



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 22 janvier 2008 — Vol. 40 N° 19

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

**Président de l'Assemblée nationale:
M. 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 mardi 22 janvier 2008 — Vol. 40 N° 19

Table des matières

| | |
|--|----|
| Auditions | 1 |
| Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSS-Estrie) | 1 |
| Document déposé | 28 |

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Bernard Drainville

M. Russell Copeman

M. Éric Caire

Mme Stéphanie Vallée

Mme Lisette Lapointe

* M. Michel Baron, ASSS-Estrie

* M. Normand Couture, idem

* Mme Johanne Turgeon, idem

* Mme Lynda Périgny, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 22 janvier 2008 — Vol. 40 N° 19

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

(Quatorze heures onze minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, mesdames et messieurs, je déclare la séance de la Commission des affaires sociales ouverte pour la première fois en 2008. Alors, bonne et heureuse année à tout le monde, les membres de la commission et nos invités de la région de l'Estrie aujourd'hui.

Je rappelle le mandat de la commission. Le mandat de la commission est de procéder à l'audition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie 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: Non, M. le Président. Il n'y a aucun remplacement.

Auditions

Le Président (M. Kelley): Alors, qu'est-ce que nous avons convenu comme ordre du jour? C'est de laisser un temps de parole aux membres de l'agence d'à peu près une trentaine de minutes, si j'ai bien compris, puis après ça on va diviser le temps qui reste entre les trois formations politiques, qui donne plus ou moins 57 minutes à ma droite, 48 minutes pour l'opposition officielle et 43 minutes pour la deuxième groupe de l'opposition. Mais on va gérer ça avec une certaine souplesse pour s'assurer que les parlementaires ont le maximum de temps possible pour poser leurs questions, qui est l'objectif de cet exercice de reddition de comptes — bienvenue, le Dr Baron — comme j'ai expliqué avant le début de la séance, pour la plupart des membres de la commission, notre premier exercice dans la reddition de comptes comme membres de la Commission des affaires sociales.

Et vous m'avez assuré que vous êtes un vétéran de ces échanges, alors on attend avec intérêt la présentation que vous allez faire sur la qualité des soins fournis dans l'Estrie et les défis de gestion pour vous et votre équipe. Alors, sans plus tarder, la parole est à vous, Dr Baron.

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

M. Baron (Michel): Merci, M. le Président. MM. les députés, Mmes les députées, je voudrais vous présenter quelques membres de l'équipe de direction. C'est-à-dire il en manque deux, là. Mais nous sommes une équipe de direction de six. À ma gauche, vous avez Mme Johanne Turgeon, qui est la directrice générale associée à la coordination du réseau et aux ressources humaines; vous avez Mme Lynda Périgny, qui est la

directrice de l'organisation des programmes; et vous avez M. Normand Couture, qui est le directeur des finances, immobilier et informatique. C'est l'argentier du groupe. On sait tous compter, mais il compte mieux que nous, il paraît.

On vous remercie de l'occasion de venir témoigner de ce qui se passe dans notre région, surtout — je vais vous annoncer le ton — des améliorations qu'on a pu apporter à la qualité des soins, à l'accessibilité des soins au cours des dernières années, des quatre dernières années, parce que c'est l'objet de ce rapport. Il faut dire que les investissements que nous avons reçus en Estrie nous ont permis de faire des grands pas, mais, au-delà des investissements, il y a quand même eu des lois structurantes, la loi n° 113, la loi n° 30, la loi n° 25 et la loi n° 83, qui nous ont permis de mieux structurer et surtout de mieux comprendre notre réseau et d'y introduire de l'imputabilité. Et les effets à moyen et long terme de cette réorganisation commencent à se faire sentir, et à long terme je pense qu'ils vont être très importants.

Le thème de notre région lors de notre dernier lac-à-l'épaulé avec tous les établissements, c'était *Partenaires pour un véritable réseau*, et c'est ça que nous sommes en train de créer, des réseaux qui ont l'accent sur la continuation des soins, qui mettent l'accent sur le client, être capables de l'accompagner dans ses besoins de services, l'accompagner pour qu'il ait ces services de qualité, qu'ils soient accessibles au bon moment par les bonnes personnes. Fini l'approche de silo où tout le monde faisait de tout. Les gens sont imputables de ce qu'ils font, et c'est une approche que, nous, en Estrie on avait commencé à développer dans les années 1978, et on est très heureux que les gouvernements successifs et ce gouvernement aient vraiment donné le coup de barre pour finaliser ce travail de réorganisation dont on verra les bénéfices au cours des prochaines années.

Il est difficile de faire un portrait complet de tout ce qui s'est passé dans la région, pendant une période de près de cinq ans. Ce que je vais faire avec vous... Vous avez trois documents. Le premier, c'est le document d'appui. Ce sont des données. Le deuxième, c'est un document audiovisuel qu'on vient de vous déposer, qui va vous permettre de suivre la présentation mais qui va vous permettre également, si vous voulez revenir, des sujets. Cette présentation-là a des données en plus qui ne seront pas projetées. Et la projection n'a pas de donnée à l'intérieur. C'est pour ça que je vous parle de trois documents. Bien, je veux brosser un tableau très rapide. C'est comme un ordre du jour qu'on fait parce qu'en 30 minutes on ne peut pas rentrer dans les détails. Et quelques éléments que je vais vous donner dans la présentation: parler un peu de notre région, des grands dossiers estriens 2003-2007; le chapitre principal, bien entendu, c'est l'évolution de l'offre de service, qui est l'objet du compte-rendu; peut-être un mot sur l'organisation médicale, des ressources financières et les défis qui nous attendent

dans les prochaines années. C'est sûr qu'on pense avoir réglé bien des problèmes, mais il en reste encore beaucoup à régler.

L'Estrie, nous avons sept régions administratives. Ça correspond à nos régions des CSS. Comme vous pouvez le voir, ça va d'une population de 14 000 avec Sherbrooke, qui a une population de 147 000, sans être une MRC en soi. C'est quand même, sur le plan emploi puis sur le plan économique, en Estrie... il ne faut pas le négliger. Ça représente une très grande part de l'emploi en Estrie. Nous avons, en plus des établissements publics, trois CHSLD privés, un centre de réadaptation privé pour mères, 149 organismes communautaires sous notre tutelle et des ressources intermédiaires et des ressources de type familial dans les différents programmes: près de 1 800. Ça représente près de 12 000 personnes employées. Lorsque vous ajoutez les bénévoles, des membres des conseils d'administration, lorsque vous ajoutez tout ce qui périclite autour des établissements, ça atteint, ça touche 20 000 personnes directement qui travaillent dans le réseau. Donc, c'est très important. Sur une population de 300 000, vous pouvez vous imaginer l'importance que ceci peut avoir et que, lorsqu'on parle de santé, ça concerne vraiment tous les gens.

Vous avez aussi, au centre, l'organisation des sept réseaux, mais il ne faut pas oublier que nous sommes également une zone de services pour les autres régions. Ça fait que nous avons une organisation de deuxième ligne très forte, surtout avec deux instituts universitaires — le CHUS, l'Institut universitaire de gériatrie, qui est la CSS de Sherbrooke — et d'autres établissements de réadaptation, et tous connaissent les mandats provinciaux du CHUS qui dessert 1,2 million de population pour les services tertiaires et quaternaires.

Quelques caractéristiques — je passe à travers rapidement — qui sont propres à l'Estrie mais propres ailleurs, c'est la vision partagée sur nos orientations, c'est un milieu de concertation très fort, des centres de santé qui datent de 1995, qui le sont bien avant la loi n° 25, ce qui nous a permis, quand la loi a été passée, on a... Sauf celui de la région de Sherbrooke, qui a été formé, les autres étaient déjà formés comme des CSS, donc ça n'a été que les reconnaître lors de la loi n° 25. Il y a quand même certaines caractéristiques. Il y a trois CSS qui n'ont pas de vocation hospitalière et qui sont très petits, qui ont des grands territoires. Le plus petit a 14 000, celui des Sources. Vous regardez celui du Val et du Haut, ce sont des grands territoires avec des populations très clairsemées. Les vocations qu'on retrouve également au niveau du CHUS, qui est en même temps notre hôpital local, hôpital régional et est un hôpital national, ce qui complique des fois l'organisation des soins mais d'un autre côté ce qui est une opportunité extraordinaire — on peut voir toujours deux côtés à la même médaille — l'obligation qu'on a d'intégrer beaucoup les services d'enseignement et de recherche dans notre région.

La Faculté de médecine est maintenant la quatrième au Canada, en termes de grosseur, donc c'est très important. Elle fonctionne sur trois sites, trois sites facultaires — Sherbrooke, Moncton, Lac-Saint-Jean — mais également en Montérégie et elle fonctionne dans plusieurs milieux à la grandeur du territoire du RUIS.

● (14 h 20) ●

Une des caractéristiques qui est importante dès qu'on parle de ressources d'hébergement: en Estrie, la

majorité de l'hébergement de longue durée, les 700 lits sont publics, ce qui est un peu différent des autres régions. Nous avons très peu de privé. Et tous ces lits-là sont regroupés dans les CSS, le plus grand nombre étant regroupé, bien entendu, au CSS-IUGS.

On est très fiers de nos organismes communautaires, qui sont très bien intégrés à l'offre de service et qui jouent également leur rôle dans l'affirmation de la citoyenneté. On a une forte tradition de concertation régionale. Nous sommes en équilibre budgétaire maintenant depuis six ans, la seule région du Québec qui est en équilibre parfait depuis six ans. Il y en a qui sont presque en équilibre, mais il manque toujours quelques sous. Il y a eu des investissements très importants en infrastructures depuis huit ans, et nous avons une originalité: tous nos investissements que nous faisons en santé sont basés sur l'équité entre les MRC, ce qu'on appelle l'équité populationnelle, en Estrie.

Il y avait des enjeux très importants en 2003-2007. Nous avions des problèmes d'accès en chirurgie, en imagerie médicale, en réadaptation, en santé mentale, dans les services spécialisés médicaux et également des problèmes d'accès en déficience physique. Nous avions une première ligne qui méritait d'être renforcée avec une jonction de la deuxième ligne. Il y avait des programmes-services qui étaient en urgent besoin de réorganisation — je vous les nomme: santé mentale, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, les TED, pour ceux qui connaissent l'abréviation. Il y avait des problèmes d'accès à la première ligne, bien entendu. On était déjà en appréhension de pénurie de ressources humaines, mais il y avait le problème de prévention et de promotion, qui n'était pas assez accentué dans tous les programmes. Il y avait un sous-financement par rapport à la moyenne de l'ensemble des régions du Québec — c'est un dossier que vous connaissez — qui a été corrigé de façon admirable, surtout au cours de la dernière année. Il y avait des pressions budgétaires très importantes dues aux missions régionales du CHUS et de l'institut. Et, en informatique, nous étions encore à l'âge de la pierre.

Je vais sauter très rapidement sur le portrait du réseau en Estrie parce que ces portraits-là se ressemblent tous. Ils dépendent de l'évolution démographique, des conditions socioéconomiques, des services préventifs, des habitudes de vie et des comportements, qui sont les grands déterminants de la santé. Et vous savez qu'avec l'approche de la loi n° 83 nous devons déterminer les besoins de la santé pour offrir les services donc, d'où la nécessité de les bien identifier. Je passe rapidement.

Le vieillissement en Estrie est plus accéléré que dans les régions du Québec, mais des chiffres encore qui vont nous poser des défis. Notre population: comme vous voyez, grand territoire, petite population encore très rurale, sauf le milieu de Sherbrooke. Vous voyez les projections pour 2026. Il y a des mouvements de population très importants — vous allez voir ça dans plusieurs sous-régions du Québec, si vous rencontrez les autres agences — et ceci crée un défi pour l'organisation des services. Lorsque vous regardez, par exemple, dans la MRC du Memphrémagog, on va progresser de 25 % lorsque, dans celui des Sources, Asbestos, on va décroître de 9 %. Ça fait que vous bâtissez des facilités cliniques de proximité, et vous comprendrez qu'il faut continuellement réajuster.

Des conditions socioéconomiques qui sont semblables à celles du reste du Québec quant au chômage; un peu plus pauvres que le reste du Québec. Certaines régions sont passablement plus pauvres. On a des foyers de pauvreté importants dans certaines sous-régions du Québec, du Granit en particulier, la MRC des Sources. Vous connaissez des problèmes d'emploi qu'il y a eu dans ces régions-là, et même Memphrémagog actuellement, qui a beaucoup de pertes d'emploi.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Oui. Prendre 30 secondes.

Une voix: Prenez le temps...

Une voix: ...de boire un verre d'eau.

M. Baron (Michel): C'est parce que je relève d'une grippe puis j'ai un peu de misère avec ma voix.

M. Drainville: On compatit, faites-vous-en pas.

M. Baron (Michel): C'est une grippe même pas d'homme.

M. Copeman: Vous ne vous êtes pas fait vacciner, M. Baron?

M. Baron (Michel): Oui, mais on appelle grippe ce qui n'est pas grippe, et je commets l'erreur. C'est un virus syncytial, si vous voulez plus de précisions, de catégorie B.

Les services préventifs en Estrie. On est une des meilleures régions. Voyez-vous, vaccination contre la grippe: 40 %. On est une des meilleures régions. Mais c'est très mauvais. On devrait avoir 80 %. Les taux de mammographie — c'est deux données — on devrait avoir 70 %. La plupart des régions sont en bas de 60 % actuellement. Pour être efficaces, ces mesures-là, il faut que ce soit au moins 70 %.

Habitudes de vie. Même problème que partout au Québec: les fumeurs chez les adolescents augmentent; chez les adultes, ça diminue, et malheureusement c'est les filles qui augmentent le plus rapidement. Le taux de consommation d'alcool, comme toutes les drogues, augmente beaucoup — c'est des données du secondaire; augmente beaucoup — dans les écoles, et c'est encore les filles malheureusement qui augmentent, parce que les garçons, eux autres, ils avaient déjà une longueur d'avance. On a le même problème que tout le monde, une population sédentaire. 43 % de la population de l'Estrie a un surplus de poids. C'est le problème du futur, le surplus de poids. Je n'ai pas besoin de vous dire ça.

Pour ce qui est de l'état de santé mentale, c'est comparable, la région de l'Estrie, des autres régions. On a eu une amélioration du taux de suicide.

À l'exception du diabète, qui est en hausse importante, les autres maladies sont en baisse. Troubles circulatoires, maladies cardiaques, maladies pulmonaires, tout ça est à la baisse. Et la morbidité est un peu à la hausse par exemple. Même par oncologie, les décès diminuent; maladies du système respiratoire; expectative de

vie comparative à celle du Centre-du-Québec. Remarquez bien que c'est des données qui datent, ça, du dernier recensement, là. Les hommes, on se rattrape, là, on est en train de rattraper les dames sur les dernières données.

Donc, conclusion: la population vieillit comme le reste, elle fume moins, elle bouge moins, mange mal, mais sa santé s'améliore quand même, quoi qu'on en dise. C'est les données de santé publique.

De 3003 à 3007, on a traité de beaucoup de dossiers. Je ne peux pas passer à travers tout ça. Je vous les nomme. J'avais tout prévu pour cette présentation-là, sauf que ma voix me lâcherait. Il y a des dossiers qui méritent d'être signalés de façon particulière. L'organisation des services en santé mentale; nous étions une région où on était nettement en retard. On a fait énormément d'efforts. L'organisation de la santé mentale au Québec a accusé des retards depuis des années, pour toutes sortes de raisons. Je pense qu'on est en période de rattrapage, et notre région, comme les autres, on a dû mettre les bouchées doubles. L'accessibilité à la première ligne, tout le monde en parle, mais c'est un dossier qu'il y avait quand même beaucoup d'efforts à faire. Je vous en parlerai tantôt. Projets cliniques; ça a été le projet structurant de la loi n° 25, vous vous souvenez, où on a revu notre offre de service dans tous les programmes-services et qu'on a plutôt réorganisés. On pourrait vous en parler toute une journée. Il y a des agences qui vont vous en parler beaucoup. Ça peut être un sujet très intéressant. Les infections nosocomiales, vous êtes au courant du problème; saines habitudes de vie; la pandémie; des ententes de gestion qui ont introduit de l'imputabilité dans le réseau, ce qui n'est pas une mauvaise chose. La main-d'oeuvre — Mme Turgeon, qui est une spécialiste dans le domaine: grand problème pour le futur mais qui existe déjà depuis quelques années. Des ententes de gestion, la révision des programmes en langue anglaise qu'il fallait s'occuper.

Ça fait que ce que je voudrais faire dans les 10 minutes qui nous restent, c'est de passer rapidement avec vous les différents programmes-services et vous donner quelques idées de l'amélioration des services qu'on a eue depuis quatre, cinq ans. Vous l'avez, d'ailleurs. Je ne vous les projeterai pas.

Services généraux — c'est surtout des services de CLSC: il y en a de deux natures: les services psychosociaux et les soins infirmiers. Rappelez-vous qu'on est une population de 300 000. Nous avons desservi, en 2006, 25 000 usagers. C'est à domicile, ça. C'est une augmentation de 17 %. Ce n'est pas 25 000 usagers, là, excusez, c'est 5 100 usagers, pour un total de près de 10 000 interventions, donc des progressions de près de 20 % de l'offre des services psychosociaux. Même chose pour les soins infirmiers à domicile, ceux qui prennent charge des patients qui sortent du milieu hospitalier: 23 000 personnes desservies, dont 69 000 interventions. Et ça dénote le nombre d'interventions. On ne peut pas vous refléter l'amélioration de la qualité de ces interventions-là parce qu'il y a tout ce qu'on appelle la pertinence des services qu'on organise, la révision des pratiques cliniques, essayer d'avoir plus d'efficacité, plus de productivité.

● (14 h 30) ●

Donc, ces notions-là, on ne peut pas vous en rendre compte dans des chiffres comme ça, mais tout ça sous-entend.

On est très fiers de notre autre programme qui est le service de perte d'autonomie liée au vieillissement. C'est un domaine dans lequel on a fait énormément de progression. Le gouvernement nous avait donné des cibles — le ministère — il y a cinq ans. Ces cibles-là étaient basées sur des études démographiques, des études de besoins qui nous disaient comment il devrait normalement, dans une région, y avoir de personnes qui sont en besoin de services, et celles-ci sont devenues les cibles 2010. C'est une façon, je pense, assez intelligente pour donner des objectifs aux régions. Liées au vieillissement, nos cibles 2010 sont actuellement toutes dépassées. Donc, on pense que tous les gens, personnes âgées en besoin de services à domicile, c'est-à-dire 5 876, sont maintenant desservies — on parle toujours de personnes de 65 ans et plus — pour un total de 188 000 interventions auprès de la personne âgée.

Pour l'hébergement, qui est un grand problème, comme les autres régions, on a diminué notre nombre de lits de soins prolongés: 3,7 à 3,25, qui est le ratio recommandé, et malgré ça on n'a plus de patients qui attendent dans les hôpitaux de soins aigus pour être hébergés, et, ceux qui sont à domicile, le délai d'attente est seulement de 13 jours. Il n'y a aucune région au Québec qui a réussi cette performance. Ça avait été commencé avant que, moi, j'arrive à l'agence, mais ça prend beaucoup de coordination, beaucoup de collaboration et un petit peu de bâton et des carottes, bien entendu. Et le bâton, bien entendu, c'est: l'établissement qui ne fait pas son devoir, il est facturé, carrément. C'est peut-être le petit bâton qu'on a trouvé, qui est très efficace.

En déficience physique, il faut se rappeler qu'il y a cinq ans, les gens souffrant d'un handicap physique, en particulier les enfants, que ce soient des troubles de langage, que ce soient des troubles de motricité, des troubles d'audition ou des troubles visuels, les services n'étaient quasi pas organisés. Nous avons pris plusieurs initiatives. C'est surtout le centre de réadaptation qui a été un des grands leaders de tous ces projets-là, son projet Apollo — je pourrais vous en parler longtemps — qui est un projet qui vise la prise en charge des zéro à cinq ans immédiatement quand la demande de service est faite, qui a réussi à atteindre les populations cibles: 1 338 personnes — c'est à peu près le nombre de handicapés qu'il y a en Estrie — pour un total de 53 000 interventions, une progression de 21 %, 47 %, 18 %, 28 % et une diminution de 50 % des listes d'attente. Ça fait qu'on est très fiers des services de réadaptation en Estrie.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, qui est un des secteurs difficiles parce que ça, c'est une population méconnue, et la première ligne était très peu organisée pour s'en occuper. Ça fait qu'il y a eu beaucoup, beaucoup d'efforts pour structurer la première ligne, pour supporter les familles parce que c'est supporter les aidants. C'est surtout des enfants qu'on retrouve dans ce programme de déficience intellectuelle profonde avec troubles souvent de comportement. Notre cible est de 336 pour 2010. On en a rejoint 525 qui ont actuellement une offre de service. Ça fait qu'on pense qu'ils sont tous rejoints. C'est sûr qu'on est au-delà de la cible, ce qui veut dire qu'il y a des gens qui normalement n'auraient peut-être pas besoin d'autant de services, mais, vu qu'on a petite marge, parce que c'est selon la sévérité, la lourdeur, bien on est aussi bien d'élargir les gammes de services à cette population-là. Également, il

ne faut pas oublier des allocations directes pour qu'ils peuvent s'acheter de l'aide, qui est un programme qui est très important. La majorité de ceux qui en ont besoin reçoivent maintenant cette aide en Estrie.

Les jeunes en difficulté, qui est un autre programme dans lequel on est bien fiers, pour lequel vous avez passé une loi il n'y a pas tellement longtemps, c'est un service qu'on avait beaucoup de difficultés il y a cinq ans. Nous avons des listes d'attente tant à l'évaluation qu'à l'application des mesures. L'arrimage entre la première et la deuxième lignes se faisait très mal. Et, en 2007, on peut dire: Mission accomplie. Il n'y a plus d'attente et pour l'évaluation et pour ce qu'on appelle l'application des mesures, et l'arrimage entre la première ligne et la deuxième ligne est maintenant fait.

En santé mentale, qui est le prochain, malgré qu'il nous reste beaucoup, beaucoup de progrès à faire, on a réorganisé notre première ligne. On a quand même une réduction de 66 % de nos listes d'attente pour les jeunes. On a mis des équipes de base en psychiatrie dans chaque MRC. On a créé une urgence psychiatrique au CHUS. On a fait un recrutement très intensif de psychiatres et d'autres personnels en psychiatrie. On a une mobilisation générale autour de ce dossier-là, avec un plan d'action qui est en mise en oeuvre depuis 18 mois, dans lequel on espère beaucoup, beaucoup de résultats.

L'autre chapitre, c'est tout le chapitre de la santé physique. On pourrait en parler longtemps, dans les cinq minutes qu'il nous reste, là. Quelques éléments que vous retrouvez dans votre pamphlet: il n'y a plus de problème d'urgence en Estrie, il n'y en a plus; les 48 heures, là, ce matin, c'est un. On n'a pas dépassé deux 48 heures depuis cinq mois. Le séjour moyen sur civière est à peu près 10 heures. C'est la cible nationale. Pour les personnes âgées, il est un peu plus long, on a encore un petit peu de progrès à faire. Malgré qu'on l'a diminué, on veut le ramener à 10 heures. Les pourcentages de 75 ans sur civière, ça, c'est le chiffre. Toutes ces données-là sont de mars 2007. Aujourd'hui, il n'y en a plus. En mars 2007, on avait encore 1,6 %. Les hors délais en chirurgie de plus de trois mois, pour les chirurgies ciblées par la loi que vous avez passée, pour la hanche, le problème est réglé — quatre patients, c'est quand même très peu; le genou, 20 patients. C'est un peu plus important. Mais il ne faut pas oublier que des fois c'est le choix du patient de demeurer sur la liste. Aucun délai en cardiologie tertiaire; aucun délai en radio-oncologie; aucun délai pour la chirurgie de la cataracte. On a augmenté de 400 % le nombre de patients suivis pour une maladie chronique, qui est un des défis du futur.

On a mis en place neuf GMF. 79 % de notre population a un médecin de famille. Pour le 21 % qui reste, inquiétez-vous pas, ils ont accès à des services de sans rendez-vous sur tout le territoire, presque sept jours sur sept. Il y a encore des petites zones à combler, comme Weedon et Lac-Mégantic, mais ce sont des points que nous sommes en train de recruter, de régler, qui sont presque recrutés à l'heure que je vous parle. Il y a tout le grand chapitre, que je pourrais vous parler aussi, de l'évolution de l'offre en santé publique. Je vous rappelle les grands domaines de santé publique que vous avez devant vous. Je pense que le temps ne nous permet pas d'aborder ces sujets-là, mais nous pourrions y revenir pendant la période de questions. Il s'est fait énormément de travail. Vous

savez qu'on termine le plan de cinq ans de planification du domaine de la santé publique, qui a été fait en 2003, et on termine. Nous sommes en train d'en faire l'évaluation.

Organisation médicale. C'est une région dont nous avons les PREM... un des bons, c'est-à-dire que nos besoins ne sont pas comblés, mais, comparativement aux régions du Québec, on est en équilibre tant en services spécialisés qu'en services omnipraticiens. Il ne faut pas oublier quand même la sérieuse question de la charge d'enseignement et de recherche, qui pour nous est un fardeau très important, qui accapare 25 % des effectifs spécialisés. Et on n'en tient pas encore compte dans les PREM. Groupes de médecins de famille. Je vous en ai parlé. On a mis en place nos différentes tables.

● (14 h 40) ●

Ressources financières. C'est pour vous montrer la progression des différents établissements des différentes régions. Ce qu'on veut montrer par là, voyez-vous: les per capita, en 2001-2002, étaient très variables d'une région à l'autre. Ça, c'est pour les services dans le milieu. Grâce aux allocations qu'on a réparties de façon différente, on a pu atteindre presque un équilibre. Si on exclut les deux extrêmes, qui sont les Sources et Sherbrooke, vous vous retrouvez à un per capita, pour les services dans le milieu, qui est autour de 200 \$. On pense que, de la même façon que le ministère essaie de donner à chaque région les ressources adéquates pour desservir sa population, ce qu'on appelle la méthode d'équité entre les régions, on a le même devoir de faire cette méthode d'équité entre nos différentes sous-régions du Québec.

Et ça, c'est un projet qui est en Estrie, depuis une dizaine d'années, et on peut dire: Mission accomplie, là. C'est grâce à mes prédécesseurs. M. Couture a été un des grands artisans de cette réforme des finances.

Je vous montre la progression des différents établissements de l'Estrie sur le plan financier. Vous allez constater qu'ils ont eu droit à des améliorations budgétaires très substantielles comme telles, et qui leur ont permis de vraiment améliorer leur offre de service. Et je dois dire les budgets des dernières années ont été très bons — puis c'est la faute à quel'un, là, aux payeurs de taxes, comme je dis — mais également les méthodes d'équité interrégionale nous ont énormément aidés.

Les défis des prochaines années. Il me reste deux minutes, je pense, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Baron (Michel): Il y a encore des progrès à faire dans l'organisation de la première ligne en santé mentale et l'accès aux services spécialisés, parce que l'accès aux services spécialisés, c'est l'arrimage première ligne, deuxième ligne. Donc, on pense qu'on a encore beaucoup de travail. On voudrait également augmenter notre pourcentage de personnes qui ont un médecin de famille. 79 %, c'est beau, mais on voudrait aller au-delà de ça. Il nous reste encore certaines clientèles vulnérables qui n'ont pas de médecin de famille, et ceux-là sont prioritaires. On a créé récemment un guichet unique pour essayer de les supporter et, lorsqu'ils ont des problèmes de santé, on leur donne un accès au sans rendez-vous, mais il faut aller au-delà de ça.

Des services médicaux spécialisés. On appelle ça des consultations, là. Nos spécialistes font encore trop

de première ligne et pas suffisamment de deuxième ligne puis de troisième ligne, donc il faut les organiser pour qu'ils soient au service de la première ligne et faire un meilleur arrimage de la première et deuxième ligne, même si on a fait beaucoup d'efforts dans ce sens-là. On a encore des listes d'attente en chirurgie, mais on n'a plus de hors délai, ou très peu. La chirurgie, en Estrie, a augmenté d'à peu près 20 % depuis 4 ans — le volume, le nombre de chirurgies, surtout des chirurgies ambulatoires — mais, si vous tenez compte du fait — pour une production d'à peu près 20 000 cas; mais, si vous tenez compte du fait — que les heures de chirurgie pour chaque cas ont nettement progressé, près de 30 %, donc il y a eu une augmentation de productivité très considérable des blocs opératoires. Actuellement, notre liste d'attente correspond à un mois de production des blocs opératoires. Nos gens des hors délais, c'est-à-dire des gens en dehors des chirurgies cibles... C'est-à-dire que, les chirurgies cibles — hanche, genou, cataracte — il n'y en a pas, de hors délai, mais, pour les autres chirurgies, il y a encore des hors délais. Ça correspond à peu près à un volume chirurgical d'une semaine à deux semaines, donc on est près de régler le problème et on espère qu'on va pouvoir gagner cette productivité.

Vous savez que, si les blocs opératoires du Québec augmentaient leur productivité de 5 %, il n'y aurait plus de hors délai. S'ils l'augmentaient de 10 %, il n'y aurait plus de liste d'attente. Ça fait qu'il faut toujours mettre ça en perspective, en fonction de la productivité des milieux hospitaliers.

L'imagerie spécialisée, c'est un problème pan-québécois actuellement. Les examens spécialisés en radiologie; nous avons une région, nous, que le laboratoire est disponible sept jours par semaine, sans rendez-vous. La radiologie de base également, vous n'avez pas besoin de prendre de rendez-vous. Vous vous présentez, ils font vos examens. Mais, la radiologie spécialisée, il y a des délais d'attente, et ils s'allongent. C'est une problématique complexe qui est liée aux PREM, qui est liée à l'organisation médicale, qui est liée à l'Association des radiologistes qui doivent collaborer, qui est liée également à des remplacements d'équipements, à des manques de personnel technologique. Quand je parlais des radiologistes, c'est une pénurie de main-d'oeuvre, ce n'est pas un mauvais comportement, là, comme tel. Donc, nous aussi, on a des problèmes, et c'est une de nos priorités de cette année.

Main-d'oeuvre. Notre région, on a réussi à recruter. Vous avez dans le document une explication complète des démarches de formation, de rétention et de recrutement de la main-d'oeuvre. Mme Turgeon pourrait vous en parler longtemps. On connaît certains succès, mais on n'est pas sortis de la forêt parce qu'on a encore un cinq ans devant nous. Notre région s'en tire mieux que la moyenne, mais ce n'est pas une raison de baisser la garde.

La question de la qualité des services et de la gestion des risques, c'est un domaine très important. La loi est maintenant efficace, on la connaît. Ça a beaucoup d'implication au niveau des établissements. Mieux gérer le risque, au sens large du mot. Infection nosocomiale est un très bon exemple où il a fallu faire une gerance provinciale, régionale et locale. Travailler encore plus en continuum des soins. Amener les médecins à travailler plus en équipe multidisciplinaire. Ils ont quand même le

pouvoir du crayon dans le système, et ce pouvoir est quand même très grand. Il faut continuer à améliorer la qualité de nos données cliniques et mieux... sur le plan informatique. Il y a beaucoup de projets actuellement. Le DSQ du Québec est très encourageant. Nous, en Estrie, on a un projet de base pour informatiser. On est actuellement la région la plus informatisée pour le dossier médical. C'est un dossier maintenant qui est régional depuis cette semaine?

Une voix: Oui.

M. Baron (Michel): On a fait tous les transferts des banques de données. Ça fait qu'on est la première région à avoir un dossier régional informatisé qui comprend tout. Maintenant, il s'agit de le rendre accessible aux autres établissements. On a la plateforme, et tous les serveurs sont installés. Et, à mesure que nous aurons les ressources financières, nous allons l'étendre. Ça s'appelle le dossier Ariane, qui est bien connu, sur la scène internationale, comme un des meilleurs systèmes dans ce domaine.

Je termine là, M. le Président, laissant la place, bien entendu, à vos questions. J'ai été obligé de faire un survol très vite. Puis je m'excuse de ma voix, là. Je pensais que j'avais pris mes pastilles avant, mais ça n'a pas été efficace du tout, du tout. Puis je parle rarement si longtemps que ça. D'habitude, je laisse parler les autres. Ça fait que merci beaucoup de votre attention.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Nous autres aussi, la voix... C'est une présentation courageuse compte tenu de la contrainte de votre voix.

Alors, maintenant, on va passer à la période des questions. Comme j'ai dit, vous avez environ une quarantaine de minutes pour chaque formation, avec les temps. Mais je ne veux pas être trop, trop rigide, mais je veux juste qu'on ait le temps qu'il faut pour poser les questions au Dr Baron et son équipe.

Sans plus tarder, je suis prêt à reconnaître le député de Notre-Dame-de-Grâce et adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. La parole est à vous, M. le député.

● (14 h 50) ●

M. Copeman: Merci, M. le Président. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue, Dr Baron, M. Couture, Mme Turgeon, Mme Périgny, à cet important exercice de contrôle parlementaire, parce que c'est de cela qu'il s'agit, évidemment.

En principe, l'idéal serait de vous voir chaque année, après le dépôt de chaque rapport annuel de gestion. Malheureusement, si le passé est garant de l'avenir, la Commission des affaires sociales ne réussit pas forcément à rencontrer toutes les agences de façon annuelle, ce qui nous oblige de regrouper un peu et vos présentations et nos questions sur plusieurs années.

Mais, moi, je voulais, en partant, souligner l'importance de cet exercice. J'ai été nommé adjoint parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux au mois d'avril de cette année et je me suis rendu compte assez rapidement — j'avais une bonne idée de toute façon, à cause de mes responsabilités auparavant... mais on se rend compte rapidement à quel point notre service de santé et de services sociaux est décentralisé,

que la responsabilité pour la livraison des services ne repose pas uniquement mais largement sur les agences.

On le voit d'ailleurs, M. le Président, de plus en plus. Au moment de l'étude des crédits, quand le ministre est assis où vous êtes et défend un peu les crédits de son ministère, le ou la ministre nous répond assez souvent: Moi, je n'ai pas ces détails-là, c'est dans les mains des agences, nous avons un système décentralisé. Alors, il est vrai que l'étude des crédits, c'est l'autre moment de contrôle parlementaire important pour les parlementaires, mais d'être capables d'interroger, d'échanger avec les autorités des agences de santé et de services sociaux est l'autre moment fort en ce qui concerne l'organisation des services. Je vous en remercie. Je vous souhaite la bienvenue au nom de la députation ministérielle, et merci pour les préparatifs, pour toutes les préparations que vous avez faites.

Je vais peut-être, Dr Baron, sans présumer qui va répondre, vous laisser reposer la voix un tout petit peu en traitant, au début, des questions d'ordre financier et permettre peut-être à M. Couture de prendre la relève un tout petit peu, laisser votre voix avoir un peu de repos. Je suis très content d'avoir une copie de la présentation parce que, dans les documents qui nous ont été transmis préalablement, c'est-à-dire le bilan 2003-2007 et le rapport annuel de gestion 2006-2007, il était difficile de suivre l'évolution des dépenses, ou des investissements, ou des crédits — appelez-les comme vous voulez — de la région. Et on a plusieurs indications, on a les déficits autorisés, les surplus, et ainsi de suite. Mais, à la page 24 de la copie papier que vous nous avez remise, on voit une évolution des budgets — c'est le titre du diagramme, de la diapo, appelez-le comme vous voulez — qui indique une augmentation importante dans le niveau des budgets, depuis 2002-2003. Nous avons le pourcentage d'augmentation, évidemment tout près de 100 millions, hein, d'augmentation de budget depuis 2002-2003 jusqu'à 2006-2007, et je comprends que cette tendance à la hausse se maintient pour 2007-2008, avec une augmentation de nouveau qui est importante cette année.

Alors, peut-être passer quelques minutes — soit vous, Dr Baron, je ne veux pas présumer qui va répondre, ce n'est pas mon rôle, ou M. Couture — de nous parler, de façon plus précise, sur l'évolution des budgets de la région, quel est l'impact. Vous avez fait référence, en début de votre présentation, en disant que les investissements additionnels vous ont permis de soigner plus de monde, de traiter plus de monde, de donner plus de services à la population de l'Estrie. Peut-être dresser un portrait de l'évolution financière des établissements de la région, incluant, si vous pouvez, pour cette année en cours, 2007-2008.

Le Président (M. Kelley): M. Couture.

M. Couture (Normand): Effectivement, l'évolution des budgets a été significative. C'est ça. Depuis 2003-2004, on a été collectivement dans de meilleures années financières mais aussi une intention gouvernementale qui a été évidente, là, d'améliorer l'offre de service, là, dans le réseau de la santé.

Alors, l'amélioration des budgets. Bon. On l'a vue. Les principaux éléments des budgets: on parle d'indexation de base, hein, 2 %, 3 %, là, qui concerne

l'indexation des autres dépenses et salaires; un effort particulier, depuis plusieurs années, au niveau d'une indexation spécifique. Les médicaments, fournitures médicales, dans le réseau de la santé, c'est un poste de dépenses qui est assez particulier, qui ne suit pas la tendance des indexations dû au fait surtout des changements, des technologies, des indications cliniques, qui fait qu'on n'achète plus, aujourd'hui, l'aspirine qu'on achetait il y a trois ans, par exemple, qui crée une pression à la hausse.

L'effet de transition, qu'on appelle, l'effet de transition, en Estrie, ça a été un impact important, l'effet de transition étant le rattrapage de l'Estrie comme région identifiée comme étant moins bien financée que la moyenne du Québec, hein? Le ministère a travaillé beaucoup avec les agences, les établissements sur un nouveau mode d'allocation de ressources, et ce nouveau mode est venu confirmer ce qu'on connaissait depuis longtemps, c'est-à-dire un moins bon financement de certaines régions par rapport aux autres. L'Estrie, au cours des années, a connu du rattrapage à cet égard-là et particulièrement en 2007-2008. La dernière année, avec les budgets significativement plus élevés, nous a permis un rattrapage de l'ordre de 6 millions; les autres années, un rattrapage plus autour de 1,8 million, 2 millions. Ça, ça a amélioré effectivement notre environnement budgétaire et amélioré l'offre de service.

Et finalement ce qui a constitué l'amélioration aussi de nos budgets, bien évidemment ce sont les budgets de développement qui ont été alloués, d'année en année, de l'ordre de 3 millions, 4 millions et, cette année, 2007-2008, là, autour de 6 millions.

Bien, on a parlé des déficits. L'Estrie, au cours des années, n'a pas été une région qui a amélioré son financement à travers les déficits. Il y a une culture en Estrie qui est plutôt de respecter le cadre budgétaire qui est dévolu par le gouvernement et par le ministère de la Santé. Donc, il nous reste un déficit autorisé d'à peu près 4 millions qui devrait être remboursé éventuellement par le ministère. Donc, nous sommes en respect, là, de ce cadre budgétaire. Je dois dire aussi que, là, on parle du financement, là, du pain puis du beurre, hein, de l'offre de service courant. On pourrait aussi parler des bâtiments. Il n'y a pas d'offre de service sans avoir un environnement physique, hein? On ne voit pas ça, sauf dans les cas de situation d'urgence, une offre de service dans la rue. Alors, nos patients puis nos personnels ont besoin d'un environnement qui permet une offre de service appropriée. Et je dois dire qu'au cours des dernières années, en termes de maintien d'actif, pour conserver nos bâtiments ou rattraper un retard d'entretien de fenestration désuète, de toitures qui coulent, de couvre-planchers détériorés, bien il y a eu des budgets qui sont rendus maintenant selon des normes internationales, c'est-à-dire autour de 2 % des valeurs de remplacement. Donc, pour l'Estrie, ça veut dire à peu près 11 millions, comparativement à 2 millions il y a cinq ans.

Ça, cet investissement-là qui est récurrent va nous permettre effectivement de créer le rattrapage au niveau de l'entretien des bâtiments. Peut-être vous ne le voyez pas maintenant parce qu'on avait un retard significatif, et il y a évidemment une limite à mettre tous les bâtiments en chantier, hein, il faut poursuivre l'offre de service. Donc, c'est un peu comme l'entretien des routes, il faut y aller progressivement. Et il y a eu aussi

une amélioration du côté des budgets qu'on appelle, nous, de rénovation fonctionnelle, réaménager un service de laboratoire par exemple, changer des murs de place, et ça, ça nous permet d'adapter l'offre de service clinique justement aux nouvelles pratiques médicales, par exemple. Et ces budgets-là sont rendus, là aussi, selon un standard international de l'ordre de 1 % de la valeur de remplacement.

Alors, disons qu'il y a eu nettement des améliorations de ce côté-là. Où il nous reste peut-être encore un pas à faire, qui est en voie d'être fait, c'est du côté des équipements, où, là, on n'est pas encore arrivés au niveau des standards internationaux. Il y a des efforts, qui sont faits, d'amélioration, on l'a constaté. Et on a bon espoir, là, que ça puisse être chose faite au cours de la prochaine année.

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

● (15 heures) ●

M. Copeman: Peut-être quelques questions sur toute la problématique des déficits autorisés et des surplus également.

Si j'ai bien compris, l'établissement responsable de la plus forte proportion du déficit autorisé, évidemment c'est le CHUS — on ne sera pas étonnés — hein, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Il y avait, à partir de 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, une diminution marquée dans le déficit autorisé du CHUS. Par contre, on voit, pour 2006-2007, une légère augmentation dans le déficit, pas énorme, mais quand même qui ne suit pas les années antérieures où on voyait une diminution importante du déficit.

Alors, peut-être vous pouvez nous adresser quelques mots sur le déficit au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Le 4 416 000 \$, est-ce qu'il est autorisé au total? Est-ce que c'est complètement autorisé? Et pourquoi on n'a pas vu, en 2006-2007, la même tendance, c'est-à-dire une diminution plus importante dans le déficit autorisé au CHUS?

M. Couture (Normand): Bien, il faut d'abord dire qu'en Estrie nous avons fait le choix de mettre le déficit autorisé dans le même établissement qui est le CHUS, puisqu'au moment où cette notion de déficit autorisé a été retenue nous avions quatre établissements qui vivaient des déficits.

Nous avons souhaité donc le concentrer sur un établissement. Donc, ça n'appartient pas nécessairement à l'établissement. Disons que c'est notre déficit autorisé régional qu'on a mis dans notre plus gros établissement parce que ça nous apparaissait le plus facile, et on s'est engagés envers l'établissement que le remboursement du déficit accumulé serait une affaire de la région, non pas seulement de l'établissement, lorsque nous connaîtrions les modalités. Le déficit autorisé du CHUS, vous l'avez — bien, du CHUS de l'Estrie — à la page 59 du rapport, la dernière ligne. Vous avez l'information: 4 731 000 \$, hein? Il a été en décroissance, puisque le ministère, selon les règles retenues au niveau gouvernemental, a remboursé 100 millions par année, jusqu'à l'année 2005-2006. Depuis, le déficit autorisé est resté à 4 731 000 \$. Et ce que vous voyez, l'écart entre le déficit du CHUS, qui est en deçà du déficit autorisé, on pourrait le considérer, puis il faut le considérer comme ça, comme étant un surplus parce que vraiment le CHUS a ce déficit-là, ça

fait partie de son financement d'offres de service, puisque, plutôt qu'être une subvention, c'est une autorisation de mettre sur la carte de crédit.

Donc, la petite variation que vous voyez, il ne faut pas la considérer comme une détérioration. Ce qu'il a fait, le CHUS, en 2006-2007... Dans le fond, pourquoi il ne l'a pas tout dépensé, son déficit autorisé, en offres de service? Bien, il avait un déficit non autorisé qui datait de l'année 2003-2004, la première année où la notion des déficits autorisés et l'imputabilité des établissements quant à rembourser de manière formelle tout dépassement... C'était la première année, et le CHUS avait réalisé, à ce moment-là, un déficit non autorisé de l'ordre d'à peu près 340 000 \$ qu'il a remboursés dans l'année 2006-2007, puisque le ministère a engagé un processus avec l'ensemble des régions, avoir à rembourser les déficits non autorisés qui ont été accumulés au cours des années.

Nous, en Estrie, comme vous le voyez, il n'y a qu'en 2003-2004 où il y a eu un déficit non autorisé réalisé par trois établissements, et les plans de remboursement sont actuellement en voie d'être réalisés.

M. Baron (Michel): Lorsque le gouvernement actuel a commencé l'exercice du pouvoir, les déficits étaient de 300 millions — les déficits accumulés. Il a été un peu plus que 300 millions. Il y a eu une opération de reconnaître ces déficits ou ne pas les reconnaître. Il y a eu 300 millions qui ont été reconnus et, dans la demande au Conseil du trésor, à chaque année, il y avait une demande pour réduire ce déficit de 300 millions. Les deux premières années, ça a fonctionné. Le dernier 100 millions n'a pas été couvert parce qu'il y avait tellement de demandes dans d'autres secteurs qu'ils ont décidé de garder le déficit de ce 100 millions non réglé sur 21 et quelques milliards pour une année à l'autre. Probablement qu'avec les nouvelles règles du Conseil du trésor et la façon de budgéter, les nouvelles lois, cette année, ils vont être obligés de régler, probablement.

M. Copeman: ...question sur ce qui apparaît à la page 59 comme des surplus. On ne serait pas étonné d'apprendre qu'il y a des établissements de santé et de services sociaux qui ont des surplus. Par contre, pour la population, parfois ça peut paraître un peu curieux que, dans une période de temps où l'offre est tellement importante et où il y a des lacunes, parce qu'il faut l'admettre, il y a des lacunes dans l'offre de service, à plusieurs niveaux... terminer l'année financière avec un surplus peut paraître, je dis bien, peut paraître un peu curieux.

Peut-être un commentaire de votre part sur la proportion de surplus face au budget total des établissements parce que nous n'avons que le chiffre brut des surplus et aucune indication. Rapidement. Ça représente combien, dans une année budgétaire, pour les établissements de la région? Évidemment, si ça représente 20 %, 30 %, 40 % des dépenses, on pourrait se questionner là-dessus. Alors, peut-être un petit mot sur toute la question des surplus. Qu'est-ce que ça représente en proportion des dépenses régionales?

M. Baron (Michel): Normand va vous donner le pourcentage. Je vais vous donner le principe: on ne tolère pas les surplus de solde — parce qu'on appelle ça des surplus de solde — à moins qu'il y ait des raisons. Et

il peut arriver toutes sortes d'événements dans l'année, parce que, vous savez, il y a des entrées de fonds non prévisibles puis il y a des dépenses non prévisibles, et l'offre de demande, c'est quelque chose qui varie. Et la maladie ne se prévoit pas non plus, ça fait qu'il y a des absences au travail qui ne sont pas toujours remplacées.

Donc, ils font des surplus de solde. Mais, nous, notre règle: on n'autorise pas les surplus de solde s'ils n'ont pas une raison de les utiliser. Les gens, certains établissements qui ont un grand projet immobilier qui s'en vient, qui ont des rénovations majeures qui s'en viennent, qui veulent faire un match avec un budget de maintien, le ministère et l'agence, là, maintenant on leur demande toujours une contribution, un effort qu'ils peuvent aller chercher dans leur performance bien souvent, mais que des fois le petit surplus de solde leur permet de faire la contrepartie. Un projet de rénovation qui dépasse les montants alloués, projet de construction... Vous allez voir la contribution de l'établissement. Dans tous les projets de construction au Québec, vous allez avoir l'item contribution de l'établissement. C'est habituellement avec leur surplus de solde et leur argent de fondation. Maintenant, ça représente très peu, là. Normand?

M. Couture (Normand): Bien, ça représente approximativement 1,5 million, les surplus accumulés de certains établissements, sur un budget de 683 millions, donc on parle de 2/10 de 1 %, là. Il faut dire aussi, au-delà de ce que le Dr Baron vous dit: En termes d'utilisation, c'est clair qu'il faut que les établissements aient un peu d'argent de côté pour être capables de faire face. Par exemple, une année où l'assurance salaire, par exemple, leur coûterait plus cher, bien, plutôt que de réduire l'offre de service, bien, s'ils ont une dépense non prévue de 100 000 \$ ou de 50 000 \$, bien ils peuvent aller puiser dans ces argents-là, d'année en année, pour être capables d'éviter une fluctuation dans l'offre de service.

M. Copeman: Merci.

Le Président (M. Kelley): Alors, on va donner la parole maintenant au député de Marie-Victorin. Il reste du temps pour le parti ministériel, mais je pense en fait à faire l'alternance, et c'est peut-être de faire un meilleur dialogue. Alors, M. le député de Marie-Victorin et vice-président de la Commission des affaires sociales.

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le directeur général, vous avez dit à un moment donné: Si les blocs opératoires augmentaient leur productivité de 5 %, il n'y aurait plus de délai, d'attente hors délai ou de... plutôt de délai. Comment on dit?

M. Baron (Michel): De patients hors délai.

M. Drainville: De patients hors délai. Voilà. Merci. Et, si on augmentait la productivité de 10 %, il n'y aurait plus de délai d'attente.

M. Baron (Michel): ...des listes d'attente qui seraient peu significatives.

M. Drainville: Alors, pouvez-vous nous dire s'il y a des efforts qui sont faits actuellement pour augmenter

l'efficacité des blocs opératoires, si ces mesures, si ces méthodes ont donné les résultats? Est-ce que vous avez été capables d'augmenter votre efficacité?

M. Baron (Michel): De fait, depuis quatre ans — on parle des quatre dernières années — les efforts pour augmenter la productivité opératoire ont été constants dans tous les établissements Québec: épuration des listes d'attente, priorisation, développement des blocs ambulatoires, ouvertures supplémentaires des blocs. Il y a eu des séries de mesures et il y a eu un système qui a été mis en place avec la loi où, les hors délais, maintenant il faut faire une deuxième offre. Je ne me souviens pas. Ça, c'est la loi?

Une voix: Chaoulli.

M. Baron (Michel): Oui. Après l'arrêt Chaoulli. Vous connaissez bien.

Le Président (M. Kelley): 33.

● (15 h 10) ●

M. Baron (Michel): Après la loi n° 33. Donc, il y a une foule de mesures. Tout le monde en est conscient. Et, comme je vous le disais tantôt, nous, nos volumes ont augmenté de 20 %, et on ne tient pas compte de l'augmentation des heures moyennes pour faire des cas, qui sont de plus en plus lourds. Donc, c'est une augmentation de productivité qui varie entre 30 % et 50 %, dépendant de nos établissements.

Mais il faut aller chercher le dernier 5 %. Ça, c'est comme le dernier million que vous avez besoin pour clôturer un budget: très difficile. On entreprend une démarche actuellement avec l'association des anesthésistes, avec l'association des infirmières, avec des intervenants du ministère dans laquelle nous allons visiter 25 grands centres de chirurgie au Québec pour essayer d'identifier comment on peut trouver ce 3 % à 5 % — puis ce n'est pas une liste d'épicerie qu'on veut, là — parce qu'il y a encore des problèmes de fonctionnement, des améliorations à apporter. Et il y a eu une entente qui a été faite récemment avec le président de la FMSQ, avec le président de l'association des anesthésistes, le président de l'association des chirurgiens généraux.

Nous avons notre première rencontre vendredi de cette semaine — je peux vous en parler librement parce que je suis membre du comité d'inspection — qui sera une visite de haut niveau, qu'on veut s'entendre. On s'est entendus sur une grille d'évaluation dans laquelle on visite les 25 plus grands producteurs pour trouver une façon d'aller chercher ce 3 % à 5 % là non pas en mettant des millions et des millions de plus, en regardant les gains d'efficacité qu'on peut trouver. Et c'est souvent des choses minimes, comme aller répondre à la consultation à l'urgence dans les deux heures au lieu que dans les huit heures, c'est souvent une meilleure gestion des lits des soins intensifs, c'est souvent une salle de réveil qui est mieux gérée, c'est souvent des préops qui sont bien faits sur une base ambulatoire, c'est souvent une meilleure gérance des ressources de soutien, ça peut être souvent une meilleure gérance du PREM, des effectifs médicaux.

Donc, il faut aller le chercher. Il va être très dur à aller chercher.

M. Drainville: Vous dites bien que vous êtes allés chercher quel pourcentage d'efficacité ou d'augmentation de votre productivité?

M. Baron (Michel): Nous, notre productivité, en quatre ans — je vais parler pour l'Estrie — a augmenté de 20 %.

M. Drainville: Et, à la grandeur du Québec, vous dites que ça a été de combien?

M. Baron (Michel): Je ne suis pas capable de vous donner les chiffres des autres régions. Le ministère peut vous les donner. Mais, nous, elle a augmenté de 20 %.

M. Drainville: Depuis quatre ans?

M. Baron (Michel): Depuis quatre ans. Sans compter les heures supplémentaires. On compte juste, là, les cas supplémentaires, les cas qui prennent deux heures au lieu d'une heure et demie à cause de la complexité. Ça, ça fait encore des heures d'ouverture.

M. Drainville: Pour l'ensemble des chirurgies?

M. Baron (Michel): Pour l'ensemble des chirurgies. Mais il nous manque encore...

M. Drainville: Parce que, pour les gens qui vont vous écouter, ils vont dire: Coudon, ils ont été capables d'aller chercher ça, 5 % par année, depuis quatre ans. Pourquoi est-ce que le dernier 5 % est à ce point difficile?

M. Baron (Michel): Bien, c'est parce que, l'efficacité, à un moment donné, il y a une limite. Il y a des conventions collectives, il y a des limites budgétaires, il y a des problèmes qui surviennent dans des établissements. C'est des structures très complexes. Ça fait que faire le premier 5 %, c'est comme couper un budget. Moi, j'ai passé ma vie à couper des budgets. Les cinq premiers pour cent, ça va bien; le deuxième, ça commence à... mais le troisième 5 % — on a eu ça dans les universités, dans les années quatre-vingt; je dirigeais, à ce moment-là, une institution universitaire; 5 % — le dernier, il est dur à aller chercher. Dans la productivité, c'est la même chose.

M. Drainville: Alors, si je vous demandais spontanément... Vous nous parlez des conventions collectives, là, qui visiblement ont l'air d'être un obstacle pour aller chercher ces derniers 5 %.

M. Baron (Michel): Bien, n'appelons pas ça un obstacle. Ça pourrait être une opportunité parce qu'on a vu quand même récemment les syndicats qui sont de plus en plus ouverts à trouver des modalités pour revoir les pratiques cliniques, revoir qui a telle responsabilité: Est-ce qu'on fait faire à l'infirmière la bonne tâche? Est-ce qu'on pourrait mettre des auxiliaires en bloc opératoire, par exemple, au lieu des infirmières bachelières? Est-ce qu'on pourrait revoir la tâche des préposés? Est-ce qu'on pourrait revoir la tâche des technologues en anesthésie? Ce sont tous des points possibles d'amélioration. Mais les cinq derniers pour cent sont les plus difficiles à aller chercher dans n'importe quel système. Et il ne faut pas

oublier que, pendant ce temps-là, la demande augmente aussi, à cause du vieillissement — ce n'est pas le plus gros facteur — à cause de la technologie, à cause d'une foule...

On garde les gens en vie maintenant avec des maladies, qu'on ne réussissait pas autrefois, donc les cas deviennent de plus en plus complexes. Ça fait qu'en plus de répondre à l'augmentation qui est toujours là, qui est toujours présente, qui correspond à 3 %, à 4 % par année, il faut aller chercher un autre 5 %. Ça fait que de fait ce qu'on a besoin d'aller chercher dans les deux prochaines années, c'est deux fois trois, six plus cinq. Ça veut dire qu'on doit aller chercher 11 % après avoir été chercher 20 %. C'est un méchant défi.

M. Drainville: Alors, quels ont été les deux principaux facteurs pour lesquels vous avez réussi à aller chercher ce 20 % là, là? Puis, s'il vous plaît, essayez de rester dans des concepts plutôt généraux parce que, si vous nous amenez trop dans la mécanique, on va s'y perdre puis on n'a pas tant de temps que ça, malheureusement. Puis, si je vous demandais quels sont les deux ou trois principaux facteurs sur lesquels on peut travailler pour aller chercher le 5 % qui reste — vous connaissez quand même assez bien votre réseau — vous devez avoir déjà une idée des solutions?

M. Baron (Michel): Ça peut être variable d'une région à l'autre, parce que je ne peux pas parler au nom des autres régions. En Estrie, un facteur très important, c'est le travail de l'anesthésiste, la façon qu'il gère son travail, son organisation de travail et sa relation avec les technologues et son rôle en salle d'opération. C'est un point sur lequel, nous, à cause des tâches d'enseignement et de recherche, qui rend la tâche de l'anesthésiste beaucoup plus complexe... qui pourrait nous permettre chez nous de faire un gain.

Une autre chose qui peut nous permettre de faire un gain appréciable chez nous, c'est les modifications des tâches entre infirmières et infirmières auxiliaires et d'autres membres du personnel. Autre facteur qui peut nous aider chez nous — je vous en nomme trois, là — c'est vraiment une meilleure gestion de l'amont et de l'aval. Avant que le patient rentre en chirurgie, si on est capables de faire toutes les investigations sur une base ambulatoire et qu'on rentre le matin puis on l'opère à 10 heures, même pour un cas hospitalier, c'est mieux que de rentrer la veille, puis là le lit est occupé, etc. Et, bien entendu, le postopératoire. Mais, nous, c'est surtout dans le préopératoire qu'on a encore des progrès à faire. Je ne l'ai pas emmenée avec moi, mais il y a une liste des facteurs qu'on a identifiés, là, pour amélioration... La liste, la grille d'évaluation qu'on va soumettre à chaque établissement, il y a une quarantaine d'items. Je vous en nomme trois qui chez nous sont importants.

M. Drainville: Ça, c'est dans quelle liste, me dites-vous?

M. Baron (Michel): De tous les éléments qui ont été identifiés par des experts pour améliorer la productivité du...

M. Drainville: Est-ce que cette liste-là est accessible?

M. Baron (Michel): Oui, c'est des travaux du ministère, des agences et toutes les régions. J'en avais une hier parce que j'en discutais avec le président de la FMSQ, là, parce que je n'étais pas d'accord avec un de ses critères, là. Mais, moi, j'en ai une.

M. Drainville: Vous pourriez nous la rendre disponible?

M. Baron (Michel): Il n'y a aucun problème.

M. Drainville: Alors...

M. Baron (Michel): N'importe quel bon médecin est capable de vous faire la liste. Peut-être pas des 40, là.

M. Drainville: Mais, si elle est déjà faite, mon cher... Alors donc, est-ce qu'on doit présumer que, dans le 20 % que vous êtes allé chercher, vous avez travaillé sur les facteurs que vous venez d'évoquer?

Une voix: Les 37 autres.

M. Drainville: Oui, mais ceux que vous venez d'identifier, visiblement c'est déjà des variables, c'est des changements que vous avez apportés, c'est des choses sur lesquelles vous avez travaillé, où il y a eu de l'amélioration. Pour y arriver, il a fallu la collaboration des syndicats, non?

Une voix: Oui, ça s'obtient, la collaboration des syndicats.

M. Drainville: Alors, parlez-nous-en, de la collaboration des syndicats, parce qu'ils sont souvent perçus, à tort ou à raison, comme étant des obstacles au changement. Alors, allez-y.

M. Baron (Michel): Bien, moi, je ne gère pas les perceptions, là.

M. Drainville: Bien, non, mais parlez-nous du travail que vous avez fait avec eux.

M. Baron (Michel): Bien, peut-être que Mme Turgeon pourrait vous dire un mot. On a des tables sectorielles régulières, nous, avec nos gens du syndicat. Les gens du syndicat siègent sur nos tables. J'ai le président de la CSN sur le conseil d'administration de l'agence. Pourquoi se gêner? On essaie d'entretenir les meilleures relations possible, de les impliquer dans les problèmes dès le début qu'un problème survient, d'être très précoces dans leur participation à la solution des problèmes, et je pense qu'on obtient habituellement des très bonnes collaborations. Peut-être que, Johanne, tu aurais un commentaire?

Le Président (M. Kelley): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Bonjour. On a différents dossiers qui sont gérés dans les établissements avec les instances syndicales locales, mais on en a des plus majeures pour faire face à la réorganisation du travail. Et présentement on doit avoir cinq, six projets en cours

où la collaboration des syndicats locaux des établissements fait partie de la réalisation du projet. On a un projet, entre autres, là, qui se conduit présentement auprès de trois établissements — le CHUS, le Centre de santé et de services sociaux du Granit et le CSSS et IUGS de Sherbrooke — où on regarde tout le processus de soins et la réorganisation des services pour les clients qui sont aux prises avec le cancer, et on est en train de se questionner sur chacune des étapes: Est-ce qu'on pourrait réorganiser le travail entre les différents professionnels de la santé, qu'ils soient les soins infirmiers, que ce soit au niveau des auxiliaires ou des préposés ou un autre type d'emploi, pour être le plus efficace possible? Et les syndicats sont partie prenante de ces travaux-là.

On a aussi des collaborations avec les syndicats locaux dans des dossiers qui ont été réalisés, là, depuis maintenant un peu plus que 18 mois, hein? Les gens ont renégoциé leurs ententes locales, et ça s'est fait dans l'ensemble de nos établissements, là, suite à la loi n° 30. Ils font partie de la solution, hein? Ce n'est pas des projets qu'on peut conduire tout seuls. Puis on le sait, qu'il y a beaucoup de choses qu'on doit faire au niveau de la pénurie de la main-d'oeuvre à laquelle on a à faire face, les besoins grandissants de la population, l'efficacité à laquelle on est à la recherche de produire davantage mais de produire davantage de qualité.

Les travailleurs de la santé qui sont représentés par leurs différentes instances, ils font partie de ces travaux-là puis ils font sûrement partie de la solution, là. Donc, c'est certain qu'il faut qu'ils soient impliqués.

● (15 h 20) ●

M. Drainville: Vous, ça fait longtemps que vous travaillez dans le domaine de la santé et des services sociaux?

Mme Turgeon (Johanne): Oui.

M. Drainville: Et est-ce que vous sentez que le degré de collaboration s'améliore avec les années? Je parle du degré de collaboration, du niveau de collaboration entre les dirigeants du réseau comme vous, les cadres et les instances syndicales. Est-ce que vous sentez que plus ça va, plus ça travaille de façon harmonieuse?

Mme Turgeon (Johanne): Bien, vous savez, ce qu'on peut... En tout cas, sans tomber dans les perceptions, là, un élément sur lequel on peut très bien focuser, c'est que les gens font les mêmes constats, hein? Qu'on soit du monde syndical ou qu'on soit du monde du côté de l'employeur, les grands défis qu'on a à réaliser dans la santé et les services sociaux, ceux qui vous ont été présentés par le Dr Baron dans sa présentation, là, la dizaine, là, qu'on retrouve à la fin, là, on s'entend: quand on fait ces constats-là avec les gens des associations, qu'on les fasse avec les gens qui sont des représentants syndicaux ou qu'on les regarde avec les ordres professionnels, on fait les mêmes constats. Il faut maintenant s'asseoir ensemble puis dire bien c'est quoi, les solutions qu'on peut mettre de l'avant, qui sont dans le respect aussi des responsabilités professionnelles des gens qui travaillent dans le réseau.

Puis les gens sont de très bonne volonté dans la réorganisation des services. Quand on commence à regarder c'est quoi qu'on peut faire de mieux pour le patient

qu'on sait, qui est devant nous, là, les gens sont de très bonne volonté.

M. Drainville: Donc, docteur... Oui, oui.

Mme Turgeon (Johanne): ...que je le vis dans ma région. Et, je peux vous dire, il y a des réalisations. On parlait tout à l'heure, là, dans l'amélioration des services au niveau de la déficience physique, les services spécialisés. Le grand projet qui est conduit présentement par le centre de réadaptation Estrie, qui est de la transformation significative de l'organisation des services, les ordres, les personnels, les syndicats locaux font partie de ce projet-là. Ils sont en train de revoir comment, sur le plan clinique, on offre nos services et on s'assure d'une garantie de service pour tous les parents et les enfants qui en ont de besoin en Estrie.

M. Drainville: La raison pour laquelle je vous pose toutes ces questions-là, c'est que vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a pas mal de gens qui ont perdu confiance envers le réseau public de santé, hein? Ils croient que les délais d'attente, entre autres, pourraient être plus aisément, plus rapidement réglés si on créait un système privé parallèle au système public actuel. Et ceux qui comme nous croient encore au système public de santé, on cherche des façons d'améliorer l'efficacité, on cherche des façons de maximiser l'investissement public qu'on fait déjà dans notre réseau, que ce soit pour les ressources humaines mais pour l'équipement également, et tout ça. Alors, c'est important que, vous, qui êtes dans le réseau, qui travaillez sur le terrain, c'est important que vous puissiez nous dire qu'il est possible de prendre le réseau actuel et de l'améliorer encore davantage pour faire en sorte que l'argent qu'on y investit déjà, et on met 23 milliards par année, dans ce réseau-là... qu'on puisse obtenir encore davantage de résultats, obtenir encore davantage de soins, de chirurgies, etc.

Et, M. le directeur général, d'abord je suis ravi d'entendre dire que vous allez faire partie de cette équipe, là, qui va sillonner le Québec pour essayer de trouver des façons d'améliorer la productivité de nos blocs opératoires, mais, vous êtes sans doute au courant, il y a plusieurs rapports qui ont été écrits sur la question, mais il y en a un, entre autres, qui conclut que le problème des temps d'attente dans les salles d'op, dans les blocs opératoires, c'est moins une question de ressources qu'une question d'organisation du travail. Et, moi, quand j'ai lu ça, j'ai trouvé ça, disons, intéressant...

M. Baron (Michel): De fait...

M. Drainville: ...hein, parce que les gens sont très réticents à payer plus de taxes et d'impôts, hein, ce n'est pas une proposition qui est très politiquement populaire ces temps-ci. Alors, si on veut aller chercher davantage de résultats dans le réseau, il faut trouver des façons, avec les ressources actuelles, d'obtenir plus de résultats. Et, quand on entend dire qu'une meilleure organisation du travail pourrait nous donner plus de résultats avec les mêmes ressources, ça nous donne de l'espoir.

Le Président (M. Kelley): M. Baron.

M. Baron (Michel): Je ne veux pas me prononcer sur le privé et le public. Je laisse ça à votre sagesse.

M. Drainville: Oui, c'est gentil, oui.

M. Baron (Michel): Vous ferez vos débats. Je n'en pense pas moins par exemple, mais ça, on en parlera en privé. Mais le système public, actuellement, en Estrie, nous croyons qu'il fonctionne très bien et que nous avons une très bonne collaboration des syndicats. Dans le projet Apollo que Johanne vous mentionnait, les gens ont décloisonné leurs règles syndicales, ils ont accepté de partager des tâches et ont accepté de décloisonner leurs tâches professionnelles, qui est encore plus difficile que de décloisonner la tâche syndicale, en passant, et on peut emmener les gens à collaborer à ça.

M. Drainville: Par exemple? Donnez-nous des exemples de décloisonnement de tâches professionnelles.

M. Baron (Michel): Bien, un physiothérapeute, au lieu de faire des soins individuels à une personne, va faire des services d'animation à un groupe complet. Le travail d'animation n'est pas une tâche d'une ergothérapeute ou d'une physiothérapeute, est une tâche d'un travailleur social, puis le travailleur social va s'impliquer dans la réadaptation, ce qui n'est pas sa tâche, et ils vont pouvoir faire une approche en groupe pour faire des mentorats, etc. C'est tout le projet Apollo. Et les syndicats ont embarqué dans ce projet-là, et les professionnels ont embarqué et ont accepté de décloisonner leurs tâches, de ne plus tenir en compte: Ce n'est pas ma tâche, c'est ta tâche.

M. Drainville: Et, ce genre d'ententes là, vous pouvez le faire, vous pouvez les obtenir au niveau local?

M. Baron (Michel): Au niveau local, on peut obtenir...

M. Drainville: Avec le syndicat de l'établissement?

M. Baron (Michel): Oui.

M. Drainville: Comment vous faites avec l'ordre professionnel? Parce que ça, c'est panquébécois.

M. Baron (Michel): C'est plus difficile. Ceux-là, on leur dit moins.

M. Drainville: Il ne faut pas leur...

M. Baron (Michel): Mais les ordres professionnels n'ont rien à autoriser. D'une certaine façon, ils surveillent la qualité.

M. Drainville: Oui. Là, vous êtes à la télé, en passant.

M. Baron (Michel): Oui, je sais. Si je n'étais pas à la télé, on aurait parlé bien différemment.

M. Drainville: Oui? Bon. On apprécie votre franchise. Donc, il y a de l'espoir. Vous parlez du projet Apollo. Est-ce qu'il y a d'autres exemples comme ça?

M. Baron (Michel): Bien, actuellement, on regarde beaucoup les travaux sur la main-d'oeuvre. Le fonctionnement des blocs, c'en est un autre. On regarde beaucoup toute la question de l'approche des soins en longue durée, qui est encore un autre travail qu'il faut regarder les tâches de tout le monde. Remarquez bien que ce n'est pas facile, puis on ne fera pas des miracles avec ça, mais, le réseau de la santé, il y a encore place à l'amélioration dans son fonctionnement et il faut continuer la tâche. Bon. Est-ce qu'il y en a suffisamment pour éviter le développement du privé? Je pense qu'on ne parle pas de la même chose. C'est des forces différentes qui font le privé et le public. Les listes d'attente dans les établissements: il y a encore de la place à l'amélioration; les délais d'accès, il y a encore de la place. D'ailleurs, nous, on a plusieurs secteurs qu'on veut améliorer. Et on peut l'améliorer avec notre système de santé comme tel. Et notre job, c'est ça, on est payés pour ça, nos gens sont payés pour ça, et les gens ont très ça à coeur. Vous regardez l'opération Sacré-Coeur, là. Quand ils ont voulu aller à la clinique...

M. Drainville: Rockland MD? Bien oui.

M. Baron (Michel): ...Rockland, vous avez vu les syndicats se mobiliser pour offrir des solutions.

M. Drainville: Bien, absolument.

M. Baron (Michel): Bon. Ça fait qu'il faut regarder, sur tous les plans, comment améliorer notre système. Sa pérennité en dépend.

M. Drainville: Bien, vous soulevez vous-même Sacré-Coeur. Je ne l'aurais pas fait moi-même. Mais, nous, on a déploré le fait qu'on envoie des chirurgies au privé, alors qu'il y a deux salles d'opération qui sont inutilisées à Sacré-Coeur. Et vous avez raison de dire qu'il y a eu des ajustements, des accommodements de la part des syndicats de Sacré-Coeur pour augmenter le débit, pour augmenter le volume de chirurgies, si je ne m'abuse, de deux par jour, ce qui veut dire de 400 par année, grosso modo. Et ils s'apprentent à en transférer 300 à Sacré-Coeur. Mais, avec les ajustements qu'ils ont obtenus du syndicat, ils en ont obtenu 400 de plus par année, en moyenne. Donc, c'est ce qui nous faisait dire de notre côté qu'avec encore plus de dialogues, encore plus de souplesse puis certainement des concessions de part et d'autre on aurait peut-être pu garder les 300 à Sacré-Coeur, dans le réseau public, plutôt que de les envoyer dans le secteur privé. Mais je referme la parenthèse, puisque ça ne relève pas de votre agence, M. Breton, mais je voulais quand même...

Le Président (M. Kelley): ...je pense.

M. Drainville: Voilà.

M. Baron (Michel): M. Breton est à l'Université de Montréal.

M. Drainville: Dr Breton.

M. Baron (Michel): Dr Breton, oui.

M. Drainville: Je m'excuse. Je ne voulais certainement pas vous offusquer.

Une voix: C'est Baron.

M. Drainville: Baron.

M. Baron (Michel): C'est un radiologiste, en plus.

M. Drainville: Alors, je m'excuse doublement. Je ne voudrais pas prendre tout le temps de notre formation, de ce côté-ci.

Le Président (M. Kelley): ...à peu près.

M. Drainville: C'est probablement une bonne idée de s'arrêter là-dessus pour le moment, M. le Président. M. le directeur général, merci.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de La Peltre.

● (15 h 30) ●

M. Caire: Merci, M. le Président. Bonjour à vous tous. Merci d'être là. Vous me permettrez d'emblée par commencer par des préoccupations générales. Je fais référence à un document qui a été soumis par le Vérificateur général du Québec qui a fait une étude du fonctionnement des agences.

Mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce, tout à l'heure, faisait mention du fait que notre réseau était décentralisé. Pourtant, le Vérificateur général dans son rapport nous dit qu'au niveau des agences, dans les rôles, il règne beaucoup de confusion sur qui fait quoi, notamment du fait que le directeur général de l'agence est nommé par le ministre. Est-ce que de votre côté vous avez pris acte de ces conclusions du Vérificateur général, qui va aussi plus loin, si je me réfère à la page 34 de son rapport, qui parle d'absence de plan stratégique dans certains cas ou d'une non-cohérence dans les plans stratégiques et dans l'application des plans stratégiques, par exemple, dans certains cas le ministère, dans le plan stratégique, qui va de 2005 à 2010, alors que l'agence a un plan 2004-2006? Donc, ce n'est pas accroché, là.

Est-ce que vous avez pris acte des observations, des recommandations du Vérificateur général? Et, si oui, quelles mesures concrètes vous allez mettre en place pour corriger une situation qui apparaît quand même assez déplorable?

M. Baron (Michel): Mieux que ça, bien on était une des quatre agences qui ont été visitées, donc je suis bien au courant du dossier. Bien, il faut dire qu'on avait un rapport individuel pour chaque agence, et, sur la planification stratégique, il n'y avait pas de problème chez nous. C'est un processus très vigoureux, très coordonné avec celui du ministère. Nous avons accepté toutes les recommandations du gouverneur général, en tant qu'agence, parce que, vous savez, il faut les accepter. Il y en a certaines qui étaient quand même assez mineures, là. Vous avez employé un qualificatif, vous avez le droit d'employer celui que vous voudrez, mais, moi, je trouve qu'il y avait quand même, dans ces recommandations-là, des choses presque techniques, comme par exemple que le conseil d'administration s'évalue, qu'on choisisse les

membres selon leurs compétences, qu'on ait des activités de formation mieux identifiées quand arrivent des nouveaux membres. Il faut dire que les conseils d'administration des agences datent de la loi n° 83, là, parce que, la loi n° 25, c'étaient des conseils temporaires. Et la loi n° 83 n'est quand même pas une loi qui a beaucoup d'années, à date. Ça fait que ces ajustements-là sont des ajustements qui vont se faire.

Il y avait une question, qui est soulevée, sous la gouvernance. C'est vrai que la question de gouvernance, elle est compliquée parce qu'on fonctionne à trois niveaux de gouvernance: le ministère, les agences et le local. Les locaux ont un conseil d'administration, les agences ont un conseil d'administration mais qui est nommé par le ministre. Et le président-directeur général est nommé par le ministre, et le président du conseil n'est qu'un président de conseil. Donc, ça crée une certaine difficulté à appliquer la gouvernance dans le réseau. Ça date de plusieurs années, cette difficulté. Comment un gouvernement applique l'imputabilité dans son réseau? Vous accordez des crédits très importants, 23 milliards. Comment vous vous assurez de faire l'imputabilité, la reddition de comptes tout en favorisant le niveau local, tout en favorisant la participation du citoyen? C'est un méchant défi qui se retrouve dans le système de santé, et le Vérificateur a raison de le soulever. À nous de le résoudre. Le ministère, je pense qu'ils ont passé en commission parlementaire pour en discuter. Le sous-ministre a sûrement donné la position, les mesures qu'il entendait prendre pour essayer de régler ce problème-là. On est en réflexion. Et ça va toujours rester des zones un peu grises, à moins qu'il y ait des modifications législatives qui viennent les éclaircir.

Mais le système à trois niveaux actuellement fonctionne bien. On va faire tous les efforts pour appliquer toutes les recommandations du Vérificateur général. On n'a aucun problème avec aucune de ses recommandations.

M. Caire: Vous dites: Le système à trois niveaux fonctionne bien, mais en même temps vous reconnaissez qu'il y a des problèmes de gestion. J'ai eu l'occasion de parler avec plusieurs directeurs généraux de CSSS, dont quelques-uns sur votre territoire, et le constat, au niveau des CSSS, semble moins optimiste que le vôtre, à savoir qu'on parle des agences comme des boîtes à lettres du ministère, on parle d'organismes qui font de la picogestion au lieu de s'en tenir à un mandat régional, puis ça pose plusieurs problèmes, plusieurs casse-tête puis ça impose une lourdeur extrême au niveau des CSSS.

Je lisais même — je ne sais pas si ça vous touche particulièrement; mais je lisais même — un communiqué de presse de l'AQESSS qui disait qu'il y avait surinspection, dans les établissements au Québec, par différents organismes. J'imagine que le ministère, les agences font partie de ces organismes-là qui amenaient des recommandations souvent contradictoires. Donc, on a l'impression que le réseau est trop géré au niveau de l'administration et qu'on ne met peut-être pas assez d'emphase sur là où se donnent les services. Vous avez quoi, comme lecture de cette situation-là?

M. Baron (Michel): Bien, je peux vous dire que, moi, je ne pense pas que ça s'applique en Estrie. C'est sûr que la situation est vécue différemment d'une

région à l'autre, dépendant de leurs structures. Montréal a une structure différente; vous avez des gros CSS qui n'ont pas de centre hospitalier, vous avez des milieux universitaires très puissants et très gros. Québec, tous les établissements sont universitaires. Donc, il y a des configurations différentes, là, et je ne porte pas jugement sur ces configurations-là. Nous, on a entrepris une démarche avec tous nos établissements de la région pour revoir tous nos mécanismes de gouverne et de concertation entre les établissements et l'agence, et cette démarche a été terminée la semaine dernière, justement. Et c'est une démarche qui a duré un an et demi à peu près. Nous sommes en consensus sur nos rôles et nos responsabilités, et comment l'exercer, et comment ça, sur le terrain, ça s'applique avec des structures de comité, qui y participe, qui n'y participe pas, toute la poutine.

Ça fait que, nous, dans notre région, on est arrivés à un consensus. Et je connais d'autres régions qui sont arrivées à ce même consensus, une compréhension commune de la loi, compréhension respectueuse de leurs responsabilités mutuelles, une façon d'exercer leurs responsabilités et d'être axées sur le service au client. Mais, quand on part une nouvelle structure administrative, c'est un changement majeur, là, de dire à des établissements: Vous êtes maintenant responsables de la population que vous desservez, là. Ce n'est pas une blague, là, c'est vrai, vous êtes responsables. C'est un changement de culture, et ça prend du temps à se faire. Nous, on est contents de l'évolution. Comme je vous disais dans ma présentation tantôt, on avait des CSS, des centres de santé qui sont devenus des CSS depuis 1995. Peut-être qu'on a un vécu qui est plus long, donc plus facile à faire. Il ne faut pas oublier que ces fusions-là remontent à trois ans, lorsqu'on a regroupé ensemble des établissements de santé longue durée, courte durée et CLSC. Et je pense que c'est majeur.

Tous les pays industrialisés et les pays en développement au monde ont pris cette approche-là. C'est la voie de l'avenir. Bien entendu, maintenant, la façon d'exercer la gouverne, on a besoin d'un peu de pratique, hein, puis pour s'améliorer et en tirer le maximum possible. C'est mon opinion pour ma région.

M. Caire: Puis c'est votre opinion que je sollicitais aussi, d'une part. Mais justement, toujours sur la question de la gouverne, vous l'avez dit: On a créé les CSSS, il faut laisser le temps à l'organisation de prendre une certaine maturité, j'en conviens. On a donné aux CSSS la responsabilité populationnelle de par la loi, mais est-ce que vous ne pensez pas que, dans cette optique-là, c'est le rôle de l'agence? Vous semblez dire que, même comme instance de gestion, vous questionnez votre propre rôle, vous le questionnez par rapport aux CSSS.

Est-ce que vous ne pensez pas que cette démarche-là devrait venir de plus haut? Et est-ce que la démarche que vous faites n'est pas justement symptomatique du fait que, dans toute la pyramide de l'administration, votre rôle a été ou mal défini ou vous a été mal expliqué?

● (15 h 40) ●

M. Baron (Michel): Non. On se questionne comment l'exercer. Une loi, c'est un texte, c'est des règlements, mais après ça, l'exercice de cette loi-là sur le terrain, il faut revoir notre rôle là-dessus. Ce même exercice se fait dans toutes les régions. Et, nous, nous

sommes concertés entre nous et nous le faisons avec le ministère. Ce n'est pas Sherbrooke qui décide de se lancer puis d'interpréter comment il doit l'exercer, mais chaque région le fait. Nous sommes coordonnés au niveau du ministère, mais, dans la façon qu'on le fait, il faut tenir compte de nos particularités.

Je vous donne un exemple concret. Les projets cliniques, qui sont une pierre d'assise de ce qu'on ne veut pas appeler une réforme mais qui en était une, là, sont la responsabilité des CSS, mais dans notre région les CSS qui sont de taille différente et qui ont une deuxième ligne très forte avec des gros établissements, d'un commun accord, ont demandé à l'agence de coordonner les travaux. Vous voyez là un bon processus dans lequel, même s'ils ont la responsabilité, ils nous demandent de les soutenir davantage, au-delà du rôle qu'on avait, qui ne serait que de fixer des orientations avec eux, et c'est ce genre d'accommodement et d'ajustement qu'on doit faire d'une région à l'autre.

Le rôle de l'agence dans ce dossier-là n'aura été que de déterminer les orientations régionales et de ne pas aller plus loin dans la coordination des travaux. Mais, pour aider une MRC comme des Sources, 14 000 de population avec des problèmes de pauvreté et de chômage, des problèmes de santé différents, eux ont dit: On aimerait que l'agence apporte... Puis, on s'entend: Si je fais ça avec vous, c'est au-delà de notre rôle tel que défini dans la loi; vous nous permettez de l'exercer, et nous le ferons sciemment, en gens intelligents. Et ces ajustements-là, ça se faisait autrefois aussi, peu importe la loi. Lorsqu'on rend des comptes, là, par exemple, on rend des comptes selon nos rôles et nos missions, nos obligations. Les conseils d'administration sont des fois mal à l'aise avec ça. Il y a eu tout un exercice fait par le ministère l'année passée, où le ministre et le sous-ministre se sont adressés à tous les établissements pour expliquer aux membres des C.A. qu'étaient leurs patinoires sur lesquelles ils pouvaient jouer. Et, quand on leur explique, ils réalisent que la patinoire est pas mal plus grande que qu'est-ce qu'ils avaient compris. Et je pense qu'on a encore des explications à faire.

Cette loi est encore neuve, elle a besoin d'être rodée. On doit continuer à expliquer la patinoire. Ce n'est pas pour rien qu'on a dit que nos membres de C.A. ont besoin de plus de formation, ont besoin d'être mieux introduits quand ils arrivent sur les conseils d'administration. Je pense que l'exercice est en cours, puis, moi, j'ai bon espoir que ceci va se clarifier.

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

M. Caire: Je vais revenir sur une question qui a été abordée. On a parlé des ressources humaines comme le grand défi. Effectivement, je pense que c'est une réalité du réseau de la santé. Pour mettre la table, quelques questions courtes. Est-ce que vous faites un bilan du nombre d'employés que vous avez en assurance salaire?

M. Baron (Michel): Oui. C'est suivi...

Mme Turgeon (Johanne): ...

M. Baron (Michel): ...périodiquement.

Mme Turgeon (Johanne): Toutes les périodes.

M. Caire: Est-ce qu'on peut avoir le chiffre?

Mme Turgeon (Johanne): Vous les avez dans...

Le Président (M. Kelley): ...juste pour les fins d'enregistrement, je vais vous identifier. Alors, Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Vous les avez dans vos documents, dans le bilan 2006-2007.

Une voix: Moi, je ne l'ai pas vu.

Mme Turgeon (Johanne): On a terminé l'année à 5,84, si je me rappelle bien. Cette année, on a une cible qui, après neuf périodes... On respecte, hein, on respecte notre cible qu'on s'est fixée, là, pour le 31 mars de cette année.

M. Baron (Michel): Nous avons une série de programmes mis sur pied dans des établissements qui présentaient des difficultés importantes d'absentéisme. Le plus bel exemple, c'est le Centre jeunesse de l'Estrie qui avait un déficit, il y a trois ans, de 1 million de dollars récurrents, ce qui est beaucoup, et que son offre de service était nettement en retard. Et la cause principale était l'absence au travail. Ils ont eu, de concertation avec l'agence et des ressources extérieures, tout un travail de fait et, deux ans après, ils sont en surplus de 800 000 \$, ils n'ont plus de liste d'attente. Et la cause principale était l'absence au travail.

M. Caire: Je comprends que ce taux-là est en baisse, est en régression.

Une voix: Oui.

M. Baron (Michel): Bien, on fait tous les efforts nécessaires. Vous savez, ce n'est pas facile, là.

Mme Turgeon (Johanne): ...la cible qu'on s'est fixée pour 2010, c'est 5,72. C'est sûr que c'est une contribution de 13 établissements, hein? Donc, il y a des ajustements. Ça, c'est la cible régionale.

M. Caire: Qui représenterait...

Mme Turgeon (Johanne): Pardon?

M. Caire: ...qui représenterait une économie de combien? Et surtout j'imagine que vous avez calculé aussi le nombre d'heures travaillées, supplémentaires... pas en temps supplémentaire, mais le nombre d'heures supplémentaires, travaillées que ça apporte. Parce qu'on parlait tout à l'heure, là, d'avoir des performances au niveau des blocs opératoires, et j'imagine que cette performance-là, ça se doit d'être augmenté dans tout le système.

Mme Turgeon (Johanne): Bien, dans notre situation, on est présentement à 5,84, O.K...

Une voix: Ce qui n'est quand même pas mauvais.

Mme Turgeon (Johanne): ...et on s'est fixé de se rendre à 5,72, donc on est tout près de notre cible, là, hein? L'effort des directeurs de ressources humaines, des directeurs de tous les départements de nos établissements, c'est beaucoup le maintien, c'est beaucoup de venir voir aussi qu'on a du personnel vieillissant, donc c'est quoi qu'on met en place comme mesures pour s'assurer que ce personnel vieillissant là aussi ne commence pas à s'absenter, hein? On est beaucoup dans des exercices d'amélioration de la performance du réseau mais pas pour augmenter notre taux de présence, mais plutôt de le maintenir et de voir venir des situations qui pourraient se détériorer.

M. Caire: Chez les infirmières, un des problèmes du réseau, c'est le recours aux agences privées. Alors, mon collègue va être content de voir que j'ai un peu de problèmes avec le recours aux agences privées. La raison est fort simple, c'est que souvent les agences privées prennent des infirmières du réseau public pour les retourner au même établissement, mais à deux fois le prix, ce qui m'apparaît être une mauvaise utilisation du privé. Il y a une bonne utilisation du privé, mais il y en a une mauvaise. Celle-ci en est une mauvaise. Est-ce qu'au niveau de l'Estrie vous avez aussi ce même problème?

Mme Turgeon (Johanne): Ce n'est pas un problème estrien. Non. Pas à ce moment-ci, en tout cas, là.

M. Caire: Parce que le niveau des postes... les différents postes au niveau infirmier notamment sont comblés?

Mme Turgeon (Johanne): La plupart sont comblés. On en a qui sont vacants, mais ça ne nous amène pas à avoir recours, là, comme d'autres régions du Québec, là, vers ces organisations-là. On a un avantage significatif en Estrie, là, d'une très, très belle collaboration avec le cégep de Sherbrooke et l'Université de Sherbrooke qui nous amènent des finissants en région.

M. Caire: Un bon bassin.

Mme Turgeon (Johanne): On a un bon bassin, mais, au-delà d'avoir un bon bassin, on a travaillé, depuis trois ans, à développer davantage nos collaborations pour être à l'écoute des besoins des jeunes qui entrent dans ces programmes-là, améliorer nos programmes de stage, améliorer aussi la période d'offre d'emploi à ces jeunes-là dans notre réseau, hein, quand ils commencent une première année de techniques de soins infirmiers. On a développé des modalités pour les retenir. On leur offre des emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux, et ça, c'est un facteur de rétention important. On va leur offrir des emplois, qu'ils sont, dès la première année, capables d'accomplir, comme préposés aux bénéficiaires. Que ce soient des gens qui sont en techniques infirmières, que ce soient des gens qui sont en techniques d'inhalothérapie, on adapte les programmes et on a surtout une collaboration très significative avec le cégep de Sherbrooke pour s'assurer que, ces cohortes-là, on les connaisse, au bon moment on leur offre une possibilité d'emploi, puis on organise aussi les stages en conséquence.

Ça c'est facteur de rétention important pour cette clientèle-là. Ça ne veut pas dire qu'on n'aura pas, comme le reste du Québec, à faire face, dans les prochaines années, à des départs à la retraite importants, des jeunes qui se prévalent, hein — des jeunes qu'on a dans nos établissements; qui se prévalent — des congés parentaux en même temps: congés parentaux, départs à la retraite significatifs. On a établi avec les directeurs des ressources humaines en Estrie d'une planification sur cinq ans et on est déjà en action de la première année sur une série de mesures d'attraction, de rétention du personnel et de transformation du travail, réorganisation du travail. On pense que ça passe par ces trois grands chantiers là et on a convenu de mesures qui pouvaient nous permettre d'identifier des nombres importants dans certains secteurs où on allait recruter.

● (15 h 50) ●

M. Caire: O.K. Vous en avez parlé, mais je voudrais quand même vous entendre plus spécifiquement là-dessus, sur les plans d'effectif, parce que, bon, on parle de soins à domicile, donc on parle nécessairement d'auxiliaire familial. Vous avez parlé de places, vous avez parlé de planification des stages, mais souvent le problème de formation des auxiliaires, un des problèmes en tout cas qui est rencontré, c'est le manque de places de stage.

Je sais qu'ici l'agence de la Capitale nationale a fait une espèce de colloque entre les acteurs du réseau de la santé et du réseau de l'éducation parce qu'on s'aperçoit, notamment en soins infirmiers, qu'on n'arrive pas à combler tous les postes qui sont disponibles dans les facultés de sciences infirmières.

Est-ce que vous avez eu à faire ça? Est-ce que c'est une idée que vous jugez importable? Puis, surtout du fait qu'il y a un hôpital universitaire sur votre territoire, donc faculté de médecine, faculté de sciences infirmières, est-ce que c'est le genre de projets que vous jugez importables et qui pourraient justement nous aider à, d'une façon peut-être un peu plus large, à apporter une solution concrète au problème de pénurie?

Et, dans un deuxième volet, vous avez, Dr Baron, vous avez parlé aussi de la délégation d'actes. Vous pouvez peut-être nous éclairer sur le fait. Je pense notamment aux super infirmières, là, où on est supposés avoir réglé la question il y a longtemps, mais on n'a pas encore commencé à en former. Bon. Comment se fait-il que ce soit si long quand tout le monde s'entend pour dire que c'est certainement une des solutions les plus porteuses pour la pénurie de ressources et pour l'augmentation de l'efficacité du réseau?

M. Baron (Michel): C'est une des pistes de solution. Ça ne nous aide pas pour la rétention. Mais actuellement il y a beaucoup de jeunes qui ne voient pas la carrière dans le milieu hospitalier ou dans le milieu du réseau comme attrayante. Et on est en compétition, vu que c'est une génération qui est moins nombreuse, avec tous les autres attrait qu'on retrouve dans les autres professions ou dans les autres métiers. Donc, il faut rapidement rendre le réseau de la santé, dans toutes ses fonctions, très intéressant et leur faire connaître. Johanne pourrait vous dire un mot d'un programme qui a été supporté par le ministère en Estrie, qui vise justement ce but-là.

Maintenant, la solution que vous parlez, de faire plus de formation dans les milieux autres qu'universitaires, dans les petits établissements, c'est une formule qui est

bien connue à Sherbrooke. Les stages coopératifs, ça a été inventé par l'Université de Sherbrooke, vous vous souvenez bien, au Québec. Et les stages en région, en faculté de médecine et en sciences infirmières, ça a été également prôné et développé par la Faculté de médecine de Sherbrooke dans les années quatre-vingt, bien avant les autres facultés, mais il reste qu'il y a encore des gens qu'on réussit à attirer, qui ne réussissent pas à trouver de stage ou qui ne réussissent pas à être acceptés en sciences infirmières parce qu'il y a un manque de stages. Le réseau de l'éducation est en train de se rattraper, mais ils sont un petit peu en arrière, là, ils traînent le train. Et justement, nous, cette année, c'est une cinquantaine d'étudiants de plus qui auraient pu être pris en sciences infirmières si on avait eu des milieux de stage plus diversifiés et plus nombreux.

On est en train de réglé ce problème-là. Et l'objectif du projet que Johanne va vous glisser un mot, l'objectif prioritaire de cette année, c'est cette coordination avec les institutions universitaires et d'enseignement collégial.

Mme Turgeon (Johanne): Bien, c'est...

Le Président (M. Kelley): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): ...c'est un cercle vicieux, hein, des programmes en soins infirmiers contingentés au moment où on a besoin de plus de personnel en soins infirmiers parce que le milieu de l'éducation manque de professeurs et parce qu'en établissement on ne leur offre pas assez de places de stage, à ces étudiants-là. Bon. Ça fait que c'est un modèle à défaire, hein, et c'est ça qu'on est en train de regarder.

On a développé un partenariat avec le milieu de l'éducation, de dire: Bien, regardez, de toute évidence, si on continue avec nos structures et nos fonctionnements actuels au niveau de l'enseignement, au niveau de la supervision, au niveau des places de stage, bien on est confrontés à une adéquation qui ne fonctionne pas. Donc, on s'assoit avec eux et on est en train de dire: Bon, comment on va réviser l'ensemble de notre modèle? Ça veut dire des milieux de stage dans des établissements où on en n'avait pas avant parce qu'ils sont plus loin du cégep ou des choses comme ça. Ça veut dire qu'il y a une série d'obstacles, là, qu'il faut lever mais conjointement, hein, parce que c'est quelque chose des deux réseaux. Si le réseau de l'éducation travaille seul son nouveau modèle, puis, du côté de la Santé et des Services sociaux, on travaille seul, on n'aura pas l'adéquation qui est voulue. Donc, on a cette collaboration-là avec le cégep de Sherbrooke. On veut l'explorer davantage avec l'Université de Sherbrooke.

Par ailleurs, on l'a déjà fait avec les commissions scolaires de l'Estrie pour toute la formation des préposés aux bénéficiaires. Ça, c'est un modèle qui est déjà en marche. Il faut en venir à rendre disponibles plus de places au niveau de l'enseignement, des bons profils par exemple, hein? On veut attirer des jeunes qui vont vouloir venir travailler dans nos secteurs puis qui connaissent bien le domaine de la santé et ils ont le bon profil, parce que ça prend plus qu'un profil académique, il faut aussi avoir le profil de soignant, là, dans ce domaine-là, pour les garder. Parce qu'à l'heure actuelle, là, si on a des cohortes de 200 et puis on vise à l'augmenter à 300 par

année, ça veut dire qu'on se donne un modèle où on a plus de capacités de stage, on a plus d'enseignants dans le domaine et on modifie nos modèles de supervision pendant les stages.

Ça fait que c'est à ça qu'on est en train de travailler. On a eu des beaux succès à date, depuis deux ans, puis on pense qu'on est capables, là, de créer les ententes avec les personnels qui sont concernés pour pouvoir réaliser ça. Mais c'est une mesure.

Pour faire face à la pénurie de la main-d'oeuvre des cinq prochaines années, c'est plusieurs mesures, hein, qu'il faut conduire de front, là, et ce n'est que par une mobilisation à tous les niveaux, hein, de savoir qu'est-ce qu'on a à faire au niveau régional avec nos partenaires régionaux, qu'est-ce que les établissements ont à transformer au niveau de l'organisation du travail qu'on va pouvoir franchir ces cinq prochaines années là. Il y a moins de jeunes, ils sont attirés par d'autres domaines, et, nous, on a beaucoup de gens qui partent à la retraite. Ça fait que c'est l'ensemble de ça auquel on est confrontés, là.

Le Président (M. Kelley): Là, vous êtes dépassés la mi-chemin de votre temps. Vous pouvez continuer ou céder la parole et revenir. C'est votre choix.

Une voix: O.K.

Le Président (M. Kelley): Comme vous voulez. Mais je veux juste...

Une voix: Non, c'est beau.

Le Président (M. Kelley): ...vous réserver un deuxième bloc intéressant. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée: Merci, M. le Président. Alors, merci pour votre présentation. Merci de vous être déplacés à Québec, aujourd'hui.

Mes préoccupations évidemment vont surtout dans le secteur de l'aide et du support apportés aux jeunes, aux enfants en difficulté. Et je comprends que l'Estrie a fait un bond quand même remarquable. Vous avez amélioré les délais d'évaluation dans les dossiers de protection de la jeunesse et vous avez de belles avancées. Par contre, je regarde dans le bulletin chiffré qui est devant moi que, dans certains dossiers, certaines cibles n'ont pas été atteintes. Et ma préoccupation et mon intervention ne visent pas nécessairement à relever les cibles non atteintes, mais plutôt à essayer de comprendre pourquoi et qu'est-ce qui sera fait afin de les atteindre dans un avenir rapproché.

Et je regarde au niveau des heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive pour les enfants — l'ICI; pour les enfants — de moins de six ans. Je comprends que l'objectif — c'est des jeunes — est un objectif de 20 heures-semaine, qu'en 2005-2006 vous aviez 8,7 heures-semaine, qu'en 2006-2007 votre résultat est de 8,5 heures-semaine. Je comprends également que vous aviez une augmentation de bénéficiaires dans ce secteur-là. Qu'est-ce qui explique qu'en 2006-2007 on n'a pas encore réussi à augmenter significativement le nombre d'heures-semaine accordées aux jeunes en difficulté dans ce secteur précis là?

M. Baron (Michel): Mme Périgny pourrait vous répondre.

Le Président (M. Kelley): Mme Périgny.

Mme Périgny (Lynda): Bonjour. Dans ce secteur-là, entre autres, c'est qu'on a deux établissements qui y travaillent: on a le CHUS avec l'équipe de pédopsychiatrie, et il y a aussi le CNDE-Dixville, qui a aussi un travail à faire. Donc, on cumule souvent les heures, juste au niveau du CNDE-Dixville, mais il y a une contribution aussi, en termes d'heures, au niveau du CHUS. Mais, au-delà de ça, je peux vous dire qu'on a plus de personnes qu'on suit que le nombre attendu. Toutefois, au niveau du nombre d'heures d'intervention, dans la pratique avec les familles, quelquefois c'est difficile parce que c'est beaucoup d'intensité de service. Vous comprendrez que 20 heures d'intervention par semaine, dans une famille, ce n'est pas facile. Et une des régions, là, qui est la meilleure dans ce secteur-là est autour de 13 heures, à peu près. On n'est pas capables encore, au Québec, là, d'atteindre le 20 heures compte tenu, là, de la disponibilité des parents. Parce que l'intervention se fait dans la communauté, au domicile. Alors, c'est ça qui rend les choses plus difficiles.

Mme Vallée: Est-ce que les services sont aussi accessibles pour les gens des régions périphériques que pour les gens du centre de Sherbrooke, du centre-ville?

● (16 heures) ●

Mme Périgny (Lynda): Tout à fait. Tout à fait, les services sont déployés. Les gens se déplacent, là, vers le domicile des clientèles, peu importe où est-ce qu'ils sont sur le territoire de l'Estrie.

Mme Vallée: Donc, les parents n'ont pas, eux, à se déplacer pour recevoir les services.

Mme Périgny (Lynda): Non. L'intervention se fait vraiment à domicile parce qu'on veut voir l'intervention pour qu'elle se fasse dans le milieu de vie régulier de l'enfant. Mais ça pourrait être aussi au CPE où il peut être accompagné, là.

Mme Vallée: Et quel est le délai moyen pour recevoir ces services-là de la part d'un parent qui a une demande et qui doit recevoir, là, pour la première fois, ce service-là? Le délai d'attente moyen, environ, pour une famille?

Mme Périgny (Lynda): Écoutez, quand on commence à soupçonner un diagnostic, là, parce que c'est les enfants TED, là, les troubles envahissants de développement, le temps de faire le diagnostic est quand même assez long. Entre le moment où est-ce qu'on commence à soupçonner le problème, et le diagnostic, et le début de traitement, on pourrait avoir à peu près un 60 jours d'attente.

M. Baron (Michel): Mais vous comprendrez que c'est une clientèle très difficile souvent des milieux très défavorisés. Et on se questionne beaucoup sur le 20 heures qui est un indicateur qui a été fixé par des professionnels, des experts dans le domaine. Vous imaginez, on vous proposerait 20 heures de visite par semaine, dans votre chez-vous, dans votre cuisine, dans votre salon,

pour vous aider à encadrer votre enfant, puis on va expliquer ça à des gens. Ils trouvent que c'est beaucoup d'incurie. Donc, il faut les amener à accepter cet encadrement-là, et c'est une des raisons pour lesquelles les secteurs qui se rendent à 20 heures sont très rares. 13 heures semblent être le maximum de tolérance qu'on peut obtenir de ces familles-là et de collaboration, parce que c'est vraiment une question de collaboration.

On aimerait mieux travailler plutôt sur le délai qu'on trouve trop long, là, actuellement, quitte à ne pas progresser aussi rapidement. C'est un choix, là, comme tel entre pas d'intervention puis jusqu'où on peut aller avec les familles qui ont ces enfants avec des difficultés.

Mme Périgny (Lynda): Je voudrais rajouter quelque chose.

Le Président (M. Kelley): Mme Périgny.

Mme Périgny (Lynda): Il faut bien comprendre que le 20 heures est toujours offert aux familles. Actuellement, là — j'ai des données, Mme Turgeon m'a sorti le tableau — on est à 10,4 heures, donc il y a une augmentation. Puis, comme Dr Baron disait, il y a une question de motivation et d'expliquer aux parents. Mais on offre toujours le 20 heures.

Mme Vallée: Donc, advenant qu'un parent accepte cette intrusion-là chez lui, 20 heures semaine, ce que je comprends de votre intervention cet après-midi, c'est que vous êtes en mesure d'offrir le 20 heures, et actuellement le 20 heures n'est pas atteint non pas parce que vous n'avez pas les moyens et la capacité de l'offrir, mais bien en raison peut-être d'une baisse de demande ou d'un manque de... pas stimulation...

Mme Périgny (Lynda): D'acceptabilité.

Mme Vallée: ...ou d'acceptabilité par les familles.

Mme Turgeon (Johanne): C'est une moyenne, hein, 10 heures, c'est une moyenne. Ça veut dire qu'on a peut-être des familles qui ont accepté 18 heures par semaine, tu sais, puis ils sont capables de voir à l'organisation qui va alentour de ça, là. Mais c'est offert. Le 20 heures est offert à toutes les familles.

Mme Vallée: Puis, si toutes les familles, les 19 familles ou 19 enfants desservis actuellement — ou peut-être que vous en avez plusieurs à l'heure où on se parle — mais, si toutes ces familles-là demandaient le 20 heures, je comprends...

Mme Turgeon (Johanne): Il y a une garantie de service.

Mme Vallée: ...O.K., vous avez une garantie de service et vous seriez en mesure de respecter cette demande-là.

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

Mme Vallée: Parfait. Mon autre intervention se rattache un petit peu au niveau des jeunes en difficulté,

des services de première ligne qui sont offerts. Je comprends qu'il y a eu une diminution du nombre de jeunes et de familles qui ont bénéficié des services psychosociaux au cours de l'année 2006-2007. Qu'est-ce qui explique, en fait? Je ne sais pas. Est-ce qu'il y a une explication régionale de cette diminution-là?

Le Président (M. Kelley): Mme Turgeon.

Mme Turgeon (Johanne): Dans la reddition de comptes, on s'est rendu compte, hein, on a des exercices permanents de validation de la qualité des données avec l'ensemble des établissements et on avait, dans le secteur jeunes en difficulté, des enfants qui souffrent de problèmes de santé mentale qui étaient codifiés dans le programme jeunes en difficulté. Donc, l'année 2006-2007, ça a été une année de correction de données. Donc, les jeunes continuent à avoir des services — des jeunes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale — mais ils ne sont pas codifiés dans le programme jeunes en difficulté.

Mme Vallée: On les retrouve en santé mentale...

Mme Turgeon (Johanne): En santé mentale.

Mme Vallée: ...à proprement parler.

Mme Turgeon (Johanne): Oui.

Mme Vallée: D'accord. Sur le territoire, je comprends que vous avez fait des efforts substantiels, là, pour réduire le délai d'évaluation. Est-ce que, sur le territoire, le délai d'évaluation est le même partout? Je vous pose la question parce que j'intervenais dans le milieu avant, et on voyait dans certaines régions que, selon le lieu de résidence de l'enfant, l'intervention ne se faisait pas nécessairement dans les mêmes délais.

Mme Turgeon (Johanne): ...se fait régionale, donc, de ce niveau-là, il n'y a pas de question possible, là, d'écart entre les territoires de MRC. Par ailleurs, l'application des mesures, elle est décentralisée, hein, par territoire. On a eu, dans le passé, des zones où on pouvait voir des écarts significatifs d'un territoire à l'autre. Si je me rappelle bien, d'ailleurs, là, c'était le territoire de Memphrémagog. Il y a deux, trois ans, on a vécu, ça, là, une situation où le délai à l'application des mesures était différent que dans les autres territoires. Et le Centre jeunesse de l'Estrie a réorganisé ses ressources humaines pour s'assurer que, d'un territoire à l'autre, là, les délais soient peu significatifs au niveau de la différence, là.

Mme Vallée: Donc, les chiffres que nous voyons peuvent s'appliquer, peu importe...

Mme Turgeon (Johanne): Le territoire.

Mme Vallée: ...où se situent les bénéficiaires sur le territoire.

Mme Turgeon (Johanne): C'est une préoccupation de la direction générale de s'assurer de la réaffectation des ressources quand ça se met à fluctuer. Des fois, c'est une

situation ponctuelle, là. Mais cette réorganisation-là, c'est quelque chose qui nous préoccupe.

Mme Vallée: Et, au niveau des services offerts aux jeunes qui ont fait l'objet d'une évaluation, qui sont en attente de service, est-ce que les services, que ce soient des services en santé mentale ou les services d'un orthophoniste ou peu importent les services requis pour remédier à la situation, est-ce qu'ils sont offerts de façon équitable, sur le territoire? Est-ce qu'il y a des délais d'attente plus longs si on est dans la MRC du Granit, par opposition à la ville de Sherbrooke?

Mme Turgeon (Johanne): On avait des écarts dans l'offre de service au niveau de l'orthophonie, d'un territoire à l'autre. Des constats qu'on a faits à la dernière allocation des ressources: on a demandé à trois territoires de l'Estrie de corriger cette situation-là, de nous faire une proposition de correction pour diminuer les listes d'attente, là, dans ces secteurs-là. Et c'est en cours, là, de correction. Pour les autres services, le service aux jeunes en santé mentale, c'est disponible dans tous les territoires. Les services sociaux de première ligne aux jeunes aussi sont décentralisés dans chacun des territoires de l'Estrie. Ils ont des programmes de réadaptation soutenus pour les jeunes en difficulté. Ce programme-là a été développé il y a trois ans et c'est disponible dans tous les territoires.

Mme Vallée: Merci.

Le Président (M. Kelley): Ça va, Mme la députée? M. le député de Marie-Victorin, nous signalons qu'il vous reste environ 18 minutes, plus ou moins.

M. Drainville: Bon. Alors, arrêtez-moi, M. le Président, après 10 minutes, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait.

M. Drainville: J'aimerais ça qu'on parle un petit peu de groupes de médecins de famille. Bon. Vous en avez mis en place neuf, GMS. Je suis un peu étonné: 79 % de la population qui a un médecin de famille. Comment vous définissez «population», vous? Est-ce que ça inclut tout le monde?

● (16 h 10) ●

M. Baron (Michel): Remarquez bien que les données pour trouver comment les gens de médecins de famille sont faits, là, c'est des études qui sont faites très large, donc il faut faire des gymnastiques de chiffres pour nos régions puis les pourcentages. Donc, la méthodologie pourrait être améliorée. Mais, nos vérifications internes, le médecin de famille, c'est quelqu'un qui a un médecin identifié auquel il peut recourir pour ses rendez-vous réguliers ou au groupe que ce médecin-là appartient.

On a des polycliniques, des cliniques privées très bien organisées en Estrie, qui sont bien harmonisées aussi avec les GMF, parce que l'objectif était de créer un réseau. D'ailleurs, on va présenter un projet de réseau GMF et cliniques privées pour faire une couverture complète. Et le DMRG, le Département régional de médecine, est très actif pour identifier les listes des gens qui n'ont pas de médecin de famille à l'aide des actions médicales particulières, vous connaissez, qui est un système de

favoriser la prise en charge, et tout ça est intégré, qu'ils soient des GMF, qu'ils soient des cliniques privées.

M. Drainville: Alors, expliquez-nous un peu, encore une fois sans aller trop dans la plomberie, là, mais comment vous allez harnacher ça, comment vous allez imbriquer le travail des GMF avec celui des cliniques privées, là. Je vois, par exemple, dans votre document, ici, vous parlez de coordination des cliniques de sans rendez-vous, sur tout le territoire, avec les GMF. C'est de ça dont vous nous parlez, là?

M. Baron (Michel): Oui.

M. Drainville: Comment vous faites ça?

M. Baron (Michel): Bien, on crée un guichet unique, on les supporte sur le plan informatique, on coordonne les heures d'ouverture des cliniques, on coordonne les listes d'attente des médecins, on se fait une banque de disponibilités des différents médecins, et c'est géré centralement.

M. Drainville: ...les coordonnées à partir de l'agence?

M. Baron (Michel): De l'agence et du CSSS.

M. Drainville: Et vous avez combien de personnes qui travaillent là-dessus pour faire cette coordination-là? Est-ce que c'est très...

M. Baron (Michel): À l'agence, on n'est pas nombreux. C'est une petite agence. Une personne.

M. Drainville: Puis au CSSS?

M. Baron (Michel): Et, au CSS, bien c'est les responsabilités d'une à deux personnes.

M. Drainville: Puis vous réussissez, de cette façon-là, à...

M. Baron (Michel): Le système n'est pas encore complètement en place, on est en train de l'établir.

M. Drainville: Non, je comprends, mais, écoutez, pour que vous ayez atteint... Présumons que le taux de 79 % reflète à peu près la réalité, là, à quelque pourcentage près. C'est quand même beaucoup plus élevé que la moyenne québécoise.

M. Baron (Michel): Dans les sous-régions du Québec, si vous regardez, là, en dehors des grandes zones métropolitaines, là, vous allez trouver des bons pourcentages: le Saguenay—Lac-Saint-Jean, le Bas-Saint-Laurent; Mauricie, Centre-du-Québec, il y a un problème de pénurie. Ça fait que les régions pas rurales, là, mais les régions moins urbaines réussissent beaucoup mieux pour l'accès. D'ailleurs, nous, les médecins de famille, en dehors de Sherbrooke, c'est près de 100 %. C'est Sherbrooke qui est très faible. Et, le pourcentage de 79 %, Sherbrooke est plus bas que 79 %. Et des régions comme Lac-Mégantic, par exemple, c'est près de 100 %.

M. Drainville: O.K. Mais ça, ce n'est pas juste des GMF. Vous n'atteignez pas ce résultat-là...

M. Baron (Michel): Non, non, non.

M. Drainville: Donc, il y a des médecins solos là-dedans, il y a des médecins solos qui ont leur propre cabinet, hein?

M. Baron (Michel): Il reste quatre médecins solos, en Estrie, seulement. Il reste seulement quatre médecins solos.

M. Drainville: Alors, c'est des cliniques sans rendez-vous?

Mme Périgny (Lynda): Oui, il y a des cliniques sans rendez-vous et aussi il y a du...

Le Président (M. Kelley): ...

Mme Périgny (Lynda): Pardon.

Le Président (M. Kelley): ...j'aime beaucoup qu'on ait un échange vivant, mais, juste pour les fins d'enregistrement, Mme Périgny.

Mme Périgny (Lynda): Il y a des infirmières qui font un travail, qui préparent souvent la clientèle, donc le rendez-vous avec le médecin est beaucoup plus court, ce qui permet aux médecins souvent d'offrir des plages horaires supplémentaires pour recevoir la nouvelle clientèle. Et le projet dont le Dr Baron parle est notamment à Sherbrooke, où est-ce que justement, même dans des cliniques privées, on pourrait mettre des infirmières pour voir des clientèles en suivi de certaines problématiques, notamment les maladies chroniques. Et comme ça, bien, c'est du donnant, donnant. Les médecins de bureau privé qui travaillent habituellement en groupe peuvent prendre des nouvelles clientèles.

M. Drainville: Quand vous parlez de cliniques privées, vous parlez de cliniques sans rendez-vous. On s'entend bien là-dessus.

Mme Périgny (Lynda): Bien, je parle de cliniques sans rendez-vous ou avec du rendez-vous aussi, mais des cliniques qui ne sont pas dans le fond dans les groupes de médecine familiale.

M. Baron (Michel): Parce que vous savez...

Le Président (M. Kelley): Dr Baron.

M. Baron (Michel): ...ont du sans rendez-vous pour leur propre clientèle, ils ont du sans rendez-vous général et ils ont également des pratiques où sont les médecins de famille.

M. Drainville: De prise en charge.

M. Baron (Michel): Et la même chose dans les cliniques privées comme telles. Ça fait que quelle façon...

M. Drainville: Mais il y a de la prise en charge dans les cliniques privées qui ne sont pas des groupes de médecine familiale?

M. Baron (Michel): Plusieurs. Nous autres, on en a trois qui sont très grosses, là. Et comment on fait pour ces cliniques-là? C'est des cliniques très bien organisées où on retrouve — par exemple, au Plateau Marquette, je pense, c'est une des grosses — 20 à 24 médecins de famille. On leur dit: Écoutez, vous perdez beaucoup de temps avec du travail clérical, la préparation de la visite, les prises de tension, prendre les informations du dossier. On va vous fournir du personnel de soutien à partir du CSS, qui va vous diminuer de ces tâches cléricales là...

M. Drainville: Payé par le CSS?

M. Baron (Michel): ...payé par le CSS, qui va diminuer les tâches cléricales, mais en échange vous allez prendre plus de patients en charge, et voici la liste des patients prioritaires qu'on vous demande de prendre parce que c'est des gens qui ont des fragilités, qui sont des clientèles vulnérables. Ça fait qu'on essaie de les supporter dans leur rôle. Ça fait qu'on fait la même chose qu'un GMF. GMF, ils ont un système qui est tout bâti, eux, selon une entente avec le ministère, pour du support infirmier, du support informatique, mais on essaie d'offrir du support comme ça également dans des cliniques privées pour qu'eux collaborent à l'offre de demande, que ce ne soit pas juste: Ça me tente, ça ne me tente pas. Et on a eu une très bonne collaboration. Et ils se sont tous entendus, là, pour s'associer ensemble pour créer ce grand guichet, pour éliminer les clientèles sans médecin de famille, surtout les clientèles vulnérables.

M. Drainville: Quand vous dites: Ils se sont entendus, qu'est-ce que vous voulez dire?

M. Baron (Michel): Bien, au niveau du département de médecine générale régional, ils sont tous représentés, les GMF sont représentés, ils ont des leaders de clinique, et on a fait un genre de petit sénat où tous ces intérêts sont regroupés. Et ils se coordonnent entre eux, sous la présidence de l'agence, du Dr Lamontagne, qui s'excuse de ne pas être ici, aujourd'hui. Il était de garde.

M. Drainville: Mais les cliniques donc sans rendez-vous sont également autour de la table?

M. Baron (Michel): Oui.

M. Drainville: Wow! Êtes-vous les seuls au Québec à faire ça?

M. Baron (Michel): Non, il y a beaucoup d'efforts qui se font dans les autres régions.

M. Drainville: Non, mais je parle du mini-sénat, là, vous dites, là, l'espace de forum, là.

M. Baron (Michel): Bien, je sais qu'il y a des efforts, qui se font, importants, dans d'autres régions, de mes collègues et avec certains succès. Où c'est très difficile

à faire, c'est dans les régions très urbanisées comme Montréal et Québec.

M. Drainville: Et, lorsque vous prêtez une infirmière, disons, il y a une entente tout de même avec la clinique. Vous dites: «On vous la prête pour un an, pendant cette année-là»?

M. Baron (Michel): Bien, oui. On va la prêter pour un certain nombre d'heures par semaine.

M. Drainville: Bon. Et en échange vous demandez la prise en charge pour un certain nombre de patients, j'imagine? C'est ça?

M. Baron (Michel): Oui, dont on a la liste.

M. Drainville: Dont vous avez la liste. Et, cette liste-là, comment vous la colligez?

M. Baron (Michel): Bien, le problème est surtout de la ville de Sherbrooke, là. Donc, le guichet unique, on l'a placé au CSS de Sherbrooke.

M. Drainville: Non, mais comment? Enfin, à un moment donné, il faut faire une gestion de l'information, là.

M. Baron (Michel): Les gens téléphonent. Il y a des gens qui téléphonent à Info-Santé. On leur donne l'information.

M. Drainville: Ils disent: Je me cherche un médecin de famille...

M. Baron (Michel): Il faut téléphoner au CSS.

M. Drainville: ...puis Info-Santé leur dit: Bien, appelez tel numéro pour vous inscrire.

M. Baron (Michel): Oui.

M. Drainville: O.K.

M. Baron (Michel): Bien, un homme jeune comme vous, en santé comme vous, on ne vous prioriserait peut-être pas, par exemple.

M. Copeman: Vous ne le connaissez pas bien.

M. Baron (Michel): Mais, si vous avez une mère âgée qui est fragile, on va la prioriser.

M. Drainville: Je peux compter sur mes collègues toujours pour faire la promotion de ma bonne réputation.

M. Baron (Michel): Ça, c'est de la médecine à deux vitesses. Ce n'est pas bon.

M. Drainville: Alors, je vais passer la parole maintenant à ma collègue ici, la députée de Crémazie.

Mme Lapointe (Crémazie): Alors, bonjour. Merci beaucoup pour votre présentation. Je n'oserais pas

dire que vous allez faire quelques jaloux, parce que, dans la grande région de Montréal, il y a des problèmes qui sont un petit peu plus difficiles, je pense, à régler, particulièrement au niveau de l'accès à un médecin de famille.

Je suis vraiment impressionnée. Si c'est 80 % d'une région qui peut avoir accès à un médecin, je pense que le taux de santé va évidemment, probablement, s'en ressentir. Moi, je m'intéresse à la question des personnes âgées de la région chez vous. On lit dans vos documents que 13 % des personnes âgées de plus de 65 ans reçoivent des services à domicile. Si je me fie à la population de 300 000 habitants, environ, de la région — ça devrait être, bon, entre 55 000 et 60 000 personnes de plus de 65 ans, puis vos cibles semblent atteintes en termes de nombre d'interventions — mais je trouve ça peu, moi, 13 % des personnes âgées qui auraient besoin, entre guillemets, de services à domicile. Ce que je constate plutôt, dans mon comté à Montréal, c'est qu'il y a de plus en plus de citoyens de plus de 75 ans qui vivent encore à domicile, et évidemment on a besoin de soins et de services, hein, surtout aussi de services. Ça, c'est le premier volet.

Le deuxième volet, ce sont les places en centre d'hébergement. Vous nous avez dit en avoir environ 700, places. On lit dans vos documents que vous vous assurez, là, du taux de conformité, c'est-à-dire, j'imagine, là, trois heures-soins...

M. Baron (Michel): ...en termes techniques.

Mme Lapointe (Crémazie): ...bon, et qu'il y a peu d'établissements privés, si j'ai bien compris, privés conventionnés. C'est de ça qu'on parle. Et il y en a peu. Et est-ce que vous avez... C'est peu de gens donc, hein, c'est 700 places pour une population de 300 000. Ce n'est pas beaucoup. Mais, dites-moi, avez-vous ouvert ce qu'on appelle maintenant des ressources intermédiaires? Parce que vous savez qu'à Montréal on a de grandes inquiétudes de fermeture de places en centre d'hébergement de longue durée. En fait, les ressources intermédiaires ne sont pas en place en ce moment. Alors, quelle est votre recette?

● (16 h 20) ●

M. Baron (Michel): L'opération s'est faite il y a cinq ans à peu près. Nous avons une situation où les soins aigus étaient congestionnés de personnes en attente d'hébergement, que le maintien à domicile était déficient et que nous avons un taux de lits par mille de population... un des plus élevés du Québec. Nous avons été chanceux. À ce moment-là, nous avons proposé au ministère... Ça, c'est en quelle année, Johanne?

Une voix: 2002-2003.

M. Baron (Michel): ...2002-2003, dire: On va vous faire un projet; donnez-nous un petit coup de pouce, prêtez-nous quelques millions qu'on va prendre et qu'on va développer les ressources alternatives, et, dans trois, quatre ans, ce 2, 3 millions là, bien entendu, il ne sera plus là, mais on aura eu le temps de faire le virage. Parce que la difficulté, comme vous comprenez, sur l'île de Montréal, comme partout ailleurs dans le monde, c'est que c'est une chose de favoriser le maintien à domicile, mais, pendant ce temps-là, la vie continue. Donc, on s'est

donné un plan. Moi, je suis arrivé à l'agence après que ce plan-là a été mis en oeuvre, dans lequel on diminuait notre taux jusqu'à la norme provinciale, qui est de 3,25, fixée par des experts, le ministère, par consensus, on développait des ressources alternatives et le maintien à domicile et on décongestionnait le privé.

Si vous regardez dans le premier tableau que je vous ai... un des tableaux que je vous ai donnés sur les ressources alternatives et les ressources, il y a un endroit qu'on avait le chiffre, là. Ce sont des ressources qui ont été développées au cours des années. Les CHSLD, de fait, on a... Les 700 — je m'excuse — ...

Une voix: ...

M. Baron (Michel): ...c'est Sherbrooke. J'ai commis une erreur. Il y en a 700 autres dans le reste.

Mme Lapointe (Crémazie): Ah bon. C'est 1 400 lits. D'accord.

M. Baron (Michel): C'est 1 400 lits...

Mme Lapointe (Crémazie): Ça semble plus...

M. Baron (Michel): ...et qui nous met à 3,25. Et on a développé des ressources alternatives, des ressources intermédiaires dans tous les programmes. Ça touchait surtout les personnes âgées. Maintenant, les personnes âgées, on a intensifié le maintien à domicile, on s'est donné des procédures entre les établissements — puis, quand on les a fusionnés, ça a réglé une partie des problèmes, en passant — pour la circulation des bénéficiaires et on arrive maintenant avec une intensité beaucoup plus élevée en maintien à domicile.

Moi, mon métier, c'est: je suis un gériatre, moi, de profession. 13 % de personnes qui ont besoin de services en personnes âgées, c'est dans les normes internationales. Parce que la plupart des gens de 65 à 70 sont en bonne forme, ils n'ont pas besoin de services. C'est quand on approche le 75; là, ça augmente, des pourcentages plus élevés. Et on a établi ces pourcentages-là selon des études démographiques. Et c'est pour ça qu'on pense: quand on atteint ce niveau-là, la plupart des gens sont desservis. Mais ce n'est pas la façon qu'on identifie les gens qui ont besoin de services. On identifie les gens qui ont besoin de services tant qu'ils sont hospitalisés, tant qu'ils vont à l'urgence, tant qu'il y a une demande de service social, tant qu'il y a un intervenant du milieu qui appelle, tant qu'il y a quelqu'un de la famille qui appelle, et là on envoie quelqu'un du CLSC pour évaluer. Et actuellement on n'a pas de liste d'attente pour évaluer les personnes à domicile, on n'a pas de liste d'attente pour les services à domicile. Il y a quelques jours, là, parce qu'il faut toujours... le temps d'envoyer la personne puis la mettre sur la cédule. Et il n'y a pas d'attente pour entrer en hébergement en ressources familiales ou aux ressources alternatives. Et, en soins prolongés, je vous l'ai dit tantôt.

Il y a des difficultés dans certains domaines, en santé mentale par exemple? Lynda, tu me corrigeras si je dis des conneries ou des erreurs. En santé mentale, actuellement, il faut mieux développer notre parc de ressources intermédiaires ou mieux le gérer, je devrais dire.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): ...

Mme Périgny (Lynda): Bien, je pense que j'ajouterais à ce que le Dr Baron dit. C'est que — vous nous demandiez c'était quoi, la recette — notamment pour les personnes âgées, il y a différentes mesures qui doivent être travaillées de façon simultanée, notamment l'évaluation de la clientèle hébergée. On a des standards, on a un outil d'évaluation pour dire: Tel type de profil devrait être vers plus les centres de soins de longue durée et, si ce n'est pas tel profil, bien plus vers des ressources alternatives à l'hébergement. On a aussi mis en place des gestionnaires de cas pour des clientèles très vulnérables, c'est-à-dire que, quand elles se ramassent à l'urgence ou en hospitalisation, tout de suite on est en lien avec un intervenant qu'on appelle dédié ou pivot et qui s'occupe de s'assurer du retour à domicile et d'installer les services rapidement pour le retour à domicile de cette clientèle-là plus vulnérable.

On a aussi, dès l'arrivée dans les milieux d'urgence ou dans les cliniques, un outil de détection pour justement identifier les clientèles à haut risque de perte d'autonomie pour intervenir le plus tôt possible. On a aussi développé des alternatives à l'hébergement, qui n'est pas juste des ressources intermédiaires mais aussi des achats de place en privé pour installer des services.

Donc, tout ce type de mesures-là doit être mis en place, là, à peu près en même temps pour que ça puisse s'équilibrer puis qu'on puisse atteindre des taux justement d'accès à des lits d'hébergement plus faibles, là, comme le Dr Baron le disait.

M. Baron (Michel): Mais c'est des mesures qui sont connues à la grandeur du Québec et que toutes les régions essaient d'appliquer, avec des difficultés différentes, dépendant des régions et dépendant d'où ils partent, comme tel.

Le Président (M. Kelley): ...

Mme Lapointe (Crémazie): Oui. Parce qu'évidemment, c'est sûr, entre rester chez soi, qui est le choix de la majorité, et s'en aller en CHSLD, il faut qu'il y ait quelque chose de possible aussi entre les deux. On a une population vieillissante.

Peut-être une dernière petite question. C'est simplement quelque chose qui m'a frappée dans les journaux, cette semaine, et peut-être que j'aimerais avoir votre opinion. C'est qu'on disait qu'il y a quelques décennies ou il y a 10 ans il y avait 60 % des diplômés en médecine qui s'en allaient vers la médecine de famille, la médecine familiale et qu'aujourd'hui on est rendu à moins de 35 %, 19 %, dit-on, à McGill; 31 %, je crois, chez vous. Est-ce que ça vous inquiète pour l'avenir?

M. Baron (Michel): Bien, de fait, moi, j'ai été doyen de faculté de médecine avant de faire ce métier, et c'était dans la période où on a fermé les entrées en faculté de médecine. Et nous vivons actuellement une pénurie importante de professionnels de la santé, de médecins. Pour cette raison-là mais pour d'autres raisons également: les gens prennent leur retraite plus prématurément; il y a quand même un fort pourcentage qui réorientent

leur carrière à 45 ans et une autre portion à 55 ans, pour toutes sortes de raisons là; même si c'est des baby-boomers, ils se comportent des fois comme la génération X. Ça fait qu'il y a une foule de raisons pour lesquelles on a créé une pénurie. Et, lorsqu'on a fait les premiers pourcentages, ça a toujours été 60-40 en faveur de la médecine de famille, quand on faisait les admissions en faculté de médecine, en programme. Mais il se faisait toutes sortes de jeux par la suite, et le pourcentage baissait. Et, bien entendu, quand il y a des pénuries, c'est plus difficile à gérer. Et là actuellement il y a tellement de pénuries en spécialités que ce chiffre-là est plus difficile à combattre par les facultés de médecine. Et les jeunes trouvent toutes sortes de moyens pour s'enligner en spécialités, pour faire des passages. Ils vont ailleurs.

Mais l'idéal, c'est qu'on vise... Dans le fond, on visait tous 50-50. Dans le fond de notre tête, c'est ça qu'on vise: 50-50. Et, pour avoir 50-50, on faisait, dans les entrées en spécialités, on faisait 60-40, et ça finissait 50-50. Là, on dit presque ouvertement qu'on vise 50-50. Ça fait que ce n'est pas surprenant que ça vise, ça finisse médecine de famille un peu en bas. Mais ça, c'est la loi du marché aussi, hein? Vous comprendrez que, lorsque les opportunités de poste sont multiples et les qualités de pratique sont variables, bien on réussit moins à répondre aux objectifs de l'État ou de la planification de la main-d'oeuvre parce qu'on a moins de pouvoir dessus.

Mme Lapointe (Crémazie): Une inquiétude, tout simplement.

M. Baron (Michel): Je peux vous rassurer, mes deux filles sont omnipraticiennes.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Maintenant, je vais céder la parole au député de La Peltrie. Il vous reste environ 17 minutes.

M. Caire: Mon Dieu! comme le temps file! Je voulais revenir sur la question de l'hébergement parce que, je vois, dans votre rapport vous dites que le nombre de personnes hébergées en CHSLD a diminué, il y a une stagnation en ressources intermédiaires puis, dans les ressources de type familial, il y a une augmentation. Tout à l'heure, vous avez dit que vous aviez ramené votre ratio de lits par habitant aux normes provinciales qui sont plus ou moins trois lits par 1 000 habitants, mais en même temps je vois que vous avez diminué de façon significative les délais d'attente.

J'essaie de comprendre. Vous réduisez le nombre de places, vous réduisez le délai d'attente. C'est quoi, là? Vous avez envoyé les personnes âgées vivre ailleurs?

M. Baron (Michel): C'est ça, la recette miracle.

M. Caire: Ils s'en vont vivre ailleurs?

M. Baron (Michel): Non. De fait...

Le Président (M. Kelley): ...

● (16 h 30) ●

M. Baron (Michel): ...c'est un problème très complexe d'évaluation des clientèles, de monitoriser puis de mettre toutes les mesures que Mme Périgny vous a

dites tantôt. Mais on sait qu'on institutionnalisait trop au Québec, autrefois. On essaie d'institutionnaliser moins. Ça correspond aux aspirations, comme vous disiez, Mme la députée, des gens. Mais pour ça il faut les soutenir à domicile. Avant, on ne pouvait les soutenir, donc on n'avait pas d'autre choix que de les héberger.

Donc, ce changement-là. Les besoins réels d'une population sont probablement, si on était parfaitement organisés... c'est plus aux environs de trois par 1 000 de population âgée. Ça fait qu'on est passés de quatre point quelque chose, en Estrie, je pense, à 3,25 actuellement. On n'essaiera pas d'aller jusqu'à trois. Moi, je suis un peu contre parce que, je me dis, là, vous ne pouvez pas forcer non plus le système.

Et on a un bon rythme, il y a eu des bons investissements en développement des soins à domicile. Je pense que la recette pour l'avenir, c'est de rendre nos soins à domicile plus pertinents, plus efficaces. On a fait ça dans les hôpitaux, d'être très efficaces et très pertinents pour les hospitalisations. Maintenant, on a peut-être encore quelque chose — non pas l'intensité; nous, l'intensité, on l'a — maintenant c'est la pertinence et la qualité. On va probablement encore maintenir puis être capables de maintenir la pression et avoir moins d'hospitalisations. Mais c'est un virage qui est difficile à faire. Ça prend une concertation régionale de tous les instants, ça prend énormément de leadership, ça prend des champions, et il y a des régions qui ont de la difficulté à se trouver des champions. Ça prend que les institutions arrêtent de se comporter comme si elles étaient les seules au monde — l'approche en silo. Un patient à la salle d'urgence, c'est autant le problème du CHSLD puis des soins à domicile que de l'établissement qui le reçoit. Et, quand ils commencent à comprendre ça puis à travailler ensemble, il y a moyen d'améliorer.

Et c'est l'effort qui se fait dans toutes les régions du Québec, actuellement. Plus difficile dans certaines régions? Moi, je dis que ce n'est pas dû à la bonne volonté, c'est dû qu'il y a des particularités démographiques qui rendent ça plus difficile.

Le Président (M. Kelley): M. le député ou Mme Turgeon, rapidement.

M. Caire: C'est parce qu'il me reste juste 17 minutes...

Mme Turgeon (Johanne): Mais le mystère, là...

M. Caire: ...même pas.

Mme Turgeon (Johanne): ...le mystère, là... Il faut se fixer des cibles à atteindre, hein, et, dans ce secteur-là, en 2002-2003, là, on s'en est fixé, des cibles. On s'est dit: Le client, quand il va être en courte durée, il n'attendra pas son transfert plus que sept jours. On a fixé des choses avec les établissements pour s'entendre sur qu'est-ce qu'on allait mettre en place comme modèle de services. Et, quand la pression, elle fait que tu es en CHSLD, puis ton client, il est au jour 5, puis le jour 7 s'en vient, puis tu n'as pas ta place, tu commences à regarder pour faire de l'achat de places, tu commences à regarder pour dire: Bien, les gens que j'ai admis, est-ce qu'ils avaient le bon profil? Est-ce qu'ils avaient vraiment besoin

de CHSLD ou j'aurais pu mettre en place des services d'une ressource de type intermédiaire ou d'une ressource de type familial ou j'aurais pu organiser un soin à domicile intensif parce que le réseau de cette personne âgée là, il était en place, et c'est ce que la famille aurait souhaité, hein? De l'intervention, presque à tous les jours, à domicile, c'est ça que la population souhaite.

Les gens se forcent à réorganiser le modèle. Les derniers lits de CHSLD qui ont été fermés en Estrie ont été fermés à cause de la vacance de lits. Trois territoires ont fermé des demi-unités.

M. Caire: Vous parlez de quel établissement?

Mme Turgeon (Johanne): Je vais vous parler de Lac-Mégantic, je vais vous parler du Val-Saint-François puis je vais vous parler d'Asbestos...

M. Baron (Michel): Et Sherbrooke...

Mme Turgeon (Johanne): ...Sherbrooke aussi...

Une voix: Acton Vale.

Mme Turgeon (Johanne): ...par vacance de lits, les lits inoccupés, des demandes de service pour des profils particuliers de clients qui étaient plus orientés vers des ressources alternatives à l'hébergement, et c'est ça que les familles veulent pour leurs personnes âgées. Puis être maintenues à domicile.

M. Caire: Mais ce que je vois, c'est que vous dites: Les délais d'attente diminuent, on a diminué le nombre de places. Ce que je vois dans votre rapport, c'est que les cibles, pour les soins à domicile, personnes en perte d'autonomie, personnes avec des déficiences, les cibles ne sont pas atteintes. Alors, je comprends le principe que vous évoquez, je le comprends, mais, sur la base mathématique, là, je ne comprends pas comment on arrive à ce résultat-là.

M. Baron (Michel): ...il faut faire bien attention. Une cible, c'est un nombre, ça ne dénote rien de la qualité et de l'organisation, nécessairement.

Je vous donne un exemple. Pendant les fêtes — et c'est une période de congestion en soins aigus très importante — le CHUS a été pris avec un problème de congestion. Normalement, il aurait dû ouvrir ses unités de transition, ses unités supplémentaires, et l'hôpital aurait eu un dysfonctionnement. Ce qu'on a fait? Parce que c'étaient tous des patients justifiés pour les soins prolongés. Vous savez, c'est cyclique, ça, hein, les places, ça dépend, bien malheureusement, le cycle des épidémies: il y a de l'influenza, il y a bien de la place; il y a des gastroentérites, il y a bien de la place. C'est un peu malheureux, là, mais ça suit le cycle de la mort un peu, les places en soins prolongés. Donc, c'est l'institut de gériatrie et CSS qui a été obligé pendant les fêtes d'ouvrir 30 quelques lits supplémentaires pour prendre les soins prolongés pour ne pas qu'ils restent en soins aigus et ne restent pas à domicile.

Ça, c'est de l'efficacité, là. On envoie le problème à la bonne place. Et par la suite il va rediminuer ses lits. Il est en train de les rediminuer, là, en intensifiant, parce qu'il y a une fluctuation aussi dans la demande.

Ça fait que le chiffre ne dit pas toute la vérité. L'organisation, c'est beaucoup plus vaste que ça. Actuellement, le délai qu'on accepte, ce n'est plus sept jours, on est rendu à trois jours. Un patient qui est au CHUS, qui est notre seul hôpital de soins aigus pour toute la région, là, on ne veut que les lits soient occupés par des personnes qui ne sont pas à leur place mais surtout qui ne reçoivent pas les soins adéquats, parce que ce n'est pas un environnement pour quelqu'un qui a besoin de soins prolongés, mais on va le mettre en surplus au CHSLD plutôt que de le laisser au CHUS. Mais ça, ça prend de la collaboration entre les établissements, hein, il faut qu'ils se parlent, et s'aiment, et collaborent.

M. Caire: Dans votre prévision du profil démographique de la région, il y a un vieillissement de la population. Est-ce qu'il n'y a pas une anticipation qu'il va y avoir... Justement vous parlez de cycle puis de fluctuation de la demande. Est-ce qu'il n'y a pas une prévision justement que cette demande-là va augmenter, parce que c'est un phénomène qu'on observe dans plusieurs régions du Québec?

Une voix: Oui. On commence à...

M. Caire: Montréal est une région type où justement les listes d'attente en hébergement augmentent. Vous l'avez dit, ça a des effets partout et notamment dans les urgences parce qu'on n'est pas capable d'hospitaliser. On n'est pas capable d'hospitaliser parce qu'on est en attente d'hébergement. On est en attente d'hébergement parce qu'on n'a pas de place. Est-ce qu'on n'est pas en train de créer la pénurie de demain, là?

M. Baron (Michel): Non. On est en équilibre en Estrie, mais on sent la pression qui s'en vient. C'est pour ça je vous dis: On ne veut pas aller à trois, qui est la norme américaine.

Également, on est en train de tout regarder la productivité en maintien à domicile, dans les services dans le milieu. Est-ce qu'on pourrait en avoir plus pour notre argent, de meilleure qualité, donc être capables d'encaisser mieux supporter les personnes? C'est une façon de répondre à la pression. On est à des étapes différentes dans les régions. La région de Montréal est à l'étape de faire son ménage entre les vocations des établissements et à créer ses ressources alternatives. La même chose en Montérégie. Je donne deux exemples. Eux, ils doivent créer plus de ressources alternatives et diminuer leurs lits d'hébergement, prendre cet argent-là, là, qu'ils ont en hébergement et le transférer dans les ressources intermédiaires. Nous, cette opération-là est faite. Ça fait que, pour faire face à la demande qui s'en vient, on est rendu un petit peu plus loin puis on pense à d'autres choses.

Il faut dire aussi qu'il faut faire attention aux profils du vieillissement. L'augmentation des coûts de santé; le vieillissement ne joue pas un rôle si grand qu'on le dit, là. Ça joue à peu près — sur 5,8; ça joue à peu près — pour 3 %, même pas. C'est 2,8 %. Les médicaments, les technologies jouent, de façon beaucoup plus importante, sur l'augmentation des coûts en santé. Puis il ne faut pas oublier que les baby-boomers, c'est eux, les futurs vieux. Est-ce que ces vieux-là vont être des gens que ça va être plus... en meilleure santé, plus autonomes, avec des

ressources financières un peu mieux, encore mieux organisés pour faire leur maintien à domicile puis rester à domicile? On pense que oui. Ça fait qu'il y a différents éléments démographiques qui jouent, et, nos experts, quand ils font les projections de lits pour les besoins, ils tiennent compte de tout ça. Et je pense que la projection actuellement est réaliste. Qu'on vise au Québec 3,25, 3,5, je pense que c'est raisonnable, et on est bon avec ce quota-là pour les cinq. Puis quelqu'un qui n'a pas ce quota-là, bien il faut qu'il se pose des questions, il y a des choses à améliorer dans son système, là.

M. Drainville: ...M. le Président. C'est 3,25 pour 100 personnes âgées? C'est-u 65 ans, personnes âgées? C'est quoi?

Mme Turgeon (Johanne): Oui, 65 ans.

M. Drainville: Merci.

Mme Turgeon (Johanne): Peut-être vous dire, monsieur...

Le Président (M. Kelley): Mme Turgeon à M. le député de La Peltrie.

Mme Turgeon (Johanne): ...qu'il y a une cible que vous n'avez pas mentionnée quand vous avez défilé, là...

Une voix: ...

Mme Turgeon (Johanne): ...les interventions, le nombre d'interventions par usager âgé en perte d'autonomie, à domicile, à la fin de l'année, là, dernière — puis là, moi, j'ai le résultat de l'année en cours, là, on est déjà rendus à... on est à tout près de 32 interventions. La cible attendue est aux alentours de 24. Ça fait que voyez-vous l'effort du maintien à domicile, là?

M. Baron (Michel): ...intensifier le service...

Mme Turgeon (Johanne): ...pour cent de maintien à domicile de plus, ça, ça a des effets sur l'organisation des services du CHSLD jusqu'au maintien à domicile.

Une voix: ...

● (16 h 40) ●

M. Caire: Oui, je l'avais vu, sauf que, dans la logique mathématique de l'équation que je faisais, c'était sur les cibles du maintien à domicile comme étant la réponse au succès. Je me disais: Bon, bien, tu sais, si deux cibles sur trois ne sont pas atteintes, je ne vois pas comment ça peut être la réponse au succès. Mais, bon, on aura peut-être l'occasion d'y revenir un jour parce qu'il y a un autre dossier sur lequel je veux intervenir. Et vous avez dit tout à l'heure qu'au niveau de l'informatisation, du réseau d'informatisation sur votre territoire, vous étiez en avance au niveau du DSQ, vous étiez en avance.

Moi, ce que je voudrais savoir, c'est: Au niveau de la mise à niveau de votre réseau informatique, que ce soit le RTSS, que ce soit la quincaillerie, est-ce que vous avez eu à faire des efforts financiers pour faire une mise à niveau de votre réseau dans l'objectif d'implanter le DSQ?

M. Baron (Michel): ...a fait l'opération projet clinique, la loi n° 25, et créé les CSS, deux facteurs de risque ont été identifiés. Le premier, c'était la participation médicale. Le deuxième, c'était l'accès à l'information comme telle. Ça fait que les gens brights ont commencé à s'occuper tout de suite de l'information, et plusieurs régions ont commencé à s'en occuper. Le rehaussement du RTSS, qui était un des handicaps pour l'informatisation, est en train de se compléter. Il est complété chez nous, Normand, là, ces jours-ci?

Une voix: Oui.

M. Baron (Michel): Ce n'est pas de notre faute, c'est qu'on a été choisis une des premières régions.

M. Caire: O.K. Mais ce n'est pas à votre charge à vous de le faire.

M. Baron (Michel): Ça n'a pas été fait à notre charge à nous. Le DSQ, je pourrais vous en parler longtemps, je suis membre du comité des partenaires puis je suis un des instigateurs de ce grand projet au niveau du ministère. On sait que c'est un outil essentiel et que la circulation de l'information va donner beaucoup d'efficacité et va aider beaucoup pour la qualité. Il y a toute la question des coûts en région. Quelle est l'ampleur? Comment on peut les assumer? Actuellement, il y a beaucoup, beaucoup de travaux qui se font. Les coûts ont été déposés. Ils ont été déposés dans *La Presse*, avant l'Assemblée nationale, je pense, les coûts non récurrents, là, hors portée. C'est M. Lessard qui a réussi à avoir les chiffres avant nous autres, mais les chiffres qu'il a rapportés, ils étaient exacts. Et les chiffres pour les montants récurrents nécessaires pour les régions pour supporter le DSQ, c'est variable d'une région, là, parce que les régions sont à des états de préparation différents. Mais on est en train de les faire.

M. Caire: Mais ce que vous nous dites, docteur, c'est que les coûts hors portée sont des coûts qui sont inhérents à l'installation du Dossier santé Québec.

M. Baron (Michel): Ah, il y en a, on ne les a jamais cachés. Ça a toujours été très clair qu'il y avait, au-delà des...

M. Caire: Mais, je veux dire, ce n'est pas quelque chose qu'il fallait faire de toute façon, là, ce sont des investissements. Ce que vous nous dites, là, c'est que ce sont des investissements qui ont été faits en prévision d'implanter le DSQ.

M. Baron (Michel): Sauf que, s'il n'y avait pas le DSQ, il aurait fallu les faire pareil, ça fait qu'on est aussi bien de les faire d'une façon coordonnée, intégrée au niveau de l'ensemble du Québec.

Normand, comment on dépense en informatique, par année? Tu me le disais tantôt.

M. Couture (Normand): Nous, on dépense 12,5 millions.

M. Baron (Michel): 12,5 millions. Bien là, on s'est entendus qu'avec le DSQ on va recanaliser une

partie de ces argents-là pour se préparer pour le DSQ. Ça fait que ce n'est pas nécessairement de l'argent neuf, là, à chaque fois. Ça fait que cette uniformisation de l'information au Québec va être très utile, et il y a déjà beaucoup d'argent qu'on peut récupérer dans les régions.

M. Caire: Pourquoi vous dites que c'est des choses que vous auriez dû faire, de toute façon?

M. Baron (Michel): Bien, c'est parce qu'un des problèmes actuellement, c'est la circulation de l'information. À partir que chaque établissement a son dossier, que le dossier, que l'information, les examens de laboratoire n'étaient pas accessibles pour le médecin de famille, pas accessibles pour les intervenants, à partir que... les plans de soins pour les personnes âgées, il fallait faire des courbettes, et envoyer des lettres, et faire 20 téléphones pour ramasser toute l'information. L'informatisation va nous rendre ça disponible, à la portée du piton, et on sauve énormément de temps, énormément d'efficacité. Et il fallait le faire.

Nous, on avait entrepris, dans notre région...

M. Caire: Ma question n'est pas là, docteur.

M. Baron (Michel): Ah! Bien, précisez ou je vais essayer de comprendre mieux.

M. Caire: Je veux préciser.

Le Président (M. Kelley): ...pour préciser la question.

M. Caire: Vous dites que les investissements, ce que vous avez appelé les informations de M. Lessard... vous dites que les chiffres sont exacts, mais que ces efforts-là, nonobstant le projet du DSQ... vous auriez fait ces investissements-là quand même. Alors, pourquoi vous auriez fait ces investissements-là quand même?

M. Baron (Michel): C'est-à-dire qu'on aurait dépensé les mêmes sommes d'argent, mais chaque région l'aurait fait différemment, comme d'habitude, chaque établissement l'aurait fait différemment, puis on n'aurait pas eu le support supplémentaire du fédéral qu'on a pu aller chercher en s'uniformisant.

M. Caire: Mais à d'autres fins que le DSQ.

M. Baron (Michel): Bien, de fait...

M. Caire: Si le DSQ n'était pas sur le radar, là. C'est ça ma question hypothétique.

M. Baron (Michel): Oui, mais le dossier de rendre l'information disponible et accessible était sur le radar. Qu'on appelle ça DSQ, ou qu'on appelle ça Ariane chez nous, ou qu'ils appellent ça — comment à Montréal? je ne me souviens plus — ...

Une voix: ...

M. Baron (Michel): ...Oasis, les objectifs visés par ces projets-là étaient les mêmes, c'était de rendre

l'information des clientèles disponible aux intervenants en temps réel, en respectant les règles d'accès à l'information, et tout ça. Ça fait que, nous, on est en train de faire Ariane, le dossier prioritaire, qui est l'extension d'Ariane dans notre région. Bien, la portion qu'on ne fera pas, c'est la portion qui va être faite par le DSQ. Ils vont le faire pour nous autres à l'ensemble du Québec, puis on va être uniformisés avec l'ensemble du Québec. Parfait, on est bien heureux.

M. Drainville: ...sur le nom du Dr Baron, directeur général, je pense que les chiffres sur les coûts hors portée du Dossier de santé du Québec que vous avez attribués à M. Lessard... je pense qu'il aurait fallu dire «M. Drainville», plutôt.

M. Baron (Michel): Oui, mais je n'ai pas le droit de faire ça. J'ai dit: M. Lessard.

Une voix: ...

M. Baron (Michel): Avez-vous des contacts avec M. Lessard?

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): ...le député de Notre-Dame-de-Grâce. Il nous reste 13 minutes environ.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Peut-être une question, Dr Baron, sur le nombre de personnes, l'offre de service pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le service de recherche de la Direction de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale nous a préparé, à nous, les membres de la commission, une appréciation des indicateurs, des objectifs, des cibles pour les divers programmes et sous-programmes à l'intérieur de votre entente de gestion. Vous, vous n'avez pas ce document-là, mais je vais vous référer peut-être à la page 9 du document *Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la 13e période financière, 2006-2007*, très poétique comme titre d'ailleurs, hein? Je vous félicite parce qu'il y a une certaine poésie dans le titre du document.

M. Baron (Michel): Vous savez pourquoi les CSS ne nous aiment pas? C'est à cause des ententes de gestion, hein?

M. Copeman: Ce qui nous a frappés, les parlementaires, avant le début de cette séance ouverte était une certaine confusion au niveau du nombre de personnes desservies face aux objectifs et par rapport aux résultats réels de l'année précédente. Et je vous donne l'exemple: les cibles, selon le calcul original qui paraît dans votre document, est de 6 812 personnes âgées. Le résultat 2005-2006: 6 327. Et le résultat 2006-2007: 5 876, ce qui peut paraître encore une fois comme une diminution du nombre de personnes desservies par rapport à l'année précédente, évidemment très en deçà de la cible. Là, on avait compris qu'il y avait une complication informatique là-dedans. Alors, j'aimerais que vous preniez le temps de nous l'expliquer comme il faut.

M. Baron (Michel): ...rencontrer toutes les agences, vous allez en rencontrer huit, là, et ce que Mme Turgeon va vous expliquer, là, ça s'applique pour les huit agences que vous allez rencontrer, que ça s'est fait différemment d'une agence à l'autre.

M. Copeman: Ça va nous sauver du temps pour les autres agences. Bravo! Allez-y. Prenez le temps nécessaire, d'abord.

Mme Turgeon (Johanne): Donc, j'ai tout un défi, là, il faut que je règle ça pour les huit.

M. Copeman: Bien, ça, c'est le défi lancé par Dr Baron, pas par moi.

● (16 h 50) ●

Mme Turgeon (Johanne): Écoutez, pendant cette année-là, O.K., il y a eu un effort de s'assurer de la qualité des données dans le système d'information clientèle, qui s'appelle I-CLSC. On s'est rendu compte en cours d'année qu'il y a quatre profils de clientèle qui étaient associés au programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dans le secteur des soins à domicile, qui étaient attribués dans le programme mais qui devaient être dans d'autres programmes, santé physique pour maladies chroniques et aussi déficience physique, qui étaient desservis par les soins à domicile, hein?

Dans les équipes de maintien à domicile des CLSC, maintenant des CSSS, les infirmières, les travailleurs sociaux, les auxiliaires, ils rencontrent des patients qui ont souvent une perte d'autonomie, qui sont des personnes âgées avec une perte d'autonomie. Soit qu'ils ont besoin de services à domicile parce qu'ils ont une déficience physique ou soit qu'ils ont des maladies chroniques, ils ont besoin de services de soins à domicile.

Donc, il y avait des erreurs d'imputabilité de nombre d'usagers, hein? Des fois, ils avaient 65 ans et plus, mais ils n'appartenaient pas au programme perte d'autonomie due au vieillissement, parce que la raison de l'intervention, c'est parce que la personne, elle a un problème de diabète, puis on avait des soins de plaie réguliers à faire à domicile pour cette personne-là. Ça fait que c'étaient des corrections qui ont été faites au système d'information clientèle par l'ensemble des agences auprès de tous les territoires de CSSS. Ces clients-là, on les a transférés dans les bons programmes. Donc, notre année de référence, c'est vraiment l'année 2006-2007. Quand on a renégocié les ententes de gestion, cette année, avec l'ensemble de nos établissements, notre point de départ a été le résultat au 31 mars 2007, et là on a ajouté des attentes au niveau de la desserte de nouveaux usagers et d'interventions supplémentaires.

M. Copeman: Comme vous prenez bien le soin de le dire dans le document, vous n'avez pas desservi moins de personnes d'une année à l'autre, c'est qu'on compare des pommes et des oranges.

Une voix: Si vous avez...

M. Baron (Michel): ...ce problème-là. C'est parce que, vous savez, c'est la première fois. L'imputabilité puis les ententes de gestion, c'est nouveau dans la culture du réseau, c'est depuis quatre, cinq ans et c'est complexe.

Et il faut s'entendre sur les indicateurs. Ces indicateurs-là sont souvent des indicateurs quantitatifs, peu qualitatifs, et certains, on se demande s'ils sont pertinents, on développe.

Demain, je vais participer à une rencontre toute la journée, où on est en train de travailler sur des meilleurs indicateurs, des indicateurs de finalité, comme tels. Puis un indicateur de finalité, c'est plus dur à développer. Ça fait qu'il fallait pratiquer le réseau, hein, comment c'était capté, entraîner le personne: tu fais ta coche à la bonne place; c'était le système informatique, il marche mal, il marche bien. Ça fait qu'il y a eu des améliorations dans la qualité des données tout au cours des quatre dernières années. Il reste une année aux ententes de gestion. Et ça nous a permis d'acquérir énormément d'expérience. Et le réseau va vous arriver, pour les cinq prochaines années, avec des indicateurs encore meilleurs, beaucoup plus raffinés, beaucoup plus sur les finalités du système de santé que sur des quantitatifs qu'on compte comme ça.

Mais les quantitatifs veulent dire des choses en autant qu'on les interprète.

M. Copeman: Si je comprends bien, évidemment la cible de 16 % demeure entière, qui se traduira — ça c'est une cible pour 2010; se traduira — autour de 7 230 personnes pour votre région. Vous êtes à 5 876. Il y a encore du travail à faire d'ici les quelques prochaines années, mais j'ai noté également que vous avez une intensité de service plus élevée, si j'ai bien compris. Corrigez-moi si j'ai tort. Vous avez une intensité de service plus élevée que la norme.

M. Baron (Michel): Oui. Bien, ça, je vais vous donner un credo personnel: si vous avez le bon client, intensifiez vos services. Si vous n'avez pas les bons clients, même si vous allez les voir, ça ne donne absolument rien.

Ça fait que Mme Périgny vous disait tantôt qu'on fait beaucoup d'identification de la clientèle qui est vraiment en besoin, et l'intensité de service devient très importante. Il ne faudrait pas que ça devienne un exercice où on dit: On en a tant, puis c'est beau. Je pense que dans le «tant», là, il faut avoir les bons. Puis les bons, ce n'est peut-être pas 16 %, c'est peut-être un peu moins, mais assurons-nous qu'on a les bons. Et ça, c'est un exercice continu sur lequel nous on travaille beaucoup, là. C'est la voie de l'avenir, ça.

M. Copeman: C'est le danger qui nous guette. Il est parfois facile de voir une augmentation de la production de services, qui rassure parfois le ministre de la Santé et des Services sociaux, peut rassurer les parlementaires, mais il ne faut pas négliger ni la qualité ni l'intensité des services. C'est facile à produire... Bien, plus facile, gros mot, là. C'est un peu plus facile à produire, des rapports qui indiquent, sur le volume, une augmentation de volume, mais, si la qualité ou le service approprié n'est pas livré... Parce qu'on est ici pour la clientèle, là, pas pour produire des rapports pour produire des rapports.

M. Baron (Michel): Moi, je suis médecin de profession puis, je vais vous dire, ce n'est pas les docteurs qui voient plus de patients par jour qui sont les meilleurs docteurs. Ça fait que, tu sais, ce n'est pas le nombre. C'est-à-dire c'est le bon client, le bon temps, le

service requis fait par la bonne personne avec le temps nécessaire pour le faire, et ça c'est très variable. Et ça, ce n'est pas facile, là, d'amener un réseau, là, à ces critères de performance là, là.

M. Copeman: C'est également vrai. J'imagine que ce n'est pas nécessairement les parlementaires qui voient le plus d'agences par jour qui sont parmi les meilleurs. Ça fait qu'on va le laisser là, je pense.

M. Baron (Michel): Ah, je n'ai pas le droit de juger les parlementaires.

Le Président (M. Kelley): Dr Baron et votre équipe, M. Couture, Mme Périgny, Mme Turgeon, je veux juste, au nom des membres de la commission, dire: Merci beaucoup pour la présentation aujourd'hui.

Je pense qu'on a touché beaucoup de thèmes préoccupants pour l'ensemble des membres de la commission, notamment le défi de la main-d'oeuvre pour l'avenir. Moi, avec certains collègues, je pense, le député de Verchères, le député de La Peltrie, cet été, nous avons assisté à un colloque avec les parlementaires américains. Et ils ont, juste au niveau des infirmières, présenté les pénuries pour les États américains et les provinces de l'Est du Canada pour les années à venir, et c'est des milliers et des milliers d'infirmières qu'on aurait besoin pour les années à venir. Alors, votre relation avec l'Université de Sherbrooke et le cégep de Sherbrooke, je pense qu'il y a des éléments intéressants parce que ça va être un énorme défi nord-américain quant à la pénurie de main-d'oeuvre, et tout le reste. Alors, vos pistes de réflexion sont très intéressantes. La question sur à la fois les services aux jeunes, les services aux aînés, les questions d'hébergement, je pense que ça, c'est les questions qui touchent l'ensemble des régions au Québec. La question de la productivité qui a été soulevée, aussi c'est très important.

On anticipe le débat sur le rapport de M. Castonguay sur le privé et le public, mais je pense qu'on a lancé quelques réflexions déjà, aujourd'hui, à ce sujet, qui mettent la table pour le rapport qui va être déposé plus tard au printemps de cette année.

Également, je pense qu'on a vu, surtout dans la présentation de l'agence de l'Estrée, l'importance de la coordination et la collaboration entre les partenaires, peut-être un défi qui devient de plus en plus difficile dans une grande région comme Montréal. Moi, je parle comme député montréalais. Cette coordination, cette coopération est peut-être encore plus difficile à réaliser dans un milieu plus complexe, mais, je pense, vous avez bien indiqué l'importance de bien faire ça, de bien faire la coordination entre les partenaires dans l'Estrée.

Alors, merci beaucoup pour ces réflexions que vous avez émises. Alors, peut-être en guide de conclusion, Dr Baron.

M. Baron (Michel): Je vous remercie pour votre attention et la qualité de vos questions. On a une obligation. Je ne sais pas la place du privé, je ne sais pas s'il en faut, quelle dose qu'il faut, mais l'obligation qu'on a, c'est qu'on a un système, et on doit travailler à l'améliorer, indépendamment qu'il arrive des choses. Et, nous, notre travail, c'est d'améliorer le système que nous avons actuellement pour le rendre le plus efficace, pertinent et

utile et en tirer le maximum et c'est sur lequel on travaille. Pour le reste, on vous laisse ça.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et juste un item d'intendance. Pour rendre le document public, qui a été déposé par l'agence, je propose qu'on va déposer le *Bilan 2003-2007 — Partenaires pour un véritable réseau*, qui est un document très intéressant. Les données démographiques, au départ, je pense, c'est très utile pour mieux comprendre les enjeux et les défis pour votre agence, pour fournir ces services à la population de votre région. Alors, ce document est déposé.

Sur ce, je vais ajourner nos travaux à demain, 9 h 30, dans cette même salle, La Fontaine, où nous allons recevoir l'Agence de santé et des services sociaux de la Mauricie et Centre-du-Québec. Merci beaucoup aux membres et également aux représentants de l'agence de l'Estrée.

(Fin de la séance à 16 h 59)