'il y a comme une omission, dans votre rapport, concernant les aidants naturels?

● (12 h 20) ●

M. Paquet (Alain): Ce n'est certainement pas volontaire, hein? Je pense qu'on se préoccupe beaucoup, beaucoup de cette réalité-là. Puis je vais juste mettre en contexte ce que vous venez de mentionner avec justesse. L'adaptation des domiciles, ça prend un certain temps. On a mis des efforts, de l'argent neuf pour permettre à des ergothérapeutes de faire des évaluations et d'accélérer le processus. On a injecté et on va injecter de l'argent aussi au niveau des aidants naturels, on trouve ça important.

Si on veut être cohérents, Mme Harel, dans le discours qu'on a tenu depuis le départ et l'action, il faut qu'on soit capables d'en mettre, des ressources, pour permettre la transformation, et c'est ce qu'on fait. Vous avez vu, dans l'allocation des ressources qu'on a faite, on a injecté près de 8 millions de dollars dans la transformation d'offre de services personnes âgées, en partie — disons, 25 %, 30 % de ce montant-là — pour permettre le passage d'un point A à un point B. Et c'est comme ça qu'on trouve que les alternatives vont être au rendez-vous avant que la résultante de fermeture de lits soit là et qu'on ait une conséquence néfaste pour la clientèle. Ce n'est pas notre objectif du tout, là.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Rimouski, il vous reste 10 minutes.

M. Pelletier (Rimouski): Merci, M. le Président. Alors, bienvenue à la commission, les gens de chez nous. Ma première question, c'est... On va parler un petit peu de chiffres, vous vous en doutez bien. L'an passé, lors de l'adoption du budget 2007-2008, le Parti québécois n'avait pas accepté que le transfert de 700 millions d'argent qui provenait du fédéral soit donné en baisse d'impôt. Nous, on voulait qu'il serve vraiment au but qui avait été fixé au départ, c'est qu'il soit investi en éducation et en santé.

Après discussion, il y a un montant de 250 millions quand même — qui ne provenait pas du 700 millions, mais quand même — 250 millions qui a été accepté, a bonifié le budget, en fait, 21 millions pour les aides fiscales aux régions ressources, et le reste, c'était en éducation et en santé, et c'est à peu près 150 millions qui allaient en santé.

Chez vous, dans votre région, avec tous les CSSS et puis l'agence comme telle, vous l'avez sentie comment, cette augmentation de budget là? Est-ce que vous avez été obligés de refaire vos budgets pour ajouter des fonds additionnels de revenus, et rajouter des services additionnels, ou augmenter des services existants, et tout ça?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): Oui. Je vais débiter, M. Lévesque pourra compléter. On a effectivement reçu... C'est une bonne année de développement en argent neuf. Sur une base annuelle, c'est pratiquement 3,5 millions qu'on peut escompter sur une base annuelle et, pour l'exercice 2007-2008, c'est 1 million 400 quelques mille. Maintenant, pour le détail, je vais laisser mon collègue vous donner les grandes perspectives. Mais, vous allez voir, à la lumière des préoccupations qu'on a identifiées, ça va rejoindre bon nombre de préoccupations que Mme Harel a parlé tantôt et que certains autres députés ici ont faites. Alors, M. Lévesque.

Le Président (M. Kelley): Daniel Lévesque.

M. Lévesque (Daniel): Oui. Au niveau des personnes âgées, il y a eu un investissement majeur, près de 1,6 million de dollars, en personnes âgées. Aussi, en soutien proches aidants puis en logements sociaux, on a un investissement de 300 000 \$ aussi sur une base annuelle; des investissements aussi au niveau de la déficience physique, pour un montant de 760 000 \$ sur une base annualisée; déficience intellectuelle, particulièrement les TED, de 346 000 \$ sur une base annualisée; et un programme santé mentale, des investissements de près de 700 000 \$, toujours sur une base annualisée.

Mme Harel: Déboursée?

M. Lévesque (Daniel): La base déboursée? Oui, je peux vous faire ça. Sur la base...

Une voix: ...

M. Lévesque (Daniel): Déterminé toujours sur la base annuelle, il restait le... Tout dans le domaine de jeunes en difficulté, il y avait eu un investissement sur une base annualisée de 1,2 million. Maintenant, si vous parlez sur la base déboursée...

Le Président (M. Kelley): On ne manque jamais de papier, hein?

M. Pelletier (Rimouski): J'ai juste 10 minutes, monsieur.

M. Lévesque (Daniel): ...500 000 personnes âgées; programme Jeunes en difficulté, base déboursée, 500 000 \$;

santé mentale, 50 000 \$; déficience physique, 446 000 \$; puis déficience intellectuelle, 266 000 \$. Ce qui donne notre 1,4 million, dans les différents programmes, sur une base déboursée 2007-2008 et, sur une base annuelle, 3,5 millions.

M. Pelletier (Rimouski): Alors, pour 2008-2009, ça va faire 3,5 millions de...

M. Lévesque (Daniel): Oui, sur une base...

M. Pelletier (Rimouski): De déboursés.

M. Lévesque (Daniel): Oui.

M. Pelletier (Rimouski): Je vais être décousu un peu parce que je ramasse les 10 dernières minutes, là. Je vous ramène à la page 113, que mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce vous avait amené au début, et puis, vous avez... D'abord, j'ai regardé les états financiers de l'agence, l'agence est en équilibre budgétaire. Puis, quand on regarde l'équilibre budgétaire, aussi, on va voir dans les soldes du fonds si le solde du fonds est là parce que la vraie dette du gouvernement qui doit entrer dans les états financiers du gouvernement, c'est le solde du fonds finalement.

Je regarde vos établissements puis je vois que les établissements ont un déficit de 1 206 000 \$ en 2005-2006 et, 2006-2007 — j'oublie les cibles, là, un déficit, c'est un déficit pareil même s'il a été accepté — 1 262 000 \$, ça fait à peu près 2,5 millions pour les deux années. L'ensemble des CSSS, si on allait voir dans leur solde de fonds, est-ce qu'ils ont un solde de fonds négatif ou positif? Puis, s'il est négatif, quelles sont les mesures qui vont être entreprises pour le redresser au cours des prochaines années?

M. Lévesque (Daniel): Effectivement, si on reprend l'ensemble des soldes de fonds des établissements de santé, il y a un déficit de l'ordre, je pense, de 14 millions, O.K., de déficit, mais, de ce déficit-là, il y avait une cible autorisée, hein, le déficit autorisé. Je comprends que vous allez me dire: Un déficit, ça reste un déficit, mais on se rappelle que le ministère de la Santé, voilà quelques années, avait permis aux établissements de faire des déficits sur un programme de trois ans, O.K.? Donc, on était dans ces années-là.

Si on élimine cette cible budgétaire là, notre vrai déficit, en fin d'année, déficit non autorisé à rembourser, il est près de 3 millions de dollars. L'ensemble des établissements, leur déficit non autorisé et accumulé est de 3 millions de dollars au 31 mars 2007. Et on a présenté un plan de remboursement sur une période de cinq ans de ce déficit non autorisé.

M. Pelletier (Rimouski): 3 millions.

M. Lévesque (Daniel): Pour ce 3 millions là. D'ailleurs, je crois que, cette année, là, c'est... en tout cas, on en est rendus, là, dans nos derniers chiffres, là, à un remboursement... on va atteindre, le premier versement, le 700 000 \$, là, l'obligation que nous avions dans notre première année, pour terminer à 2,1 millions, normalement.

M. Pelletier (Rimouski): Puis ça, ça n'affecte pas vos opérations courantes, vos services courants que vous avez à rendre année après année?

M. Lévesque (Daniel): Ce qui a été très important, lorsqu'on a fait l'exercice de remboursement de ce déficit-là, on a demandé aux établissements de nous déterminer dans quelle mesure ils pouvaient rembourser, par la fin de projets autofinancés, des intérêts qui étaient payés et qu'ils n'auraient plus à payer, etc., pour ne pas que ça touche aucunement aux services. Peu importe de toute façon que ça avait été pour un remboursement de déficit non autorisé ou pour d'autres conditions, on ne doit pas toucher aux services, mais ne pas toucher à la main-d'oeuvre, ne pas créer d'insécurité d'emploi. C'est vraiment sur des éléments de fin de projet autofinancés, et tout ça. Est-ce qu'il y a une capacité d'obtenir du financement pour permettre de payer ça? On a constaté que, oui, on faisait un bout avec ça, puis il en manquait une autre partie. Et ça, cette année, on en a eu un montant, compte tenu d'une production plus grande au niveau des prothèses de hanches, de genoux, qu'on a pu consacrer à ce remboursement-là.

Le Président (M. Kelley): Dernière question, M. le député. Il vous reste à peu près trois minutes.

M. Pelletier (Rimouski): Trois minutes. Ah, je vais aller tout de suite à mes cas... Parce que j'ai des petits cas locaux.

Tout à l'heure, mon collègue de Marie-Victorin semblait surpris qu'il n'y ait pas de GMF à Rimouski. Bien, moi, je n'étais pas surpris, je connais un peu la problématique dans notre coin. Mais ma question est surtout dans les objectifs. Puis je sais que c'est difficile de former un GMF, mais, si on regarde Rimouski, qui a 42 000 de population... Parce qu'il faut dire que, dans le CSSS Rimouski-Neigette, la MRC Rimouski-Neigette, c'est un peu particulier parce que c'est 80 % de la population qui vivent dans la ville de Rimouski puis 20 % dans la ruralité. Alors, c'est un peu spécial. Puis, quand on parle d'un GMF, par exemple, à Matane, avec moins de 15 000 de population, un GMF à Rivière-du-Loup, avec 19 000 de population, Rimouski, avec 42 000 de population puis un service dans la ruralité à desservir aussi, est-ce que, dans les objectifs, on ne parlerait pas plus de deux GMF ou d'un gros GMF? Est-ce que c'est possible d'avoir des GMF de différentes dimensions ou on les multiplie?

M. Levasseur (Jacques): Écoutez, je pense qu'à Rimouski, là...

Le Président (M. Kelley): Dr Levasseur.

M. Levasseur (Jacques): À Rimouski, je pense qu'un minimum de deux GMF est tout à fait plausible. Et, si on le regarde à l'échelle de la MRC, on frise les 55 000 habitants à peu près, on pourrait même aller jusqu'à trois. Quand vous parlez d'un très gros GMF, théoriquement, oui, c'est possible, mais ça commencerait à ressembler aux cliniques-réseaux qu'ils ont mises sur pied à Montréal. Et un des critères pour être une clinique-réseau: il faut desservir à peu près 50 000 habitants. Donc, ce serait une alternative.

Actuellement, les travaux sont débutés depuis quelques semaines avec le groupe d'omnipraticiens du CSSS de Rimouski pour mettre en place un modèle d'organisation de services médicaux de première ligne. Et là toutes les possibilités vont être sur la table, que ce soient des... Les cliniques privées pourraient très bien s'associer sans être GMF aussi, là, c'est quelque chose qui est possible, si elles veulent se partager la tâche en termes d'horaires défavorables, de prise en charge de la clientèle orpheline, etc. Donc, tout va être sur la table, puis il leur appartiendra, à ce moment-là, de faire leur choix.

M. Pelletier (Rimouski): Qui?

M. Levasseur (Jacques): Le groupe, les omnipraticiens...

Le Président (M. Kelley): Très rapidement, parce que le...

M. Pelletier (Rimouski): Il reste quoi?

Le Président (M. Kelley): Une minute.

M. Pelletier (Rimouski): Une minute? Une minute. Je suis un peu inquiet aussi aux places... sur les attentes en CHSLD, là, longue durée, parce qu'on parlait tantôt de 165 personnes qui étaient en attente ou peut-être 91 places pour une place en hébergement, puis, dans un article publié en novembre 2007, c'est le journaliste Carl Thériault, de Rimouski, dans *Le Soleil*, qui parlait de 80 personnes en attente. Est-ce qu'on augmente? Est-ce qu'il n'y a pas un effet pervers, là, de dire: On va dans le soin à domicile puis on ferme des places en établissement? Est-ce qu'on ferme trop vite pour les places qui sont créées à domicile? Parce que, là, ça semblerait avoir augmenté un peu.

Le Président (M. Kelley): Très rapidement, M. Paquet.

● (12 h 30) ●

M. Paquet (Alain): Oui, préoccupation tout à fait fondée. Il ne faut pas que ça augmente. Et on a entrepris une démarche concertée avec Rimouski actuellement pour les aider à y voir plus clair dans le dossier, donc de regarder d'abord la situation, mettre en place les correctifs nécessaires et éviter justement qu'on ait une détérioration, un allongement de la liste ou des délais d'attente. Donc, on est en mesure, avec eux, de travailler. On espère, M. Pelletier, que, d'ici juin 2008, on ait stoppé l'hémorragie, on ait amélioré la situation de façon honnête et qu'on puisse regarder de façon plus objective l'avenir par rapport à ces services-là, mais avec la collaboration de Rimouski, en support avec l'agence, ce qu'on a convenu avec eux, et ça commence la semaine prochaine.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à nos échanges avec les membres de la commission. Oui, M. le député de Rimouski?

M. Pelletier (Rimouski): Trois secondes pour un petit commentaire, M. le Président, je voudrais...

Le Président (M. Kelley): Il ne reste pas trois secondes, alors, malheureusement...

M. Pelletier (Rimouski): Je voudrais simplement dire que j'ai apprécié beaucoup la participation de M. Paquet et l'aisance avec laquelle il parle de son dossier, sa connaissance et aussi l'appartenance qu'il a à son organisme. Je voulais juste vous dire qu'on dirait qu'on a cloné Henri-Paul Rousseau de la Caisse de dépôt puis on l'a amené à Rimouski.

Documents déposés

Le Président (M. Kelley): Sur ce, merci beaucoup. Il me reste deux items d'intendance. Je vais déposer le document intitulé *Présentation à la Commission des affaires sociales dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2003-2004 à 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent*.

Et, un oubli du président la semaine passée, je vais également déposer le document intitulé *Note pour une allocation*, du Dr Guy Morissette, président-directeur général de l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais. Alors, ces deux documents sont déposés.

Il me reste à dire à M. Paquet et votre équipe merci beaucoup pour votre présence ici, ce matin. Oui?

M. Drainville: ...d'information. Est-ce qu'il y a, dans les documents qu'on vient de déposer, le budget de développement pour l'année 2007-2008, et les montants déboursés cette année, et les montants annualisés? Est-ce que ça existe, ça, dans les documents? Et, si oui, où?

Le Président (M. Kelley): M. Paquet.

M. Paquet (Alain): C'est à dire, ce n'est pas dans les documents actuellement, on va vous les faire parvenir dans les meilleurs délais. Ce que M. Lévesque vous a commenté tout à l'heure, le document est prêt, alors on va l'acheminer au secrétariat de la commission, puis vous pourrez en disposer tel que vous en avez besoin.

M. Drainville: ...le total du budget de développement, incluant l'argent qui a été rajouté quand on a demandé, nous, au Parti québécois, que soient ajustées certaines sommes, là? Tout va être là?

M. Paquet (Alain): Oui, tout à fait, oui, oui.

M. Drainville: Annualisés et déboursés?

M. Paquet (Alain): Oui.

M. Drainville: Très bien, merci.

M. Paquet (Alain): Bienvenue.

Le Président (M. Kelley): Alors, merci beaucoup aux membres de l'équipe. Nous avons noté les compléments d'information qui vont être acheminés à la commission. Alors, merci beaucoup. Et je ne sais pas qui est le photographe pour la magnifique photo sur votre rapport annuel, mais je veux le féliciter parce que, je pense, ça capte très effectivement la magie de votre région. Alors,

je ne sais pas si, M. Paquet, en guise de conclusion, vous avez quelques mots, mais le dernier mot est à vous.

M. Paquet (Alain): Bien, tout simplement vous remercier du débat, des différents échanges. Vous savez que c'est un processus démocratique qu'on apprécie. On se stresse toujours un peu avant d'arriver ici, puis c'est normal, je pense que c'est de bon augure. Et on était prêts, puis je pense qu'on a apprécié beaucoup vos échanges, vos questionnements, votre préoccupation de faire avancer le système de santé — moi, je retiens ça — et la commission parlementaire, dans ce sens-là, est un véhicule tout à fait approprié et pertinent. Merci beaucoup à vous tous et à vous toutes.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Sur ça, je vais suspendre nos travaux à 14 heures. Nous allons recevoir nos amis de la Baie-James.

(Suspension de la séance à 12 h 33)

(Reprise à 14 h 10)

Le Président (M. Kelley): Je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales. Alors, je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte.

Le mandat de la commission est de procéder à l'audition du Centre de santé et de services sociaux de la Baie-James dans le cadre de l'étude des rapports annuels de gestion 2001 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. Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Alors, on va commencer, mais, à l'entrée de jeu, je vais dire bienvenue à l'équipe, à Mme Laboissonnière et votre équipe. Et je fait une confession, ma dernière visite chez vous était mais vraiment un moment extraordinaire qui a démontré la force de votre centre de santé. J'étais à Chibougamau au moment de l'évacuation de la communauté crie de Mistassini. C'étaient 2 000, 3 000 personnes qui ont avisés leur voisin à voisin, à Chibougamau: On arrive ce soir et nous avons l'intention de coucher chez vous ce soir. Et c'est extraordinaire, dans le centre hospitalier à Chibougamau, de voir, parce qu'ils ont reçu des aînés surtout de la communauté crie à quelques heures d'avis, et l'organisation des services dans ce moment de crise était vraiment extraordinaire. Alors, je tiens à vous féliciter parce que c'est un moment que je garde à coeur, l'accueil qui a été fait pour vos voisins cris au moment d'un incendie, un feu de forêt dans la région de Mistassini.

Alors, qu'est-ce qu'on a convenu: vous avez à peu près une trentaine de minutes de faire une présentation aux membres de la commission. Après ça, il y aura un échange avec les trois formations politiques. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous, Mme la présidente.

**Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
(CRSSS de la Baie-James)**

Mme Laboissonnière (Diane): Merci, M. le Président. Mmes et MM. les députés membres de la commission, c'est avec plaisir que le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James se présente devant vous pour l'étude de ses rapports annuels de gestion, qui est l'occasion de faire le point sur l'évolution de nos services dans la région sociosanitaire Nord-du-Québec.

Je voudrais, d'entrée de jeu, vous présenter les personnes qui m'accompagnent: à ma gauche, M. Mario Lemieux, directeur des soins infirmiers et des programmes; à ma droite, Dre Blandine Piquet-Gauthier, directrice de santé publique; et M. Jean-Pierre Savary, directeur du développement organisationnel et des ressources humaines. Il y a aussi avec nous quelques personnes de notre direction, dont le Dr Jean Lemoyne, qui est notre médecin-conseil aux affaires médicales; de temps en temps, il va nous accompagner dans les échanges. Et nous avons également le président de notre conseil d'administration, M. Denis Lemoyne, qui est ici, derrière.

Nous sommes ici, cet après-midi, pour vous présenter les résultats de notre organisation des huit dernières années. Bien entendu, il aurait été impensable de vous faire état en aussi peu de temps de tant d'années de travail; nous avons pris le parti de nous concentrer sur les trois dernières. Et, puisque 2007-2008 est très bien entamé, nous aborderons également certains éléments de cette année en cours.

Nous vous parlerons tout d'abord de notre belle région et de notre organisation particulière. Nous aborderons quelques éléments dont nous devons tenir compte pour offrir nos services. Par la suite, nous vous présenterons les principaux résultats obtenus au cours des dernières années et finalement nous aborderons aussi certaines problématiques. En terminant, nous tracerons rapidement les enjeux et perspectives d'avenir du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

Tout d'abord, la région sociosanitaire Nord-du-Québec. Il faut la distinguer de la région administrative qui porte le même nom — excusez-moi, je suis un peu nerveuse. Celle-ci compte elle-même trois régions sociosanitaires, qui sont les terres cries de la Baie-James, le Nunavik et le Nord-du-Québec. Les Cris et les Inuits ont leur propre organisation de soins de santé et de services sociaux. Dans les faits, même si notre offre de services s'adresse principalement aux Jamésiens, des clientèles des communautés cries établies à l'intérieur des terres reçoivent des services hospitaliers, d'hébergement, d'hémodialyse, d'obstétrique, de chirurgie générale au Centre de santé de Chibougamau et, de la même façon, les résidents de Radisson sont référés à l'Hôpital de Chisasibi pour des services de radiologie et d'observation, entre autres.

Les résidents de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec, les 15 000 Jamésiens qui la composent, habitent principalement dans cinq municipalités, soit celles du secteur ouest de la région, Lebel-sur-Quévillon, Matagami et Baie-James, qui elles-mêmes regroupent trois localités, Radisson, Valcanton et Villebois, et celles du secteur est, qui sont Chapais et Chibougamau. Chacune de ces communautés compte une installation, sauf Valcanton et Villebois, qui sont desservies par le CSSS

des Aurores-Boréales de La Sarre via une entente de service formelle.

En ce qui concerne le profil sociodémographique de notre population, je ne l'aborderai que très peu, puisque nous avons déjà déposé le document *Connaissez-vous les Jamésiens?*, qui présente le profil sociodémographique des résidents du Nord-du-Québec et dans lequel vous serez en mesure de retrouver une foule d'informations.

L'organisation en soi. Le CRSSS de la Baie-James est le seul établissement de la région sociosanitaire du Nord-du-Québec. Il est responsable envers sa population d'améliorer et maintenir sa santé et son bien-être et d'assurer son accès à des services continus et intégrés. Notre organisation assume à la fois les responsabilités d'agence de santé et de services sociaux dans ses fonctions de coordination et d'établissement dispensateur de services.

Nous assumons la plupart des missions du réseau, qui sont celles de centre hospitalier, CLSC, centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que de centre de réadaptation externe pour les personnes alcooliques, toxicomanes, en déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement, ce qu'on appelle des DI-TED. Et, bien que notre offre de services de base soit assez complète et diversifiée, certains éléments font l'objet d'ententes formelles ou non avec les régions voisines. Mentionnons notamment les centres jeunesse, la santé du travail et la réadaptation interne pour les personnes alcooliques et toxicomanes, ainsi que les services de deuxième ligne et plus spécialisés pour les enfants présentant une déficience intellectuelle ou un TED.

Chacune de nos installations offre des services généraux de base et de première ligne, et le Centre de santé de Chibougamau dispense une gamme de services spécialisés plus étendus, tel que décrit plus haut. Certains médecins spécialistes, orthopédistes, cardiologues, urologues, gynécologues, entre autres, viennent faire des consultations sur place pour les usagers du secteur est et des communautés cries avoisinantes.

Considérant les corridors naturels de services, notre région est dorénavant associée à deux RUIS, deux réseaux universitaires intégrés de services, soit celui de McGill, pour le secteur ouest et les usagers provenant des communautés cries, et le RUIS Laval pour le secteur est. Pour assurer notre offre de services, ce sont quelque 603 personnes — professionnels, personnel de soutien, gestionnaires — et 31 omnipraticiens qui chaque jour dispensent des soins et des services à la population jamésienne. Ils ne sont pas seuls, il y a nos administrateurs, nos bénévoles, les organismes communautaires et tous nos partenaires qui gravitent autour de notre réseau. Ces gens sont dévoués et font preuve de beaucoup d'humanisme à l'égard de notre clientèle et de nos usagers. Leur travail est rarement souligné et apprécié, et cette tribune en est une de choix pour les remercier publiquement.

Administrativement, nous avons adopté un mode de fonctionnement adapté à notre réalité particulière. D'ailleurs, notre plan d'organisation est présentement en révision pour correspondre encore plus à notre environnement, qui a changé au cours des dernières années. Le centre administratif est basé à Chibougamau. Étant donné toute l'importance que nous accordons à notre responsabilité populationnelle et pour encore mieux l'assurer, deux directions des services à la clientèle, l'une pour l'est et l'autre pour l'ouest, ont été créées en 2007. Les directeurs sont

très présents dans les communautés dont ils ont la responsabilité. Une direction de la qualité et des risques a été mise en place en 2007 également, et les équipes ont déjà entamé la démarche qui nous prépare à la visite d'agrément de notre établissement, qui est planifiée pour octobre 2008.

La composition de notre conseil d'administration est également unique, il compte cinq représentants élus par la population, et chacun représente un secteur ou une municipalité de notre population, six personnes désignées par des groupes, cinq personnes cooptées, deux personnes désignées par le ministre et la présente-directrice générale nommée par le ministre.

Nous devons composer avec des incontournables qui font partie de notre réalité; nous les appelons nos particularités nordiques. Vous n'avez qu'à penser à l'étendue du territoire sous notre responsabilité. Aller de Radisson à Chibougamau par une route non entièrement asphaltée de près de 800 km prend presque 10 heures. Il y a donc peu de partage possible de services entre les installations, mis à part Chapais et Chibougamau. Nous devons maintenir des équipes de base dans chacune d'elles pour répondre aux besoins de petites populations. Cela se traduit aussi par le fait que certains professionnels et médecins sont seuls à dispenser des services dans leur communauté. En cas de départ ou d'absence, il y a un fort potentiel de bris de services, en plus de la perte d'expertise.

Les organismes communautaires, qui sont très actifs et essentiels à la vie communautaire, vivent une réalité semblable et ont besoin de plus de financement que si toute la population résidait dans le même secteur. Par exemple, nous comptons six maisons de jeunes et six centres de femmes pour une population de 16 000 Jamésiens.

Nous avons pris des moyens pour aplanir certaines difficultés liées à ces particularités nordiques. Un système de vidéoconférence bien établi permet de tenir nombre de rencontres à distance et de rassembler des professionnels qui se côtoyaient peu auparavant. La télépharmacie donne accès à un pharmacien de Chibougamau pour les citoyens de Radisson. Et la liste pourrait être longue, je m'arrête ici, mais vous en aurez d'autres exemples lors de la présentation des résultats, à laquelle je passe à l'instant. Soulignons toutefois que le ministre a tenu compte de cette réalité bien particulière en reconnaissant au CRSSS de la Baie-James un financement par communauté, et ce, depuis 2005-2006.

● (14 h 20) ●

Alors, nous avons choisi de vous faire la présentation de nos résultats par programme-service. M. le Président, je débute cette partie de ma présentation avec les programmes-services destinés à la population. En regard des responsabilités légales et administratives liées à la Direction de santé publique, permettez-moi de préciser que nous sommes en entente de service depuis 1997 avec l'Agence des Laurentides, et la directrice de santé publique assume ces responsabilités pour notre région depuis. Ceci étant dit, en santé publique, nous avons préparé et mis en oeuvre notre Plan d'action en santé publique 2004-2007: vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé. Le bilan de fin de mandat est appréciable, avec une atteinte globale de 75 % des résultats, et nous sommes en préparation de la mise à jour de ce plan pour 2008-2012.

En matière de développement des communautés, toutes les écoles ont adhéré à l'approche École en santé,

et toutes les villes et localités à celle de Villes et villages en santé. Selon nous, il s'agit d'une belle réussite qui place enfants et citoyens au coeur des décisions.

Une entente spécifique multipartite a récemment été signée en matière de développement social. Avec cette entente, le comité de développement social, qui en est responsable, dispose d'une somme de 465 000 \$ pour 2006-2009, qui servira notamment à la subvention à l'initiative sociale de la Jamésie. Et d'ailleurs quelques projets sont déjà en cours de réalisation.

Un important forum régional s'est tenu en octobre dernier dans le but de présenter les conclusions d'une étude portant sur le potentiel de développement régional. *Bâtir ensemble notre région: diagnostic et stratégie gagnante pour le développement durable de la Jamésie*, tel était le thème de cette journée qui a permis de jeter les bases d'un partenariat plus serré entre les organismes impliqués dans le développement de la région.

En matière de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, nous avons déployé des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Ces services permettent de mieux accompagner les femmes sous scolarisées ou de moins de 20 ans et vivant de l'isolement dans leur grossesse et leur rôle de mère.

En prévention du suicide, nous avons renouvelé notre entente de service avec le CPS-02 du Saguenay—Lac-Saint-Jean. À Lebel-sur-Quévillon, le Comité de prévention suicide Lebel maintient sa grande implication dans le milieu. Et, outre la formation offerte dans les centres de santé, la région est à déployer un réseau de sentinelles dans les communautés, au cours des prochains mois.

Dans le but de créer une vision commune et d'orienter les actions de promotion de saines habitudes de vie dans la région, l'approche 0-5-30 combinaison prévention, au Nord-du-Québec, a été élaborée en lien avec le plan gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2010. L'enjeu, pour la prochaine année, est de créer un réseau régional et de former les intervenants à cette approche pour que des actions de promotion et de prévention émergent du milieu. Nous avons investi dans l'embauche de professionnels dans les centres de santé spécifiquement dédiés à ces programmes.

Je me permets de souligner qu'au Programme québécois de dépistage du cancer du sein notre taux de réussite est de 75 % depuis les deux dernières années. La cible québécoise est de 70 %, et nous sommes la seule région à l'avoir dépassée, atteinte et dépassée d'ailleurs.

Au niveau des services généraux, en vue d'augmenter l'accessibilité et la disponibilité des plateaux techniques pour les médecins et les spécialistes, nous avons consolidé et augmenté les plages horaires des services de laboratoire et d'imagerie médicale. L'acquisition de nouvelles technologies et le renouvellement de certains équipements ont permis d'améliorer considérablement notre offre de services et l'efficacité de ceux-ci.

Une belle réussite dans ce domaine est, sans contredit, l'acquisition et l'installation d'un tomomètre axial au Centre de santé de Chibougamau, avec la très grande implication des communautés par le biais de la Fondation de l'Hôpital de Chibougamau ltée, pour un montant de 400 000 \$ en termes de contribution. L'informatisation ainsi que la numérisation des services de radiologie permettent de pouvoir faire la lecture à distance

par une équipe de radiologistes. Nous poursuivons nos démarches en vue d'en arriver à des ententes formelles en ce sens.

Nous avons un service régional de pharmacie d'établissement basé à Chibougamau qui dessert l'ensemble de nos installations. Soulignons particulièrement que, depuis les dernières années, nous avons rendu accessible la chimiothérapie pour les usagers dans chacune de nos communautés, qui maintenant peuvent recevoir le service sur place et ne plus avoir à se déplacer, outre pour les traitements plus complexes ou plus spécialisés.

Le déploiement de la télésanté est essentiel dans une région comme la nôtre, compte tenu de son éloignement des grands centres et de ses distances. Plusieurs projets ont été déployés, tel que vous pouvez le constater dans le document d'appui qui vous a été déposé. Je ne ferai que vous citer la télédermatologie, la téléadaptation et la téléneurologie, qui relient notre unité satellite d'hémodialyse avec le Centre universitaire de santé McGill depuis 2003. La télépharmacie et la télépsychiatrie sont les prochains projets à développer.

La prévention des infections est un dossier très actuel, mais surtout une préoccupation constante pour la santé et la sécurité des usagers. Depuis avril 2004, nous avons une infirmière clinicienne à plein temps dédiée à ce programme. Depuis, plusieurs actions ont été entreprises et mesures appliquées, dont des visites d'appréciation, de la formation, des processus et des procédures révisées, ainsi que des investissements dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité. Ce sont des actions à la fois préventives et correctives. Un plan d'action régional et le programme de prévention des infections ont été adoptés par notre conseil d'administration, ainsi que la mise en place d'un comité régional et des comités locaux qui soutiennent, entre autres, le déploiement du programme et ses activités. Soulignons qu'aucun cas d'infection nosocomiale C. difficile n'a été relevé dans nos installations depuis la mise en place du système de surveillance.

En terminant dans ce premier volet, le service d'Info-Santé Info-Social est maintenant disponible sur l'ensemble de notre territoire depuis avril 2006, suite à une entente de service avec le CSSS Lac-Saint-Jean-Est, d'Alma, au coût de 125 000 \$ par année — 124 000 \$.

Je poursuis avec les programmes de services répondant à des problématiques particulières. Dans le cas du programme perte d'autonomie liée au vieillissement, ce sont des investissements d'un peu plus de 1.5 million de dollars qui ont été réalisés sur les cinq dernières années pour l'amélioration de notre offre de services à la clientèle de ce programme. Comme le prévoit — je vais prendre une gorgée, si vous permettez — comme le prévoit notre plan régional sur les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010, adopté par le conseil d'administration en décembre 2005 et soutenu par ces investissements, nous avons réalisé plusieurs actions prévues, et certaines autres sont en voie de développement et de réalisation, que ce soit le développement, l'intensification de notre programme de soutien à domicile, le développement de places en ressources intermédiaires ou l'hébergement substitut, l'implantation approche milieu de vie en CHSLD et les programmes de soutien aux proches aidants et de soutien au logement social, qui, ces deux derniers, sont maintenant en préparation, nous poursuivons nos actions en vue de réaliser le plan tel que prévu.

Au programme de déficience physique, le Centre régional de santé et services sociaux de la Baie-James a maintenu ses engagements auprès des personnes handicapées et leurs familles par le biais de diverses interventions, dont des allocations financières ponctuelles. Nous avons de plus appuyé financièrement un certain nombre d'organismes communautaires pour le soutien aux personnes handicapées dans les activités de loisir de leur municipalité et pour le soutien de la mise en oeuvre d'un centre de jour où l'on offre plusieurs activités d'intégration et de sensibilisation. En 2007-2008, un projet d'intégration socioprofessionnelle a été financé via un organisme communautaire afin d'appuyer la clientèle handicapée dans une démarche d'intégration à l'emploi. Nous sommes toutefois conscients que nous devons prioriser les investissements à venir afin d'augmenter l'offre de services à la clientèle de ce programme.

Dans le cadre du programme DI-TED, ce sont plus de 125 000 \$ investis pour des services aux enfants présentant un TED ou à leurs familles. Des activités d'évaluation et de diagnostic sont maintenant réalisées dans notre région par des professionnels et un pédo-psychiatre qui vient régulièrement assurer la consultation et le suivi des enfants et des jeunes, ce qui évite d'avoir à les référer à l'extérieur de la région. En 2006-2007, le développement d'un poste de psychoéducateur travaillant auprès de la clientèle DI-TED a permis d'augmenter l'offre des services de première ligne à Chibougamau, et, en 2007-2008, nous avons consolidé les postes d'éducateurs pour le secteur de Lebel-sur-Quévillon et Matagami travaillant auprès de cette même clientèle. Et notre région, je le souligne, n'a pas de service de deuxième ligne pour celle-ci.

Dans le programme de jeunes en difficulté, nous avons une équipe d'intervention jeunesse. Nous avons utilisé les budgets consentis par le MESS, soient 300 000 \$ sur trois ans, pour mettre en place ce service. La coordination des services à la jeunesse dans les cas complexes a aidé grandement les organisations, y compris les milieux scolaires et les milieux de garde à l'enfance et les familles dans la prise en charge des situations des jeunes. C'est la coordonnatrice de l'équipe d'intervention jeunesse qui pilote le programme national de formation, programme axé sur le développement des compétences centrées sur les besoins des familles, des enfants et des jeunes. Nous avons soutenu son financement et assuré la récurrence du poste de coordonnatrice.

Nous avons procédé, en 2007, à une analyse critique de l'offre de services actuelle du programme dépendances ainsi que la capacité des centres de santé à répondre adéquatement aux problématiques de la population pour Chapais, Chibougamau et Lebel-sur-Quévillon. Nous sommes actuellement à procéder à l'analyse et au suivi de ces recommandations.

● (14 h 30) ●

En ce qui concerne le jeu pathologique, nous savons qu'il y a beaucoup d'appareils à loterie vidéo sur notre territoire. Il semble se dessiner une augmentation de la problématique dans ce domaine. Nous suivons son évolution afin d'éventuellement réajuster l'offre de services, si nécessaire, et plus particulièrement dans le secteur ouest de notre région. Nous sommes à actualiser un projet d'aide accrue auprès des joueurs d'appareil à loterie vidéo en zones fragilisées. Les ressources psychosociales sont

déployées dans les centres de santé, et nous soutenons les organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes aux prises avec un problème de jeu pathologique.

Au cours des quatre dernières années, dans le cadre du programme santé mentale et en lien avec les orientations et les priorités nationales, en réponse aux besoins de notre clientèle et de nos usagers et leurs familles, nous avons mis de l'avant plusieurs mesures ayant pour objectif de renforcer les services de première ligne par des investissements en développement et en consolidation de services et en soutenant les actions des professionnels et des organismes communautaires.

Ainsi, en 2003-2004, des investissements de 165 000 \$ ont servi au soutien à la stratégie d'action face au suicide, la mise en place de mesures de soutien intensif dans la communauté et pour la santé des enfants, des jeunes et de leurs familles. En 2004-2005, un investissement récurrent de plus de 89 000 \$ a été consenti pour assurer la consolidation d'un poste d'agent de planification de la programmation pour assumer la gestion de ce programme.

En 2005-2006, un montant récurrent de 68 000 \$ a été investi pour le développement de ressources intermédiaires spécialisées en santé mentale par entente de service avec un organisme communautaire voué spécifiquement à cette clientèle.

Enfin, en 2006-2007, un dernier investissement de 105 000 \$, annualisé à 210 000 \$, a permis le renforcement de la première ligne, qui a été priorisée: service de soutien aux jeunes présentant des troubles mentaux et à leurs familles, guichet d'accès unique aux services pour les enfants et les jeunes, implantation de services et de suivis dans la communauté pour les adultes présentant des troubles mentaux graves, mise en place de services pour les personnes qui vivent des crises suicidaires, et particulièrement pour les jeunes hommes.

La partie qui suit maintenant concerne le programme Soutien. Je commence en vous parlant de nos ressources humaines. Notre organisation se doit d'être active et proactive sur le plan du recrutement et de la rétention de nos ressources humaines pour toutes les raisons dont il a été question dans l'introduction mais aussi pour celles qui viendront dans ma conclusion. Je tiens à souligner que le document d'appui illustre bien les propos qui suivent. Ainsi, annuellement, un montant de près de 340 000 \$ est investi pour des activités de recrutement de personnel et de médecins, ce qui représente environ 1 % des charges réelles de l'organisation.

Nous ouvrons notre organisation aux institutions d'enseignement comme milieu de stage aux étudiants ainsi qu'à des résidents en médecine familiale. Nous offrons des bourses d'études à des étudiants dans des secteurs en pénurie réelle ou appréhendée. Nous sommes très présents dans les salons de recrutement, et nos outils de promotion sont renouvelés régulièrement.

Sur le plan de la rétention, le développement des ressources humaines s'avère un outil d'attraction inestimable. En 2006-2007, une somme totale de 984 000 \$ a été investie en formation. Toutefois, il faut mentionner que plus de 40 % de cette somme va aux frais de déplacement et de séjour, une réalité difficilement contournable étant donné notre situation géographique et même si nous favorisons prioritairement le développement d'expertise de formateurs dans notre région.

Nos effectifs médicaux sont presque complets, avec 31 omnipraticiens sur une possibilité de 37 selon le plan régional d'effectifs médicaux. Nos actions aux plans de l'attraction, du recrutement et de la rétention portent leurs fruits au fil des années. Quant au plan d'effectifs pharmaciens, nous avons un poste à combler, et les efforts se poursuivent toujours.

En raison de l'éloignement relatif de nos installations et de l'isolement des grands centres, les ressources informationnelles prennent toute leur importance. Les technologies de l'information, la disponibilité des outils informatiques et l'informatisation de notre réseau sont essentielles pour notre région. L'accès au Réseau de télécommunications sociosanitaire, le RTSS, nous permet de maintenir ce lien dans sa globalité. Ce réseau a été rehaussé, mais nous savons qu'il est encore insuffisant pour répondre aux besoins déjà existants et en croissance tels que la poursuite du développement de la télésanté sur l'ensemble de notre territoire.

En matière d'immobilisations, au cours des dernières années, le ministère a augmenté de façon substantielle les allocations pour le maintien des actifs immobiliers et les projets de rénovations fonctionnelles mineures et majeures, dont en CHSLD, et ce, pour l'ensemble de notre réseau. Le CRSSS de la Baie-James a bénéficié de subventions dans le cadre de ces programmes, mais aussi pour des projets de rénovation particuliers, dont vous trouverez plus de détails au document d'appui. Je soulignerai que chacune de nos installations a connu des réaménagements majeurs, et présentement il y a un projet de grande envergure qui touche le Centre de santé Isle-Dieu de Matagami.

Nous avons déposé un projet de rénovations fonctionnelles majeures en réponse à l'invitation du ministre concernant la relocalisation des lits de CHSLD du Centre de santé de Chibougamau. En mai 2007, le ministre a autorisé le CRSSS à aller de l'avant pour la réalisation de ce projet de 16 places en CHSLD avec une perspective de huit places additionnelles et de centre de jour, représentant 4,3 millions en argent de décembre 2006. Ce projet répondra aux exigences d'un réel milieu de vie pour les résidents, un environnement de travail mieux adapté pour les médecins, les cliniciens et le personnel de soutien. Nous sommes à élaborer le programme fonctionnel et technique, le PFT, en vue de soumettre incesamment au ministère le projet pour analyse et approbation et en même temps nous travaillons le projet en vue des 24 places immédiatement.

Nous avons reçu des subventions substantielles aussi pour l'acquisition, le renouvellement et le rehaussement des équipements généraux et médicaux spécialisés, et, là encore, ces détails sont inscrits dans les rapports de gestion et dans le document d'appui. Je tiens à souligner que l'établissement respecte l'équilibre budgétaire et demeure à l'intérieur de la cible déficitaire autorisée.

Avant de conclure, M. le Président, il nous importe de vous présenter les enjeux et les défis auxquels notre établissement fait face et qu'il considère dans ses décisions et ses actions. Même si les indicateurs et les résultats atteints témoignent de l'amélioration continue de l'offre de services dans notre région, nous constatons que plusieurs enjeux demeurent. Soulignons l'importance de poursuivre l'intégration des services, de développer et de consolider des services de proximité constituant le

levier important pour favoriser l'accessibilité et la continuité des services et de certains services spécialisés de base dans nos différentes communautés à proximité et de développer et soutenir les mécanismes de coordination et de continuité qui s'ajoutent aux diverses ententes intervenues au fil des ans entre nos partenaires internes et nos partenaires externes.

Quant à notre responsabilité populationnelle à assumer, l'intensification des activités de promotion et de prévention de la santé constituera un levier majeur en s'appuyant sur des objectifs d'amélioration continue de la santé et du bien-être, et ce, sur l'ensemble de notre territoire. La poursuite et les travaux d'élaboration et la mise en oeuvre de notre projet clinique devraient nous permettre de développer et de maintenir une offre de services répondant aux besoins de la population desservie ou de l'accompagner lorsqu'elle doit recevoir ces services à l'extérieur de la région et favoriser également leur retour dans la communauté.

La situation économique prévalant actuellement dans la région est très préoccupante. Les pertes massives d'emploi ont un impact majeur sur le niveau et la qualité de vie de notre population, une incidence sur le taux d'occupation des personnes et le niveau social et économique des individus et des familles. Cette situation rend vulnérable notre population. En même temps, le potentiel de relance économique, puisqu'il y a des annonces de développement dans le secteur minier à Matagami, de l'exploration minière en cours dans la région et la recherche de diversification de l'économie, peut avoir une incidence positive sur l'attraction et la rétention des travailleurs et des familles dans la région. Il nous faut demeurer vigilants quant aux perspectives démographiques et souhaiter que cette relance économique se réalise rapidement.

Les principaux défis qui nous attendent sont: de maintenir et de consolider les services de santé et les services sociaux à proximité de nos communautés, leur assurer à la fois l'accessibilité, la continuité et un haut niveau de qualité par une première ligne incontournable tout en tenant compte des différences territoriales et des ressources disponibles; de soutenir par une offre de services constante les clientèles plus vulnérables, particulièrement les personnes âgées, les jeunes et les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale; de développer et mettre en place avec nos partenaires de la région et des communautés le programme de saines habitudes de vie; de repérer les clientèles potentiellement et effectivement à risque au niveau économique et social; de poursuivre tous nos efforts de développement de réseaux intégrés de services ainsi que la télésanté et des systèmes d'information nécessaires au soutien d'un tel réseau; d'associer et de soutenir les organismes communautaires en respect de leur mission et de leurs approches; de recruter, retenir et stabiliser nos équipes de gestion, nos professionnels et nos médecins dans la région, de les soutenir dans leur développement professionnel et de maintenir un climat de travail sain et valorisant; d'identifier, de concert avec le ministère, des moyens pour tenir compte de l'éloignement de la région et des communautés et de son impact sur les budgets octroyés aux fins de développement des ressources humaines et du transport des usagers; de poursuivre le développement d'ententes de services spécialisés et surspécialisés avec nos régions limitrophes, et ce, dans le contexte du RUIS; et de maintenir l'équilibre budgétaire malgré les contraintes de ressources.

Pour conclure, M. le Président, lorsque nous regardons dans le rétroviseur de notre organisation, nous sommes à même de constater qu'au fil des ans, dans notre réseau de santé et de services sociaux, notre réseau a réalisé plusieurs projets majeurs en matière d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins et des services, et ce, régionalement et pour chacune de nos communautés. Les investissements financiers et technologiques importants au cours des dernières années, la reconnaissance de notre financement par communauté, les efforts soutenus de nos professionnels, nos médecins, notre personnel de soutien et nos gestionnaires, combinés à la confiance en notre capacité de développement et nos compétences en la matière et au respect envers notre population et notre clientèle font en sorte que notre organisation demeure présente et active sur l'ensemble de notre territoire. Et nous sommes très fiers de faire partie de cette belle région qu'est le Nord-du-Québec.

Depuis 1991, notre réseau régional a intégré de nombreux changements et a su s'adapter à son environnement. Comme organisation, le CRSSS de la Baie-James poursuit son développement et maintient ce dynamisme essentiel dans une jeune région où beaucoup reste à réaliser et qui de plus en plus a en main les outils et les leviers pour le faire.

Nous profitons de cette occasion pour remercier nos employés, nos gestionnaires, nos médecins, nos administrateurs, les personnes oeuvrant au sein des organismes communautaires, nos bénévoles et tous nos partenaires externes. Nous voulons leur témoigner notre respect et notre reconnaissance pour la qualité et la disponibilité de leurs services, pour leur dynamisme et leur dévouement à l'égard de notre population nord-québécoise, les Jamésiens. M. le Président et membres de la commission, merci de votre écoute.

● (14 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup pour ce survol. Je sais, dans 30 minutes, vous avez très bien résumé les activités sur un immense territoire du Nord-du-Québec. Alors, merci beaucoup pour cette présentation. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Notre-Dame-de-Grâce et l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député, la parole est à vous.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Mme Laboissonnière, bonjour à vous et votre équipe, M. Savary, Dre Piquet-Gauthier, M. Lemieux, au nom de la députation ministérielle, je vous souhaite la bienvenue à cette commission parlementaire, un exercice de reddition de comptes et de contrôle parlementaire très important, important pour nous, les parlementaires, mais également, je l'espère bien, important et intéressant pour vous.

Je me suis rendu compte — et là je sombre un peu dans l'autocritique — que nous sommes devant une période assez longue: huit ans, à peu près, qu'on ne s'est pas vus — je dis «on», la commission parlementaire et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. J'aurais tendance à dire que, si la commission aurait été présidée par un président efficace depuis quelques années, on aurait peut-être pu le faire. Mais bref...

Une voix: On n'oserait pas dire ça...

M. Copeman: Non, non.

Le Président (M. Kelley): On a pensé à ça, mais on n'a pas mentionné ça de vive voix.

M. Copeman: Le président actuel l'a pensé, il ne l'a pas dit, mais, moi, je le pense et je le dis. D'ailleurs, honnêtement et tout franchement, je pense que c'est une erreur de ne pas être capables de faire cet exercice sur une période un peu plus rapprochée. Quand on couvre une période aussi longue de temps, il est difficile de vraiment faire notre travail de parlementaires en ce qui concerne le contrôle parlementaire et la reddition de comptes. Ça n'a rien à voir avec vous, ce n'est pas votre responsabilité. Vous, vous venez quand vous êtes convoqués. Ça relève de l'organisation des travaux de la commission. Mais bref on est contents que vous soyez ici, avec nous, aujourd'hui.

Je vais avouer assez candideusement que ce n'est pas une région que je connais bien. Je pense que c'est probablement le cas pour plusieurs d'entre nous. J'ai eu le privilège, il y a deux semaines maintenant, de coprésider le premier sommet pancanadien sur la santé des Inuits, à Kuujuaq. C'était la première expérience que j'ai eue dans le Nord-du-Québec. Je comprends, la situation pour les Jamésiens n'est pas exactement pareille, mais il y a certains défis qui sont similaires, j'imagine, en termes de démographie, en termes d'isolement, en termes de nombre de communautés à desservir. Alors, ce sera pour moi une occasion, aujourd'hui, d'apprendre beaucoup sur comment vous réussissez à organiser les services adéquats pour la population d'à peu près 15 000 personnes.

Peut-être, si on pouvait commencer comme je le fais avec presque toutes les agences à date, faire un survol sur votre budget depuis la période de temps qui nous préoccupe. Je comprends, dans les divers documents, que vous avez eus des budgets de développement assez importants depuis quelques années. Peut-être, vous pouvez nous décrire l'ordre de ces budgets de développement d'année en année, qu'est-ce que ça représente sur la période de temps qui nous préoccupe, quel est le pourcentage face à votre budget, pour nous donner un peu la tendance sur le développement budgétaire de la région. Ça peut avoir l'air un peu froid de parler de chiffres et d'argent, mais c'est un élément important évidemment dans l'organisation des services de santé et des services sociaux pour n'importe quelle région québécoise.

Le Président (M. Kelley): Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): D'accord. Alors, au fil des années, outre le fait qu'il y a toujours les ajustements budgétaires qui sont liés aux coûts de système, également à la progression des échelles salariales, il y a eu aussi les coûts reliés à l'équité salariale et tous ces volets-là, je vous dirais qu'en termes de budgets de développement, plus particulièrement depuis 2005-2006, ce sont les informations que j'ai présentement en main, en 2005-2006, ils étaient de l'ordre de 1 450 820 \$ qui ont été investis dans l'offre de services spécifiquement soit pour du rehaussement soit pour du développement de nouveaux services.

Peut-être, je peux dire au préalable, il y avait eu quand même aussi des nouveaux services développés, entre autres l'hémodialyse au Centre de santé de

Chibougamau et également au niveau des services de radiologie et de laboratoire aussi, plus spécifiquement, mais je n'ai pas les chiffres particulièrement dans ce volet-là.

Alors, en 2005-2006, c'est 1 450 000 \$; en 2006-2007, c'est 1,8 million. Là, je vous dirais que ce sont des budgets annualisés que je vous donne parce que la plupart du temps nos budgets de développement nous arrivent pour 6/12 dans l'année, pour notre région. Et, cette année, c'est un budget de 1 million annualisé à 2 millions, pour 2007-2008, et qui va également dans l'offre de services, la consolidation, le développement de l'offre de services en soi.

Plus particulièrement, comme je l'ai dit tout à l'heure dans la présentation, il y avait des incontournables pour nous. Il y avait des volets qu'il était nécessaire de développer ou d'investir, entre autres auprès de la clientèle perte d'autonomie liée au vieillissement. C'est un phénomène nouveau pour notre région, le vieillissement de la population. C'est une région qui est quand même assez jeune, à peine 50 ans d'âge dans ses constitutions municipales, ou à peu près. Alors, c'est une population qui est jeune et c'est une population qui... la composition du Nord était liée beaucoup au travail à l'exploration et l'exploitation des ressources naturelles, les mines, la foresterie et le développement de services. Et, de plus en plus, bien, les gens se sont établis dans la région et demeurent dans la région. Je vous dirais qu'on commence déjà à voir poindre la quatrième génération, ce qui n'est quand même pas beaucoup dans une région comme la nôtre, mais la quatrième génération a quelques mois ou quelques petites années d'âge aussi.

Alors, le phénomène et l'ajustement de l'offre de services du vieillissement de la population, pour nous, c'est excessivement important, c'est une des priorités sur lesquelles on a beaucoup travaillé depuis les dernières années, en commençant d'abord par l'intensification du soutien à domicile. Ce qu'on veut, c'est que les gens demeurent le plus longtemps possible chez eux, mais bien soutenus, bien accompagnés également. Je vous dirais que, dans la région, jusqu'à il y a quelques années, il y avait et le domicile ensuite le CHSLD, les lits de soins de longue durée, il n'y avait pas de ressources entre les deux, le volume n'étant pas là, la possibilité de toutes les développer n'étant pas là, ce à quoi on a travaillé beaucoup depuis les six, sept dernières années, donc à développer des ressources intermédiaires, des ressources de type familial, du répit-dépannage, de l'hébergement temporaire. Et tout ça, ça s'est fait depuis les 10 dernières années mais particulièrement depuis les cinq dernières années, où il y a eu un investissement majeur. Alors, les budgets développement ont servi beaucoup dans ce secteur-là.

Ils ont servi énormément aussi à définir et développer, consolider la première ligne en santé mentale. Si vous voulez avoir plus d'informations sur ce volet-là, bien je vais demander au Dr Lemoyne de vous en parler un petit peu plus dans ce secteur-là. Mais, pour nous, c'est une clientèle qui était plus vulnérable et plus à risque, compte tenu de l'éloignement, compte tenu de l'isolement. Alors, pour nous, c'était important, ces volets-là.

Il a fallu travailler aussi beaucoup sur l'accessibilité de tous les plateaux techniques, les laboratoires, radiologie. Ce que je dois vous dire, c'est que la clientèle du

Nord-du-Québec, lorsqu'elle se déplace pour recevoir des services, du côté du secteur ouest, à partir de Lebel et Matagami vers Val-d'Or et Amos, c'est minimalement 170 à 200 km à peu près, à vue de nez, là — vous l'avez dans ça — et, pour la clientèle de Chapais-Chibougamau, on parle de 250 km, d'où l'importance pour nous de développer le maximum de services dans notre région, tous les services de base qu'on est en mesure de pouvoir développer, puis avoir les professionnels qui donnent ces services-là.

Alors, c'était l'ensemble. Et les jeunes effectivement, toujours pour les mêmes raisons, on a travaillé beaucoup à développer les services pour jeunes en difficulté, les services à la jeunesse, l'intervention jeunesse aussi. Je dois préciser que tout ce qui concerne le volet centres jeunesse est assumé par les centres jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-Jean pour la population de Chapais-Chibougamau et pour l'Abitibi-Témiscamingue, pour la population de Lebel, Matagami et de Radisson, par ententes de service. On a fait le choix de ne pas développer ce volet-là parce que nous avions d'excellents services avec nos deux régions limitrophes et avec des gens qui travaillent toutefois dans les communautés. Ils sont chez nous, ils ne sont pas à distance non plus, alors ils sont chez nous. Comme on a fait notre entente avec la Direction de santé publique, plutôt que de la développer, on utilise l'expertise d'une autre agence qu'on importe chez nous. De temps en temps, on en exporte un peu, mais on fait des échanges à ce niveau-là.

● (14 h 50) ●

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

M. Copeman: Peut-être, vous pouvez élaborer un peu plus, Mme Laboissonnière, sur l'approche de financement par communauté. Vous y avez fait référence dans votre présentation, en indiquant... Vous avez dit: Soulignons aussi que le ministère a tenu compte de cette réalité bien particulière en reconnaissant au CRSSS de la Baie-James un financement par communauté en 2005-2006. Quelles sont les particularités de ce financement, de ce type de financement? Peut-être, vous pouvez nous éclaircir un peu là-dessus.

Mme Laboissonnière (Diane): Nous sommes trois régions sociosanitaires au Québec avec cette particularité-là quant au mode de financement, c'est-à-dire la région 17, 18 et la nôtre, chez les Cris, les Inuits et nous-mêmes. Ce que ça nous permet, c'est, dans une région où on a à peu près 350 000 km² à couvrir dans notre région mais également avec des masses critiques qui sont assez faibles aussi pour pouvoir donner les services, ce que ça nous a permis, c'est que, plutôt que d'avoir un financement qui est basé sur le nombre de personnes, pour dire: Bon, ça coûte tant ou à peu près, c'est que ça vient nous permettre d'avoir des services de base, tout en sachant qu'ils ne sont pas performants en termes de coûts là-dedans, mais c'est que ça nous permet d'assurer des services de base.

Présentement, parce que les centres de santé sont très éloignés les uns des autres, je vous dirais qu'on a quatre urgences dans nos installations, dans nos communautés, où il faut que ça fonctionne 24 heures sur 24, il faut avoir une réponse 24 heures sur 24. Alors, c'est sûr que ce ne sont pas des urgences où on reçoit de nuit 25, 30, 50 patients, ce sont des urgences où parfois peut-être

une ou deux personnes se présentent ou encore qui sont gardées en observation. Il faut le maintenir. C'est la même chose au Centre de santé de Chibougamau.

Bien, ça nous permet de maintenir un service d'obstétrique également pour les femmes des communautés de Chapais-Chibougamau, également les femmes des communautés criées avoisinantes qui viennent accoucher à Chibougamau. Alors, c'est peut-être 200 quelques accouchements par année. Mais par contre on a un service qui est disponible. Sinon, c'est 250 kilomètres et plus qu'il faut faire pour aller accoucher, ce qui n'est pas toujours évident, surtout quand le travail est un peu prématuré ou encore lorsque le travail se fait très rapidement aussi.

Ça nous permet de maintenir également des services de soins optima. En fait, ce sont des services de soins intensifs mais de niveau intermédiaire pour la population. C'est tous ces éléments-là qui nous permettent de garder dans notre région des services de première ligne tout en sachant qu'on n'a peut-être pas le volume pour dire qu'ils sont excessivement performants, mais au moins ils sont disponibles pour la population de la région qui est en droit... et c'est ce que nous reconnaissons, c'est qu'ils sont en droit de recevoir des services, et des services de qualité. Sinon, c'est une population qui se promènerait à outrance, traverser des parcs sur des distances et dans des conditions assez faramineuses, ou encore nous aurions à transférer énormément de gens. On transfère déjà beaucoup de personnes pour des services spécialisés et surspécialisés, mais ça voudrait dire qu'il faudrait transférer beaucoup plus de gens. Donc, ça nous permet d'avoir une première ligne incontournable, d'avoir des services de base dans l'ensemble de nos communautés également.

M. Copeman: Sur votre territoire, vous êtes capables d'offrir certains services spécialisés en santé physique, j'imagine. Vous faites de la chirurgie dans la région. Mais j'ai noté que vous avez, et ce n'est pas difficile à comprendre, un budget de transport de bénéficiaires assez élevé. Et, à la page 109, du rapport annuel, on indique que... en tout cas, entre 2005-2006 et 2006-2007, le transport des bénéficiaires a diminué. Peut-être, vous pouvez nous parler un tout petit peu de cette variation. A quoi est-ce qu'elle est attribuable? Est-ce qu'il y a une augmentation dans l'efficacité des services qui sont offerts dans la région? Est-ce que c'est la télésanté? Quelles sont les raisons derrière cette baisse de transport des bénéficiaires?

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous le permettez, je vais demander au Dr Jean Lemoyne de répondre à la question?

Le Président (M. Kelley): Parfait.

Mme Laboissonnière (Diane): C'était d'ailleurs ses dossiers jusqu'à la semaine dernière. Il est parti pour une autre région et nous revient comme médecin-conseil dans certains dossiers.

Le Président (M. Kelley): Bienvenue, Dr Jean Lemoyne.

M. Lemoyne (Jean): Merci, M. le Président. Pour faire une réponse rapide: le scan, qui est un équipement

de haute technologie qui nous a permis de desservir énormément de personnes qui devaient voyager à Roberval entre autres, à partir de Chibougamau-Chapais, un développement qu'on a réussi à faire, malgré que nous n'ayons pas de radiologiste installé sur place, avec les services de télé-santé. C'est à peu près la différence la plus notable qu'on peut voir.

Il s'est fait quand même, dans la première année, où est-ce qu'on était en rodage, près de 1 200 examens. Même si on peut tenir compte que l'accessibilité peut faire qu'il y a eu un petit peu plus d'utilisation, ça a quand même été une différence dans le transport électif mais dans le transport en urgence aussi. Quand on avait besoin d'un examen radiologique urgent, qu'il fallait transférer, avec un service d'hélicoptère qui pouvait coûter entre 5 000 \$ et 10 000 \$ la fois, il est certain que, quand on peut le donner sur place puis avoir une réponse immédiate, il y a eu une différence importante à ce niveau-là.

Pour ce qui est du reste, le service de chirurgie puis d'anesthésie est très stable, on n'a pas de rupture depuis des années. Moi, je pratiquais à Chibougamau depuis 14 ans, j'étais en poste dans mon poste de directeur au niveau... depuis six ans, ça fait que j'ai une historique quand même assez bien, là.

On a un peu de spécialités aussi qui viennent faire de la chirurgie en gynéco, en urologie. L'urologie, ça s'est développé dans les dernières années et ça a pu diminuer aussi un peu. Mais c'est surtout ça. Et l'obstétrique aussi, on a une rétention importante. En obstétrique, on dessert aussi énormément les trois communautés crie qui sont près de nous, qui ont pourtant des caractéristiques de santé qui pourraient faire qu'elles pourraient avoir besoin normalement de services spécialisés, mais nos médecins sont formés et répondent à des critères plus inhabituels, disons, pour les grands centres. Voilà.

M. Copeman: Et évidemment, malgré cette expérience ou que peut-être vos médecins sont capables de répondre un peu plus — certaines spécialités — j'imagine, le phénomène de faire monter des équipes spécialisées pour traiter des gens sur place demeure un phénomène important chez vous?

M. Lemoyne (Jean): Oui, oui, oui, sauf pour la... Même la chirurgie de base, c'est des équipes, des groupes... on appelle ça un groupe concerté. Ce sont des chirurgiens qui viennent d'autres milieux. Il n'y a pas de chirurgien résident chez nous ou d'anesthésiste résident. Remarquez que l'exposition est quand même faible, dans un milieu comme le nôtre. Ça assure d'avoir une qualité de l'acte qui est encore meilleure, puisque ces chirurgiens-là pratiquent aussi dans des centres plus grands.

Ça amène aussi une complexité cependant parce que les chirurgiens généraux qui font de l'obstétrique, des césariennes et puis un peu d'orthopédie sont de plus en plus rares; ça va être un défi pour le futur. Mais, comme je vous dis, par ailleurs, là, ça nous donne une assez bonne desserte secteur est, par exemple. Dans le secteur ouest, les gens doivent toujours voyager au niveau d'Amos et Val-d'Or, avec un peu à Montréal. Dans le secteur est, les gens ont un corridor vers le Saguenay—Lac-Saint-Jean et Québec.

Mais, la télé-santé, on a quand même aussi, dans les textes, parlé de télédermatologie, ça, ce n'est pas nécessairement pour des urgences, mais on avait un

projet pilote, là, qui dure depuis maintenant quelques années, où, par photonumérique, il y a des dossiers transmis comme ça. On a des réponses pour des cas de dermatologie, où les gens devaient voyager seulement pour voir un dermatologue parfois cinq minutes. Maintenant, on peut avoir une réponse en dedans de quelques jours. Si on tient compte que les délais d'attente peuvent aller jusqu'à six mois quand c'est en présence personne à personne, c'est quand même un très grand avantage aussi au niveau de la rapidité du service.

M. Copeman: Peut-être, une dernière question sur un autre volet. Vous avez parlé un peu, Mme Laboissonnière, de développement des lits de longue durée. Vous êtes un peu à contre-courant de la tendance à travers le Québec, c'est-à-dire des cibles établies pour le Québec d'à peu près 3,1 lits par 100 personnes âgées. Alors, ailleurs, on l'a vu aujourd'hui et la semaine passée: une réduction du nombre de lits d'hébergement et le développement de ressources alternatives. Là vous êtes en développement de lits et en développement de ressources alternatives, n'est-ce pas? Alors, ça doit être une des rares régions au Québec où vous êtes en développement de ces types de ressources.

● (15 heures) ●

Mme Laboissonnière (Diane): C'est qu'initialement le nombre de lits correspondait à la population de personnes âgées, qui était moins élevée que celle qu'on voit et celle qu'on voit en émergence également dans l'actuel. Et, celle qui est en émergence, je vous dirais que de mémoire on est encore dans la norme de nombre de lits pour personnes... en fonction du nombre de clients âgés.

Quand je disais tout à l'heure, c'est que les 16... Présentement, il y a 18 lits de soins de longue durée au Centre de santé de Chibougamau, avec deux lits d'hébergement temporaire, et on a quatre lits de soins de courte durée spécifiquement dédiés pour les gens qui sont en attente ou en post-hospitalisation, alors il servent majoritairement pour la clientèle de personnes âgées. Et on sait que, depuis les dernières années, ces lits-là sont occupés majoritairement à 100 % du temps aussi. Alors, si on regarde au niveau du besoin de développement, on est toujours dans cette norme-là.

Ce qu'il faut dire aussi, c'est que nous hébergeons aussi les clients qui nous proviennent des communautés crie avoisinantes aussi. Alors, c'est pour ça que l'offre de services qu'on a doit tenir compte de la population jamésienne, doit tenir compte également de la population crie des communautés avoisinantes. Je vous dirais que présentement on a cinq patients qui sont en attente d'hébergement de soins de longue durée, déjà évalués, donc trois Jamésiens, et deux qui nous proviennent des communautés crie.

Alors, l'offre de services qu'on est en train de faire, si on regarde les 16 lits pour la communauté de Chapais-Chibougamau, on devrait être bons pour les cinq prochaines années. Mais, puisqu'on héberge aussi la population crie, bien il faut les garder également. Alors, c'est pour ça qu'on s'en va vers un développement, mais c'est de deux lits supplémentaires parce que, quand je disais tout à l'heure 24 places, on parle de 20 places de soins de longue durée, donc deux lits de plus, et quatre places pour plutôt les soins post-hospitaliers ou encore si on a des gens qui sont en attente d'hébergement.

M. Copeman: Votre planification pour ces lits de soins de longue durée tient compte de l'occupation d'un certain nombre de lits, un certain pourcentage par les communautés crie et avoisinantes. C'est bien ça?

Mme Laboissonnière (Diane): C'est ça. C'est à peu près, je vous dirais, peut-être le tiers, mais c'est variable parce que ce n'est jamais pareil. Des fois, on en a quatre sur 18, des fois on en a six, alors c'est toujours variable. Et, quand on a des gens inscrits pour l'attente, il n'y a jamais de distinction entre le lieu d'origine, alors c'est en fonction du niveau d'urgence, en fonction du temps d'attente, etc., où ils sont admis. Alors, on ne fait jamais de distinction si c'est des Jamésiens ou des gens cris. Pour nous, c'est important parce que c'est nous qui est le centre actuellement, là, tant qu'ils n'ont pas leurs propres ressources.

M. Copeman: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le député. Avant de céder la parole à ma gauche, la dernière audience avec le Centre régional de la Baie-James est le 13 février 2001, alors ça fait presque sept ans. Alors, vous êtes les bienvenus. Je suis maintenant prêt à céder la parole à M. le député de Montmagny-L'Islet. Pour votre formation politique, il y a une enveloppe de 45 minutes, alors je vais vous aviser vers la mi-temps.

M. Roy: Merci beaucoup. Merci beaucoup à toute l'équipe d'avoir fait — je vais vous le dire en souriant, vous comprendrez par la suite — ce périlleux voyage. Parce que, pour les gens des grands centres qui ne connaissent pas votre belle région, on regarde sur la carte d'une façon un peu nonchalante en regardant Chibougamau, Chapais, le Nord-du-Québec et on ne réalise pas la vie communautaire qu'il y a là-bas. Et c'est très facile de juger, encore une fois, comme vous le disiez tantôt, sur des chiffres qui en réalité ne sont pas valables si on tient compte de la population qui est là-bas. Et certaines personnes bien pensantes pourraient dire: Bien, à ce moment-là, fermons tout ça, ramenons ça en ville, ça va coûter moins cher, tant qu'à faire.

Moi, j'ai perdu toute possibilité d'assurance automobile en voyageant dans votre région. Quand j'ai commencé, la route était encore sur le gravier donc, entre Roberval et Chibougamau. Je l'ai fait pendant des années pour visiter le centre hospitalier. Donc, j'ai été en mesure de voir, à travers toutes ces années-là, l'évolution de votre centre hospitalier, l'évolution de la population de Chibougamau-Chapais. Et même chose pour Lebel-sur-Quévillon et jusqu'à Radisson, où je faisais quatre voyages par année à Radisson. Donc, quand les gens vont faire cette route-là une fois... Et c'est ce que je conseille à tout le monde, au moins de sortir un peu de Montréal et Québec et dire: Tiens, aujourd'hui, je vais aller voir les marches à Radisson puis je vais aller voir où Bécoud a mis son piano puis a fait une chanson en plein milieu du barrage, donc ça va ouvrir un peu mon esprit, découvrir un peu le Québec et peut-être comprendre un peu plus qu'on a besoin de vous donner les ressources financières pour que cette population-là puisse continuer de bien vivre, comme elle vit très, très bien présentement.

Vous avez été une communauté où il y a eu énormément de développement minier, on espère en avoir

encore. La population s'est accrochée à ça pendant des années. On a eu bien sûr le bois, qui aujourd'hui est un problème et qui va rester un problème pour quelque temps, malheureusement. Et j'ai vu la ville de Chibougamau se transformer, à travers les années, en accueillant des activités plus ou moins grandes les unes que les autres, des grandes randonnées de motoneige, chiens de traîneau, etc. Tous les grands rendez-vous hivernaux auxquels j'ai participé ont grandement aidé ma compréhension du Nord-du-Québec.

Et finalement c'est avec une peine que j'ai vu plusieurs de mes amis partir de Chibougamau, pour finalement dire: Bien, je descends en ville, il n'y a plus rien, ou il y a moins de choses. Puis ce qui n'est pas vrai, hein? Ils avaient simplement perdu leur emploi puis ils trouvaient qu'il fallait qu'on change.

Moi, la question que j'ai posée ce matin... Puis, quand je regarde l'ensemble, vous n'avez pas de psychiatre chez vous. D'après ce que je peux voir, d'après ce qu'on peut lire, il n'y a pas de psychiatre chez vous. Est-ce que c'est ça? Selon ce qu'on voit à l'intérieur, vous n'avez pas de département de psychiatrie, il n'y a pas de psychiatre.

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous permettez, le Dr Lemoyne va vous donner des précisions.

Le Président (M. Kelley): Dr Lemoyne.

M. Lemoyne (Jean): Oui, M. le député. En fait, on a deux psychiatres itinérants réguliers, un psychiatre qui pratique, entre autres, à Alma, qui n'est pas très loin, qui coordonne beaucoup les équipes, puis on a un pédo-psychiatre aussi qui vient de façon régulière, ce qui fait que la réponse est quand même très bien. Oui, on aimerait tout de même avoir de la psychiatrie sur place, mais ce n'est pas que le service n'est pas disponible actuellement au niveau du secteur est. Le secteur ouest, cependant, on a développé, avec la télé-médecine, avec l'Hôpital Douglas, des services de support en télé-médecine, en télé-psycho, puis tout ça, là, qui sont en train de se développer, là, mais qui sont disponibles aussi. Mais le bassin n'étant pas très grand, les distances étant très grandes, on explore les autres solutions avant, là, en premier lieu. Mais on a quand même une desserte. J'avais fait demander l'évaluation si on devait en avoir plus à un certain moment donné, puis les délais d'attente ne sont pas très grands, et puis le fonctionnement en équipe pyramidale a aidé beaucoup.

M. Roy: Une chance que vous avez maintenant la possibilité d'avoir de la communication par Internet ou communication vidéo, ça doit aider grandement la région, là, pour ce que vous avez parlé tout à l'heure, justement, au niveau des traitements en radiologie, entre autres, ou des photos. Au niveau des dermatos, on connaît très bien la problématique.

Tout ça m'amène à vous dire: Pourquoi, à ce moment-là, dans des régions comme celle-là, où on sait qu'il y a une problématique... Parce qu'on est confrontés à une population qui est moyennement autochtone, 50 % autochtones, 50 % de blancs, et même, je pense, un peu d'autochtones, non?

Mme Laboissonnière (Diane): Pas dans la région sociosanitaire Nord-du-Québec. Nous, nos services s'adressent à la population jamésienne, qui est de 15 000 personnes,

et il y a les communautés crie qui font partie de la région sociosanitaire des terres crie de la Baie-James qui... D'ici quelques années, on devrait avoir à peu près le même nombre de personnes. Mais ce qu'on parle, dans nos services, c'est pour la population jamésienne et pour la population crie qui vient chercher des services un petit peu plus spécialisés que leur communauté. Mais les 15 000 Jamésiens, ce sont des Jamésiens.

M. Roy: O.K. Donc, moi, je dis, à ce moment-là: Pourquoi, quand on est sensibilisé à une population comme celle-là, on connaît... si les gens du ministère connaissent la population... Je reviendrai sur les cas de suicide et les cas de jeu pathologique où vous le traitez, on le traite, par exemple... On le disait ce matin avec d'autres personnes: Attendons-nous à avoir une problématique au niveau du suicide. Et vous le relevez, avec Lebel-sur-Quévillon, où justement on a une crise forestière qui est importante, où il y a eu une crise au niveau du suicide. Et on le traite à la page suivante, où on parle justement des dépendances sur le jeu compulsif donc. Puis tantôt vous avez soulevé la problématique.

À ce moment-là, quelles seraient vos revendications auprès du gouvernement sur carrément l'interdiction d'importer cette possibilité-là de machines vidéo dans des coins comme ça? C'est quoi, le principe du gouvernement ou de Loto-Québec de vouloir aller s'implanter là-bas? J'essaierais de comprendre, vous pourriez avoir des revendications, vous, dans le milieu médical, à l'effet de ne pas laisser faire ça finalement parce qu'on vous cause des problèmes pour rien, là, on accentue les problèmes. Il y a suffisamment de choses à faire dans la région sauf s'asseoir devant une machine à jeu, non?

Le Président (M. Kelley): Mme Laboissonnière.

● (15 h 10) ●

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous permettez, M. le Président, je vais demander au Dre Blandine Piquet-Gauthier, notre directrice de santé publique, de vous répondre. Je pense qu'elle a une bonne opinion.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Je dirais que, moi-même, dans les années 2000, je me suis opposée à l'arrivée de nouveaux appareils de loterie vidéo à Radisson. Je pense quand même qu'on ne peut pas être contre le jeu totalement, et il y a des gens qui sont capables de jouer sans devenir dépendants. Là où on a un problème, c'est s'il y a vraiment, je dirais, une quantité d'appareils de loterie vidéo importante par habitant et surtout une accessibilité très importante.

Vous n'êtes pas sans savoir les problèmes avec les casinos, les hippodromes. Et, moi, comme je suis aussi directrice de santé publique des Laurentides, que je suis particulièrement touchée par cette région, c'est un dossier que je connais bien. Je pense qu'on ne peut pas être contre le jeu, on peut essayer d'être dans une politique, disons, de réduction des méfaits. Le fait que ce soit dispersé partout et accessible partout est un réel problème, surtout, je dirais, dans une conjoncture économique qui est de plus en plus difficile. C'est du rêve qu'on vend. Donc, les gens sont un peu en difficultés financières et pensent qu'en allant jouer aux jeux de loterie vidéo ils vont se refaire une santé financière. Évidemment, tout le monde sait où ça mène. Je ne ferais pas forcément le lien avec

le suicide. On n'a pas été capables de faire le lien directement avec le suicide. Mais bien des suicides, je dirais, une des majeures parties des suicides sont dus à des difficultés financières. Donc, on ne peut pas faire le lien forcément, mais on peut penser qu'il y a un lien.

Vous parliez de la crise du suicide à Lebel, je dirais que c'était un problème tout à fait différent puisque c'étaient des jeunes, voire des très jeunes. On a eu six décès de jeunes en 10 mois, par suicide, à Lebel-sur-Quévillon. Dans une communauté qui a moins de 4 000 habitants, c'est effrayant. Ça a ébranlé la communauté. Et actuellement, évidemment, la municipalité de Lebel, qui vit des difficultés économiques, on est un peu à... je dirais, on le surveille de près justement dans ce dossier-là. Mais je ne suis pas sûre qu'on puisse faire des liens directs, dans la région Nord-du-Québec, entre le suicide et le jeu. Maintenant, vous dire qu'on est intéressés à voir une dispersion et une multiplication des appareils de loterie vidéo dans la région, non, je ne dirais pas ça. C'est clair que non.

M. Roy: Autre problème, au niveau de la toxicomanie...

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous me permettez...

M. Roy: Oui.

Le Président (M. Kelley): ...compléter la réponse, Mme Laboissonnière.

M. Roy: Excusez-moi. Pardon.

Mme Laboissonnière (Diane): Ce qu'on sait, et c'est tout, tout, tout récent, c'est que l'Auberge de Radisson — c'est un complexe d'hébergement aussi, c'est un hôtel — alors a été cédée à Hydro-Québec, ce qui fait qu'il y a la fermeture de clubs et on s'attend à ce qu'il y ait une diminution justement de la disponibilité de ces appareils-là. D'ici un an, ça devrait être disparu en bonne partie.

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

M. Roy: Dernier point. On le sait très bien, il y a accessibilité bien sûr par avion là-bas, mais par la route. Quand on parle de toxicomanie, Québec, Montréal, c'est facile, c'est sur le coin des rues, mais là-bas il y a quand même une entrée, autant par le nord, quand on regarde Kuujuaq, où ça rentre, ou Havre-Saint-Pierre, comment ça rentre à pleine porte. Il y a quand même ce problème-là. Mais le problème n'est pas uniquement au niveau des drogues dures. On sait très bien que les jeunes ont trouvé d'autres méthodes aujourd'hui pour s'intoxiquer.

Donc, comme il n'y a pas de... il y a peu de psychiatres, quelle est l'aide apportée à ces jeunes-là ou même aux familles qui sont pris avec les problèmes de toxicomanie chez vous? Parce qu'on voit que c'est malheureusement une des cibles qui est manquée. Et ce n'est pas de votre faute, là, remarquez bien que je ne vous blâme pas, je comprends la situation. Je veux simplement essayer de voir qu'est-ce qui vous manque, qu'est-ce qui manquerait pour cibler vraiment ce phénomène-là bien précis dans vos régions.

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a eu l'enquête *Nos ados nous parlent*. Je pense que je vais vous laisser introduire et après je reviendrai avec les investissements dans ce programme-là.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): On a...

Le Président (M. Kelley): Dre Piquet-Gauthier.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Excusez-moi. On a fait une enquête récemment qui s'appelle *Nos ados nous parlent*, qui... Deux enquêtes ont été faites sous sept ans d'intervalle. Et vous savez que, nous, quand on fait une enquête auprès des jeunes dans la région Nord-du-Québec, ce n'est pas une enquête, là, c'est un recensement, on les rencontre tous, on leur parle à tous. Donc, c'est une grosse différence par rapport aux enquêtes des grosses régions. Et quelque chose, à la deuxième enquête, nous a surpris: la consommation de drogues, et pas forcément des drogues dures, comme vous dites, a énormément augmenté et les comportements sexuels non sécuritaires ont augmenté et ils ont augmenté plus chez les jeunes qui ont une meilleure estime d'eux-mêmes. Donc, ça allait un peu à l'encontre de ce qu'on pense d'habitude.

Et ce qu'on réalise, c'est que probablement ces jeunes-là essaient plus facilement en se disant: Je suis fort, je vais être capable de résister. Ça, ça nous a un petit peu surpris sur le coup. Et finalement on comprend que les jeunes qui ont une meilleure estime d'eux-mêmes, qui ont l'impression d'être plus forts que les autres sont moins tenus serrés, si je puis dire, on s'en occupe peut-être un peu moins et ils ont l'impression qu'ils vont être capables de s'arrêter quand ce sera le temps. Il y a beaucoup de jeunes qui commencent à fumer aussi comme ça, en disant: Un ami m'a passé une cigarette, puis une deuxième, puis une troisième, je m'arrêterai quand je voudrai. C'est quand ils réalisent qu'ils sont comme dépendants que là il y a un problème. Pour ce qui est des services, tu veux répondre sur les services au...

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a les centres d'arrêt tabagique qui sont très actifs dans le milieu, qui ont été relancés, par exemple. Il faut dire qu'à un moment donné l'activité était un petit peu moindre, alors les centres ont été relancés. Je vais mettre le cahier à l'endroit, ce sera plus facile de le lire.

Il y a eu également des investissements, au cours des dernières années, pour des services propres aux jeunes, entre autres ne serait-ce qu'au niveau de l'accueil psychosocial. Cette année, on en a mis également pour soutenir la première ligne pour les signalements non retenus, alors le volet qui nous appartient dans les modifications de la Loi de la protection de la jeunesse.

Il y a des gens des organismes communautaires sur le terrain. Il y a les ententes MSSS-MELS également, le ministère de la Santé avec le ministère de l'Éducation, Loisir et Sport aussi et les programmes d'École en santé, Villes et villages en santé, où il y a les communautés également qui s'impliquent beaucoup à l'intérieur de tout ça. Je vous dirais, c'est une multitude d'actions qui font que c'est une communauté qui travaille ensemble. Du côté de l'organisation de services plus particulièrement, le Dr Lemoyne peut vous en parler de façon très précise, là.

M. Lemoyne (Jean): On a investi, dans les dernières années, en rafale, si je peux dire, il y a deux ans, surtout au niveau de la santé mentale pour consolider les équipes. Mais ce n'est pas juste les investissements puis le nombre d'intervenants que j'aimerais qu'on parle, c'est qu'aussi on a essayé d'augmenter le travail en interdisciplinarité. C'est-à-dire que quelqu'un qui a besoin de services, un couple qui est dans le problème, là, l'intervenant de l'accueil va le voir, un autre intervenant va pouvoir le voir, mais souvent il n'y a pas une seule problématique non plus, ça fait qu'on a essayé d'augmenter la fluidité dans l'équipe des intervenants pour pouvoir avoir toutes les compétences qui nous sont disponibles dans la région à leur disposition. Ça demeure quand même un problème qui est difficile effectivement pour les jeunes.

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

M. Roy: Simplement, en terminant, moi, remarquez bien que je vous lève mon chapeau pour le travail que vous faites. Il faut connaître l'ambiance, il faut connaître l'endroit, il faut voir les problématiques, il faut voir la beauté de la place. Pour être un amateur de chasse et pêche, je couvre votre région d'une façon aisée, chaque année, et un peu partout. Moi, je vous lève mon chapeau pour le travail que vous faites là-bas, parce que ces gens-là veulent rester dans leur milieu, c'est un milieu qui est extraordinaire, un milieu de vie qui pourrait être encore plus extraordinaire si on ne l'avait pas contaminé, si les gens ne l'avaient pas contaminé. Mais, en attendant, merci beaucoup pour ce que vous faites pour ces gens-là.

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous permettez, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui.

Mme Laboissonnière (Diane): Je dois dire qu'outre le fait que le Centre régional de santé et de services sociaux soit présent, disponible dans sa communauté, même si, notre volet régional, on travaille beaucoup avec les communautés, mais je dois dire que les communautés elles-mêmes ont un tissu social assez impressionnant aussi et prennent à coeur les intérêts de leurs concitoyens et de leur région également. Ça fait que c'est vraiment multipartite. Et, en passant, si vous parlez de la route de gravelle entre Roberval et Chibougamau, ça veut dire que c'est avant 1976?

M. Roy: Oui, oui, ça fait très longtemps. Je suis très âgé.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Roy: Sourd et âgé.

Mme Laboissonnière (Diane): Je suis arrivée dans les mêmes années.

M. Roy: Ça ne paraît pas. Moi, ça paraît.

Mme Laboissonnière (Diane): Merci.

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

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, bienvenue à vous tous également. J'aimerais reprendre un peu là où l'a laissé mon collègue député de...

Mme Harel: Montmagny-L'Islet.

M. Drainville: Montmagny-L'Islet. Merci, Mme Harel. Alors, sur le suicide, là, bon, on vous a bien compris, là, sur la loterie vidéo, vous n'en souhaitez pas plus, vous en souhaitez moins. Est-ce que vous l'avez exprimé, ça, clairement à Loto-Québec? Est-ce que vous leur avez dit: Regardez, là, c'est une nuisance sur notre territoire, on souhaiterait que vous agissiez puis que vous nettoyez la place ou que... Y a-tu un plan d'action pour essayer de réduire l'offre de services, comme on dit en langage technocratique, là? Où est-ce qu'on en est concrètement, là, pour essayer dans le fond de solutionner le problème, pas juste poser le problème?

Une voix: Dre Piquet-Gauthier?

● (15 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Oui.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Je dirais qu'actuellement on choisit un peu nos batailles. Loto-Québec vise des développements très importants dans d'autres régions, dont les Laurentides, dont je fais partie. Mais ce qu'il y a de sûr, c'est qu'avant d'installer des appareils de loterie vidéo il y a un avis qui se fait à la population dans le journal. Et, nous, à chaque fois, on a réagi. Et on a réagi la dernière fois, c'était à Radisson, et on est arrivés à gagner que, non, les appareils de loterie vidéo ne s'installeraient pas et en plus on a obtenu la fermeture du bar. Donc, on avait gagné sur toute la ligne. Je pense qu'on est très à l'affût, on surveille de près.

Mais vous savez comme moi que Loto-Québec, c'est quand même une grosse machine. Je veux dire, on ne peut pas savoir longtemps d'avance où est-ce qu'ils vont s'installer. Mais on surveille. Et, quand il y en a un qui projette de s'installer, il y a toujours comme une... pas une enquête, mais un avis public, l'essentiel, c'est de bien le voir, et, à ce moment-là on fait part de nos avis. Mais c'est certain qu'actuellement le Nord-du-Québec n'est pas ciblé pour un développement d'appareils de loterie vidéo, à moins que je ne le sache pas, aujourd'hui, mais à date ce n'est vraiment pas là que le problème de développement d'appareils de loterie vidéo est le plus important.

M. Drainville: Laissez-moi vous demander: Le projet d'Eastmain-1-A, là, qui en principe a débuté... Je ne sais pas, vous pouvez en témoigner, là. Les travaux ont commencé, n'est-ce pas?

Des voix: ...

M. Drainville: Bon. Mon collègue me dit: C'est fini, là. Le nouveau, le prochain, c'est Eastmain-1-A, ça, le prochain grand chantier, là, qu'on a annoncé?

Une voix: Oui.

M. Drainville: Hein, c'est bien ça? Alors, la centrale qui existe déjà, c'est Eastmain-1? Et là, on va lancer 1-A, avec la rivière Rupert, et tout ça. Est-ce que

je me trompe ou est-ce que j'ai raison? Corrigez-moi, s'il vous plaît, là, si je me trompe.

Des voix: C'est commencé.

M. Drainville: Ça va. Bon. Est-ce que vous avez fait des projections d'affluence de nouvelles populations? Combien vous attendez de travailleurs, dans le fond, qui vont s'installer, là?

Mme Laboissonnière (Diane): Le projet Eastmain-1-A, l'offre de services au niveau de ce projet-là ne nous appartient pas comme établissement de santé et de services sociaux. Ce n'est pas nous qui assumons l'offre de services sur ce projet-là, c'est un complexe hydro-électrique qui ont leur structure aussi et qui est en territoire des terres crie. Alors, nous, on ne fait pas d'offre de services. L'offre de services qu'on fait, c'est pour les personnes qui habitent la localité de Radisson, donc ceux qui viennent chercher des services. Mais tout ce qui concerne ce projet spécifiquement là, son organisation, ses services de santé et de services sociaux, ne nous appartient pas en termes de développement ni de gestion non plus.

M. Drainville: Alors, qui s'en occupe?

Mme Laboissonnière (Diane): C'est... Pardon?

Des voix: ...

Mme Laboissonnière (Diane): Oui, c'est eux-mêmes, oui, c'est eux-mêmes parce que c'est un complexe de travailleurs. Alors, ils doivent organiser leurs propres services de santé et de services sociaux. C'est un chantier privé. Excusez-moi, je ne connais pas toutes les particularités...

M. Drainville: C'est-à-dire, c'est un chantier d'Hydro-Québec.

Mme Laboissonnière (Diane): Oui, c'est un chantier...

M. Drainville: Donc, c'est Hydro-Québec qui s'en occupe?

Mme Laboissonnière (Diane): Oui, la SEBJ et Hydro-Québec effectivement.

M. Drainville: O.K.

Mme Laboissonnière (Diane): Une chance que j'ai des gens qui m'aident en arrière.

M. Drainville: Non, non, c'est correct.

Mme Laboissonnière (Diane): De temps en temps, j'ai des petits blancs de mémoire.

M. Drainville: On va apprendre beaucoup aujourd'hui, parce que c'est effectivement une région que je connais très peu, je m'en excuse d'ailleurs, mais je pense que c'est important qu'on se fasse un peu un portrait global avant d'aller dans le plus particulier, là. Donc, quand

on parle du problème du suicide lié, entre autres, aux fermetures d'usines, et tout ça, à Lebel-sur-Quévillon, vous disiez tout à l'heure que vous surveilliez la situation. Qu'est-ce que ça veut dire, ça, surveiller la situation?

Le Président (M. Kelley): Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): Depuis l'annonce, en novembre, il y a deux ans maintenant, de la fermeture, dès ce moment-là, il y a déjà un comité de travail qui a été mis en place avec des gens et de la communauté et également des gens du centre de santé et le soutien des équipes des différentes directions pour aller voir qu'est-ce qui se passe sur le terrain, quels sont les besoins de la population. Il y a eu un maillage qui a été fait entre la municipalité, et la communauté, et les citoyens, et nos intervenants pour les soutenir dans l'offre de services, faire connaître l'offre de services, faire du déploiement de l'offre de services aussi en réponse, aller informer les gens qu'est-ce qui existe comme services, qu'est-ce qui...

M. Drainville: Alors, vous avez, quoi, un CLSC sur place?

Mme Laboissonnière (Diane): Un centre de santé, effectivement, qui a la mission CH et CHSLD, mais également toute la mission communautaire. Alors, toutes les équipes psychosociales ont été mobilisées de façon à pouvoir soutenir la communauté, les informer, assurer une espèce de veille ou de vigie — appelons-le comme on voudra — au niveau de la population. Ils participent à des activités avec la municipalité, avec les dirigeants de la municipalité. Alors, il y a des maillages très précis. Et il y a une présence constante également pour s'assurer que, si la population ou si les citoyens deviennent en situation problématique ou en besoin, on soit capables d'intervenir très, très rapidement, qu'on soit capables de les soutenir. Alors, la présence, elle est là.

Et je pense qu'on apprend aussi avec d'autres situations économiques, parce que Lebel n'est pas la première communauté dans notre région qui subit des pertes d'emplois massives. On a développé une certaine expérience dans la proaction auprès des communautés. Je vous dirais, Matagami, ça a été la même chose, avec les fermetures de mines, et tout ça, avec départ des personnes. Lebel. On a eu la même chose avec Chapais, Chibougamau. Alors, d'une expérience à l'autre, je vous dirais que le Centre régional de santé et services sociaux devient de plus en plus proactif.

Alors, on a mis à profit les équipes de la Direction de santé publique, les équipes de la Direction des affaires médicales, sociales et services professionnels. Il y a les équipes psychosociales qui sont sur le terrain, qui sont présentes dans la communauté et dont plusieurs travailleurs d'ailleurs de nos installations étaient aussi visés par cette situation-là, par des conjoints qui travaillent dans le milieu ou de la famille, et tout ça. Alors, le reste de la région, les autres communautés de la région se mobilisent aussi pour venir en soutien. Alors, je pense que ça a été là la majeure de notre intervention. Et c'est ça, notre surveillance. Dre Piquet-Gauthier veut rajouter quelque chose, là?

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): On a aussi mis en place un programme qui s'appelle le programme

Sentinelles. C'est qu'à travers la communauté on essaie de former le plus possible de gens qui sont capables d'être à l'écoute des premiers signes de quelqu'un qui est tenté par le suicide. Souvent, on s'est aperçus que les gens qui disent: Ah, je ne suis plus capable, je vais me suicider, les gens disent: Arrête, ne dis pas ça. Or, ce n'est pas ça. À partir du moment où une personne parle du suicide, c'est qu'elle y pense. Et ça, c'est toute une éducation de la communauté. Et ce programme-là a été éprouvé dans beaucoup d'autres régions et on commence à le mettre en place dans la région. Je voudrais juste apporter aussi une petite précision. Il ne faut pas forcément allier suicide et...

M. Drainville: Détérioration économique?

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Détérioration économique. Au moment de la crise, en 2001, à Lebel-sur-Quévillon, je vous dis, c'étaient 10 jeunes, et, à cette époque-là, Lebel-sur-Quévillon était je ne sais plus si c'est la quatrième ou la cinquième municipalité du Québec en termes de niveau de vie. Donc, ce n'était pas une question de détérioration économique, c'était plus une question de climat social, de toutes sortes de choses qu'on n'a jamais été capables d'identifier une seule cause parce que c'était un ensemble. Alors, oui, la détérioration économique peut être une cause, mais ce n'est pas la seule cause du suicide, c'est extrêmement multifactoriel. Et on ne peut jamais, c'est très, très difficile, même pour un coroner qui fait une étude, de pointer du doigt: Le suicide était dû à cela, sauf quand la personne a laissé un message.

Nous, on avait fait une étude en... je pense, c'est 2001, des suicides dans la région, et une chose nous avait frappés, qui n'est finalement pas si étonnante que ça compte tenu de la population de la région, c'est que, partout au Québec, le ratio hommes-femmes est à peu près de quatre pour un, il y a quatre hommes qui se suicident pour une femme, et, au Nord-du-Québec, c'étaient neuf hommes pour une femme. Mais c'est une population qui a un ratio... qu'il y a plus d'hommes que dans la population habituelle du Québec, je dirais, en fonction des postes de travail qui sont là.

M. Drainville: O.K. C'est une question peut-être qui déborde un peu le strict cadre de vos fonctions, mais je vais vous la poser quand même, puis, si vous la trouvez hors d'ordre, vous le direz, ou M. le Président s'en chargera. Mais on dit beaucoup que les possibilités minières de la région vont permettre de recycler, si on peut dire, la main-d'oeuvre qui a été mise à pied dans le secteur forestier. Vous qui vivez sur le territoire, est-ce que c'est réaliste, ça? Est-ce que les gens y croient là-bas?

Parce que, bon, là, on est dans le prolongement de la santé, là, vous allez me dire, mais je pense que c'est important quand même que vous, qui êtes sur le terrain, nous disiez si à votre avis c'est quelque chose qui est prometteur. Parce que, si ça ne l'est pas, non seulement on va avoir plus de problèmes de santé, de santé mentale notamment, mais la baisse de la population que vous évoquez dans vos documents va se poursuivre. Et ça, évidemment, ça va avoir un impact sur les services de santé et de services sociaux qui sont offerts présentement. Alors, qu'est-ce que vous en pensez, vous? Est-ce que les gens y croient sur place? Est-ce qu'ils ont confiance?

Mme Laboissonnière (Diane): Bien, moi, je dirais que les gens y croient énormément, et, la preuve, il y a beaucoup de programmes de formation pour les travailleurs en vue de les recycler. Ne serait-ce qu'à Lebel-sur-Quévillon, M. Lemoyne me disait qu'on a plus de demandes et de programmes qu'il y a d'espace pour pouvoir tous les recevoir, en formation, entre autres. Mais je pense...

● (15 h 30) ●

M. Drainville: On parle des travailleurs de Lebel-sur-Quévillon qui ont été mis à pied, là?

Mme Laboissonnière (Diane): Exactement.

M. Drainville: Donc, ils sont très, très tentés de se ressourcer et de se reformer pour pouvoir aller travailler dans le secteur minier?

Mme Laboissonnière (Diane): Je vous dirais, M. le député, que, depuis deux ans, toutes les démarches qui ont été faites par la communauté de Lebel, par ses dirigeants, par ses citoyens pour pouvoir justement travailler à une diversification de l'économie, à trouver d'autres projets, à trouver aussi les moyens pour pouvoir amener une nouvelle économie ou encore également permettre à leurs travailleurs de se recycler sont faramineuses. Toutes ces actions-là sont assez incroyables dans un milieu qui s'est vraiment pris en main et qui y travaille très, très fort. Alors, déjà là, on a une communauté qui y croit énormément.

Et je vous dirais que, nous, comme établissement de santé, c'est quelque chose auquel on croit particulièrement aussi. On sait que l'économie, c'est cyclique. Alors, pour ceux qui sont là depuis longtemps, on a vu la région se transformer, se changer. Chacune des communautés vivent des problématiques assez particulières au niveau de l'économie, et à chaque fois le secret de tout ça, c'est comment les citoyens se sont repris en main avec le soutien également de nos dirigeants là-dedans. Et, oui, on y croit, parce que, si on n'y croyait pas, je ne pense pas qu'on aurait autant investi en soutien à la communauté puis on ne serait pas aussi présents dans la communauté également.

M. Drainville: Je m'en réjouis. Je suis très content de vous l'entendre dire. On va se recentrer un petit peu sur la discussion santé. Je vois que vous misez beaucoup sur la télésanté: télédermatologie, télépsychiatrie, télépharmacie. Encore une fois, je n'y connais pas grand-chose, mais il me semble que vous pourriez être une sorte de laboratoire de ce qui pourrait éventuellement nous aider ailleurs parce qu'on sait qu'on va être confrontés à une pénurie de ressources et de ressources humaines évidemment.

Alors, est-ce que c'est probant, ça, comme expérience jusqu'à maintenant? Quel est, je dirais, le niveau de réussite par rapport à un examen sur place? Quel est grosso modo la capacité qu'on a comme personne, comme professionnel, de bien diagnostiquer le problème de santé et de bien prescrire le remède ou le traitement? Est-ce qu'on commence à avoir un peu une idée du niveau d'efficacité de ce genre de moyens là pour traiter les problèmes de santé d'une population?

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous permettez, je vais demander au Dr Lemoyne de répondre.

Le Président (M. Kelley): Dr Lemoyne.

Mme Laboissonnière (Diane): C'est son bébé.

M. Lemoyne (Jean): La principale limite actuellement, là, parce qu'on a mis beaucoup d'efforts à installer... Moi, je disais: Bon, on n'aura pas l'excuse qu'on n'a pas les salles. On a des salles de téléadapté, on a aussi la téléneurologie, on parlait pour l'hémodialyse, ça se fait à distance aussi, on est tout équipé au niveau de la technique. On avait de la difficulté avec les bandes passantes. Ça, c'est donc juste pour la technologie. Et la difficulté, c'est d'avoir la même chose, des médecins disponibles pour le faire à distance. Parce qu'entre autres en télépsychiatrie, les expériences ailleurs dans le Canada, elles sont probantes, là, ça se fait énormément dans d'autres endroits. Il y a eu des études universitaires, si je me souviens, c'était l'Université de l'Alberta, là, comme quoi la satisfaction est...

Parce que la première idée qu'on a: On a-tu envie de voir un psychiatre à la télévision? Non, quand on pense ça, mais finalement, quand on l'utilise... Moi, je m'étais dit: La première visite se fera en personne puis après, bien, un coup que le contact est établi... Mais, selon les études qui avaient été faites, ce n'est même pas nécessaire. La proximité est bonne si on a la technologie adéquate. S'il y a un temps de réponse d'une seconde entre les lèvres puis ce qu'on entend, ça, ça ne marche pas. Mais, un coup qu'on est bien installé, ça va très bien au niveau de la psychiatrie.

En téléneurologie, on est capables de faire de l'auscultation. L'infirmière qui est au chevet du patient va ausculter le patient puis le médecin, lui, là-bas peut écouter. Il a accès au dossier, il a tout. Ça a des limites, là. Je n'ai pas dit que j'aimerais que tout se fasse... la chirurgie avec robot plus tard, tout ça, là, ce n'est pas ça, mais, pour certaines choses actuellement en tout cas... Au niveau de la dermatologie, exemple, la limite, c'est, quand vous allez voir un dermatologue pour une lésion suspecte, dépendant des types de lésions, vous allez peut-être avoir besoin d'une biopsie, puis là il ne fera pas une biopsie par photo numérique. Mais quand même ça a diminué pareil l'utilisation... La résistance qu'on a est plus de s'habituer à ça, même pour nos professionnels, d'y penser, de le faire. C'est des changements. On a résistance un peu aux changements, même pour des patients des fois, parce que, quand ce n'est pas des choses urgentes, ça pouvait être aussi intéressant d'aller en ville — en même temps on fait nos commissions.

Mais, dans les cas d'urgence, le scan ça, c'est... Je n'ai pas arrêté de recevoir par les médecins traitants, puis moi-même pratiquant encore jusqu'à récemment, cette facilité de savoir qu'est-ce qui en est puis est-ce que c'est urgent. Quand on transfère un patient, on a le diagnostic puis, s'il n'y a pas de problème, on n'a même pas besoin de le transférer. Puis la farce, c'était aller en ambulance à Roberval, 250 km dans le bois quand il fait moins 37°, puis revenir après pour vous faire dire que c'était correct. Ce n'est pas juste une question de nombre. Quand on disait tout à l'heure, les financements par communauté, ça, ça l'est, là. Si on y va juste par le volume, la population, on n'a peut-être pas un appareil. Mais, quand j'avais parlé dans le temps avec le Dr Bureau, on s'était quand même bien entendu qu'on a des particularités, puis c'est ça, les particularités nordiques.

M. Drainville: M. le Président, combien de temps avons-nous par groupe... bien, pour nous, en fait?

Le Président (M. Kelley): Pendant 40 minutes, sur lesquelles vous avez utilisé 17.

M. Drainville: Alors, quand je serai arrivé à 25, M. le Président, prière de m'en informer, je vais céder la parole à ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve.

Le Président (M. Kelley): Message reçu.

Mme Laboissonnière (Diane): M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui, Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): En réponse, tout à l'heure, à la question de M. le député de Marie-Victorin, c'est qu'il y a eu un beau forum régional, en octobre dernier, justement sur *Bâtir ensemble notre région*. Alors, si vous voulez, peut-être quelques minutes, je vais demander à la directrice de santé publique, qui a soutenu la communauté dans ce projet-là, juste de vous ramener un peu les éléments pour lesquels on croit à notre région effectivement, si vous le permettez.

M. Drainville: ...17 minutes, je pense que je préférerais en discuter avec elle par la suite...

Mme Laboissonnière (Diane): Ou le lire?

M. Drainville: Ou le lire, oui, c'est ça. Vous pourriez déposer le document à la toute fin peut-être.

Mme Laboissonnière (Diane): Avec le plus grand des plaisirs.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Juste vous dire qu'à ce forum-là il y avait presque 1 % de la population et, je dirais, pas loin de 80 % des décideurs de la région.

M. Drainville: Écoutez, je m'en réjouis et je vous remercie. Pouvez-vous nous donner juste une idée de comment ça fonctionne, là? On ne va pas tous les passer, là, mais je ne sais pas lequel est peut-être le plus innovateur, je ne sais pas si c'est la télédermato ou la téléphro ou la télé... Moi, en tout cas, télédermato, c'est la première fois que j'entends parler de ça, là.

M. Lemoyne (Jean): ...simple, la télédermato.

M. Drainville: Hein?

M. Lemoyne (Jean): La télédermato, ça, c'est le plus simple. Un drap bleu en arrière du patient ou de la plaie, une photo numérique avec une réquisition par informatique, on envoie ça, et le dermatologue, deux, trois fois par semaine, regarde ça — et c'est de la photo quand même avec une résolution haute, là — et puis répond, et répond même beaucoup mieux que quand on avait des rapports écrits. C'est tout le temps lisible en plus. O.K.?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lemoyne (Jean): Ça, c'est le côté télédermato, O.K.? Mais le côté téléphro, lui, c'est parce que, là, ça nous permet d'être en contact avec le néphrologue — c'est des denrées rares, ça — qui est au Montreal General Hospital, l'Hôpital général de Montréal, et puis qui peut voir son patient si ça lui tente, si c'est nécessaire, parce qu'il n'est pas toujours obligé d'ausculter, tout ça. Mais le département fonctionne à plein régime sans néphrologue, sans interniste et même sans presque aucune implication de nos médecins omnipraticiens. C'est pratiquement autonome. Ça fait que, pour moi, ça, c'est au-dessus de ce qu'on rêvait quand on a voulu le faire. Parce qu'initialement on voulait le faire parce que, les médecins omnipraticiens qui s'en occupaient, on était en crise, tout était débordé puis on n'aurait pas pu fonctionner à plein régime, puis ils ont même pu se retirer.

M. Drainville: Alors, pouvez-vous quantifier l'efficacité d'un traitement comme celui-là ou d'une méthode, devrais-je dire, comme celle-là, là?

M. Lemoyne (Jean): Bien, comme je vous dis...

M. Drainville: Sur le diagnostic, par exemple.

M. Lemoyne (Jean): Télédermato, c'est bon dans les cas électifs qui ne demandent pas de réponse en urgence et puis qui n'ont pas besoin de biopsie, ça fait que c'est quand même pas mal, ça pourrait couvrir fort probablement plus de la moitié de demandes. En néphrologie, bien, à part le séjour dans le milieu de Montréal, ou, pour nos patients jamésiens, parfois ça va être au niveau de Saguenay, pour la stabilisation, l'initiation du traitement, après ils n'ont plus besoin d'aller à l'extérieur.

Puis, au niveau de la radiologie, ah bien là, on a un radiologiste une journée et demie par deux semaines pour fonctionner et puis on est capables d'offrir des services de scan 24 heures sur 24 à peu de délai. Et on est à finaliser les ententes pour avoir les radiographies normales — poumon, fracture, quelque chose de même — en lecture aussi rapide que ça. C'est terriblement différent de l'époque d'avant, où tu devais envoyer par autobus ton film à Roberval si tu avais besoin d'une lecture urgente puis qu'il n'y avait pas de scan dans l'établissement, là. Ça ne pouvait pas se faire sans ça. Je crois qu'on est la région qui fonctionne avec un scan sans radiologiste sur place, c'est le seul endroit. Et, comme je vous dis, on est rendus à 120 examens par mois, à peu près, actuellement, malgré une pénurie de technologues.

● (15 h 40) ●

M. Drainville: 120 examens en téléphro?

M. Lemoyne (Jean): Scan.

M. Drainville: O.K.

M. Lemoyne (Jean): Le TACO, le tomographe axial. En téléphro, on a 15... on est rendus à 16 patients, les 16 patients sont suivis... Écoutez, là, il y a une implication de nos infirmières, là. Ce n'est pas seulement la téléphro. Ça demande une équipe de base qui connaît son affaire, là.

M. Drainville: Bon. Il me reste seulement quelques minutes. Le rehaussement du RTSS, Réseau

de télécommunications sociosanitaire. D'abord, il y a beaucoup de bris, hein, avec le RTSS. C'est ce qu'on nous raconte, nous, là, ça brise assez souvent. Je ne sais pas chez vous, là, mais en tout cas c'est...

Une voix: ...

M. Drainville: Hein?

Mme Laboissonnière (Diane): Pas vraiment, non.

M. Drainville: Chez vous ou de façon... Parce que, nous, on nous dit qu'il y a des sérieux problèmes par moment et que ça s'arrête, là, des interruptions de service. Je ne sais pas si... Peut-être que, vous, chez vous, non, là, mais ailleurs...

M. Lemoyne (Jean): C'est les bandes passantes tout le temps. Une interruption de service, il y a eu une attaque, à un moment donné, d'un ver informatique, une attaque informatique importante qui a troublé tout le Québec. Là, à ce moment-là, on a été touchés de la même façon, mais à part ça... Comme je vous disais, nous autres, on a besoin de bandes passantes. C'est qu'il y a besoin d'avoir suffisamment de bandes passantes. C'est la limite pour toutes les téléactivités, pour les téléformations aussi. Parce qu'on a de la formation de nos intervenants par visioconférence de téléactivité. Puis, si la bande passante est insuffisante, vous ne voudriez même pas tenir une rencontre administrative quand ça fonctionne avec des ralentissements puis des lenteurs.

M. Drainville: O.K. Ce n'est pas tellement donc une question de bris, mais une question de capacité. Et c'est...

Mme Laboissonnière (Diane): ...

M. Drainville: Oui?

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a eu un début de rehaussement au niveau du RTSS. Alors, ce qu'on sait, dans la région, pour combler tous nos besoins, le rehaussement est insuffisant, pour Chibougamau, pour pouvoir... Parce que ce n'est pas nécessairement le nombre de mégabits qu'on a besoin, on a besoin de plus pour pouvoir aller plus loin encore dans la téléactivité, la visioconférence, etc. Et c'est la même chose au niveau de Radisson.

Ce problème-là n'est pas juste lié au réseau RTSS, il est aussi lié au distributeur, alors la compagnie Télébec, qui est le distributeur, c'est lui par qui passe cette bande passante là aussi. Et, pour pouvoir faire ce rehaussement-là, ça coûte énormément d'argent, pour pouvoir boucler le réseau, à savoir, s'il y avait une panne dans un secteur, avec la boucle, à ce moment-là, ça permet de préserver l'intégrité du réseau. Alors, ça prendrait un bouclage également. Ce qu'il faut, c'est que la compagnie Télébec et également qu'il y ait aussi d'autres promoteurs dans la région, tels qu'Hydro-Québec, la SDBJ et compagnie, qui puissent aussi s'impliquer pour pouvoir soutenir les coûts associés à tout ça. C'est une grosse région.

Le Président (M. Kelley): Dernier court commentaire.

M. Drainville: Je vais terminer, oui. Évidemment, je l'ai évoqué déjà, la question de la pénurie du personnel va se poser chez vous comme ailleurs. Je vous entendais dire tout à l'heure, Dr Lemoyne, que vous pratiquez à Chibougamau depuis 14 ans. C'est bien ça?

M. Lemoyne (Jean): Bien, je suis variable, là. J'ai commencé voilà 25 ans. Je suis parti. Je suis revenu. J'ai fait 14 ans, puis là je repars.

M. Drainville: Vous repartez. Bon. Je ne sais pas si vous êtes la bonne personne d'abord à qui poser la question. Mais j'allais vous demander, à vous ou à quelqu'un d'autre, comme on dit en mauvais français, le «pitch» que vous faites à quelqu'un que vous voulez convaincre de venir s'installer chez vous, dans votre région. Comment est-ce qu'on convainc quelqu'un, une infirmière, un médecin, un préposé aux bénéficiaires, de venir s'installer à Chibougamau, ou à Chapais, ou à Lebel, ou à Matagami? C'est quoi, le... Qu'est-ce que vous dites à quelqu'un que vous voulez attirer chez vous?

Mme Laboissonnière (Diane): La meilleure personne pour répondre est M. Savary, le directeur du développement organisationnel et des ressources humaines.

Le Président (M. Kelley): M. Savary.

M. Savary (Jean-Pierre): Oui, merci. Bien, M. le député, ça me fait plaisir de pouvoir vous répondre à ça. Évidemment, comme région éloignée ou en fait moyennement éloignée, là — il y en a quand même des plus loin que nous — ça nous force à développer... à innover, d'une part, à innover dans la façon de faire la promotion de l'établissement auprès des candidats et candidates, de se positionner sur le marché de la main-d'œuvre, parce que c'est nous qui devons nous vendre maintenant et non plus l'inverse, là, comme on a pu connaître dans le passé, où les candidats étaient plus en position de faiblesse, là, c'est un petit peu l'inverse, c'est les établissements maintenant qui doivent se débattre, et de se faire une forme de stratégie d'attraction et de rétention des ressources. Donc, c'est sûr que c'est un enjeu de maintien des services pour nous.

Je ne ferai peut-être pas nécessairement le «pitch» de vente, comme vous proposiez, sauf que je pense que qu'est-ce qu'il faut mettre de l'avant, parce que notre grand bassin de recrutement, ce sont les jeunes, les finissants et les finissantes surtout, en grande majorité, donc c'est toutes les conditions d'exercice, qu'est-ce qu'ils vont pouvoir... comment ils vont être soutenus, supportés dans le milieu.

Évidemment, avec les gestionnaires de la région, on travaille beaucoup sur la rétention, l'environnement, le cadre de travail dans lequel ces ressources-là vont être accueillies, qui ont peu donc d'expérience, qui ont besoin de support et de soutien, et c'est là-dessus, je pense, qu'il y a des attentes importantes. Au niveau également du développement professionnel, le développement en termes de formation, c'est un enjeu, ce sont des demandes que l'on a. Les jeunes souhaitent beaucoup se développer,

donc ils veulent qu'on les nourrisse professionnellement, qu'ils s'enrichissent sur cet aspect-là, au-delà, là, des formations obligatoires ou traditionnelles, si vous voulez, pour maintenir les compétences.

M. Drainville: Vous permettez? J'ai fini mon temps?

Le Président (M. Kelley): C'est déjà fini. Alors, je vais juste vous conseiller...

M. Drainville: Je sais, je sais. Les trois avantages que vous avez chez vous qui ne sont pas nécessairement présents ailleurs, c'est quoi?

M. Savary (Jean-Pierre): Milieu de vie, qualité de vie au travail, relations des petits établissements, donc il y a un intérêt là. Évidemment, au niveau financier, il y a des avantages nordiques qui sont reliés dans les conventions collectives, mais...

M. Drainville: ...je voulais entendre. Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Alors, avant de céder la parole à Mme la députée de Gatineau, juste une courte question. Vous avez fait le recensement des adolescents, surtout la question du jeu pathologique, et tout le reste. Est-ce qu'il y a une présence des jeux en ligne?

Parce que, moi, dans mon comté, il y a beaucoup de jeunes... On parle de freiner l'accès aux vidéopokers, et tout le reste, ce qui est louable, je ne remets pas ça en question, mais il y a une certaine crainte que... Au moins les vidéopokers, ces appareils vidéo sont visibles dans la communauté. Et de plus en plus les jeunes se tournent vers les jeux en ligne, qui sont encore plus difficiles à identifier et contrôler. Je ne sais pas si, dans votre sondage que vous avez fait avec vos adolescents, il y avait une présence du phénomène des jeux en ligne chez vous?

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Dans le sondage, pas vraiment, à ce moment-là. Mais, quand on parle du développement technologique pour permettre l'accès par Internet à toutes sortes d'activités, c'est un peu le revers de la médaille, hein? C'est que maintenant, partout, au Nord-du-Québec comme partout ailleurs, les jeunes ont accessibilité à tous ces jeux en ligne, de vidéo-poker, etc., c'est clair. Internet haute vitesse est rendu à Chibougamau et partout, donc ils ont le même accès qu'en pleine ville. C'est un enjeu majeur de santé publique.

Le Président (M. Kelley): C'est parce que je comprends et je suis très familier avec l'enjeu des appareils de vidéopoker à l'Auberge Radisson parce qu'il y avait une incidence directe, entre autres les Cris de Chisasibi. Alors, c'était un très grand problème, comment freiner l'accès. Il y avait les choses techniques qui ont été proposées pour ralentir les machines et contrôler les heures d'accès. Ça demeure un problème. Mais il y a toujours le phénomène que, si on freine l'accès à ces jeux-là, est-ce qu'on va créer un risque qu'on va trouver un autre moyen?

Moi, je ne suis pas un joueur, alors c'est un phénomène que je ne comprends pas au niveau personnel, mais je vois qu'il y a un très grand engouement, et

surtout souvent chez nos jeunes, et ça pose des problèmes. Parce que je ne comprends pas quelqu'un qui est prêt à donner leur carte de crédit à un inconnu sur Internet pour jouer, mais malheureusement il y a beaucoup de personnes dans notre société qui prennent ce risque. Sur ce, je vais céder la parole à ma collègue la députée de Gatineau.

● (15 h 50) ●

Mme Vallée: Merci. Bonjour. Alors, pour faire un exercice comme on fait aujourd'hui puis comme on fait depuis la semaine dernière, avec les agences, on se fie beaucoup, surtout pour nous, les parlementaires moins expérimentés, aux fiches de reddition de comptes qui sont fournies dans le bilan annuel. Et je constatais, à la lecture du rapport et à la lecture également des documents de soutien qui nous ont été remis par les gens de l'Assemblée nationale, que plusieurs fiches de reddition de comptes comportent des mentions «sans objet».

Je comprends que votre région a ses particularités, dû à certaines ententes de service que vous avez avec d'autres régions administratives. Je comprends également que, dans certaines fiches de reddition de comptes, il n'y a pas de services d'offerts dans la région, donc vous pouvez difficilement évaluer. Mais il y a d'autres éléments. Lorsque je regarde la question des services d'urgence au niveau de santé physique, des séjours moyens sur civière, on mentionne qu'il y a peu d'attente, donc on n'a pas recensé de données. Est-ce que vous pouvez m'expliquer pourquoi, malgré le fait...

Bon, je comprends que vous avez peut-être une situation particulière, mais je comprends également qu'il y a des gens qui ont recours aux services dispensés dans votre région. Pourquoi on n'a pas de données? Pourquoi ces données-là ne sont pas disponibles? Pourquoi on n'est pas à même de connaître le nombre, par exemple, de familles qui ont recours aux services de la Protection de la jeunesse? Pourquoi on ne peut pas l'identifier dans vos fiches? Pourquoi on ne peut pas avoir recours sur la durée moyenne en civière même si possiblement c'est très minime? Alors, c'est la première chose qui m'a frappée, à regarder les différents documents.

Et le but de ma question, ce n'est pas d'être négative ici, aujourd'hui, c'est plutôt d'être éclairée parce qu'on fera, on sera appelés à faire un bilan de nos rencontres, et évidemment, pour faire un bilan, bien, il faut être en mesure de comparer avec des valeurs similaires une agence par rapport à l'autre.

Mme Laboissonnière (Diane): Alors, quand on regarde au niveau de l'entente de gestion que l'on signe à tous les ans maintenant avec le ministère, c'est que les fiches de reddition ou les éléments sur lesquels porte l'entente de gestion, ce sont les mêmes pour l'ensemble de toutes les régions du Québec. Alors, qu'on ait ou non des services de base ou spécialisés, ce sont les mêmes.

Compte tenu que, dans la standardisation de ces fiches-là, pour maintenir le suivi, tout ça, on ne peut pas les enlever puis dire: Bien, chez nous, on n'en a pas, on ne le met pas. Alors, c'est la raison pour laquelle on voit du «sans objet», parce qu'on n'a pas de services spécialisés ou surspécialisés, entre autres pour ce qui est des déficiences intellectuelles et TED. On donne les services de première ligne, les services de base, mais on n'a pas de services de réadaptation, on ne fait pas de la deuxième ligne. C'est pour ça que ça apparaît «sans objet».

C'est la même chose au niveau des séjours sur civière. Je vous dirais que, dans quatre de nos cinq installations, les séjours sur civière, le seul temps où on peut les voir, c'est quand ils sont en observation en attendant qu'il y ait une décision. Alors, ça peut être de quelques heures soit pour recevoir un soin ou un traitement très spécifique ou en attente d'avoir des résultats, qui arrivent assez rapidement aussi.

On ne fait pas partie de la région qui est monitorée pour les séjours sur civière parce que, les rares cas, c'est tellement marginal. Ça peut nous arriver un cas de temps en temps où on a un séjour d'un peu plus de 24, 48 heures, particulièrement à l'urgence de Chibougamau. C'est rare qu'on manque de lits, c'est très rare, avec le nombre de lits de soins de courte durée. Alors, ça peut arriver qu'il y a un petit délai entre le moment où le médecin demande l'hospitalisation et le moment où le patient va être référé dans le lit de courte durée. Alors, c'est très marginal.

En plus, dans les centres de santé, particulièrement à Chibougamau, on peut avoir des durées de séjour, entre guillemets, de 24 heures parce que c'est des délais d'observation que les médecins ont convenu entre eux pour des patients à l'urgence, O.K.? Ça peut être une situation, comme je vous disais tout à l'heure, en attente d'un diagnostic, en attente de précisions, ou encore il y a des soins et traitements qui peuvent être donnés sur place plutôt que d'hospitaliser, ou encore en attente d'une décision pour un transfert vers un établissement spécialisé en mesure de le recevoir, et pas juste en termes de temps où le centre peut le recevoir, mais en termes aussi de disponibilité du transporteur également. Parce qu'il faut organiser un transfert. À partir du moment où le médecin décide qu'il transfère un patient, bien là, il faut organiser tout ce volet-là, y compris tous les documents qui sont nécessaires, le service ambulancier, ou des fois c'est le transport aérien, soit l'avion du ministère, ou des fois c'est des avions-ambulances qu'on nolisé dans la région, l'hélicoptère-ambulance Airmédic également.

Alors, c'est pour ça, ces volets-là ne sont pas monitorisés dans le document. Et le «sans objet», c'est ce que ça n'existe pas comme service en soi. Et la problématique des urgences, chez nous, je vous dirais qu'elle n'existe pas non plus. Les seules situations sont tellement marginales qu'immédiatement les infirmières, les médecins travaillent à les régler. Le Dr Lemoyne veut rajouter quelque chose?

M. Lemoyne (Jean): Si vous me permettez. C'est de ma faute, pour les urgences, parce que la demande a été faite par le ministère de pouvoir être suivi sur le système de monitoring, mais, comme Mme Laboissonnière vient de dire, il n'y avait pas de problème réel et mettre des énergies pour surveiller un problème inexistant ou presque pendant qu'on développait dans... Parce que ça touche aussi l'informatique, notre système de technocentre, d'avoir tous ces logiciels-là puis ce suivi-là, ça demande du personnel. Pour moi, ce n'était pas une priorité de prendre du temps-personnel pour surveiller un problème inexistant pendant qu'on essayait de réaliser des choses importantes.

M. Drainville: M. le président, nous saluons votre décision. Et je comprends qu'il pourrait rajouter:

C'est par modestie que nous ne fournissons pas les... parce que ça ferait trop bien paraître la région, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui, mais la parole est au député.

Mme Laboissonnière (Diane): Si vous permettez, je vais terminer avec le volet de la clientèle des centres jeunesse. Nous avons une entente de service, et la responsabilité au niveau de la reddition de comptes, pour la clientèle des centres jeunesse, les enfants, les familles, appartient à la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean et appartient à la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce n'est pas nous qui faisons une reddition de comptes. On travaille avec eux, on a des équipes sur le volet qui nous appartient au niveau du communautaire, mais pas le volet centres jeunesse, parce qu'on a une entente de service avec ces deux agences-là.

Mme Vallée: Mais êtes-vous à même d'identifier le nombre de familles sur votre territoire qui ont effectivement recours aux services des autres régions administratives? Êtes-vous à même de faire un suivi? Parce que je comprends que vous avez des ententes de service, mais c'est quand même des gens qui sont sur votre territoire.

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a des suivis qui se font avec les centres jeunesse et notre direction. D'ailleurs, M. Hayes était dans ces dossiers-là jusqu'à tout récemment. Alors, il y a des suivis qui se font quand ils négocient leur entente de gestion. Il y a aussi des rencontres annuelles pour voir quel était l'état de la situation. Mais, le nombre de clients inscrits, je ne pourrais pas vous répondre.

Mme Vallée: Donc, vous n'êtes pas en mesure d'avoir cette information?

Mme Laboissonnière (Diane): Pas en mesure, mais, si vous le voulez, on pourra vous faire parvenir l'information.

Mme Vallée: Merci. Je vais céder la parole à mon collègue. M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Non, non, on a pris bonne note. Si vous pouvez transmettre cette information à la secrétaire de la commission. Mme la députée ou M. le député d'Orford? M. le député d'Orford.

M. Reid: Merci, M. le Président. J'avais une question à poser, qui était assez longue, sur l'utilisation des vidéoconférences, etc., mais le député de Marie-Victorin vous a permis de répondre à une bonne partie de la question que j'avais. Il reste quand même deux petits points.

Il y a quelques années, on a été obligés de faire des changements législatifs et réglementaires pour que, croyez-le ou non, la commission scolaire de la Baie-James puisse tenir ses rencontres par téléconférence. C'est assez extraordinaire parce qu'aujourd'hui... Donc, ça obligeait le monde à voyager pour rien, les membres de la commission scolaire, etc., les commissaires. Et je me demandais si, étant donné l'importance qu'on accorde, disons, et le potentiel que ça semble avoir pour les services de santé

dans la région, si, devant le potentiel à venir, vous voyez — ce serait l'occasion de nous le dire à nous aussi, disons, les législateurs — des besoins de changements réglementaires ou d'assouplissements réglementaires ou même législatifs pour qu'on puisse effectivement utiliser ces nouvelles technologies-là pour le mieux-être de la population. Autrement dit, y aurait-il des choses aujourd'hui qui nous empêchent d'avancer ou qui empêchent de prévoir des choses? Et ce serait intéressant. Enfin, ça, c'est ma première question sur ce sujet-là, si vous voulez y répondre... s'il y a une réponse.

Le Président (M. Kelley): Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): Il n'y a pas vraiment de réponse en termes de législation, parce que, je dirais, je ne connais pas peut-être suffisamment toute la législation. Mais ce que je vous dirais, c'est qu'on a un réseau de télécommunications sociosanitaire qui est bien, qui est sécurisé, auquel on peut faire confiance quand les données transitent par ce réseau-là. Notre plus gros problème, c'est le rehaussement, c'est d'avoir la disponibilité de la bande passante et qu'il y ait une mise en commun des besoins, mais un soutien pour que la région puisse justement rehausser sa bande passante et en profiter au maximum partout sur le territoire, dans toutes les communautés, y compris chez les Cris et chez les Inuits également.

M. Reid: Oui, allez-y.

Le Président (M. Kelley): Dr Lemoyne.

M. Lemoyne (Jean): Encore moi. Le projet du ministre pour le Dossier de santé Québec d'avoir un «opting in» au lieu d'un «opting out», là, ou l'inverse, que, d'une façon automatique, quand on aura un dossier de santé électronique complet, tout patient soit présumé être d'accord plutôt que de donner son accord, va être quelque chose de très, très important parce que c'est ce qui amène des limitations, là, la grande difficulté d'avoir le consentement, avec... que ça respecte tout, tout, tout, là, ça donne des limites à notre système.

M. Reid: Donc, cette limite-là serait levée normalement, par ça.

M. Lemoyne (Jean): Oui.

● (16 heures) ●

M. Reid: Ma deuxième question était liée à quelque chose que vous avez dit pendant votre présentation sur l'investissement important qu'on fait en formation, et on parle de presque 1 million de dollars. Et on mentionne aussi qu'il y a 40 %, donc près de 400 000 \$, qui sont des coûts de transport et d'hébergement. Est-ce qu'il y a ou est-ce qu'on a l'intention d'utiliser la téléinformatique ou l'audiovision pour réduire ces coûts-là ou pour donner plus de formation, avec le même montant d'investissement, qui est quand même majeur, là, pour la région?

Mme Laboissonnière (Diane): Je vais laisser M. Savary répondre.

Le Président (M. Kelley): M. Savary.

M. Savary (Jean-Pierre): Bonjour. Effectivement, sur cet aspect-là, on essaie de... Ce qu'on constate, au niveau technique, c'est que, lorsqu'on utilise la visioconférence pour faire des rencontres de type administratives ou cliniques, là, et lorsqu'il y a un grand groupe, c'est difficile d'avoir des échanges, en tout cas, présentement, avec la technologie que l'on a. Donc, pour ce qui est d'une transmission d'information plus de type traditionnelle, là, c'est-à-dire magistrale, si on veut, ça pourrait être un véhicule.

Présentement, dans la région, la façon dont on fonctionne, c'est qu'on tente de se former des formateurs, on opte beaucoup sur la formation de formateurs, donc ça permet de... Oui, il y a quand même du déplacement mais sur le territoire et non pas nécessairement toujours Québec, Montréal, Saguenay, ce qui réduit quand même une part... Mais il y a des incontournables où les formations souvent dans bien des domaines sont... C'est Montréal, Québec qui nous obligent quand même à se déplacer. Tout ne peut pas être fait par des formateurs internes, il y a certaines limites à ça, mais on essaie d'explorer ces alternatives-là quand elles se présentent effectivement.

M. Reid: Merci. J'ai encore un peu de temps?

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Reid: Vous avez mentionné, en réponse à une question, je pense, qu'on veut s'assurer d'avoir des services de première ligne malgré qu'il y ait un certain manque de volume, mais, pour employer le langage de l'industrie, pour ainsi dire, là, on dit «même s'ils ne sont pas performants». Ça ne veut pas dire qu'ils ne performant pas. J'imagine que ça veut dire que le taux de personnes soignées par personne qui soigne...

Mais vous avez dit donc que c'était une priorité, malgré donc qu'il n'y ait pas toujours les volumes. J'imagine que ça vous oblige soit à des choix budgétaires ou que ça oblige votre intervenant du ministère, quand vous négociez, à faire des choix budgétaires qui sont différents pour la région que pour d'autres probablement. Alors, est-ce que vous pourriez élaborer un petit peu là-dessus?

Mme Laboissonnière (Diane): Quand on a reçu le budget au niveau des développements pour l'année 2007-2008, alors, avant de procéder aux investissements ou encore avant de faire les réajustements au niveau de l'entente de gestion, on s'est assis avec nos vis-à-vis du ministère et on a soulevé également les dynamiques, les problématiques, les besoins de notre région de façon à pouvoir s'assurer que les investissements qu'on allait faire allaient répondre à nos clientèles et en fonction des besoins qu'on avait identifiés dans nos communautés, et ça a très bien fonctionné. C'est ce qui nous a permis d'aller investir beaucoup vers le milieu communautaire, dans le programme PALV. Comme vous le voyez dans le tableau des investissements, sur 2 millions annualisés, il y a un certain bon montant là-dessus. Et on tient compte du profil de nos clientèles également, ce qui fait qu'on fait les ajustements toujours en fonction des besoins et des particularités et dans chacune de nos communautés. Ce n'est pas une distribution 1 \$ égale 1 \$. Je pense que c'est une distribution qui permet que ça réponde aux besoins.

Dans un autre temps, c'est que, quand on regarde les clientèles, il n'y en a pas beaucoup. On n'est peut-être pas performants, si on se compare, effectivement, mais les gens travaillent beaucoup parce qu'ils ont aussi en plus plusieurs programmes. Un professionnel ailleurs, on peut avoir une personne qui s'occupe de l'accueil chez les enfants, mais, chez nous, ce même professionnel là peut faire l'accueil de différentes clientèles aussi, ce qui fait qu'on n'a pas des intervenants dans chacun des programmes, une personne, mais on a souvent des intervenants qui ont de multiples programmes à s'occuper. C'est la même chose au niveau de nos gestionnaires, c'est la même chose au niveau de nos directeurs.

M. Reid: Ça veut dire, si je comprends bien, que, disons, si on prend les mesures de performance qui s'appliqueraient peut-être ailleurs et si on les applique chez vous, ça ne donne peut-être pas des résultats, disons, idéaux, mais par contre la performance existe, même ce type de performance là, parce qu'il y a une combinaison de ressources, un réaménagement plus innovateur peut-être de ressources pour arriver à avoir la même performance, entre guillemets. C'est un autre mot qui est difficile un petit peu, là, mais...

Mme Laboissonnière (Diane): Oui, tout à fait. Ce qui, pour nous, est important, c'est le niveau de nos indicateurs au niveau du nombre de personnes qu'on rejoint, la gestion de nos listes d'attente aussi, le nombre d'interventions qu'on peut faire auprès de la clientèle. Quand on regarde au niveau des cibles nationales et quand on regarde ce qu'on atteint au niveau de la région, pour nous, c'est ça, notre niveau de satisfaction à l'égard de l'offre de services qu'on fait, la réponse à notre clientèle aussi. Et en plus, ce qui est très important, c'est notre capacité d'aller les rejoindre là où ils sont, dans leur communauté majoritairement.

Alors, c'est sûr qu'un service d'urgence dans notre région coûte plus cher qu'un service d'urgence ailleurs, mais, à tout le moins, nos clients ont une réponse aussi. C'est la même chose dans chacun des programmes. Mais nos intervenants ont de multiples programmes à gérer, ce qui nécessite chez eux de multiples expertises, ce qui nécessite une mise à jour de la formation, des compétences, ce qui nécessite également plus de supervision pour les soutenir dans leur pratique aussi et ce qui nous amène aussi à leur donner beaucoup plus de formation. Donc, ça coûte plus cher.

M. Reid: M. le Président, est-ce qu'il me reste encore quelques minutes?

Le Président (M. Kelley): Oui, quelques minutes.

M. Reid: Vous avez touché une corde sensible quand vous avez parlé des pertes d'emploi et du rôle du système de santé parce que, dans mon comté, il y a effectivement une communauté — vous en avez peut-être plusieurs — qui a eu beaucoup de pertes d'emploi du côté industriel, Magog. On parle de plusieurs milliers en fait, en quelques années, de pertes d'emploi. Et j'ai été à même de constater jusqu'à quel point le rôle qui peut être joué par les gens de la santé, CLSC, etc., peut être important, entre autres, pour soutenir les travailleurs qui

ont perdu leur emploi et les familles évidemment qui sont touchées par ça. Dans certains cas, nous, on avait le mari et la femme, les deux conjoints qui travaillaient et qui ont perdu leur emploi en même temps. Mais c'est là où on peut voir, en tout cas, à mon avis, dans mon comté, on a pu voir un peu la force de cette organisation en réseau local, en centre local. Et on a donc beaucoup, beaucoup eu d'appuis, là.

Malheureusement, on a eu d'autres mauvaises nouvelles et on recommence un petit peu cette opération-là, mais on sait maintenant jusqu'à quel point c'est utile, et les gens du monde de la santé, entre autres, savent un peu plus de quelle façon être encore plus performants — ce n'est peut-être pas le bon mot — qu'ils l'ont été, et ils l'ont été beaucoup. Et j'aimerais ça si vous pouviez nous parler, avec le peu de temps qu'il nous reste en tout cas de ce côté-ci, si vous pouviez nous parler un petit peu de ce qui se passe dans les centres les plus touchés actuellement et quel est le rôle que vous y voyez. Est-ce que c'est un rôle similaire? Est-ce que les gens sont impliqués de la même façon avec les différents intervenants, y incluant les comités de reclassement, etc.?

Mme Laboissonnière (Diane): Tout à l'heure, ce que je soulignais, c'est l'implication du réseau dans la communauté. Alors, c'est d'abord la surveillance qui est exercée au niveau de la communauté, ce qui fait qu'on a des antennes constamment dans la communauté, on surveille ce qui se passe. On demande à nos gens d'être à l'écoute, mais d'être présents, de voir... et de s'impliquer aussi, et c'est souvent un bon bassin d'information.

La deuxième des choses, c'est qu'en santé publique il y a beaucoup de programmes en promotion-prévention qui ont été développés et, en organisation de services, il y a beaucoup de services qui se développent sur le terrain. Donc, c'est de les faire connaître, c'est d'être là, d'être disponibles, d'aller à ces rencontres-là. Il y a eu des rencontres, il y a eu des assemblées de citoyens. Alors, on avait des gens qui étaient présents, pas nécessairement pour intervenir dans la rencontre, malgré le fait qu'ils sont aussi des citoyens, mais qui étaient plus là pour aller écouter puis essayer de cibler quels étaient les besoins ou quelles étaient les problématiques en émergence et en même temps de donner l'information aussi, qu'est-ce qui existe comme services. Et, pour eux, si le service n'est pas encore présent, c'est de revenir avec les équipes de la région, au niveau du réseau complet, pour voir: Est-ce que ces services-là existent ailleurs? Est-ce qu'on peut avoir de l'entraide d'une autre communauté pour venir soutenir cette communauté-là aussi? Alors, c'est vraiment d'être à l'écoute.

Et je vous dirais qu'à chaque fois qu'il se passe quelque chose dans la communauté, qu'il y a une nouvelle, on est toujours assez bien informés. Et de plus, au niveau du conseil d'administration, c'est qu'on a des représentants de chacune des communautés, parce qu'il y a cinq sièges pour les élus, donc c'est quelqu'un de chacune des communautés. Et je vous dirais que c'est aussi une tribune pour les gens, qui viennent aussi nous sensibiliser sur ce qui se passe, nous informer sur ce qui se passe dans leur communauté, qui viennent soutenir souvent des engagements qu'on veut prendre, ou des orientations, ou des décisions qu'on veut prendre aussi. Alors, c'est une mine d'information. Ça fait qu'on a des oreilles, on a des antennes

un peu partout dans la communauté. Et en plus ce sont des petites communautés, donc j'estime que c'est plus facile d'être à l'écoute et de savoir ce qui se passe dans nos milieux, et c'est beaucoup plus personnalisé aussi.

Ça a ses bons et ses moins bons côtés, parce qu'on a aussi des travailleurs qui sont drôlement concernés par les situations aussi, c'est leur propre famille, ou leur conjoint, conjointe, ou leurs enfants aussi qui sont là-dedans. Ça fait que c'est vraiment le réseau d'écoute, d'entraide aussi et la disponibilité. Il y a une mobilisation des ressources qui se fait très rapidement pour voir: Bon, qu'est-ce qui se passe? On va rencontrer les gens ou on les invite, et on va voir qu'est-ce qu'il y a, puis on fait les ajustements. Et ça, là-dessus, je vous dirais que c'est toujours quelque chose qu'on priorise énormément, action-réaction, puis on travaille beaucoup en proaction aussi.

● (16 h 10) ●

M. Reid: Merci.

Le Président (M. Kelley): Parfait, merci beaucoup. M. le député de La Peltre.

M. Caire: Merci, M. le Président. Ce que j'ai compris, des différents échanges que vous avez eus avec mon collègue de Marie-Victorin puis d'Orford, c'est que la télé-médecine, c'est une voie d'avenir, notamment pour les spécialités. On comprend que, dans votre région, ça va être plus difficile d'attirer des spécialistes, le bassin de population n'est pas nécessairement là non plus, donc vous vous tournez vers cette voie-là.

Ce que je comprends aussi, c'est que le réseau, le RTSS, c'est probablement le problème le plus important que vous rencontrez dans ce processus-là. Je m'interroge donc de ne pas lire... ou peut-être que je l'ai manqué puis vous pourriez me corriger, mais de ne pas lire dans votre rapport de gestion, là, le problème, la problématique que vous soulevez. Pourquoi? Parce que vous parlez, bon, des «upgrades» de serveurs que vous avez faits, de la modification au niveau des endroits où vous hébergiez vos serveurs, en conformité avec le plan de sécurité qui a été déposé par le ministère, mais le principal problème que vous semblez rencontrer ne figure pas dans votre rapport, ni non plus une ventilation du problème. Parce que vous dites que le réseau est insuffisant, mais vous ne nous dites pas quelle est la bande passante à laquelle vous avez accès, quelle est la bande passante dont vous auriez besoin. Vous parlez des coûts qui sont importants sans ventiler les coûts en question. Alors, pourriez-vous apporter des précisions là-dessus, s'il vous plaît?

Le Président (M. Kelley): Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): Dans le dernier rapport annuel de gestion, ce qu'on voyait, c'est que le RTSS était en processus de rehaussement. Maintenant, ce qu'on connaît, c'est les résultats de ce rehaussement-là, ce qui fait que, dans le rapport annuel de gestion 2007-2008, cette situation-là va être passablement bien déclinée dans le rapport. Toutefois, dans le document d'appui qu'on vous a fait parvenir, on l'a soulevé aussi, cet élément-là.

Maintenant, on connaît le nombre de mégabits qui sont nécessaires pour pouvoir assurer le service et soutenir ça. Et on sait que c'est 10 MBPS, si je me

rappelle, de mémoire, pour Matagami, Radisson et Chibougamau. Ce qu'on a présentement, c'est 4,5 et 3, donc il en manque passablement. Et ce qu'on soulève aussi, c'est la disponibilité du réseau téléphonique, le réseau de Télébec qui soutient ce projet-là. Et également ce qu'on soutient, c'est qu'il va devenir prioritaire qu'il y ait d'autres partenaires, tels qu'Hydro-Québec, qui soient partie prenante de ces démarches.

Il y a présentement des gens qui travaillent sur ce dossier-là, entre autres, je vous dirais, la Conférence régionale des élus de la Baie-James, la CREBJ, il y a plusieurs personnes d'impliquées de différents ministères aussi et il y a quelqu'un de chez nous également qui siège à certaines tables au niveau provincial pour faire valoir ce niveau-là.

Maintenant, quelles sont les sommes d'argent qui sont nécessaires? Je ne pourrais pas vous répondre à ce moment-ci. Et possiblement que, d'ici à la fin de l'exercice financier 2007-2008, nous pourrions peut-être avoir une idée de ce que ça peut représenter comme montants, mais, moi, je ne les connais pas.

M. Caire: Bien, en fait, la question qui me vient, c'est: Comment se fait-il que vous n'ayez pas un estimé des coûts? Parce que ce que je comprends, c'est que c'est quand même un dossier qui est assez important pour la région. C'est possiblement une alternative tout à fait pertinente, crédible et efficace à la pénurie notamment de spécialistes. Avec Télébec, vous n'avez pas eu de discussion sur ce qui pourrait être... C'est quand même le fournisseur de services, membre du consortium. Et ça s'est fait ailleurs, parce que, bon, comme vous le dites avec beaucoup de pertinence, Bell l'a fait dans les régions qu'elle dessert, TELUS le fait dans les régions qu'elle dessert. Là, vous me dites que Télébec pourrait le faire avec certains retards chez vous. Donc, on ne part pas de rien, là. Je veux dire, «upgrader» le réseau, on est quand même capables d'avoir un estimé. Est-ce que c'est parce que le fournisseur de services ne vous fournit pas les estimés ou...

Mme Laboissonnière (Diane): M. le député, ces estimés-là sont disponibles dans d'autres instances. Personnellement, je ne les ai pas en mémoire, je ne les ai pas non plus devant moi, mais je pourrais... Je ne les ai pas sur moi, je suis désolée. Mais je pourrais vous les faire parvenir si M. le Président me le permet.

Le Président (M. Kelley): On a pris bonne note de la demande faite par le député et si vous pouvez acheminer ces renseignements à la secrétaire de la commission. Merci beaucoup.

M. Caire: Dans le même ordre d'idées, vous sembliez dire que la faiblesse du réseau amenait certaines difficultés, notamment lors de visioconférences. Est-ce qu'on peut penser que, pour la dispensation des services de télé-médecine, vous vivez les mêmes difficultés puisque vous passez à travers le même réseau?

Mme Laboissonnière (Diane): Je vais laisser le Dr Lemoine vous répondre.

Le Président (M. Kelley): Dr Lemoine.

Mme Laboissonnière (Diane): Peut-être, juste une petite précision au préalable. Dans le rehaussement du RTSS, il y a la portion budgétaire qui concerne le ministère, mais le reste du financement n'est pas nécessairement dans nos budgets à nous. Alors, on n'est pas responsables de tout le montage financier et de toutes les sources de financement. C'est pour ça que je vous disais qu'il y a d'autres partenaires qui travaillent, il y a d'autres instances qui travaillent sur ce dossier-là et qui, eux, ont les chiffres. Je les ai vus passer mais je ne les ai pas en mémoire. Mais ceux qui doivent le faire les ont.

Le Président (M. Kelley): Dr Lemoyne.

M. Lemoyne (Jean): Juste pour rajouter, comme je l'ai dit un petit peu précédemment, ce n'est pas simplement la bande passante qui est notre problématique, c'est la disponibilité d'avoir des médecins spécialistes avec du temps pour nous desservir. Et puis actuellement, à travers la province, il se fait toutes sortes de travaux par les RUIS pour bâtir tout un schéma qui vient faire que, puisqu'on cherche la solution globale, bien on n'a pas pu assurer les solutions initiales plus petites au complet, là. Ça nous a un peu ralentis, ce qui fait que l'urgence d'être sûrs, sûrs d'avoir toute la bande passante ne se fait pas encore sentir, parce que, même si on l'avait — pour ce qui est de la télémedecine, je parle, là — on ne serait pas nécessairement capables d'encore tout faire immédiatement. Qu'il y ait un délai un peu, bien, va peut-être nous permettre ça, là. Parce que la disponibilité des médecins spécialistes, elle est difficile en présence et elle est difficile aussi en télémedecine parce que c'est plus long pour un médecin spécialiste de voir un patient par télé Santé que de le voir directement devant lui, là.

M. Caire: En fait, le problème que vous soulevez a déjà été soulevé dans d'autres régions. Effectivement, il semble qu'il y ait une réticence de la part des médecins à consulter ou à pratiquer, je devrais dire, via la télémedecine. Ça, j'imagine que, dans le corps médical, il y a des représentations qui pourraient être faites, notamment quand on parle de régions plus éloignées où ça devient une solution justement à la pénurie.

Mais ma question faisait suite à une réponse qui avait été donnée, où on disait qu'on pouvait avoir des difficultés de visioconférence en raison de la faiblesse du réseau. Et logiquement, la visioconférence et la télémedecine passant par le même réseau, mon questionnement était et demeure: Est-ce que vous vivez les mêmes problématiques? Je ne sais pas si votre région a été PACSée?

Une voix: ...

M. Caire: Bon, vous êtes PACSés, donc on peut penser que toute l'imagerie, c'est quand même volumineux, ça nécessite beaucoup de bande passante. Dans toutes les régions du Québec qui ont été PACSées, on a soulevé le problème justement des délais puis de la difficulté que ça amenait. Je sais qu'il se fait de la télémedecine en néphrologie entre Trois-Rivières et, bon, Drummond, Arthabaska. On m'a avisé que c'était un problème pour les néphrologues que la bande passante était insuffisante, que le système ne répondait pas bien à la demande.

Étant donné le fait que, pour vous, ça semble être une orientation stratégique, la télémedecine, là, je me demandais si vous viviez les mêmes problématiques et si le ministère avait été sensibilisé à cette situation-là. Parce que je comprends ce que Mme Laboissonnière dit, puis ce n'est pas nécessairement votre unique responsabilité, mais il n'en demeure pas moins que, si, moi, c'était mon principal problème, ce serait aussi ma principale préoccupation, là.

Mme Laboissonnière (Diane): Les représentations sont faites, et tout le monde est bien au fait du besoin et de la situation.

M. Caire: Est-ce qu'on peut savoir quelle a été la réponse du ministère?

Mme Laboissonnière (Diane): Il travaille au niveau du rehaussement mais dans les limites de ce que le réseau aussi peut permettre, le réseau de distribution aussi. Alors, le réseau de distribution va travailler, eux autres aussi, à augmenter leur capacité et leur bande passante.

M. Caire: O.K. Mais est-ce que vous constatez qu'il y a un retard particulier dans votre région par rapport justement aux besoins que vous avez témoignés dans ce domaine-là?

Mme Laboissonnière (Diane): Bien, je ne dirais pas qu'on a un retard particulier parce que... J'oserais même dire que des fois on est en avance dans certains secteurs, là. On suit le rythme. Et, en même temps qu'on fait ça, bien je vous dirais que des fois on développe d'autres services, alors on ne peut pas tout faire en... Et ça peut nous servir aussi parfois, qu'il y ait des petits délais, ça nous permet d'avancer dans d'autres choses et pas tout en même temps.

● (16 h 20) ●

M. Caire: Je vois aussi, là, dans votre rapport, que vous dites, bon: «Suite au dépôt du cadre global de la sécurité et des actifs informationnels», il y a un certain nombre de mesures que vous avez prises, notamment au niveau de la protection des serveurs. Est-ce que vous pouvez élaborer un peu là-dessus? Parce que je vous avoue que, moi, ça... Tu sais, je comprends... Puis je précise que je suis informaticien de profession dans mon ancienne vie, là, ça fait que vous comprendrez pourquoi ça m'intéresse peut-être plus particulièrement, là. Mais, quand je vois de la climatisation inadéquate, des conduits d'eau au-dessus des équipements, là, c'est sûr que, moi, là, ouf!, il y a un petit frisson qui me passe sur le corps, là.

En quoi le dépôt du rapport du ministère était nécessaire pour que les gens du technocentre s'aperçoivent que vos serveurs étaient dans des situations assez particulières, là, pour le moins, surtout dans un contexte où, ce que je comprends, c'est que, pour votre région, l'aspect informatique est particulièrement important, là? Il n'y a pas un peu de négligence, là-dedans, là?

Mme Laboissonnière (Diane): Je n'oserais surtout pas dire qu'il y a eu de la négligence, parce que je dois vous dire que l'équipe des techniciens qui travaille au technocentre sont assez pointus en termes de volet sécurité et en termes d'environnement aussi.

C'est que, quand on a commencé le développement, c'était tout petit, dans des espaces un peu plus restreints, ce qui fait qu'avec l'ajout des serveurs, et tout ça, il a fallu réévaluer nos espaces, et le fait de le revoir en termes d'espace mais aussi de le revoir avec le potentiel d'investissement, ça nous a permis de refaire la salle de serveurs dans un nouvel endroit. Il faut dire qu'il y a eu un agrandissement au centre de santé qui a permis d'utiliser ces espaces-là d'agrandissement, les espaces du sous-sol, qui nous a permis de pouvoir réajuster tous ces espaces-là pour les rendre plus sécuritaires également. Alors, le système s'est développé très petit, a pris de l'ampleur, c'est ce qui a fait qu'en augmentant les espaces physiques, bien, on s'est retrouvés avec, au dessus, d'autres types d'espaces qu'on ne pouvait pas déménager, mais il y avait eu une opportunité par la suite. Mais ce n'est pas du fait du cadre global ou du volet de la sécurité qui a fait émerger ce constat-là, les techniciens avaient déjà ce constat-là, mais il y avait une opportunité d'investissement qui nous a permis de solutionner ce problème-là.

M. Caire: D'accord. L'état général de votre parc informatique... Parce que j'écoutais le docteur, tout à l'heure, dire que... le Dossier santé Québec, toute la cogitation sur l'«opting in», «opting out». D'ailleurs, je précise que la pensée du ministre a beaucoup évolué depuis le 26 mars dernier. Je ne sais pas ce qui s'est passé à ce moment-là, mais il semblerait qu'on ait décidé de prendre l'orientation que le reste de la planète prend quant au consentement explicite des patients. Mais vous semblez dire que c'était une problématique particulière pour l'implantation des systèmes informatiques dans votre région. Je serais intéressé à vous entendre, à savoir en quoi c'était une problématique et ça devient une solution.

Mme Laboissonnière (Diane): Je ne pense pas qu'on ait annoncé que c'était une problématique au niveau du consentement. Ce qu'on vient dire, c'est que c'est un plus au niveau du développement des systèmes.

En ce qui a trait au niveau du parc informatique, je vous dirais que l'établissement a bien investi, a bien suivi son parc. Il y a un renouvellement, il y a tout un calendrier de renouvellement au niveau des systèmes. On a investi également des ressources, des techniciens, analystes. On a quelqu'un qui est à temps complet pour le volet de la sécurité, et tout ça. Alors, ce dossier-là, à mon avis à moi, est très bien suivi, est très bien monitoré aussi.

Alors, nos systèmes sont adéquats, les ajouts de serveurs sont adéquats. Également, la mémoire, même avec l'ajout du scan, la numérisation et tout ça nous demandaient déjà beaucoup de mémoire au niveau des serveurs. Alors, l'équipe en ressources informationnelles a été suffisamment proactive pour déjà identifier ces besoins-là, et, comme établissement, on a fait les investissements nécessaires pour pouvoir soutenir tout cet élément-là.

Maintenant, on est dans le travail pour ce qui est du numéro unique pour les patients de la région. On est dans l'implantation de MédiPatient, donc des logiciels de soutien qui vont nous amener vers le Dossier santé Québec de façon un petit peu plus harmonieuse dans tout ce volet-là. Alors, on se prépare, on se prépare bien, et l'équipe des ressources informationnelles est très proactive dans ce volet-là.

M. Caire: Ça représente? Parce que j'imagine que, ça, c'est pris à même les budgets de l'agence.

Mme Laboissonnière (Diane): Le budget de l'établissement.

M. Caire: De l'établissement strictement? Donc, c'est à la charge de l'établissement de voir à la mise à jour de son parc informatique pour l'implantation du DSQ. Est-ce que c'est ça que je comprends?

Mme Laboissonnière (Diane): C'est que notre établissement est un établissement qui a la mission agence. Alors, c'est la même chose pour nous, sauf que notre appellation, c'est «établissement». Alors, quand on parle «à la charge de l'établissement», ça comprend aussi le volet agence. Donc, c'est une seule et unique entité chez nous.

M. Caire: Et les budgets sont entremêlés, à ce moment-là?

Mme Laboissonnière (Diane): Ce sont les mêmes budgets effectivement.

M. Caire: Ce sont les mêmes budgets.

Mme Laboissonnière (Diane): Oui.

M. Caire: Et ça représente, le budget de mise à niveau, dans votre cas, ça représente quelle somme exactement que vous avez investie et/ou que vous aurez à investir dans la perspective de l'implantation du DSQ?

Mme Laboissonnière (Diane): Je n'ai pas la réponse à ce moment-ci. Si vous me le permettez, je vous la ferai parvenir.

M. Caire: Tout à fait. Mais je vais poser ma question différemment: Est-ce que votre planification informatique se fait de façon normale ou est-ce que, par rapport à ce que le docteur nous disait tout à l'heure, l'avènement du DSQ amène une planification différente ou une surcharge au niveau de la planification et de la budgétisation des équipements informatiques?

Mme Laboissonnière (Diane): Présentement, les travaux qui se font au niveau du DSQ, les travaux qu'on fait, nous, dans l'établissement s'insèrent très bien dans ce développement-là. Maintenant, ils sont en train de regarder le système, et on suit ces travaux-là. Mais ce qu'on fait, on s'assure que toutes les actions qu'on pose à l'égard des ressources informationnelles vont dans le sens de ce qui va se développer au niveau du Dossier santé Québec.

M. Caire: Dans une perspective que vous avez déjà planifiée ou il y a... En français, là, est-ce qu'il y a des commandes particulières, au niveau informatique, à votre charge ou selon vos budgets parce que le DSQ s'implante ou si votre planification se fait: DSQ pas de DSQ, pour vous autres, ça ne change rien, là, c'est «business as usual»?

Mme Laboissonnière (Diane): Actuellement, on a déposé le plan directeur au niveau des ressources informationnelles, il y a déjà deux ans, je crois, deux ou

trois ans, deux ans sûrement. Et, à partir de là, on avait déjà identifié des choses très précises. Et le Dossier santé Québec est arrivé par la suite. Et ce qu'on sait, ce qu'on fait s'insère très bien dans les travaux à venir au niveau du Dossier santé Québec.

M. Caire: Combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): 12 minutes.

M. Caire: Ah, Seigneur! Ça va vite. Je vais changer de dossier, je vais vous parler d'un autre dossier qui me tient à coeur, c'est tout le volet préhospitalier. Votre rapport là-dessus est assez mince mais en même temps inquiétant parce que vous semblez dire que 2006-2007 a été une année difficile au niveau du préhospitalier. Ce que je constate, c'est qu'au niveau des ressources humaines en établissement vous parlez de 6,14 % d'assurance salaire, ce qui est une norme qui est assez élevée, là, mais on peut peut-être comprendre qu'il y a des problématiques particulières dans votre région. Selon la Corporation des services ambulanciers du Québec, la moyenne d'assurance salaire au Québec est de 30 %. Est-ce que vous avez une idée — vous comprendrez, ce qui est catastrophique, là — quand vous parlez d'une année difficile, est-ce que vous avez chiffré les difficultés? Donc, est-ce que vous avez le niveau d'assurance salaire au niveau des techniciens ambulanciers? Peut-être aussi parler un peu de la pénurie de techniciens ambulanciers paramédics dans votre région.

Mme Laboissonnière (Diane): Je vais laisser le Dr Lemoyne répondre à la question. Je pense qu'au départ les données concernant l'assurance salaire chez les techniciens ambulanciers, ce sont des données que les entreprises ambulancières ont, qui ne sont pas intégrées à l'intérieur de nos données. Et la personne qui pourrait nous répondre spécifiquement, si elle a l'information, n'est pas avec nous. Maintenant, pour ce qui est du reste du volet des services préhospitaliers, en termes de ressources, on peut vous parler des actions qui ont été posées et qui continuent d'être posées pour les techniciens.

● (16 h 30) ●

M. Lemoyne (Jean): Je n'ai pas les chiffres, moi non plus, d'absentéisme pour cause de maladie, mais on sait qu'on avait quand même eu de l'absentéisme pour cause de maladie au niveau des techniciens ambulanciers. Et, quand on parle d'année difficile, là, je ne sais pas par coeur ce qu'on avait écrit, mais c'est le recrutement, tout simplement. Le recrutement de techniciens ambulanciers est difficile, paramédics. Mais cependant on a un projet de faire une formation à Chibougamau même, très bientôt, qui actuellement semble s'annoncer très prometteuse puisqu'il y a eu au-delà de 50 demandes pour faire partie de la cohorte. Ça fait que ça devrait nous aider un peu. Mais la difficulté était surtout là.

Parce qu'au niveau du préhospitalier, dans la région, on se considère très avantagés. La formation, le maintien des compétences, c'est presque personnalisé. Le Dr Bruno Hamel, qui est le directeur médical là-dessus, met énormément de temps à les supporter, en tout cas. Les équipements ont été renouvelés. C'est beaucoup plus une problématique de recrutement en région. On a une ambulance, entre autres, dans un parc. C'est difficile

de maintenir des ressources. Quand tu demeures isolé au kilomètre 82... C'est des choses comme ça surtout.

M. Caire: Mais je suis content que vous abordiez cette question-là. En fait, de façon assez succincte, docteur, ma question était plus à l'effet: Vos effectifs sont à quel niveau et devraient être à quel niveau, au niveau des paramédics? Est-ce que vous avez l'information? Parce que, là, vous parlez de pénurie. Non, ça non plus?

M. Lemoyne (Jean): Ce que je savais, c'est qu'on a un projet pilote, et puis le fait qu'on manque de possibilité de remplacement nous oblige à retarder un peu, ça fait que... Mais je n'ai pas les chiffres par coeur, j'avoue.

M. Caire: En tout respect, là, je trouve que ça fait beaucoup de chiffres que vous n'avez pas, là. Je vous le dis en tout respect, là, mais il me semble que... C'est parce que, je regarde, dans tous les secteurs, ces chiffres-là sont disponibles. Puis je me demande pourquoi l'assurance salaire est disponible partout, sauf pour les paramédics, pourquoi les effectifs, c'est disponible, sauf chez les paramédics. J'essaie de...

Je comprends que c'est une entreprise... Souvent, c'est des entreprises privées, mais, un, c'est du privé conventionné, deuxièmement, le ministre souvent nous renvoie aux agences quand on a besoin de ces informations-là, plus là ça fait quelques fois que les agences en question n'ont pas l'information. Donc, ça devient un petit peu compliqué pour nous d'essayer de faire un travail dans ce domaine-là.

Mme Laboissonnière (Diane): Si je peux me permettre, M. le Président. Il nous fera plaisir de vous envoyer les chiffres de façon très précise.

M. Caire: Merci. Si je peux me permettre aussi, peut-être envisager dans les années futures de les inclure au rapport. Je pense que c'est un secteur qui est négligé au Québec, puis souvent on a malheureusement une démonstration éclatante que c'est le cas. Au niveau des équipements des véhicules ambulanciers, j'ai cru comprendre que vos véhicules étaient équipés d'appareils de télémétrie. Est-ce que c'est le cas? Est-ce que je me trompe? Au niveau des électrocardiogrammes entre autres?

M. Lemoyne (Jean): Pas par télémétrie, mais on est équipés pour faire l'électrocardiogramme 12 dérivations, faire l'interprétation puis aviser le médecin. Effectivement, c'est déjà en place, ça.

M. Caire: Est-ce que la télémétrie, est-ce que les équipements de télémétrie sont envisagés? Surtout dans une région comme la vôtre où déjà les délais de transport à cause de la distance sont probablement importants, est-ce que ce type d'équipements là, qui permettraient sans doute d'acheminer d'une façon plus efficace les cas extrêmement problématiques, est-ce que c'est envisagé, là? Je sais que ça a été accepté dans plusieurs régions du Québec, des projets pilotes qui ont été acceptés. J'imagine que... Puis je pense que le ministre a donné son feu vert, là, pour que ce soit le cas. Est-ce que dans votre cas ça a été planifié? Est-ce qu'on peut penser que les véhicules vont être équipés à court terme de ces équipements-là?

M. Lemoyne (Jean): Ce n'est pas dans les projets immédiats que j'ai entendus. De toute façon, on a un peu certaines difficultés au niveau des communications dans nos territoires. C'est des grands, grands territoires. Mais normalement les populations, elles ne sont pas dans un grand, grand territoire. Ce que je veux dire, c'est qu'à Chibougamau les gens vont demeurer presque tous en dedans de cinq minutes de distance, sauf quelques lacs un peu, à Chapais la même chose, à Quévilleon la même chose, ça fait que c'est un peu différent. Puis, quand on sort de nos bassins de population concentrée, là, on a un peu de problèmes parfois avec les communications.

Même si on avait essayé de mettre des radios satellites, même les satellites ça fonctionnait bien au début, puis, oups! il manquait de satellites, puis on est rendu à 50 % de couverture en remontée, là. Ça fait qu'assurer la télémetrie, il faut aussi assurer la communication. Mais déjà d'avoir le 12 dérivations avec aviser l'urgence d'avance que c'est un infarctus probable puis de se préparer, pour nous, c'était déjà une grande amélioration.

M. Caire: Je comprends que, si vous avez ce problème-là avec la télémetrie, le problème va être similaire au niveau des GPS parce que j'imagine que ce n'est pas...

M. Lemoyne (Jean): Oui, bien, le GPS... J'ai entendu parler du GPS.

M. Caire: Ah oui? Où ça?

M. Lemoyne (Jean): Le GPS... Chez nous, là, c'est un peu la même chanson. Le GPS, pour nous autres, ce que j'avais entendu, c'est que l'utilisation serait intéressante pour réorganiser les ambulances, savoir où est-ce qu'elles sont. Mais, quand on a trois ambulances, exemple, une à Chapais, une à Chibougamau puis une dans le parc, puis une par chaque communauté, savoir où elle est par GPS, ce n'est pas une grande nécessité puis savoir... Ou l'autre possibilité, serait pour découvrir où est le patient par la donnée GPS, mais, nos techniciens ambulanciers, il n'y a pas beaucoup, beaucoup de rues à connaître, puis tout ça. Ça fait qu'il y aurait peut-être pour hors territoire desservi que ça pourrait peut-être aider. Mais, c'est ça, là, pour l'instant, comme je vous dis...

M. Caire: C'est moins pertinent...

M. Lemoyne (Jean): Je sais que c'est dans les projets analysés, mais, si vous me demandez: Est-ce que j'aurais dit à mon agent qui s'occupe du préhospitalier que c'est une grande préoccupation? Pas pour l'instant, là, en tout cas.

M. Caire: Ce n'est pas... Non, ce n'est pas prioritaire.

M. Lemoyne (Jean): C'est plus la formation, là, s'assurer que nos ambulanciers sont très compétents, que le contrôle de qualité est correct, que le délai de réponse est correct puis en avoir.

M. Caire: Je pense que c'est sage aussi. Mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce l'a abordé, le transport

des bénéficiaires, j'aimerais ça que vous puissiez ventiler parce que je comprends que le montant a diminué, mais 1 872 342 \$, ça reste quand même un chiffre important, surtout sur un budget global de 43 millions, ça demeure important. Êtes-vous capables de nous ventiler ça et de nous dire, bon, bien, ça veut dire quoi exactement, le transport des bénéficiaires, ça inclut quoi? Est-ce que c'est le transport aérien, le transport ambulancier, le transport interétablissements? Vous le ventilez comment, là?

Mme Laboissonnière (Diane): Quand vous regardez les transports que vous avez, c'est tous les montants confondus. Alors, les transports, au niveau des électifs, il y a une directive ministérielle concernant le déplacement des usagers pour les cas électifs, qui permet aux gens qui habitent à plus de 250 km du milieu qui est en mesure de donner le service de recevoir une allocation de déplacement. L'allocation est versée pour l'endroit le plus rapproché. Pour notre région, même si l'utilisateur va à un endroit un peu plus éloigné que le service en mesure de l'assurer... de l'endroit, c'est-à-dire, où est le service, on défraie quand même l'allocation, mais pour l'équivalent de l'endroit le plus rapproché aussi. Alors, ça, c'est en soutien à la communauté pour les 250 km et plus.

Au niveau des transports électifs, dans l'année 2006-2007, ça représente un montant de 655 896 \$ pour 3 516 déplacements. Il y a eu des modifications dans la directive, au cours des dernières années, ce qui fait qu'outre l'allocation pour l'équivalent du kilométrage il y a aussi l'allocation pour les gens qui doivent être hébergés ailleurs. Donc, si le transport ne peut pas se faire dans la même journée, entre autres quelqu'un qui partirait de Chapais pour aller à Québec, bien il ne peut pas faire ça dans la même journée — on peut le faire, des gens comme nous autres, parfois pour deux réunions, là, mais on ne peut pas demander ça aux gens — donc, il y a une allocation pour compenser le fait qu'il doive coucher, ou encore, des fois, c'est des allocations pour les déplacements.

Bon nombre de nos déplacements se font initialement par le service ambulancier, et c'est souvent en lien aussi avec la durée du transport. Ça fait que, si on a un patient qu'on doit référer à Québec ou Montréal à partir de Chibougamau, Chapais, bien ce n'est pas souvent qu'on va l'envoyer avec l'ambulance parce que, là, ça vient dire que notre zone serait découverte sur des périodes un peu plus... des temps de découverte beaucoup trop longs — découverte, ça ne se dit, mais en tout cas, pour la compréhension — des temps beaucoup trop longs, donc on doit sélectionner d'autres modes de transport. C'est ce qui fait que des fois on va les envoyer par avion ou par hélicoptère. Les transports urgents aussi, il y a l'avion du gouvernement qu'on utilise, qui coûte moins cher, mais encore là, c'est une question de disponibilité parce que cet avion-là couvre l'ensemble du Québec...

M. Caire: Si vous me permettez...

Le Président (M. Kelley): ...commentaire?

M. Caire: Oui. Merci, M. le Président. Je n'aime pas ça quand vous dites ça. Il y a une problématique qui est vécue dans la région de l'Abitibi où justement l'avion du gouvernement passe à une date très précise, puis, si vous avez des passagers, tant mieux, mais, si vous êtes

en dehors des heures de transport, à ce moment-là, on va référer, à la carte, à des entreprises privées. On parle d'un écart, là, de 600 \$ à peu près, le transport, avec...

Mme Laboissonnière (Diane): 625 \$.

M. Caire: Oui, 625 \$ avec l'avion-ambulance du gouvernement, versus... je pense que c'est 3 000 \$ avec un transporteur privé donc. Puis, dans le cas de l'Abitibi, là, c'est le mercredi. Si vous vous blessez le mercredi, vous êtes correct, vous prenez l'avion-ambulance du gouvernement, mais, si vous vous faites mal le vendredi, bien là ça vient de coûter 3 000 \$.

Est-ce que vous vivez, vous, la même problématique? Et, si oui, est-ce que vous avez déjà envisagé... ou des ententes avec des transporteurs de la région pour acheter un certain nombre de transports? Parce qu'au niveau du budget, en tout cas dans l'Abitibi, je pense que c'est un réel problème, c'est une pression énorme, c'est une augmentation énorme de leurs coûts au niveau des transports. Je ne sais pas si de votre côté c'est la même situation.

● (16 h 40) ●

Mme Laboissonnière (Diane): Les transports...

Le Président (M. Kelley): Brièvement, Mme Laboissonnière.

Mme Laboissonnière (Diane): Merci. Excusez-moi. Les transports qui sont le plus dispendieux, ce sont toujours les transports qui sont en lien avec une situation urgente ou une situation semi-urgente avec un potentiel majeur pour les patients. Habituellement, lorsqu'on fait appel à l'avion-ambulance du ministère, on a une bonne disponibilité et souvent dans des temps qui sont assez adéquats. Mais, encore là, ça dépend de la situation de l'usager. S'il y a des délais potentiels dans le transport... Parce que des fois, ils dévient parfois sur leur route pour pouvoir venir chercher des patients. Et c'est toujours en lien avec la situation d'urgence. Quelqu'un dont la vie est vraiment en danger et qu'il y a un risque majeur, c'est une situation plus urgente que quelqu'un qui peut avoir un délai de deux, trois heures pour une autre intervention. Alors, à ce niveau-là, c'est assez important.

L'autre chose, c'est qu'on a des ententes pas nécessairement formelles, mais on a un transporteur, un avion-ambulance qui provient de l'Abitibi, alors qui est assez disponible. À bord, il y a un médecin, infirmière, et c'est la même chose avec Airmédic. Ça dépend toujours du type de transport qu'on a besoin aussi. Quand on a besoin d'avoir un médecin à bord, bien on doit plutôt travailler avec les transporteurs de type avion ou hélicoptère-ambulance. Et, en d'autres temps, bien ça arrive qu'on nolisé nos propres avions parce qu'on a des infirmières qui vont faire ces transferts-là. Je vous dirais qu'on utilise à peu près toute la gamme. Et on travaille toujours pour s'assurer que c'est au moindre coût mais le transport le plus rapide qui correspond à l'état de l'usager quand même pour éviter les détériorations aussi.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je vais maintenant céder la parole à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, en disant que votre collègue vous a laissé 13 minutes.

Mme Harel: Merci. Alors, je voudrais vous saluer, Mme Laboissonnière, les personnes qui vous accompagnent, du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Bon, j'ai eu l'occasion de visiter presque tous les centres. Je pense qu'il n'y a que Chapais où je ne me suis pas rendue, encore, du moins. Et j'ai souvenir de Radisson où le mauvais temps m'avait retenue pour quelques jours. Alors, j'avais eu l'occasion... À ce moment-là, il y avait une mairesse très convaincante qui m'avait convaincue de la nécessité d'infrastructures municipales permanentes et non pas temporaires, comme c'était le cas.

Mme Laboissonnière, moi, j'aimerais que l'on revienne sur la situation des jeunes. J'ai souvenir que, l'automne dernier, la directrice du Centre jeunesse du Saguenay—Lac-Saint-Jean disait qu'en période de difficultés économiques comme celle vécue dans la forêt, le taux de signalement à la protection de la jeunesse augmentait proportionnellement et le nombre de signalements retenus finalement pour des enfants qui étaient en détresse.

Vous, avez-vous une connaissance de ce qui se passe sur votre, disons, territoire, dans ces termes-là? Combien y a-t-il eu de signalements au total? Et, durant les dernières années, est-ce que la situation, par exemple, de Lebel-sur-Quévillon a induit beaucoup plus de signalements en protection de la jeunesse? Et puis combien y a-t-il de familles d'accueil sur votre territoire? Parce qu'on parle beaucoup de la difficulté de recrutement de familles d'accueil, notamment en Abitibi-Témiscamingue, au point où ils font même de la publicité, comme vous le savez, à la télévision pour recruter des familles. Je sais aussi que la présence souvent dans les milieux autochtones d'une situation familiale qui diffère à bien des points de vue de celles que l'on connaît fait en sorte souvent que des enfants sont placés en famille d'accueil, disons, de régions administratives comme l'Abitibi-Témiscamingue. Est-ce que c'est le cas à la Baie-James également?

Mme Laboissonnière (Diane): Les centres jeunesse sont sous la responsabilité de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay—Lac-Saint-Jean, et ce sont eux qui détiennent cette information très pointue...

Mme Harel: Vous ne l'avez pas?

Mme Laboissonnière (Diane): Je ne l'ai pas avec moi, non.

Mme Harel: Vous ne l'avez pas avec vous. Mais vous ne l'avez pas du tout ou vous ne l'avez pas avec vous?

Mme Laboissonnière (Diane): Dans notre établissement, il y a des intervenants qui ont cette information-là, mais je ne l'ai pas avec moi, non.

Mme Harel: Mais comment faire pour intervenir auprès des familles d'accueil si c'est en Abitibi ou au Lac-Saint-Jean?

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a des équipes basées à Chibougamau, à Chapais, il y a une équipe basée à Lebel et à Matagami, qui relèvent des centres jeunesse et qui font le travail dans leur territoire mais qui relèvent de ces...

Mme Harel: D'accord.

Mme Laboissonnière (Diane): Alors, c'est eux autres qui font les interventions directement auprès de la population.

Mme Harel: Est-ce que le conseil d'administration... Je sais que le président est ici présent et je le salue. Est-ce que le conseil d'administration pense se pencher sur cette réalité et demander qu'un jour le Centre régional de santé et de services sociaux, qui a une mission populationnelle, ait l'ensemble de la responsabilité concernant les familles de son territoire?

Mme Laboissonnière (Diane): Le Centre régional de santé et services sociaux s'est déjà penché sur cette situation-là il y a plusieurs années. Les orientations qui avaient été prises par l'établissement et son conseil d'administration étaient de maintenir nos ententes de service avec le Saguenay—Lac-Saint-Jean et avec l'Abitibi-Témiscamingue, qui avaient les équipes complètes pour pouvoir assurer le service que, nous, probablement on ne serait jamais en mesure de développer sauf si on faisait des investissements incroyables. Mais on n'avait aucune garantie de pouvoir développer l'expertise suffisamment pointue pour donner les services de même équivalence que ceux qui nous sont déjà donnés par les deux centres jeunesse.

Mme Harel: Je comprends, pour les services de deuxième ligne, mais, pour les services de première ligne qui sont donnés sur votre territoire par des équipes qui sont sur votre territoire mais qui relèvent d'autres régions, ça, j'ai de la difficulté à comprendre qu'il est préférable, parce que ça ne vous permet pas d'avoir une vue d'ensemble des problématiques familiales.

Mme Laboissonnière (Diane): Ce que je dirais, c'est qu'il y a déjà des équipes de travail. Parce que ce n'est pas le fait qu'il y ait une autre région qui vienne desservir la clientèle qui vient changer, dans l'offre de services... Le fait que nos équipes sur le terrain, les gens qui travaillent au niveau de notre établissement auprès de ces clientèles-là... il y a des liens qui se font. Alors, il y a des comités de travail conjoints, il y a de la formation conjointe. Si je regarde tout ce qui s'en vient au niveau des modifications de la Loi de la protection de la jeunesse, c'est chapeauté par les centres jeunesse mais avec nos équipes, qui sont mises à profit, qui sont formées et qui sont soutenues également. Ça fait que les échanges se font constamment sur le terrain entre nos intervenants dans notre mission du volet plus communautaire et avec les équipes des centres jeunesse. Ça, ces échanges-là sont faits, et les suivis se font, les relais se font également adéquatement.

Mme Harel: Bien, je pense qu'on apprécierait beaucoup, d'autant qu'il y aura un regard particulier qui certainement, dans les semaines et les mois qui viennent, sera posé sur toute la question de l'adoption et aussi la question des familles d'accueil dans les milieux autochtones versus l'application de la nouvelle Loi de protection de la jeunesse, je pense que ça nous aiderait beaucoup, là, si vous transmettiez à la commission l'information que

vous avez sur le portrait que vous connaissez sur votre territoire.

Mme Laboissonnière (Diane): Le milieu autochtone n'est pas de notre territoire.

Mme Harel: Non, mais vous avez des autochtones sur votre territoire. Ce que je veux, c'est le portrait de votre territoire. Est-ce que c'est possible?

Mme Laboissonnière (Diane): Je vais faire les démarches pour pouvoir l'avoir. Mais ce que je peux vous assurer, c'est que nos équipes travaillent conjointement avec les équipes de centres jeunesse et, sur le terrain, elles sont probablement beaucoup plus au fait que moi-même de la situation évidemment.

Mme Harel: Elles vont vous renseigner alors, ça...

Mme Laboissonnière (Diane): Tout à fait.

Mme Harel: Et concernant les grossesses d'adolescentes, quelle est la situation? Parce qu'on n'a pas de données. C'est un problème québécois qui est assez accentué quand on se compare à d'autres sociétés comme les nôtres. Et est-ce qu'il y a une situation particulière de grossesses à l'adolescence?

Mme Laboissonnière (Diane): Mme Piquet-Gauthier.

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Je dirais qu'on n'a pas identifié de situation particulière de grossesses à l'adolescence. Actuellement...

Mme Harel: Elles vous seraient connues? Elles vous seraient connues si...

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Oui, bien oui, parce qu'en fait on a un gros avantage, dans le Nord-du-Québec, c'est qu'on a peu de monde, et les données, quand on peut les avoir directement, sont faciles à obtenir. Malheureusement, pour d'autres données, comme les traumatismes, par exemple, on fait partie d'une région administrative et on n'a pas nos données de la région sociosanitaire. Ça nous complique la vie.

Pour les grossesses à l'adolescence, on les aurait. Je ne pense pas qu'on ait... Actuellement, on mise plus nos interventions sur les comportements sexuels sécuritaires, qui visent aussi la prévention des grossesses à l'adolescence, mais on n'a pas... ce problème-là n'est pas sorti comme un problème émergent, pas plus qu'ailleurs ni probablement moins. Mais ce n'est pas un problème majeur dans la région.

Mme Harel: Ce sont donc des adolescentes qui sont soumises à la protection de la jeunesse également, mais la situation vous serait connue en regard de leur grossesse. C'est bien ça?

Mme Piquet-Gauthier (Blandine): Oui.

● (16 h 50) ●

Mme Harel: Concernant les abus faits aux aînés, je regardais ce document fort intéressant que vous nous

avez distribué, là, *Connaissez-vous les Jamésiens?*, et on voit, aux pages 54 et 55, il n'y a qu'une catégorie d'âge qui se maintienne, c'est celle des 65 ans et plus. Parce que finalement toute autre catégorie est en diminution de population, au cours, si vous voulez, des trois dernières années. En fait, c'est de 2005, je pense... Ah non, «à 2015», c'est donc sur 10 ans. Alors, on voit qu'il y a une constante, les aînés restent.

Et, je me demandais: Vous avez, dans votre dossier que vous nous présentiez, là, parlé d'un développement de logement social, est-ce que c'est un développement de soutien communautaire dans les logements déjà existants seulement ou un véritable développement de logements pour aînés qui sont en légère perte d'autonomie, qui ne nécessitent pas un hébergement pour autant de longue durée mais qui ne peuvent plus rester, disons, seuls à la maison?

Mme Laboissonnière (Diane): Il y a deux projets: il y a le projet concernant le milieu substitut pour ceux qui ne peuvent demeurer à la maison, et il y a également le projet de soutien au logement social. Et je vais demander à M. Lemieux de peut-être vous en parler, où on est rendus dans ce projet-là présentement.

Mme Harel: Si vous l'avez, le projet, je vous fais confiance. Parce que j'ai d'autres questions.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: Si vous l'avez, je vous fais confiance. Parce que, là, il n'y a plus d'unités de logement social, elles ont toutes été redistribuées, alors je ne vois pas comment on va faire pour faire face au vieillissement d'une population qui fait comme premier choix de rester chez soi mais qui voudrait rester chez soi en toute sécurité, sans être seule, la nuit, dans les insomnies et les angoisses à la maison.

Bon, ceci dit, les infirmières cliniciennes. J'ai vu que vous aviez une infirmière clinicienne qui fait un programme particulier. Moi, j'y crois beaucoup, beaucoup, aux infirmières cliniciennes, hein? Ce sont celles qui sont passées par l'université, à qui on pourrait attribuer beaucoup plus de responsabilités que c'est le cas jusqu'à maintenant, là. À ma connaissance, il y en a simplement... En haut du 55e parallèle, il y en a dans la Basse-Côte-Nord, il y en a dans le Témiscamingue, en Abitibi. Vous, avez-vous réussi à en avoir aussi qui font des interventions de première ligne?

Mme Laboissonnière (Diane): M. Lemieux?

Le Président (M. Kelley): M. Lemieux.

M. Lemieux (Mario): Vous me parlez d'infirmières cliniciennes ou d'infirmières praticiennes?

Mme Harel: Au sens praticienne, au sens praticienne, oui, parce que, là, clinicienne... Certains disent clinicienne, d'autres praticienne. Praticienne, c'est que ça fait trop penser à péripatéticienne.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Harel: C'est ça, mon problème. J'ai toujours de la misère à dire praticienne.

Une voix: ...

Mme Harel: Non, ce n'est pas du tout pareil. Moi, je les appelle les superinfirmières, hein? On va s'entendre: les supers.

M. Lemieux (Mario): Pour l'instant, dans notre région, les infirmières...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lemieux (Mario): ... — vous m'avez mêlé — praticiennes ne sont pas vraiment un besoin, ce n'est pas un besoin qui s'est fait sentir véritablement, c'est un besoin qui se fait sentir plus avec l'arrivée des GMF, en général. Et c'est des infirmières qui sont dans des secteurs d'activité qui sont spécialisés. Donc, pour nous, dans ce qu'on a regardé, là, c'est qu'il y aurait peut-être deux possibilités, parce qu'on a déjà entendu parler d'une possibilité de GMF, mais aussi ce qui serait intéressant, c'est de rallier une infirmière praticienne à notre équipe d'hémodialyse, par exemple. Également, en obstétrique, ça pourrait être un plus intéressant. Et c'est des choses qui ont justement été discutées dernièrement pour voir à intégrer possiblement, là, à tout le moins, deux à trois infirmières praticiennes dans notre région.

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire?

Mme Harel: Avez-vous une problématique de manque d'omnipraticiens? Non. Alors, ça doit expliquer pourquoi vous n'êtes pas en demande d'infirmières cliniciennes. Et je pense que, ça, ça peut certainement expliquer... l'un peut expliquer l'autre, le fait est. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Il me reste à dire merci beaucoup aux membres du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James pour venir ici. Moi, j'ai eu la chance de visiter plusieurs des communautés desservies par le centre, mais, je pense, pour d'autres membres de la commission, c'est vraiment... On comprend mieux le défi d'avoir si peu de population sur un territoire énorme et les enjeux qui sont spécifiques à votre région. Alors, au nom des membres de la commission, merci beaucoup pour votre présence ici, cet après-midi. Ça a pris sept ans pour vous inviter, alors je vais vous assurer qu'on va réduire le temps entre vos visites ici, en commission parlementaire. Je ne sais pas, Mme Laboissonnière, si vous avez, en guise de conclusion, quelques remarques à formuler aux membres de la commission.

Mme Laboissonnière (Diane): Alors, j'aimerais juste dire que cet exercice-là, nous l'avons fait dans un court laps de temps, d'aller, pour nous, revisiter les huit dernières années au niveau de notre gestion et notre offre de services. Je tiens à souligner que nous avons une équipe formidable qui a travaillé très, très fort, en très peu de temps. Malheureusement, il nous manque effectivement quelques chiffres. Il y avait... On ne connaissait pas nécessairement tous les intérêts que vous alliez nous manifester par rapport aux portions du rapport que nous allions vous présenter. Alors, merci à notre équipe et merci

à chacun d'entre vous, M. le Président et messieurs mesdames les députés, de votre écoute et de votre intérêt pour notre région. Et nous vous invitons à venir la visiter n'importe quel temps.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. Sur ça, je vais ajourner nos travaux à demain, jeudi le 31 janvier, à 9 h 30, pour entendre l'Agence de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Merci beaucoup, tout le monde.

(Fin de la séance à 16 h 57)