



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 30 octobre 2013 — Vol. 43 N° 50

Consultations particulières sur le document intitulé
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la
création d'une assurance autonomie (4)*

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

| | |
|--|-----------|
| Débats de l'Assemblée | 145,00 \$ |
| Débats de toutes les commissions parlementaires | 500,00 \$ |
| Pour une commission parlementaire en particulier | 100,00 \$ |
| Index (une session, Assemblée et commissions) | 30,00 \$ |

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

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

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 30 octobre 2013 — Vol. 43 N° 50

Table des matières

| | |
|--|----|
| Auditions (suite) | 1 |
| Le Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap (CAPVISH) | 1 |
| Commissaire à la santé et au bien-être | 12 |

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

M. Réjean Hébert

Mme Suzanne Proulx

Mme Stéphanie Vallée

M. Yves Bolduc

Mme Sylvie Roy

Mme Jeannine Richard

- * Mme Hélène St-Pierre, CAPVISH
- * M. Robert Labrecque, idem
- * Mme Manon Blaney, idem
- * Mme Josée Fontaine, idem
- * M. Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être
- * Mme Anne Robitaille, bureau du Commissaire à la santé et au bien-être
- * Mme Ghislaine Cleret de Langavant, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 30 octobre 2013 — Vol. 43 N° 50

**Consultations particulières sur le document intitulé
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la
création d'une assurance autonomie (4)***

(Seize heures une minute)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*.

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

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Daneault (Groulx) est remplacée par Mme Roy (Arthabaska).

Auditions (suite)

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, on reçoit maintenant Le Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap. Alors, bienvenue à l'Assemblée nationale, bienvenue à la commission. S'il vous plaît, pour les fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms, vos titres. Et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation.

**Le Comité d'action des personnes vivant
des situations de handicap (CAPVISH)**

Mme St-Pierre (Hélène) : Hélène St-Pierre, coordonnatrice du CAPVISH, Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap.

M. Labrecque (Robert) : Robert Labrecque, auteur et administrateur au CAPVISH.

Mme Blaney (Manon) : Manon Blaney, membre du conseil d'administration du CAPVISH.

Mme Fontaine (Josée) : Josée Fontaine, directrice de Handi Apte, de Sherbrooke.

Le Président (M. Bergman) : Bienvenue. Alors, vous pouvez commencer votre présentation.

Mme Fontaine (Josée) : Donc, nous tenons à vous remercier de nous avoir permis de venir vous rencontrer pour vous faire part de nos préoccupations.

Donc, les deux organismes communautaires, on est cosignataires de ce mémoire et on a travaillé cet avis de manière conjointe afin de refléter au mieux la volonté des personnes utilisant les services de soutien à domicile — est-ce que ça va, vous me comprenez bien? Merci. En effet, nos deux associations regroupent et représentent sur une base locale des personnes ayant une ou plusieurs limitations entraînant des situations de handicap à différents plans : activités à la vie quotidienne, soins personnels, accessibilité, déplacements, transport. Le CAPVISH aborde ces enjeux sous l'angle de la défense collective des droits des personnes ayant des limitations motrices. Pour sa part, Handi Apte poursuit la mission de travailler au maintien à domicile des personnes handicapées pouvant présenter une ou plusieurs de ces déficiences, que ce soit motrice, du langage ou de la parole, auditive ou visuelle. Nos deux organisations partagent également la réalité du soutien au recrutement, de la sélection des travailleuses et travailleurs à domicile ainsi que l'accompagnement des personnes utilisant la mesure d'allocation directe du chèque emploi-services.

Notre avis s'appuie sur l'expertise des personnes ayant des limitations fonctionnelles, raison d'être de nos organisations depuis plus de 30 ans. Également, notre réflexion s'inspire de l'expérience terrain que nous avons développée par la gestion de nos banques de référence. Nos membres sont d'abord et avant tout des experts en matière d'analyse et d'évaluation des besoins dans les services et soins à domicile. À travers leur connaissance du réseau, ces personnes témoignent des changements apportés au fil des années et de la qualité de l'offre de services.

Nous sommes convaincus que l'exercice proposé constitue un effort nécessaire pour répondre adéquatement aux défis posés à la société québécoise par l'augmentation de la demande en services de soins de longue durée engendrée par le vieillissement de la population. Il nous apparaît également essentiel pour répondre aux besoins des personnes ayant des limitations et de leurs proches qui au quotidien se débattent et négocient pour l'obtention de services adéquats et de qualité répondant à leurs besoins.

Nous reconnaissons difficilement dans le livre blanc les orientations prises par l'État québécois dès la fin des années 70 à l'endroit des personnes handicapées et de leurs familles. S'appuyant sur le principe de la vie autonome pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles, notre mouvement a vu s'enraciner la notion du libre choix, notamment dans la mise en place de programmes. Également, le principe de compensation de coûts reliés aux limitations sans

égard aux revenus ni à la contribution des proches demeure un principe sur lequel doivent se fonder les services de soutien à domicile. Ces deux fondements nous semblent menacés, il reste, selon nous, bien des éléments à préciser pour faire des intentions exprimées par le livre blanc autant que des rapports le précédant des instruments de l'indépendance à domicile.

Je cède la parole à...

M. Labrecque (Robert) : La quête de l'indépendance à domicile. Bien que le livre blanc sous-entend la quasi-disparition de la mesure allocation directe chèque emploi-services, qu'on peut appeler aussi CES, et que j'ai vu lors d'autres audiences dernièrement que les syndicats aimeraient peut-être que cette mesure-là cesse, on a eu par le ministre de la Santé... qui a clarifié la prise de cette mesure, qu'elle est appelée à rester, puis, nous, ça fait vraiment notre bonheur. Cette précision dans le modèle d'organisation des services répond à nos aspirations, telles qu'identifiées dans la politique À part... égale de 1984 — que vous avez sûrement lue, près de votre lit, là, à vos chevets. On veut vous faire remarquer que les avantages de l'autogestion sont autant pour la personne qui reçoit les services, qui les administre avec le chèque emploi-services, et autant pour l'État, compte tenu des coûts. Si vous voulez, on peut y revenir plus tard.

Même si la quête de l'indépendance à domicile ne date pas d'hier, les personnes ayant des limitations fonctionnelles doivent aussi composer avec un environnement physique, des programmes inadéquats, mais également elles doivent transiger au quotidien avec les préjugés et les stéréotypes sociaux. Avec les années, les personnes ayant des limitations fonctionnelles en ont tiré des engagements... des enseignements, pardon, communicables et transmissibles à celles et ceux qui demain négocieront avec les différents réseaux soutenant la vie à domicile. Dans le contexte du livre blanc de l'assurance autonomie, les personnes âgées nécessitant des services de soins à domicile devraient s'inspirer de la vision et des expériences des personnes comme nous ayant des limitations fonctionnelles. Parce qu'elles souhaitent, elles aussi, préserver leur autonomie, elles devront, on l'affirme... affirmer, pardon, que l'allocation directe chèque emploi-services est une des composantes fortes du système de soutien à domicile.

La quête de l'indépendance en dehors du domicile. Nous ne pouvons aborder la question des soins à domicile sans parler des infrastructures de nos villes et villages, qui malencontreusement sont loin de répondre aux besoins des personnes à mobilité réduite. Vous savez, vous voyez toutes sortes de contraintes. Que ce soient les autobus municipaux, interurbains, que ce soit l'aménagement des bâtisses, les restaurants, il y a plein de choses qui devraient être améliorées, quitte peut-être même, là, à donner des amendes à ceux qui ne le font pas. Parce que, dans les politiques qui sont là pour nous permettre d'accéder à une vie tout à fait normale, il y a plein de barrières architecturales présentement, puis, pour nous, là, c'est très important de se pencher là-dessus. Comment vivre à domicile s'il y a un tas de problèmes, là, qui nous pourrissent la vie, en fait?

Que les personnes étudient, qu'elles militent, exercent un travail bénévole ou lucratif, les personnes ayant des limitations fonctionnelles le font en se dépassant au quotidien pour se laver, aller aux toilettes, se nourrir, sortir avec des amis. J'entendais Mme Blais, hier, dire qu'elle voulait avoir des gens qui sont compétents pour...

Ah! Excusez. Il nous reste seulement deux minutes? Excusez-moi. Bon, c'est...

Le Président (M. Bergman) : Ça va. Prenez votre temps.

• (16 h 10) •

M. Labrecque (Robert) : C'est ça, Mme Blais disait qu'elle voulait avoir quelqu'un de compétent pour lui donner des services d'hygiène. Je pense que, présentement, avec la notion du chèque emploi-services et la formation qui va être donnée aux gens... je pense qu'il n'y a pas de crainte à avoir. Qu'elle se fie à notre expérience.

Mme Blaney (Manon) : Notre espoir : le libre choix. Depuis des années, les personnes handicapées revendiquent leur libre choix. Toute personne vivant des situations de handicap doit pouvoir choisir la mesure qui lui convient, et ce, en fonction de ses besoins et de ses aspirations. Il s'avère donc indispensable que la future organisation de services s'appuie sur ce principe.

De plus, une personne vivant avec des limitations fonctionnelles doit être en mesure de se voir offrir la possibilité de modifier sporadiquement cette mesure. Se faire imposer une mesure n'est pas une pratique exemplaire dans le contexte du livre blanc. Que ce soit en cas de perte d'autonomie temporaire ou de perte d'autonomie permanente, le libre choix doit rester un des indicateurs sur lesquels juger de la qualité du service.

Puisque nous aspirons à l'autonomie de gestion, à la liberté de choisir, à la sauvegarde de notre dignité et à l'estime de soi, nous allons poursuivre notre lutte à exiger que soient minimisées les situations de handicap. Nous ne sommes pas de celles et ceux qui allons nous contenter d'être considérés comme des exceptions de l'assurance autonomie. Le libre choix doit passer par une offre de mesures variées et de qualité, dont celui du chèque emploi-services.

Selon nous, les entreprises d'économie sociale en aide domestique, premiers dispensateurs de services à domicile destinés aux personnes âgées, ne doivent pas faire partie d'un passage obligé. Il en est de même pour les principes d'autogestion accompagnant les services de banque de référence. Une offre diversifiée et variée de mesures et de dispensateurs de services sera une confirmation de qualité de service.

Une première appréhension : la qualité... la question de gratuité du service. Tout ou presque tout dans la vie des personnes ayant des limitations fonctionnelles constitue une difficulté. Quelques-unes arrivent à signifier sur le... à s'intégrer sur le marché du travail et ont un revenu. Certaines ont travaillé avant de devenir handicapées et ont une petite rente d'invalidité ou encore bénéficient d'une assurance invalidité à long terme. D'autres ont aussi réussi à s'intégrer au marché du travail, mais, ayant dû s'en retirer prématurément, peuvent aussi compter sur un certain revenu.

Nous sommes en mesure de constater jusqu'à quel point la perte du principe de gratuité des services aura un effet désastreux sur nos vies. C'est dans cette perspective de combattre l'exclusion sociale et d'accorder une chance à celles et ceux qui font face à des difficultés significatives et persistantes que les programmes ont été mis en place. Puisque la majorité des personnes handicapées n'ont pas d'épargne en arrivant à la retraite, quelle sera la conséquence de cette mesure sur le peu de personnes qui auront réussi à économiser?

M. Labrecque (Robert) : Une deuxième appréhension : l'importance accordée à la mesure allocation directe chèque emploi-services. Comme je vous disais tout à l'heure, cette mesure est essentielle, mais il y a aussi les services de banque de référence qui se greffent à cette offre, et ça, je pense que c'est une avancée. Même si vous ne la connaissez peut-être pas, c'est une avancée en matière de services à domicile parce que ça permet de trouver des gens, de les référer à des personnes handicapées pour avoir des services. Puis cette mesure ne coûte vraiment pas cher. Si vous regardez, là, les coûts de ces personnes-là pour les banques de référence, je crois qu'on peut se dire, là, que ça coûte environ 330 \$ par personne présentement pour assurer un suivi de dossier, de référer des gens pour les services à domicile.

Nous désirons aussi attirer votre attention sur le fait que la commission Clair, en 2001... la piètre qualité des services à domicile. 12 ans plus tard — excusez, je me suis perdu — que pouvons-nous affirmer en termes d'amélioration de la qualité des soins et des services à domicile?

Certes, le projet de création d'une assurance autonomie a un défi de taille. Notre gouvernement saura-t-il le relever en bonifiant la mesure CES, puisque le ministre Hébert nous a affirmé le 7 octobre dernier, lors d'une rencontre, que cette mesure allait demeurer? Ce que souhaitent affirmer les banques de référence, c'est qu'elles sont loin d'être parfaites, puisque le CES est truffé d'imperfections.

Finalement, il est difficile de passer sous silence notre inquiétude relativement au calcul d'heures allouées sur le plan de services de la personne handicapée, puisque la tendance témoigne d'évaluations à la baisse. En effet, dans certaines régions, on croit qu'il est plus facile de rentrer en CHSLD que de passer toutes les mesures de sécurité dans un aéroport. Ça se veut une blague, mais je vous dirais, là, qu'il y a des gens, là, qu'on connaît personnellement que, pour 10 heures de services de plus par semaine, ils se voient offrir la porte du CHSLD, là, grande ouverte. Puis pourtant, 10 heures de plus, là, quand quelqu'un a peut-être 15 heures, ce serait simple, là, de le garder à domicile.

On vous entendait... Je vous entendais parler hier parce que j'ai suivi la commission assez attentivement. Je pense que vous devriez nous faire confiance, que les gens qui vivent à domicile présentement sont des modèles qui peuvent aider les personnes âgées à combattre leurs craintes dans leur milieu actuel plutôt que de se ramasser en CHSLD ou en mesures compensatoires, là. Je sais qu'il y a une gamme de services, là, mais je pense que c'est important. Merci.

Le Président (M. Bergman) : Alors, merci pour votre présentation. Et maintenant, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Merci beaucoup, M. Labrecque et mesdames, de ce mémoire. Vous soulignez l'importance du libre choix, et c'est vraiment la valeur fondamentale du projet qui est devant nous, comment est-ce qu'on peut donner le libre choix, un libre choix que vous avez déjà, que vous avez acquis, les personnes handicapées, de chaude lutte et que n'ont pas les personnes âgées. Alors là, vous avez une source d'inspiration pour faire en sorte que les personnes âgées puissent avoir ce libre choix.

Comme je vous l'ai dit, le programme de chèque emploi-services est une des options, et elle est là pour rester, notamment pour les personnes handicapées. Il y a certaines réserves pour les personnes âgées, parce que les personnes âgées préfèrent souvent que ce soit géré par un prestataire, par des entreprises d'économie sociale, puis j'y reviendrai tout à l'heure, mais, pour les personnes handicapées, il est clair que le chèque emploi-services est là pour rester.

Et, pour le bénéfice de ceux qui nous écoutent, moi, j'aimerais ça vous entendre, M. Labrecque, sur comment ça marche, le chèque emploi-services, comment vous faites pour recruter les gens qui travaillent à soutenir votre autonomie, pour qu'on puisse comprendre, là, la mécanique du chèque emploi-services.

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

• (16 h 20) •

M. Labrecque (Robert) : Bon, le chèque emploi-services nous permet d'engager nous-mêmes des gens. Les banques de référence peuvent nous aider dans ce sens, en nous donnant des noms, mais engager quelqu'un, là, c'est prendre son numéro d'assurance sociale, l'inscrire sur une liste de paie qui est gérée par Desjardins. Je ne sais pas comment ça coûte, ce service de paie là, mais, si on regarde la mesure du chèque emploi-services, ça coûte environ... présentement, là, aux alentours de 16 \$ de l'heure pour avoir quelqu'un avec tous les avantages sociaux. Le salaire est de 13,05 \$ brut. Et quelqu'un vient à la maison, on fait nos horaires nous-mêmes, ce qui m'a permis de vous rencontrer, M. le ministre, l'autre jour, parce que, pour aller à Sherbrooke pour vous rencontrer, il a fallu que je me lève aux alentours de 4 h 45 parce que c'est long de me préparer, m'installer dans mon fauteuil, là, me laver les fesses puis faire ma manucure, me friser, puis tout ça. Puis c'est important de pouvoir garder ça, parce que, les entreprises d'économie sociale, peut-être que l'avantage, c'est d'avoir des horaires qui sont toujours tout faits, mais de varier cet horaire-là est assez dur. Moi, pour avoir essayé deux... bien, trois entreprises d'économie sociale, dont une seulement pour des ménages mais les autres que j'ai eu des soins personnels, bien on se retrouve toujours avec la même chose : il y a beaucoup de gens, dans ces entreprises-là, qui voyagent en autobus. Autant pour le chèque emploi-services aussi, mais comme moi, j'ai quand même pas mal d'employés... C'est tous des étudiants, pratiquement. Il y a beaucoup de personnes, là, qui sont en soins infirmiers ou en inhalothérapie. Comme je vous disais l'autre jour, j'en ai même une, là, qui est en santé

animale, puis le vieux bouc que je suis, là, il aime bien ça. Mais ensuite on fait les paies. Ça prend quand même beaucoup de temps, mais on sauve de l'argent à l'État de cette façon-là.

Je ne sais pas si vous avez d'autres questions ou si vous voulez que j'éclaircisse autre chose.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Vous dites dans votre mémoire qu'il y a quand même des imperfections. J'aimerais ça que vous puissiez nous signaler quelles sont les imperfections ou les pistes d'amélioration du chèque emploi-services. Tant qu'à faire une réforme, aussi bien s'attaquer à ce mode d'allocation.

M. Labrecque (Robert) : Je vous dirais...

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

M. Labrecque (Robert) : Excusez-moi. Je vous dirais que ce serait très simple d'informatiser la cueillette des heures, là, puis de l'envoyer directement par système informatique, pour les personnes qui l'ont; de garder quand même le volet social — parce que c'est comme ça que la feuille de paie s'appelle — de la garder, mais elle devrait être simplifiée. Quant à moi, elle pourrait avoir seulement le nombre d'heures faites par l'employé Untel pendant une période de paie. Là, il y a plein, plein de cases pour les congés de maternité, congés sociaux, tout ça, des cases qu'on ne se sert à peu près jamais. Puis ça prendrait peut-être une formation pour que les gens puissent devenir autogestionnaires.

J'ai pensé à quelque chose. Vous disiez hier puis avant-hier, dans la commission, que les personnes âgées avaient environ 15 % de leurs besoins qui étaient assujettis, présentement, là, par les CLSC, tout ça. Je pense que même les personnes handicapées, souvent, qui ont des handicaps un petit peu moindres n'ont peut-être pas accès au chèque emploi-services ou n'osent peut-être pas le prendre. Il faudrait essayer de faire des publicités en ce sens. Puis, même les personnes âgées, certaines qui ont présentement des aidants naturels ou qui sont encore, on va dire, là, assez fières, là, de remplir une feuille de paie avec un employé devraient venir vers les banques de référence pour essayer d'avoir, là, des gens qui viennent à la maison.

Je ne sais pas si je me suis égaré, là, mais...

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Labrecque (Robert) : Puis mes consoeurs pourraient peut-être, là, rajouter des choses pour améliorer le chèque emploi-services, là.

M. Hébert : J'aimerais peut-être qu'on nous parle des banques de référence, justement, parce que vous faites... pour le chèque emploi-services. Puis je connais très bien celle qui est à Sherbrooke, mais j'ai eu l'occasion de rencontrer les trois banques de référence au cours des dernières semaines.

Alors, j'aimerais que vous nous expliquiez le fonctionnement, d'abord, des banques de référence. Et quelles sont peut-être les lacunes que vous voyez dans l'utilisation du chèque emploi-services et le recrutement et la rétention du personnel?

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

Mme Fontaine (Josée) : Oui, merci. À Sherbrooke, on a une banque de référence qui est composée d'environ 65 personnes qui vont donner des services à domicile. On parle d'AVD et AVQ, donc ça peut être autant lever, coucher, bain, hygiène que lavage, ménage, préparation de repas. On fait de la mobilisation passive aussi, il y a des actes délégués que nos travailleurs font, qui ont été formés par les physiothérapeutes du CSSS ou par les infirmières du CSSS.

Donc, nous, on fait la vérification d'antécédents judiciaires, on s'assure qu'ils ont une formation. On fait aussi, donc, une... Par exemple, Robert pourrait nous appeler : Bon, bien, Josée, moi, le mardi soir, j'aimerais ça me faire coucher à 10 heures. Ça fait qu'on a une banque de... on a une base de données, donc on regarde dans notre base de données : O.K., on a deux personnes qui seraient disponibles le mardi soir. Donc, on va lui donner le nom, donc Robert va les rencontrer puis il va choisir.

Donc, ce qu'on fait aussi après, c'est qu'on s'assure d'une qualité du service. C'est qu'on appelle et la personne handicapée qui a utilisé le service et le travailleur ou la travailleuse, voir comment a été le service. Ce n'est pas rare que, la première fois, nous, on va rencontrer la personne handicapée ainsi que le travailleur à domicile pour aider à faire les présentations, parce que, des personnes handicapées, il y a certaines personnes qui ont de la difficulté un petit peu à faire part de besoins, intérêts, il y en a d'autres qui sont totalement... ça fait qu'on s'ajuste vraiment à la capacité de la personne handicapée. Donc, on essaie de faire le lien, la transition, on fait le suivi par après.

Ça arrive des fois qu'il y a des problèmes. Il y en a beaucoup qui ont la capacité de gérer le volet social, la feuille de temps, mais il y en a plusieurs que, pour eux, c'est complexe, donc on les accompagne beaucoup quand il y a à compléter ça ou quand il y a des erreurs.

Ça fait que des fois on... Moi, ce que je porte, et c'est partagé aussi par les personnes qui m'accompagnent, c'est que, le volet social, les banques de... je pense que, pour nous, à Sherbrooke, en tout cas, ça pourrait peut-être régler un problème. Il y a des personnes handicapées qui ont la capacité de compléter le volet social, qui sont à l'aise avec ça, mais il y en a d'autres que non, puis il y a des problèmes qui se glissent à ça, les heures qui ont été inscrites à un autre

employé, quand ils ont plus qu'un employé en même temps, ou... Ça fait qu'il y a des erreurs qui se produisent suite à ça. Ça fait que, pour ces personnes-là que, pour eux, c'est une lourdeur, je pense que les banques de référence pourraient peut-être être en mesure d'accompagner ou de faire ce volet de gestion, administration là, parce que de toute façon on a déjà les heures dans notre base de données.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Il y a, dans l'assurance autonomie, une grande préoccupation par rapport à la qualité des services, donc la qualité de la formation et de la prestation des services, avec un mécanisme d'accréditation des prestataires.

Au niveau du chèque emploi-services, comment on peut s'assurer de la qualité de la formation et de la qualité de la prestation qui est donnée par des employés qui sont gérés par les personnes elles-mêmes?

Le Président (M. Bergman) : Mme St-Pierre.

Mme St-Pierre (Hélène) : M. le ministre, nous, c'était une préoccupation, dans la région de la Capitale-Nationale, parce qu'effectivement les commentaires qu'on recevait étaient par rapport à la qualité des services. Alors, on s'est interrogés, on s'est penchés sur la question. Ce qu'on en est venu à conclure, c'est qu'il fallait absolument que ces travailleuses et travailleurs là... — je prononce le terme «travailleuses» d'abord et avant tout parce qu'à 85 % c'est des femmes — donc il fallait les doter d'une formation. Et je parle ici de savoir-faire mais aussi de savoir-être.

Bien évidemment, la réalité de ces personnes-là, c'est souvent des gens qui sont éloignés du marché du travail. On observe aussi, du côté de Québec, des personnes qui sont à la retraite, des 50 ans et plus qui désirent continuer à être actifs sur le marché du travail, qui ont quelques heures.

Robert parlait tout à l'heure d'étudiants, d'étudiantes. Alors, pour cette portion-là, bon, c'était différent, le problème ne se posait pas.

Alors, ce qu'on a fait, nous, on a rencontré des gens d'un CLE à Québec, on a regardé la possibilité d'une formation qui pourrait être montée sur mesure. Et, quand je vous dis «sur mesure», c'est tout simplement pour la bonne raison que le travail à domicile n'est pas du tout la même réalité qu'en institution. La personne, le travailleur — la travailleuse — il est laissé à lui-même, il est seul, donc il n'y a pas de supervision, il n'y a pas de collègue de travail. Alors, à ce niveau-là, il y a une façon de procéder, il y a une façon d'être. Alors, on s'est penchés avec un centre de formation professionnelle... Donc, on est en projet pilote présentement dans la région de Québec. En tout, c'est une année à former ces gens-là, en tenant compte, par contre, de leur éloignement du marché du travail, en tenant compte que ces personnes-là n'ont pas nécessairement la disponibilité de s'asseoir à temps plein sur les bancs d'école. Donc, c'est une formation qui représente 132 heures. Il y a un lien qui se fait aussi avec le ministère de l'Éducation. Ça leur permet du moins d'avoir des connaissances de base et d'être en mesure d'être efficaces et de pouvoir agir efficacement, là, avec les personnes.

Cela dit, le problème auquel on fait face : les banques de référence, on n'est pas l'employeur. Donc, bien évidemment, à ce niveau-là, il n'y a pas possibilité d'envoyer former nos travailleurs. C'est sûr qu'il va falloir trouver une solution, puis on en a parlé justement avec Dr Hébert il y a quelques semaines : Comment faire en sorte, en n'étant pas l'employeur, que les travailleurs et travailleuses puissent recevoir... puissent avoir accès à la formation? Présentement, je sais que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale devait approcher l'agence, au niveau de Québec, pour voir quelles pourraient être les possibilités de financer cette formation-là.

Mais, pour répondre à votre question, on est tout à fait d'accord avec vous puis on en a parlé aussi. La question de la formation, elle est absolument nécessaire.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Il y a des banques de référence à Montréal, Québec et Sherbrooke. Qu'est-ce qu'on fait ailleurs? Parce que vous exercez un rôle extrêmement important d'identifier les personnes, de les former, de s'assurer de la qualité, d'être là en appui pour remplir des formulaires ou les exigences des personnes handicapées. Je suis préoccupé par les gens de Saguenay, de Rouyn-Noranda qui n'ont pas accès à ce genre de service et qui doivent transiger directement un à un avec des personnes dont ils n'ont pas idée de la compétence, de la formation, etc.

Alors, comment vous voyez ça pour les régions en dehors de vos trois zones de juridiction?

Mme Fontaine (Josée) : Je peux répondre?

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

• (16 h 30) •

Mme Fontaine (Josée) : Oui. Nous autres, on croit que ce serait... on a cette préoccupation-là beaucoup aussi. Donc, on estime que ce serait important qu'il y ait une création de banques de référence dans chacune des régions au Québec, parce que c'est vrai qu'une personne qui est dans la Beauce, par exemple, puis n'a pas accès à cette banque de référence là, bien, soit va afficher au dépanneur, va demander à son voisin, il y a cette réalité-là aussi, mais je crois qu'il y a une structure à mettre en place qui est déjà, je pense... Il y a des manques, mais il y a quand même une bonne base parce que ce serait important d'implanter.

Puis d'ailleurs on disait qu'on était prêts, nous autres, les banques de référence, à être un peu un accompagnateur... ou un projet pilote pour que ça puisse se développer ailleurs en région, pour que les personnes handicapées au

Lac-Saint-Jean, par exemple, puissent vraiment avoir le choix entre une EESAD, une entreprise d'économie sociale, et le chèque emploi-services. Parce que, sans ça... Il faut vraiment que toutes les personnes puissent avoir un choix complet.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Et, quand on regarde des modèles à l'étranger, par exemple le modèle français, où des organismes peuvent être prestataires ou mandataires... Et c'est un peu le rôle que vous faites. Donc, ils sont mandatés par la personne pour organiser le soutien à domicile.

Et donc vous verriez, là, d'un bon oeil qu'on puisse prévoir ces deux modalités pour s'assurer d'abord qu'il y ait des banques de référence partout et qu'ils aient la responsabilité de s'assurer de la qualité des services, de la qualité de la formation et du soutien aux personnes handicapées?

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

Mme Fontaine (Josée) : Oui. Moi, je suis tout à fait... je verrais ça d'un bon oeil pour permettre à... Oui.

M. Hébert : O.K. M. Labrecque...

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

M. Hébert : ...du point de vue de la personne handicapée, ça vous agréé aussi?

M. Labrecque (Robert) : Bien, du point de vue de la personne handicapée, oui, justement, ça peut être intéressant. Vous savez, il y a déjà des associations dans plusieurs coins, là, du Québec, des associations de personnes handicapées qui seraient peut-être intéressées à travailler là-dessus, parce que, vous savez, le savoir-être passe, je pense, souvent avant la formation académique, là, qui peut être lourd.

Si je prends, là... sans vouloir dénigrer ce que le CLSC fait, mais ce qui arrive, c'est que souvent, quand ils viennent à mon domicile, moi, c'est pour une urgence parce que je n'ai pas pu trouver quelqu'un, il y a quelqu'un qui a brisé sa voiture, puis souvent ça, c'est à cause du salaire, puis ils ont de la misère à venir à la maison. Mais, si j'ai quelqu'un du CLSC qui vient pour une urgence, bien il ne viendra pas plier mes serviettes, là, dans ma salle de bains, il va venir juste pour me donner un service de base, soit me lever ou me coucher. Il va me laver à la débarbouillette, il va faire ça le plus vite possible. Puis il prend 15 minutes sur le temps qui va être enlevé de mon allocation directe chèque emploi-services pour son transport en plus, ça fait que j'en ai encore moins pour mon argent, malgré tout.

Puis une fois ça m'est arrivé que je n'avais personne parce que j'avais des employés, là, qui étaient indisposés de venir. Et puis j'appelle au CSLC, le CLSC dit qu'on va m'envoyer quelqu'un — excusez-moi, je suis assez nerveux, mais je ne devrais pas, pourtant — et là le préposé m'appelle puis il me dit qu'il va être à temps double ou quelque chose comme ça pour le soir, il va venir chez moi, tout ça. Mais je regarde ça, là, puis je rappelle un des préposés, je dis : Ça va coûter peut-être 200 \$ pour venir me coucher ce soir. Je dis : Ça te tente-tu de venir pareil, là, on va faire le plus tôt qu'on peut, le plus vite qu'on peut? Ça fait que, donc, il est venu, une façon de sauver de l'argent qui est énorme, là. 200 \$ pour un service, là, juste pour coucher quelqu'un, parce que c'est quelqu'un qui a plus que 40 heures de faites au CLSC, je trouve ça aberrant, là. Je n'accepte pas, moi, là, que les gens paient des taxes pour ça puis que ce soit mur à mur comme ça, là, j'ai de la misère avec ça. J'aime mieux, là, une petite mesure simple qui fait qu'on économise nos impôts, tout ça.

Ça fait que, dans les régions, d'après moi, ils sont capables de s'organiser aussi à avoir quelque chose, là, qui est très raisonnable puis qui va faire l'affaire de tout le monde.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Si je peux me permettre un commentaire, ce que vous avez mis en place avec le chèque emploi-services et les banques de référence est un beau modèle, et je pense qu'on doit s'en inspirer pour permettre, dans la gamme des choix possibles... permettre que ça puisse être disponible même pour les personnes âgées. Parce que vous me rassurez sur un certain nombre de réserves que j'ai par rapport à l'allocation directe pour les personnes âgées. Si on passe par des organismes prestataires comme des banques de référence, on a là une garantie qu'il n'y aura pas d'exploitation induite, que les gens vont avoir une sécurité et vont avoir une qualité de service. Alors, je trouve que c'est intéressant. C'est extrêmement intéressant, ce que vous avez développé et ce que vous avez amené.

Deuxième élément. Avant de terminer mon intervention, je veux vous rassurer. D'ailleurs, à la page 24, là, on précise qu'en 1998 le principe de la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles était déjà inscrit, et je vous rassure là-dessus, on va respecter les acquis, les acquis du chèque emploi-services et ces acquis-là également. Et je vous ai déjà rassurés, mais je vous rassure encore.

Vous disiez tout à l'heure que le livre... À part... égale doit être sûrement un livre de chevet. Non, c'est plutôt le vôtre qui est mon livre de chevet de ce temps-ci, que vous m'avez remis la dernière fois qu'on s'est vus et que je trouve intéressant, parce que vous partagez votre expérience de handicap, et c'est extrêmement instructif, je dirais.

Je vais passer la parole à mes collègues pour compléter le bloc du gouvernement.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste trois minutes.

Mme Proulx : Merci beaucoup, M. le Président. Bonjour, mesdames et M. Labrecque.

Écoutez, moi, je vais commencer par un commentaire. Effectivement, je trouve ça extrêmement intéressant de vous entendre, j'ai appris beaucoup de choses aujourd'hui en vous écoutant. J'ai encore quelques questions et j'essaie toujours de transposer l'expérience que vous avez, que vous avez développée notamment avec le chèque emploi-services et vos banques de référence, et pour essayer de voir qu'est-ce qu'il serait possible de mettre en place pour les personnes âgées, qui n'ont peut-être pas la même réalité que vous. Et il a été beaucoup question, avec les intervenants précédents qu'on a eus, au niveau de préoccupations sur soit la qualité de la prestation de services par les entreprises d'économie sociale mais aussi beaucoup du taux de roulement.

Vous avez mentionné tantôt que les gens que vous embauchez, qui sont référés par les banques de référence, sont beaucoup des étudiants, de ce que j'ai compris, des étudiants en sciences infirmières ou en inhalothérapie, et que la moyenne salariale est à peu près 13 \$ l'heure, de ce que vous leur offrez comme conditions salariales. Est-ce que, dans votre expérience, il y a un haut taux de roulement ou si vous développez des liens assez solides pour faire en sorte que vous pouvez investir, là, avec une personne à plus long terme? C'est quoi, la réalité?

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

M. Labrecque (Robert) : Bon, oui, il y a quand même un taux de roulement qui est assez important. Je ne sais pas pour les banques uniquement. Moi, j'ai un petit peu les deux, là, j'ai un petit peu la banque de référence et des gens que j'engage de gré à gré, puis j'ai des gens qui sont à la banque de référence qui me réfèrent des amis en soins infirmiers. Donc, j'ai beaucoup de gens, là, puis... mais c'est sûr que quelqu'un va venir chez moi pendant deux ans, est aux études, vient pendant deux ans, ensuite il ne reviendra peut-être pas. Mais il peut me référer d'autres personnes aussi.

Puis je vous dirais, là, que j'aime peut-être mieux avoir des gens qui vont faire deux ans. Je ne pense pas que dans n'importe quel autre système, là, il y ait des gens qui fassent des quatre, cinq, six ans avec toujours les mêmes clients, tout ça. Il y a beaucoup de roulement aussi, je pense qu'il doit y en avoir dans les EESAD aussi, parce que moi, j'ai eu quelqu'un, il y a environ deux ans, que sa voiture a brisé, mais, à cause des salaires qui sont donnés...

Encore là, l'avantage du chèque emploi-services, si on dit par rapport au... pas au roulement, parce que le roulement, il reste à peu près pareil, d'après moi, pour à peu près tout, c'est que, dans les EESAD, il y a une partie qui va pour l'administration. Moi, je la fais moi-même, mon administration, puis, sinon, les banques de référence seraient prêtes à la prendre à des coûts minimes. Comme je vous le disais tantôt, d'après moi, là... Parce que c'est dur d'avoir des chiffres. Il y a un problème, là. Je pense que même vous, autour de la table, vous n'avez pas tous les chiffres. Puis, d'après moi, là, quelqu'un qui vient d'une banque de référence comme moi, j'ai l'impression que je coûte 300 quelques dollars pour avoir accès à la banque de référence mais par année, pas par mois, là. Ce n'est pas beaucoup, c'est minime. Puis...

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

M. Labrecque (Robert) : Oui. Puis c'est ça, c'est qu'à 40 \$ environ le CLSC, à 25 \$, 30 \$ les EESAD puis à 17 \$, 18 \$ gros maximum présentement avec le chèque emploi-services je pense qu'on s'en tire bien. Puis, le roulement, bien on fait avec, là.

Le Président (M. Bergman) : Ceci met fin au bloc du gouvernement. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Alors, M. Labrecque, mesdames, merci de venir partager avec nous, de venir nous éduquer sur la réalité, sur votre réalité au quotidien.

M. Labrecque, suite à la question de notre collègue, vous avez abordé une question qui me chicotait, c'était justement la distinction entre les différents modèles qu'on propose, le coût réel. Donc, vous nous le disiez, le coût d'une heure de services au CLSC, c'est 40 \$?

M. Labrecque (Robert) : Ça doit être en 35 \$ et 40 \$ présentement.

• (16 h 40) •

Mme Vallée : Entre 35 \$ et 40 \$. Les EESAD, c'est à peu près 20 \$, qui doit inclure un bout d'administration...

M. Labrecque (Robert) : Non, c'est 25 \$ au moins.

Mme Vallée : 25 \$?

M. Labrecque (Robert) : Entre 24 \$, je pense, et 30 \$.

Mme Vallée : Et le chèque emploi-services, le brut, c'est 17 \$, 18 \$, et le taux horaire qui est versé, c'est...

M. Labrecque (Robert) : Oui, c'est 13,05 \$, comme dit ma collègue. Et ce n'est même pas 17 \$ présentement, là, c'est aux alentours de 15 \$ à 16 \$.

Mme Vallée : J'ai entendu, puis là j'aimerais... J'ai entendu des histoires, des histoires qu'on peut peut-être qualifier d'histoires d'horreur, avec les chèques d'emploi-services, à savoir que certaines personnes se faisaient parfois

arnaquer, se faisaient parfois demander plus d'heures que réellement offertes en services, certaines... qu'on monnayait le transport, qu'on monnayait parfois la qualité des soins ou du temps qui était réellement accordé à domicile.

Est-ce que des situations comme ça, ce sont des cas isolés... ou malheureusement, dans vos associations, on vous sensibilise à ce type de problématique?

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

M. Labrecque (Robert) : Je saurais difficilement vous répondre parce que je connais juste la région de Québec là-dessus. Peut-être même, là, qu'Hélène, à côté, pourrait vous dire. Mais moi, je pense que des cas, là, d'horreur, là, il y en a partout. Quelqu'un qui se fait ébouillanter dans un CHSLD, là, c'est sûr que...

À domicile, ce que vous avez comme personnes handicapées, c'est des gens qui ont leurs capacités, là, cognitives, ils les ont encore. Qu'ils négocient avec les gens pour donner... Moi, ça m'arrive de donner un café, là, ou une rôtie le matin à ma préposée, puis je pense que ça, là, c'est du savoir-vivre, du savoir-être, autant des deux côtés. Je ne me suis jamais senti, là, poussé par les gens qui viennent à mon domicile. Sinon, j'ai le pouvoir, en plus, de les mettre dehors. Ça m'est arrivé à quatre reprises de mettre des gens dehors sur, comment je dirais ça, là, moi, depuis... Parce que le chèque emploi-services, ça fait 18 ans, mais avant ça, là, il y avait une mesure qui était payée 6 \$ en dessous de la table, jusqu'en 1995. Puis, si ça ne fait pas, là, les personnes peuvent mettre dehors aussi, là, il n'y a pas... il n'y a rien qui nous empêche.

Parce que, même les EESAD, j'ai eu quelqu'un qui m'a blessé, il y a longtemps de ça, à un moment donné. Puis, quand j'ai fait une lettre de plainte à l'EESAD, je n'ai pas eu de réponse avant de me plaindre au CLSC. Puis, quand je me suis plaint au CLSC, ils m'ont envoyé la petite lettre patente, là, qui vient trois semaines après, environ. Puis là la personne, la responsable de l'EESAD est venue chez moi, m'a dit : M. Labrecque, on fait ça pour votre bien. Pendant 45 minutes, là, elle m'a dit, dans le fond, que c'est moi qui étais coupable, que j'avais mal fait mes affaires, que je n'avais pas dit, puis tout ça. Puis j'ai conté exactement la vérité, que la personne m'avait déplacée puis je lui avais demandé de ne pas me déplacer de cette façon-là. Puis finalement, une semaine après, l'EESAD en question n'avait plus personne à m'envoyer. Ça fait que des cas d'horreur, là, on va en voir partout, partout, partout.

S'il y en a qui peuvent compléter...

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

Mme Fontaine (Josée) : Oui. On a un journal, puis, quand on fait nos suivis après des prestations de services, bien on s'assure que tout va bien de part et d'autre. Puis il y a des personnes handicapées qui ne sont pas à l'aise de dire, telle chose, qu'ils n'aiment pas ça, par exemple elle ferme la porte d'armoire trop fort, puis ça la fatigue, ou elle ne prend pas le bon produit nettoyant pour épousseter, je ne sais pas. Ça fait qu'on accompagne les personnes dans ça. Ça fait qu'on sollicite, voir : Est-ce que ça a bien été? Est-ce que vous vous sentez à l'aise? Puis, quand ça ne va pas bien, pas pour mauvais service mais pour incompatibilité de caractère, par exemple... Puis on s'assure aussi, dans notre journal, par exemple... Puis, quand une personne devient membre chez nous, à notre organisme — d'ailleurs, on a 260 personnes handicapées qui sont membres chez nous — on leur donne ces consignes-là que, pour nous, ce n'est pas accepté.

Par exemple, ce qu'on propose, on n'oblige pas... C'est que le chèque emploi-services à 13 \$ de l'heure, ce n'est pas beaucoup comme taux horaire. Il n'y a pas de frais de déplacement à payer, ça fait que, des fois, ce qu'on demande à la personne handicapée, on a établi un barème donc que, quand c'est pour un déplacement, aller faire l'épicerie, aller à la banque, accompagner la personne handicapée à la banque, par exemple, bien on demande à la personne handicapée... on suggère qu'elle lui paie 5 \$ pour compenser pour l'utilisation de l'automobile. Mais ça, c'est une suggestion.

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

Mme Vallée : Donc, je comprends que les banques, vous faites plus que de la référence, mais vous avez aussi un suivi des gens que vous référez à vos membres qui est constant. Et donc, d'une certaine façon, il y a un certain contrôle de la qualité qui se fait, là, par la mise en place de ce service-là.

Mme Fontaine (Josée) : Oui.

Mme Vallée : Je comprends aussi que peut-être, dans les aménagements au chèque emploi-services, il y a toute la question des déplacements et des frais de transport qui serait peut-être à être considérée pour attirer davantage des gens intéressés par le travail. Et puis je pense... Là, je réfléchis, là, tout en discutant avec vous. C'est parce que, la situation des frais de déplacement, on le voit aussi même avec le CLSC, même avec les infirmières qui vont se déplacer. Dans les centres urbains, c'est le transport en commun, mais, dans nos régions rurales, la personne qui prend son véhicule — on sait que l'essence est relativement chère — qui va se déplacer sur 30, 40 minutes, qui peut faire facilement un 100 kilomètres aller-retour... Et ça, là, pour nous, faire un 100 kilomètres aller-retour, en région, il n'y a rien là, ça fait partie de notre quotidien, sauf que c'est des coûts. C'est que, pour aller gagner peut-être un 13 \$, 20 \$, tu vas dépenser la moitié en essence. Donc, peut-être que, le chèque d'emploi-services, je comprends que ça devient des fois un enjeu, et donc trouver une façon de compenser pour le déplacement...

Mme St-Pierre (Hélène) : C'est de la reconnaissance.

Mme Vallée : ...et d'assurer que les heures soient réellement des heures offertes au service de la personne handicapée qui en a besoin.

Et puis là je comprends très bien votre intervention sur le savoir-être, M. Labrecque, là. Le café, la toast qu'on partage, ça, ça fait partie des relations qu'on développe avec les gens avec qui on travaille. Ce n'était pas le sens de ma première question, mais je comprends. Il faut faire en sorte que les heures de services offertes à domicile chez la personne handicapée soient des heures de services directes et qu'on ne vienne pas, avec ces heures de services là, compenser le temps de déplacement ou compenser le coût de la passe d'autobus ou peu importe, là.

Je vais céder la parole à mon collègue.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci beaucoup. Bienvenue. Puis votre témoignage est vraiment, comme dit le ministre, très instructif.

Comment on détermine le nombre d'heures ou le montant qui vous est alloué? Est-ce que dans votre cas à vous... On va prendre votre cas personnel. Est-ce que c'est suffisant ou on aurait besoin de plus d'heures?

Le Président (M. Bergman) : M Labrecque.

M. Labrecque (Robert) : Je vous dirais, dans mon cas personnel, j'ai un nombre d'heures suffisant présentement. Je sais très bien que les évaluations sont faites par les CLSC. Ils ont une grille qui a été modifiée à un moment donné, qu'il y a eu des ajouts de faits. Il y a toujours des ajustements, je pense, à faire. Pour ma part, je suis capable d'exprimer mes besoins correctement, donc je n'ai pas de problème de manque d'heures. Puis le 27 juillet 2011, là, on a eu une lettre du CLSC qui disait, là, d'essayer de prendre le chèque emploi-services en premier et ensuite de ça passer par les agences, puis qu'on pouvait peut-être avoir une surfacturation à un moment donné.

Ça fait que, pour les heures, moi, je n'ai pas de problème. Si les gens se plaignent ou argumentent, il n'y a pas de problème d'avoir les heures. Présentement, je vous dirais que, si les gens du CLSC ont l'ordre de faire les évaluations, là, de façon correcte et de ne pas couper... Je ne sais pas d'où ça vient, ça, d'essayer de couper les heures, mais, si c'est fait correctement, là, je ne pense pas qu'il y en ait vraiment, de problème, si les gens sont capables d'exprimer leurs besoins ou que les intervenants sont capables de les cibler vraiment aussi, les besoins. Pour ma part, moi, ça me satisfait, là, très bien présentement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je pense que vouliez rajouter un commentaire.

Mme Fontaine (Josée) : Oui. Je dirais que...

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

Mme Fontaine (Josée) : Oui. Je dirais que ce que M. Labrecque dit, il y a ça à Sherbrooke aussi, ces situations-là, mais il y a aussi beaucoup de personnes qui ont des heures en attente. Les heures sont reconnues, mais, faute de budget, ils sont en attente. Quand c'est pour de l'aide à la personne, lever, coucher, ça, c'est sûr qu'il n'y a pas vraiment d'attente à ce niveau-là, mais de l'aide aux courses, par exemple, il y a une heure d'allouée par personne pour de l'aide aux courses. Ça fait qu'aller à l'épicerie, au centre d'achats, revenir, les lumières, défaire l'épicerie, mettre ça dans les armoires, c'est comme... Si tu as des files d'attente aux caisses, à la caisse, c'est vite passé. Ça fait que je dirais qu'en tout cas nous, à Sherbrooke, il y a beaucoup d'heures en attente à ce niveau-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Une question. On a su tantôt le nombre de personnes pour votre organisation, 260 à Sherbrooke. À Québec, c'est combien de personnes?

• (16 h 50) •

Mme St-Pierre (Hélène) : À Québec, on est 270 à peu près. À nous deux, là, c'est ce qu'on se disait cet après-midi, là, c'est sûr que les gens qui choisissent la mesure du chèque emploi-services sont une proportion peut-être minime, mais ces personnes-là, c'est un choix qu'ils font d'avoir le libre choix puis de pouvoir gérer eux-mêmes leur horaire et gérer par le fait même la personne qui...

Je pense à Manon, par exemple. Manon est membre chez nous et puis elle reçoit... elle a décidé, Manon, de retourner sur le marché du travail. Donc, le fait de retourner sur le marché du travail, elle avait besoin d'heures au dîner, donc il fallait trouver une préposée pour Manon qui allait aller la rejoindre à son lieu de travail.

Alors, oui, on considère... Puis on le marque aussi dans le mémoire, puis je tiens quand même à le souligner. Oui, ça rejoint une petite partie des personnes handicapées, mais ces personnes-là ont le désir, puis ça fait partie, ça fait partie de leur raison d'être, de dire : Bien, moi, j'ai le libre choix. Je peux gérer mon horaire, je peux faire ce que je veux de ma vie. Je sors quand je veux et puis... Ça, c'est important.

Puis ce que Robert mentionnait tout à l'heure, se lever à 5 heures du matin pour aller rencontrer le ministre Hébert à Sherbrooke, alors, oui, effectivement, on est... Je vous dirais que la problématique qu'on a souvent, c'est

aussi le jumelage, parce que, 30 minutes pour des bas de maintien, trouver quelqu'un et le faire rentrer pour 30 minutes alors qu'il a à se déplacer deux fois plutôt qu'une, ce n'est pas toujours évident. Le défi qu'on a, nous, à Québec, puis probablement que c'est comme ça pour toi aussi à Sherbrooke : souvent, c'est tellement des plans de services atypiques, je dirais, avec des horaires atypiques qu'on ne finit pas par trouver le 30 minutes à combler. Alors, on a des dossiers en attente effectivement. Et, ces dossiers-là, malheureusement, il faut se trouver des solutions, il faut trouver des moyens efficaces pour pouvoir suffire à la demande.

Le Président (M. Bergman) : Mme Fontaine.

Mme Fontaine (Josée) : Dans des situations comme elle vient de dire, on va essayer de trouver un travailleur qui ne demeure pas loin géographiquement de la personne handicapée physique. On essaie de compenser pour qu'il y ait le moins de déplacements possible, pour essayer de... Mais c'est sûr qu'en bas d'une heure, quand on a des demandes de services ponctuelles comme ça, pour matin et soir, c'est un vrai défi pour nos organisations.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Un, ce qui est important, je crois, c'est la satisfaction de l'utilisateur. Puis, deuxièmement, moi, je suis en accord quand même qu'il faut avoir un mécanisme externe d'évaluation de la qualité, pour être certain que, dans certaines situations, on n'apprenne pas trois ans, quatre ans après qu'il y avait eu de l'abus. Puis ça, c'est pour le bien de tout le monde, donc, je pense, c'est important. Puis l'évaluation de la qualité se fait autant au niveau du service direct que de la méthode pour l'octroyer, puis je pense que, ça, on est en accord avec ce système-là.

Je ne suis pas certain qu'on a besoin de l'assurance autonomie, dans un contexte comme ça, pour le mettre en place, parce que ce que je peux voir — puis, la réponse, j'aimerais l'avoir de la part des utilisateurs — vous êtes satisfaits actuellement de la façon que ça fonctionne parce que ça respecte votre libre choix où vous demeurez et ça respecte également le libre choix de la façon dont vous voulez avoir les services. Dans vos cas à vous, vous avez l'air à être satisfaits.

Mme Blaney (Manon) : Pour ma part...

Le Président (M. Bergman) : Mme St-Pierre.

Mme Blaney (Manon) : Mme Blaney. Pour ma part, oui, ça me satisfait beaucoup et ça me permet d'avoir une meilleure autonomie autant pour faire mon bénévolat, aller travailler. Sans le chèque emploi-services, je pense que je resterais chez moi toute la journée.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. Labrecque.

M. Labrecque (Robert) : Si je peux me permettre, si on regarde quelqu'un comme nous, là, qui serait en CHSLD — puis il y en a présentement qui seraient prêts, je pense, à sortir du CHSLD — on regarde, ça coûte 90 000 \$ en CHSLD présentement pour garder quelqu'un comme nous, là, en moyenne. Si vous prenez ça puis vous le convertissez à environ 17 \$ de l'heure, on a fait l'exercice, nous autres, ça donne environ 110 heures par semaine. Vous ne me direz pas que si... Regardez, on a vu des cas dernièrement, là. Quelqu'un, pour trois heures de plus... ou une autre personne, pour 45 minutes, est obligée d'aller en CHSLD. Vous pourriez faire un décret, M. le ministre, demain matin que tout le monde peut avoir un 70 heures de services par semaine sans avoir aucun problème de... Je pense que, là, on viendrait régler le problème. Puis même les personnes âgées aimeraient peut-être ça, puis ce serait une ouverture.

Parce que nous autres, on ne vient pas ici pour seulement nos fesses à nous autres, on vient pour celles de toutes les Québécoises et les Québécois, parce que, pour nous autres, là, l'indépendance de notre vie, c'est primordial. De mettre quelqu'un en CHSLD qui pourrait être chez lui avec les bonnes ressources puis que ça coûterait moins cher, pour nous autres, c'est aberrant. Pour nous autres, là, ça nous fait sortir de nos gonds, à un moment donné.

Oui, les services offerts présentement nous satisfont. Ceux qui... Si ça ne satisfait pas la personne, il faut que vous mettiez les mesures en place pour aller les voir, ces gens-là, je ne sais pas, par sondage ou peu importe, mais que les intervenants refassent les évaluations puis, plutôt que de se faire diriger vers le CHSLD, qu'ils se fassent offrir vraiment ce qu'ils ont de besoin, de débloquent juste les parcelles de dollar que ça prend présentement plutôt que de faire, on va dire, 12 admissions par jour en CHSLD, d'arrêter de les faire, les admissions, là, puis de garder les gens à domicile.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis je dois vous avouer qu'on a des gens qui sont en CHSLD qu'on pourrait possiblement ramener dans la communauté, mais il faut y aller d'abord selon la volonté de la personne. Même si ce serait possible, il y a des gens qui peuvent faire le choix de rester en CHSLD. Mais à ceux qu'on peut l'offrir, oui, je suis d'accord avec vous, on devrait faire cette transformation.

Également, vous avez entendu parler des maisons Michel Matte... Martin-Matte qui ont été développées? Moi, j'en ai visité, et c'est des gens qu'on leur permet de vivre ensemble, des groupes de sept à huit. Et il y en a qui veulent ça. Si quelqu'un veut demeurer seul à la maison, c'est son choix... ou en appartement. Par contre, si on peut leur offrir

également ce modèle-là... Il y a des modèles également de plus grande adaptation au niveau du domicile. Pour moi, ce qui est important, c'est de respecter d'abord la volonté de la personne puis essayer de lui offrir le service et le nombre d'heures requis.

C'est certain que, quand vous arrivez en termes de coûts, dans votre cas à vous, vous dites : Moi, ça me prend tant d'heures, ça me coûte moins cher qu'en CHSLD, même pour un coût supplémentaire en CHSLD, moi, je pense que ça vaut la peine. Où est-ce que les calculs ont été faits puis il faut être réaliste : lorsqu'il faut maintenir quelqu'un à domicile, puis ça coûte trois fois le prix d'un CHSLD, puis ça prend quasiment une ou deux personnes 24 heures sur 24, là il y a comme... au niveau raisonnable, là, des fois il faut y repenser.

La question : Actuellement, est-ce que vous payez une contribution pour les services que vous recevez...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Ça fait que ma question, c'est : Est-ce que vous payez une contribution? Parce que ce qui est prévu dans l'assurance autonomie, en tout cas comme on le voit actuellement : si vous avez un revenu, on va tenir compte de votre revenu par rapport à l'allocation qu'on va vous donner. Qu'est-ce que vous pensez de ça?

M. Labrecque (Robert) : Bon, comme c'est inscrit...

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

M. Labrecque (Robert) : Excusez-moi. Comme c'est inscrit dans notre mémoire, mais on n'a pas eu le temps de glisser là-dessus tout à l'heure, nous autres, on demande la gratuité pour les personnes handicapées, compte tenu que, si vous voulez un véhicule adapté, ça coûte... Seulement le véhicule, là, c'est des véhicules au-dessus de 20 000 \$, des véhicules neufs, comparé à des voitures qui peuvent se vendre 14 000 \$. Il y a plein de coûts comme ça, le coût pour les déplacements souvent, avoir quelqu'un pour nous aider, tout ça, il y a plein de coûts qui sont reliés aux handicaps, présentement, que les gens ne devraient pas avoir à subir. Parce que vous lirez dans le mémoire, là, on fait l'exemple de trois personnes. Puis, si tu veux compléter, Hélène, par rapport à ça.

Mme St-Pierre (Hélène) : En fait...

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps pour ce bloc s'est écoulé, et je dois passer au deuxième groupe d'opposition. Mme la députée d'Arthabaska, pour un bloc de 4 min 30 s.

Mme Roy (Arthabaska) : Bonjour. Merci d'être venus nous voir, de nous faire part de votre vécu. Comme députés, on a aussi un vécu, c'est-à-dire que moi, j'ai rencontré dernièrement — ça m'a surprise, ça fait 10 ans que je suis députée — deux familles qui avaient des personnes handicapées adultes avec eux, encore avec les parents, qui avaient toutes les deux déménagé de territoire d'agence, et l'évaluation par les CSLC était très différente, ce qui m'a surprise. Je me demande si j'ai eu deux cas d'espèce ou si c'est fréquent que ça arrive.

Mme St-Pierre (Hélène) : ...du côté de la Capitale-Nationale, en tout cas, ça, je peux vous le confirmer, on est sur le terrain. Donc, il semble y avoir une disparité qui est propre à chacune des agences...

Une voix : Des CSSS.

Mme St-Pierre (Hélène) : ...oui, à chacun des CSSS, puis effectivement ce qui fait en sorte que les gens ne comprennent pas.

Puis on entendait aussi par le fait même... Je sais que Pierre-Yves, là, avait des commentaires à cet effet-là, mais on entend beaucoup de choses par rapport aux heures.

Mme Roy (Arthabaska) : Aux heures allouées?

• (17 heures) •

Mme St-Pierre (Hélène) : Aux heures allouées puis aux heures qui sont coupées. Bon, Robert, tu as quand même une expérience, je pense, positive, là, par rapport à ça, mais, nous, au niveau du service BRAD du CAPVISH, effectivement il y a des gens que ça fait un an, là, qu'ils se font couper les heures au niveau des AVQ... En fait, c'est plus les AVD que les AVQ, parce que, les AVQ, ils ne coupent pas. Mais il y a une problématique là.

Mme Roy (Arthabaska) : Mais vous expliquez ça comment? Avez-vous vu... La disparité entre les régions, là, c'est sur quels facteurs que ça varie comme ça? Savez-vous, dans... Vous n'avez pas des cas de figure qui reviennent tout le temps, c'est inégal?

Le Président (M. Bergman) : Mme St-Pierre.

Mme St-Pierre (Hélène) : C'est assez inégal.

Mme Roy (Arthabaska) : Puis ça peut être à quelle fréquence à peu près?

Mme St-Pierre (Hélène) : Ça dépend. Nous, on est un organisme de défense de droits, alors, notre téléphone, souvent les gens prennent le téléphone pour dénoncer. On ne fait pas de défense individuelle, on fait de la défense collective de droits, mais, je vous dirais, c'est tant au niveau du logement, tant au niveau des services à domicile, du transport. Je vous dirais, là, au niveau des dossiers concernant les personnes ayant des incapacités physiques, c'est tellement... vous seriez tellement surpris du nombre d'appels qu'on reçoit, des... Souvent, c'est vraiment... la personne, elle n'a plus de recours, là, elle est...

Mme Fontaine (Josée) : Je pense qu'il y a différents CSSS qui se donnent des barèmes un petit peu différents, par exemple il y a tant d'heures d'allouées pour tel... Puis, quand une personne va coter, je ne sais pas, moi, profil ISO-SMAF 9, bon, bien, dans telle situation, je ne sais pas, moi, du ménage, ça peut être deux heures par deux semaines; dans un autre CSSS, ça peut être deux heures et demie, par exemple. Ça fait que ça, ça peut venir aussi évaluer... Dans le maximum qu'ils allouent, par exemple, une personne qui a un profil tant, pour de l'aide à la personne, bien ça va être tant d'heures de services, puis je crois que dans d'autres régions ailleurs au Québec c'est un autre total d'heures qui est alloué en fonction du même...

Mme Roy (Arthabaska) : Un autre cas de figure que j'ai rencontré, c'est lorsque les personnes sont handicapées puis passent 65 ans. Là, ils deviennent des aînés, et puis, la façon dont on les dessert, on les diminue la plupart du temps.

Est-ce que vous avez aussi... Je ne sais pas si c'est propre au cas que j'ai rencontré ou si vous avez rencontré aussi des cas semblables.

Mme Fontaine (Josée) : Bien, nous autres, en Estrie, par exemple, le CSSS de Sherbrooke, il y a différents... de la façon que c'est, les... pas les départements, mais en tout cas vous comprenez ce que je veux dire, les... ça fait que, nous — les programmes, merci — c'est 18 à 65 ans, à Sherbrooke c'est comme ça, et à Magog c'est zéro à 100 ans. Ça fait que ça dépend vraiment de comment est-ce qu'ils ont organisé leurs offres de services.

Mme Roy (Arthabaska) : Donc, les disparités sont multiples entre les clientèles d'une même agence, puis entre les agences, puis à tous les niveaux, au niveau de l'accès au logement, de l'aménagement du logement, des transports collectifs puis des soins, le panier de services. C'est ce que je comprends?

Mme Fontaine (Josée) : Nous, c'est plus... Moi, mon organisation, c'est plus relié au maintien à domicile. Nous, on n'a pas le volet, à Sherbrooke... Il y a un autre organisme communautaire qui s'occupe du transport adapté, il y a un autre organisme communautaire qui s'occupe d'accessibilité. Alors, nous, c'est... moi, je peux plus parler au niveau du maintien à domicile.

Mais, l'accès au transport adapté, j'en entends des fois, des personnes qui viennent de l'extérieur, je ne sais pas, moi, d'une autre région en Estrie, puis qui viennent déménager à Sherbrooke, mais ce n'est pas la même situation non plus. Ça, j'entends ça, mais je ne peux pas dire que je suis au fait de tout ça, là.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme St-Pierre, Mme Fontaine, M. Labrecque, Mme Blaney, merci pour votre présentation. Merci d'être ici avec nous et de partager votre expertise.

Et je demande au Commissaire à la santé et au bien-être de prendre sa place à la table.

Et je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 4)

(Reprise à 17 h 18)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, je dois vous demander consentement pour dépasser 18 heures pour à peu près 20 minutes ce soir. Consentement? Consentement.

Alors, M. le commissaire, on vous souhaite la bienvenue. Pour fins d'enregistrement, est-ce que vous pouvez donner vos noms et vos titres? Et le prochain 10 minutes, c'est à vous pour faire votre présentation.

Commissaire à la santé et au bien-être

M. Salois (Robert) : Bonjour. Mon nom est Robert Salois, je suis le Commissaire à la santé et au bien-être. Et je suis accompagné aujourd'hui par...

Mme Robitaille (Anne) : Anne Robitaille, directrice générale.

Mme Cleret de Langavant (Ghislaine) : Ghislaine de Langavant, commissaire adjointe à l'éthique et à l'appréciation.

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

M. Salois (Robert) : Est-ce qu'on peut commencer? Oui? Bonjour, M. le Président. M. le ministre, distingués membres de la commission, bonjour. Je vous remercie sincèrement pour cette invitation. Et on a fait les présentations

d'usage, donc je vais passer tout de suite dans le coeur de ma présentation. Au cours des prochaines minutes, je présenterai mon organisme, son mandat et quelques-unes de nos réalisations qui alimentent ma réflexion. J'attirerai ensuite votre attention sur des éléments stratégiques dont la prise en compte avantagerait très certainement la mise en oeuvre de l'assurance autonomie.

Le Commissaire à la santé et au bien-être est un organisme qui a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des Québécoises et des Québécois. Il apprécie donc les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux et fait des recommandations au ministre pour améliorer la performance. Notre approche de travail est unique et novatrice. Par la prise en compte du point de vue citoyen et des enjeux éthiques dans l'appréciation de la performance, le commissaire vise à démocratiser les débats en matière de santé et de services sociaux.

• (17 h 20) •

Nous avons lu avec intérêt le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Nous sommes en accord avec les constats qui sont mis en évidence. Le Québec va connaître un vieillissement accéléré de sa population. Cette augmentation créera une pression supplémentaire sur le système, qui, malgré les efforts des dernières années, n'a pas encore complété son virage à partir des soins curatifs et ponctuels vers une prise en charge globale, plus adaptée aux maladies chroniques. Le projet d'assurance autonomie comporte plusieurs éléments qui permettraient de faire face aux impacts de l'augmentation du nombre de personnes âgées parmi les usagers du système de santé. Si elles sont mises en oeuvre efficacement, les solutions proposées pourraient aussi bien être propices à la résolution des problèmes plus globaux du système de santé et bénéfiques pour tous.

Toutefois, après la lecture du livre blanc, je me questionne sur certains aspects de la mise en oeuvre de ce projet. Disposons-nous, dans le contexte actuel, des ressources qui permettraient d'aller de l'avant? Les composantes concrètes de la mise en oeuvre de ce projet ont-elles été assez étudiées? La complémentarité du projet avec tous les aspects du système de santé et de services sociaux a-t-elle été suffisamment analysée? Ces aspects méritent une attention particulière. Cette réforme est trop importante pour qu'on se permette qu'elle n'ait pas de succès.

Au cours des dernières années, l'organisme que je dirige a abordé plusieurs thématiques qui ont de nombreux points communs avec l'objet de cette commission parlementaire. Je pense à la première ligne de soins, aux maladies chroniques et à la santé mentale, par exemple. Notre rapport d'appréciation en 2014 portera sur le vieillissement de la population. Nos études font l'objet de constats relatifs à la performance du système.

Dans le mémoire que nous avons soumis, nous avons identifié des objets de préoccupation en nous appuyant sur ces constats. Sans reprendre tout le contenu de ce mémoire, je souhaite maintenant attirer votre attention sur six éléments qui me paraissent déterminants pour le succès de ce projet.

Premièrement, il est essentiel d'adopter une approche interdisciplinaire et de favoriser une pratique en réseau. Considérant la croissance du nombre de personnes âgées et, par le fait même, l'augmentation des maladies chroniques et des incapacités, le succès du projet proposé ne pourra être atteint que dans un contexte de travail composé de différents professionnels ayant des rôles spécifiques et complémentaires et de pratique en réseau, c'est-à-dire des équipes constituées non seulement de médecins en première ligne et d'infirmières, mais aussi d'autres professionnels. Il faut élargir les horizons au-delà des limites du système de santé et de services sociaux afin d'intégrer toutes les disciplines qui peuvent contribuer au bien-être, au mieux-être des bénéficiaires de l'assurance autonomie.

La pratique médicale de groupe en première ligne et l'accroissement de l'interdisciplinarité constituent des recommandations que nous avons déjà formulées. Des annonces récentes concernant les groupes de médecins de famille vont en ce sens. Il faut continuer d'avancer dans ce domaine.

Le mode actuel de rémunération des médecins constitue, d'après moi, un obstacle important au déploiement de la pratique interdisciplinaire. Celui-ci devrait de toute évidence être révisé afin de permettre de réaliser l'ensemble des tâches essentielles.

La disponibilité de la main-d'oeuvre doit aussi être examinée attentivement, on ne pourra répondre à la croissance de la demande sans avoir des stratégies efficaces pour accroître l'effectif de certains corps professionnels. Les efforts pour augmenter le recrutement dans le secteur de la gériatrie et de la gérontologie doivent se poursuivre, puisque ces secteurs peinent à attirer des intervenants en nombre suffisant.

Deuxièmement, il faut réaffirmer le rôle central des centres de santé et de services sociaux et s'assurer de leur capacité à livrer la marchandise partout sur le territoire québécois. Depuis la création des CSSS, la coordination des différents niveaux de soins a certes connu une amélioration. Toutefois, la fusion des établissements a engendré certaines lacunes, et le degré d'implantation des réseaux locaux de services varie beaucoup d'une région à l'autre. C'est ce que nous constatons dans le cadre de nos travaux d'appréciation sur les maladies chroniques en 2010. Selon des données plus récentes, c'est encore le cas. Cette disparité doit à tout prix être enrayerée. Outre la prestation des services, l'organisation de ceux-ci sur le territoire s'avère un élément majeur.

Troisièmement, il faut favoriser l'autonomie des personnes dans la prise en charge de leurs soins et il faut aussi soutenir les proches aidants et veiller à leur santé, tant physique que psychologique.

De plus en plus, les patients veulent participer à la prise de décision relative à leurs soins. Cela nécessite une grande adaptation de l'information afin que les renseignements et les outils nécessaires à cette prise en charge correspondent aux besoins particuliers de chaque patient et de chaque proche aidant. Entre autres mesures, l'accès des patients à leur dossier médical électronique favoriserait leur autonomie et le développement des pratiques d'autosoins.

Vous êtes sans doute aussi sensibles que moi au fait que l'augmentation des services offerts à domicile puisse engendrer un accroissement de la charge de travail pour les proches aidants alors que la pression qu'ils subissent s'avère déjà trop grande. Or, il faudrait absolument que le système déploie les ressources nécessaires à leur soutien.

Il y aurait lieu de bien camper le rôle des organismes communautaires dans l'offre de services et d'en reconnaître l'importance, tant dans le renforcement et le développement des pratiques d'autosoins que dans le soutien qu'ils procurent aux proches aidants.

J'ajouterai que, bien que notre forum de consultation se soit manifesté en faveur du principe d'autosoins, les membres ont aussi exprimé une préoccupation importante, soit que le développement des pratiques d'autosoins ne doit pas conduire à la déresponsabilisation du réseau ou à une réduction des services de l'État.

Quatrièmement, la mise en place de l'assurance autonomie ne doit pas accroître la vulnérabilité des personnes en perte d'autonomie. L'adaptation implique la nécessité, pour les intervenants, de s'ajuster aux besoins particuliers et au contexte de vie propre à chacun afin d'assurer une réponse efficace, d'éviter de susciter la méfiance des patients à l'égard des professionnels ou d'accroître la détresse d'une personne.

Il est clair que les services à domicile représentent l'essence même de l'assurance autonomie. Néanmoins, il faudrait tout de même garantir l'accessibilité et la disponibilité d'autres types de services, tels l'hébergement alternatif, l'hôpital et les services de répit, afin de combler tous les besoins. La liberté de choisir les soins à domicile ne peut se faire au détriment de la diversité des autres ressources disponibles.

Aussi, tous ces milieux de vie qui accueillent des personnes en perte d'autonomie doivent faire l'objet d'évaluations de la qualité soutenues pour éviter que des situations regrettables et des graves lacunes telles celles déplorées par le Vérificateur général n'entravent la qualité des soins et des services offerts. Il faut pouvoir rassurer les personnes déjà vulnérables et non les insécuriser davantage.

Cinquièmement, le vieil adage qui dit : Il vaut mieux prévenir que guérir, c'est toujours d'actualité. Dans un contexte de vieillissement de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques doivent représenter des préoccupations prioritaires. Il faut aider la population à prévenir ces maladies et leurs complications ou de soutenir les personnes atteintes à mieux vivre avec leur condition. En 2010, dans notre rapport sur les maladies chroniques, nous proposons l'élaboration d'une politique provinciale de prévention dans le cadre d'une recommandation visant l'adoption de politiques et la création de milieux de vie favorables à la santé, c'est pourquoi j'estime que le projet de politique nationale de prévention qui devrait être rendu public sous peu est un pas dans la bonne direction.

Malgré les bienfaits d'une telle approche, sa mise en oeuvre peut se heurter à plusieurs difficultés, dont le fait que les résultats ne sont visibles qu'à long terme. Cela ne doit pas décourager d'investir et d'intervenir en promotion et en prévention. Dans tous nos rapports d'appréciation, la promotion et la prévention ont toujours été des préoccupations de premier plan, entre autres pour les membres de notre forum de consultation, qui voient là une voie incontournable pour améliorer la performance du système ainsi que la santé et le bien-être de la population. À cet égard, j'ai tenu à saluer, dans notre mémoire, certaines actions très porteuses, dont le programme Québec ami des enfants... des aînés et la démarche Municipalité amie des aînés.

Sixièmement, il est impératif de donner des outils pour mesurer la performance de l'assurance autonomie. Dans l'accomplissement de mon mandat comme Commissaire à la santé et au bien-être, je me heurte régulièrement à un manque de données et d'indicateurs pour mesurer la performance du système de santé et de services sociaux. Ainsi, si nous disposons assez aisément de données pour connaître les volets ou encore des indicateurs de reddition de comptes, peu d'indicateurs traitent des résultats comme tels et encore moins de la réponse aux besoins de la population. Dans ce contexte, il m'apparaît essentiel que les impacts d'un virage d'une telle ampleur que celui visé par le projet d'assurance autonomie puissent être mesurables et mesurés. Avec la mise en place de l'assurance autonomie, il faudrait dès le départ se donner les moyens d'assurer un monitoring continu, en temps réel, afin de pouvoir suivre les résultats sur la santé et le bien-être de la population et apporter sans délai les ajustements nécessaires.

En conclusion, M. le Président, il faut adopter une approche interdisciplinaire et une pratique en réseau pour améliorer la coordination des soins et services donnés aux personnes en perte d'autonomie. Il faut s'assurer de la capacité des centres de santé et de services sociaux à assumer pleinement leur responsabilité populationnelle et leur rôle de coordination. Il faut soutenir les patients dans les approches d'autosoins ainsi que leurs proches par des mécanismes de soutien à l'entraide afin d'éviter un accroissement indu de leur charge de travail. Il faut porter une attention particulière aux personnes en perte d'autonomie qui sont vulnérables afin de ne pas augmenter leur détresse. Il faut agir de manière concertée en promotion et en prévention pour réduire la pression exercée sur le système par l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Et finalement il faut développer des indicateurs de suivi pour mieux mesurer en continu les impacts des actions et réajuster le tir, le cas échéant.

Je vous remercie de votre attention. Et il me fera plaisir de répondre à vos questions.

• (17 h 30) •

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire, merci pour votre présentation. Pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le commissaire, mesdames. Merci de ce mémoire fort intéressant. Je retiens une phrase que vous avez dite : C'est une réforme trop importante pour ne pas en assurer le succès. Et je vous prie d'être rassurés là-dessus, nous allons prendre tous les moyens pour que cette réforme puisse non seulement voir le jour, mais être couronnée de succès. Et je voudrais rappeler qu'elle s'inscrit dans un trépied de priorités dont l'un des éléments est l'accès à la première ligne, et vous avez tout à fait raison de souligner l'importance de l'interdisciplinarité dans le suivi des maladies chroniques. Le deuxième est la politique de prévention, qui sera rendue publique bientôt, et le troisième, évidemment, l'assurance autonomie.

Vous soulevez, dans votre mémoire, certaines réserves quant à l'augmentation des responsabilités des CSSS sur la prestation de services. Nous voulons, dans l'assurance autonomie, leur donner surtout une responsabilité de gestion, donc d'évaluation, de contrôle de qualité, et partager la prestation de services.

On a entendu hier des groupes syndicaux qui sont venus nous dire que les CSSS devraient donner l'ensemble des services, et je pense que c'est une responsabilité qui encore plus importante. J'aimerais vous entendre là-dessus, sur les limites de la responsabilité des CSSS et sur les précautions qu'on devrait prendre.

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Oui. En fait, à travers nos différents travaux — le dernier, entre autres, était santé mentale — on a trouvé que les services ou les rôles qui étaient remplis par les CSSS étaient de qualité inégale. Dans des régions où le réseau local de services, par exemple, est très bien déployé et où les corridors de services entre la première ligne, les CSSS et les groupes communautaires... à cet effet, ça fonctionne bien, mais, dans d'autres régions, il y a très peu de communication, et les services ne sont pas en continu, ils ne sont pas en interdisciplinarité. Ce qui fait que, si on veut que les CSSS remplissent leur rôle, au-delà de l'évaluation et la mise en place des différents services, il faut s'assurer qu'ils soient capables de le faire puis qu'on développe le réseau.

Un des éléments qu'on a trouvés fascinants aussi, à l'intérieur de nos analyses, c'est le rôle aussi des organismes communautaires en support. On a trouvé ça dans des recherches qui ont été faites en santé mentale, que les médecins de famille, qui voient 70 % des problèmes de santé mentale, 50 % n'ont aucun contact avec un professionnel qui travaille dans le domaine de la santé mentale et près de 90 % ne connaissent pas l'existence, les services qui peuvent... offerts par les groupes communautaires.

Dans le domaine de l'assurance autonomie, pour nous, c'est une priorité, que tout le monde travaille en coordination et en collaboration pour être capable de soutenir ces personnes, souvent, qui sont vulnérables et qui vont être à la maison. Donc, nous, on croit au rôle des CSSS, mais notre expérience, c'est que ce n'est pas uniforme à travers la province.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Et d'ailleurs notre collègue la députée d'Arthabaska le soulignait lors de l'audition du groupe précédent, il y a des disparités extrêmement importantes d'une région à l'autre et même à l'intérieur d'une même région. Écoutez, dans une étude que nous avons faite il y a quelques années, où nous avons mesuré le pourcentage de services requis qui était effectivement rendu par les CLSC d'une même région, la Montérégie pour ne pas la nommer, on a trouvé une disparité extrêmement grande, allant de certains CLSC qui répondaient à 6 % des besoins et d'autres, à 33 % des besoins. Alors, vous voyez que la gestion du CLSC, elle conditionne le fait qu'on donne un peu de services à tout le monde ou qu'on donne beaucoup de services à peu de personnes, et il y a là des inéquités qui sont tout à fait inacceptables dans un système de santé comme le nôtre. Alors, l'assurance autonomie vise à uniformiser une allocation qui permettrait à la personne, peu importe la région, de recevoir les services dont elle a besoin. Et un des objectifs, c'est de régler ces problèmes de disparité là.

Alors, j'aimerais que vous puissiez commenter sur les disparités de service et la façon dont l'assurance autonomie prévoit les aplanir ou en tout cas les amoindrir.

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Oui. En fait, je pense qu'une des problématiques dans... c'est une grande problématique de communication. On a l'impression, à l'intérieur, qu'il y a énormément de professionnels de grande qualité qui travaillent dans ces organisations-là, qui sont dévoués, mais c'est comme si la communication, les échanges entre... ou la coordination n'est pas faite. Et, si je peux illustrer un peu ce que je veux dire, dans un programme comme l'assurance autonomie où on va trouver les patients dans leurs maisons ou les citoyens dans leurs maisons différentes, avec un rôle central du CSSS, c'est comme un «virtual ward» — j'essaie de trouver le nom français — c'est comme si, par exemple, on avait un hôpital avec des ailes, où il y a des patients, puis, au lieu d'être dans un hôpital, ils sont à la maison, chacun dans leurs maisons, avec un central qui gère le besoin puis qui les soutient. Ça prend, je pense, une plus grande coordination des CSSS pour être capable de les soutenir dans leur environnement que s'ils étaient localement dans un hôpital. Et, avec l'assurance autonomie, une image que je donne, c'est que ces personnes, ces couples-là vont être un peu distribués dans la région, et ça va prendre une grande coordination du CSSS pour les rejoindre.

Je pense même... Et on parle de détresse dans notre rapport aussi, avoir, un exemple, un endroit simplement pour appeler, pour se faire rassurer. Vous êtes certainement familier avec des travaux qui ont été faits dans les Laurentides, les travaux du Dr Mireault et de Mme Laframboise où on a pris les plus grands utilisateurs d'une urgence, on a mis un gestionnaire de cas qui les suivait et on a réussi à diminuer leur fréquentation à l'urgence de 72 %. La raison principale de ça, c'est que chacune de ces personnes-là qui avaient une inquiétude ou un besoin se sont trouvés un endroit pour demander conseil. Et je pense qu'une assurance autonomie, si on était capables, les CSSS, de mettre un endroit où on va avoir... on est à un coup de fil d'un conseil ou à un coup de fil de quelqu'un qui va venir nous aider, ça rassurerait certainement ces personnes-là. Et aussi ça permettrait une meilleure coordination, parce qu'on connaîtrait réellement les besoins de ces personnes-là et on pourrait mettre en place des actions rapides pour corriger ou pour augmenter les services, dépendant des besoins.

Donc, nous, on pense que cette coordination-là est très importante. Les outils existent, les personnes existent; il s'agit, à un moment donné, qu'on puisse bien intégrer et bien organiser les services. D'ailleurs, c'était un des premiers commentaires sur la première ligne de soins qu'on a dits. Au-delà de l'argent et des ressources, ce que le système de santé manque, en première ligne, c'est de l'organisation.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : O.K. Tout à fait d'accord avec vous.

L'assurance autonomie prévoit un changement important dans le financement des établissements, donc de passer à un financement à l'activité où l'argent suit le patient, en fait, où l'allocation sert à financer les établissements publics, que ce soient les CHSLD ou les services du CLSC en soutien à domicile. J'aimerais vous entendre sur ce nouveau mode de financement à l'activité dans notre réseau public.

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : En fait, on a été invités à présenter sur le comité qui travaillait justement sur le financement par activité. On est d'accord avec cette nouvelle façon de financer où le patient représente de l'argent, autrement dit il a une valeur, je dirais, monétaire, si je peux exprimer cette opinion-là. Et je pense qu'à un moment donné ça va changer à une dynamique qui va être particulièrement importante par rapport au fait que ça ne devient pas un patient, mais ça va devenir un client. Dans ce sens-là, et avec le fait que les services ou la personne... Donc, on va avoir un service personnalisé plus grand, puisqu'il va falloir... on va savoir que ces patients-là représentent un montant d'argent pour les services qu'on va donner, mais ça va aussi être beaucoup plus efficace si on a de la compétition, dans le sens que, s'il n'y a pas de compétition, on n'aura pas la même valeur ajoutée du financement par activité.

Mais nous, on pense que c'est une bonne chose. D'ailleurs, l'angle d'approche qu'on avait pris dans le mémoire, c'était de vous parler d'une révision du mode de rémunération, puisqu'on pense que le financement à l'acte, tel qu'il est actuellement, n'est pas bénéfique à la prise en charge de maladies chroniques. Donc, le financement par activité est un autre moyen dans lequel, à un moment donné, on obtiendrait un service à la clientèle, au patient, de façon beaucoup plus améliorée.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Dit autrement, dans un financement à l'activité, l'utilisateur n'est plus vu comme une dépense mais est vu comme un revenu par l'établissement, et je pense que ça change beaucoup l'approche des établissements.

J'aimerais aussi vous entendre au niveau de l'évaluation de la qualité, vous le soulevez dans votre mémoire. Alors, quels seraient les mécanismes qu'on devrait mettre en place pour s'assurer de la qualité des services qui sont rendus?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

• (17 h 40) •

M. Salois (Robert) : Bien, dans un premier temps, la mise en place, pour assurer la qualité, ça prend des règles, ça prend des paramètres dans lesquels on s'assure que chacun et chacune des personnes qui va donner les services aux personnes en perte d'autonomie qui vivent à domicile... qu'on ait des paramètres où on va avoir un standard de la façon à laquelle on va les approcher.

Il faut aussi, en termes de qualité, la mesurer. Je pense qu'à un moment donné c'est un peu de cet esprit qu'on allait. Quand on parlait de mesures, on ne pensait pas à des mesures simplement en termes d'efficacité mais aussi de mesurer la qualité. Il y a certainement des indicateurs qu'on pourrait faire, comme des indicateurs de perception ou de satisfaction de clientèle, qui nous permettraient de savoir si les personnes sont bien traitées ou si la qualité est là. D'autres indicateurs qui mesureraient, par exemple, le nombre de personnes d'un certain âge vivant en perte d'autonomie qui vont fréquenter l'urgence, ça serait aussi un indicateur de qualité à savoir s'ils sont bien à domicile ou ils doivent aller à l'extérieur pour recevoir le service. Il y a plusieurs indicateurs de cette nature-là qui vont servir à mesurer la performance du modèle d'assurance autonomie mais aussi vont être des éléments pour mesurer la qualité.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Donc, vous reliez beaucoup la qualité avec la performance. Donc, vous avez une approche, je dirais, plus macro de la qualité de l'assurance autonomie.

Moi, je pensais plus à la qualité des services qui sont rendus effectivement. Est-ce que vous avez réfléchi sur des mécanismes pour s'assurer de la qualité des services?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Une des recommandations qu'on a faites sur la qualité des services, on a, une de nos recommandations, demandé à l'INESSS de développer des indicateurs de performance au niveau clinique pour la première ligne de soins, d'abord pour être capable de mesurer la qualité des services qui sont donnés en première ligne mais aussi permettre... Et c'était la philosophie de demander à l'INESSS de faire ça, c'était de pouvoir... que chacun des professionnels ou des médecins, entre autres, pourrait s'autoévaluer dans sa performance.

Je pense que, quand on arriverait à l'assurance autonomie, ça serait intéressant de demander à l'INESSS de développer des indicateurs de qualité pour être capable d'aller mesurer exactement qu'est-ce qu'elle fait, mais, nous, dans notre vision, la qualité est un des éléments de la performance, et, sans la performance, il n'y a pas de qualité. D'ailleurs, dans le restant du Canada, mes équivalents s'appellent des «quality councils». Donc, c'est finalement un autre

mot pour utiliser «la performance», c'est d'utiliser «la qualité». Puis la qualité clinique, d'après moi, elle se ferait par des indicateurs qui feraient en sorte de définir une «best practice» pour ceux et celles qui devraient être capables de donner les services à domicile.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Dans votre mémoire, vous soutenez avec raison que le statu quo est inacceptable, est insoutenable. Certains prétendent que juste d'injecter un petit peu plus d'argent dans les soins à domicile, ça va être suffisant pour être capable de pouvoir transformer le réseau de la santé. Est-ce que vous êtes d'accord avec ces prétentions?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Bien, en fait, vous avez vu dans notre rapport qu'on n'a pas parlé de sous, on n'a pas parlé de financement, parce qu'on pense que d'entrée de jeu c'est d'abord un problème d'organisation puis d'efficacité. C'est toujours difficile de quantifier les besoins en termes de personnel ou en termes de docteurs ou quoi que ce soit quand on n'a pas rendu la façon de livrer les services de façon optimale. Donc, nous, notre prétention à cet effet, c'est qu'il y a déjà énormément de personnes compétentes dans le système de santé, il y a déjà de l'argent qui sont là. Si on arrivait à faire fonctionner tout ça ensemble en interdisciplinarité puis de façon très fonctionnelle, on pense qu'on aurait des gains d'efficacité et certainement des gains financiers à obtenir, de cette nature-là. Et on saurait probablement, à ce moment-là, quels sont nos réels besoins, tant sur le point de vue des personnels et tant du point de vue financier.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Vous soulevez dans votre mémoire la situation des proches aidants, hein, qu'on devrait plutôt dire au féminin, des proches aidantes, et l'assurance autonomie prévoit de couvrir des services aux proches aidants, prévoit aussi transformer les proches aidants de ressources tels qu'ils sont actuellement en des partenaires, plutôt, pour les soins à domicile. Quelle est votre opinion par rapport à ce changement important qui est proposé dans le livre blanc?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : En fait, il y a... pour nous...

Mme Robitaille (Anne) : Bien, peut-être que ce qu'on pourrait... le parallèle que l'on pourrait...

Le Président (M. Bergman) : Mme Robitaille.

Mme Robitaille (Anne) : Oui, bonjour. Le parallèle que l'on pourrait faire, c'est notamment dans le domaine des... les travaux qu'on a faits en santé mentale, où le rôle des proches aidants est extrêmement important et le besoin de soutien de ces personnes-là pour accompagner efficacement leurs proches est extrêmement important. Donc, la volonté d'en faire un partenaire à part entière, je pense qu'en soi c'est une excellente idée, qui a été soulevée par plusieurs des usagers que l'on a rencontrés dans le cadre des consultations en santé mentale, qui nous signifiaient qu'ils avaient souvent l'impression de devoir se battre contre le système pour obtenir des services, les services qu'eux avaient évalués, estimaient qu'ils étaient nécessaires pour venir en aide à leurs proches, mais aussi des services pour eux-mêmes. Et, en ce sens-là, toute amélioration qui serait apportée pour faire en sorte que les proches aidants deviennent un partenaire de l'offre de services est, en soi, visée, en faisant attention, bien évidemment... puis je pense que, M. le ministre, vous êtes sensible à ça, on sait que les proches aidants, c'est quelque chose qui est très féminisé, donc de ne pas... que ça ne serve pas encore à isoler davantage les proches aidants puis les confiner dans des rôles où, dans le fond, ça les met en situation de pauvreté ou d'autre problématique sociale qui va encore augmenter leur vulnérabilité.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre.

M. Hébert : Un dernier point avant de passer la parole à mes collègues. Je voulais juste souligner l'importance que vous accordez à l'«empowerment», à l'implication des personnes dans leurs propres décisions. Et c'est vraiment une valeur fondamentale également de l'assurance autonomie. La première décision à prendre, c'est où on veut vivre et par qui on veut recevoir les services, comment on veut les recevoir. Alors, cet «empowerment», je suis tout à fait d'accord avec vous, est excessivement important si on veut faire en sorte que les patients sont impliqués au coeur des décisions qui les concernent. Alors, je suis tout à fait d'accord avec vos visées là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée des Îles-de-la-Madeleine.

Mme Richard (Îles-de-la-Madeleine) : Merci, M. le Président. Bonjour, M. le commissaire. Bonjour, mesdames. Je pense qu'au niveau des préoccupations que vous nous avez transmises dans votre mémoire c'est éclairant beaucoup puis ça nous fait réfléchir, là. Je pense qu'il y a des points très importants que vous avez apportés.

Je reprends une phrase que le ministre a soulevée aussi dans votre mémoire et que j'avais soulevée, que le statu quo n'est pas une solution acceptable, il faut déjà penser à modifier ou accentuer l'offre de soins. Pensez-vous que c'est souhaitable de mettre en place dès cette année ou 2014 cette assurance autonomie? Ça serait ma première question.

Puis rapidement peut-être avec une deuxième, je ne sais pas le temps qu'il nous reste : Est-ce que vous êtes favorables à augmenter justement le panier de services et l'offre de différents services, c'est-à-dire du secteur public mais également des entreprises d'économie sociale, les chèques emploi-services dont on entendait parler tantôt, les banques de référence? Est-ce que vous souhaitez... Pensez-vous que c'est souhaitable, justement, d'aller dans ce sens-là?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : À la première question, évidemment, dès qu'on va commencer... le plus rapidement qu'on va commencer, le plus facile ça va être, parce que le groupe à motiver ou à organiser va être plus petit, donc on pourra s'ajuster plus rapidement.

Pour ce qui est d'augmenter le panier de services, nos recommandations à travers les... depuis notre existence vont aller dans cette direction-là. D'ailleurs, en santé mentale, nous suggérons au ministre de rendre la psychothérapie dans le panier de services.

Mais, sur les maladies chroniques, on s'est reposés beaucoup sur le fait de revoir dans le panier de services les professionnels qu'on rémunère. Autrement dit, on parle beaucoup, dans le système canadien, de rembourser les médecins, en général c'est dans les hôpitaux et les médecins, c'est comme ça que notre système est bâti, mais on posait la question de faire une réflexion à savoir si, dans le cas des maladies chroniques, qui représentent 60 % des dépenses des systèmes de santé à travers le monde, est-ce qu'on pourrait penser que d'autres professionnels pourraient maintenant être rémunérés étant donné les besoins qui sont si grands, donc, autrement dit, l'entonnoir en allant vers le médecin, avec le diagnostic qui est là, mais de penser, par exemple, aux problèmes musculosquelettiques avec les physios, les chiros ou d'autres professionnels.

Dans le document, on parle aussi d'élargir à une vision beaucoup plus grande que celle de juste les relations entre le système de santé et l'assurance autonomie. On dit que, si on voulait voir plus grand puis on avait une vision plus grande, la mise en place de ce programme-là, ça serait une occasion rêvée de devenir... faire des partenaires avec les ordres professionnels ou les professionnels qui sont dans le domaine privé de la santé pour avoir un service beaucoup plus complet. Par exemple, on va avoir des besoins pour les personnes qui sont dans l'assurance autonomie. Bien, sans pour autant, le système, payer pour les services, bien de faciliter par un mécanisme en quelque part, à travers le gestionnaire de cas, l'accès ou la possibilité à ces personnes-là, à travers un gestionnaire de cas, d'avoir accès à un optométriste, d'avoir accès à un dentiste, d'avoir accès à d'autres professionnels, donc élargir l'offre de services le plus large possible avec des mécanismes pour permettre à ces personnes-là qui sont à la maison de pouvoir avoir un service complet en restant à la maison. Donc, oui, on est favorables à une ouverture plus grande de ce côté-là.

• (17 h 50) •

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée des Îles-de-la-Madeleine, il vous reste deux minutes.

Mme Richard (Îles-de-la-Madeleine) : Deux minutes. Merci beaucoup. Alors, même pour ce qui est des soins de la vie quotidienne ou des soins à domicile, là, vous seriez favorables à ce que les entreprises d'économie sociale, les banques de référence fassent partie de l'offre de services?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : À la lumière des besoins qu'il va y avoir, l'équipe a besoin d'être assez bien fournie, là, de diverses personnes, soit d'un point de vue médical ou d'un point de vue strictement d'encadrement. C'est dans cet esprit-là aussi qu'on suggérait aussi de faire des partenariats avec les organismes communautaires, parce que, quand le groupe, le nombre de personnes qui va avoir des besoins va être tellement grand, ça va prendre une grande équipe pour en prendre soin.

Mme Richard (Îles-de-la-Madeleine) : ...la coordination demeure quand même par le CSSS ou CLSC?

M. Salois (Robert) : Tout à fait. Ça prend un coordinateur, de toute évidence. Autrement, ça va être la tour de Babel.

Mme Richard (Îles-de-la-Madeleine) : Oui. Merci.

Le Président (M. Bergman) : Pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Vous avez dit, M. Salois, que le CSSS faisait le choix, que c'était soit peu de services à beaucoup de monde ou beaucoup de services à peu de personnes. Y a-tu une raison qui explique ça? Est-ce que c'est parce qu'ils ont une enveloppe fermée, et qu'ils doivent faire avec un certain montant d'argent, et qu'à ce moment-là ils ne peuvent pas donner beaucoup de services à beaucoup de monde parce que l'enveloppe est insuffisante?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire. Mme Robitaille.

Mme Robitaille (Anne) : En fait, la question de la régionalisation notamment des budgets est un aspect intéressant, et on a constaté dans différents travaux qu'il y a effectivement ces disparités-là extrêmement importantes d'un territoire de CSSS à l'autre et à l'intérieur même, là, des différents établissements. Et ça, en soi, si c'est adapté aux besoins de la population, c'est correct, parce que c'est ce que veut le principe de régionalisation, de pouvoir répondre aux besoins les plus précis d'une population. Par contre, il y a des choix, des choix régionaux parfois qui deviennent problématiques lorsque l'offre de services n'est pas nécessairement au rendez-vous.

En santé mentale notamment, on a constaté qu'il y avait une scissure entre les orientations du plan d'action en santé mentale, notamment sur l'implication des... et le financement des organismes communautaires dans chacune des régions du Québec, qui se devait d'être à 10 %, c'était l'orientation convenue par le ministère, et, dans les faits, il y avait une très grande variation dans les choix régionaux qui étaient faits de financer ou non les organismes communautaires. Alors, c'est sûr que, si une région fait le choix parce qu'elle investit davantage dans l'hospitalier, par exemple, ou autres, bien il y a moins d'argent pour offrir des services directs dans des modalités plus légères parfois. Donc, oui, la souplesse, mais en même temps les choix régionaux qui sont faits font en sorte qu'il faut aussi les requestionner parfois pour s'assurer qu'au fur et à mesure que les besoins d'une population évoluent, bien, on ne demeure pas encarcené dans des choix qui ont été faits, par exemple, de privilégier certaines clientèles au détriment de d'autres en leur offrant davantage de services, mais, quand les besoins de la population évoluent, bien il faudrait que, de façon assez souple, les choix régionaux qui sont faits dans l'allocation des ressources suivent aussi et qu'on ne soit pas pris avec des structures qu'on a mises en place, qu'on a financées, qu'on peut plus difficilement bouger pour s'adapter aux besoins de la population à ce moment-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Nous sommes d'accord, le statu quo n'est pas acceptable. Mais ce qu'on entend par «statu quo», c'est l'évolution également des pratiques, comme vous avez dit, c'est-à-dire des pratiques de groupe, interdisciplinaires. Tout le monde, on est tous d'accord, puis ça, je tiens à le dire — puis, quand j'étais ministre, je le disais aussi — il faut faire le virage vers le maintien à domicile, qui a été commencé voilà plusieurs années, mais certaines organisations ont été plus longues à faire leur transformation que d'autres. Puis il y en a qui ont été très innovateurs. On recevait hier le CSSS Arthabaska-Les Érables de la région de l'Estrie qui, eux autres, ont commencé il y a plusieurs années. Mais, à ma connaissance, puis dans vos études, vous avez dû constater que toutes les régions ont certainement amorcé ce virage mais possiblement à des vitesses différentes.

Le Président (M. Bergman) : Mme Robitaille. M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Oui. En fait, depuis le début de nos travaux, il y a déjà quelques années, on peut... Même qu'à une certaine époque on avait regardé la progression, l'amélioration du système de santé. Le système de santé québécois, à une période, s'était amélioré plus que les autres provinces avec lesquelles on comparait. Effectivement, il y a des améliorations constantes à chaque année, on les note, on les voit.

Il y a des éléments qui peuvent actuellement ralentir cette progression-là, dépendant aussi du niveau d'informatisation des régions. On a fait cette année... Dans nos travaux en 2013, on a fait des tableaux où on a mis en relation des régions très informatisées en relation avec la production ou le volume d'activité ou des fois avec la qualité et on voit que les régions informatisées, qui sont équipées avec un système d'information important, réussissent à se démarquer de d'autres régions qui ne sont pas informatisées. Mais, ceci étant dit, tout le monde a progressé, tout le monde s'est amélioré depuis les débuts dans lesquels on fait l'évaluation.

Ce n'est pas tout le monde qui l'ont fait au même rythme puis au même niveau. C'est un peu dans ce sens-là aussi, pour ajouter à la réponse de madame... c'est à l'effet qu'on aimerait ça avoir des indicateurs de besoins. On travaille avec l'INSPQ pour avoir des indicateurs de besoins, parce que ce serait intéressant de savoir, par exemple, deux régions qui arrivent avec le même résultat, avec les indicateurs qu'on mesure, et puis... savoir qu'une région avait des besoins beaucoup plus grands, mais elle est arrivée quand même à un standard de performance intéressant parce qu'elle a répondu aux besoins qui étaient plus grands dans sa région.

Donc, je pense que c'est un élément important, de savoir que certaines des régions ont dû s'ajuster, dépendamment des régions. Si vous êtes une région avec beaucoup de jeunes, par exemple, c'est sûr que le développement pour personnes âgées, assurance autonomie, ce n'est certainement pas développé aussi grand que des régions où le taux de personnes âgées est très élevé, donc... Mais en fait il y a eu des progressions dans toutes les régions. Certaines l'ont fait sur une plus grande échelle.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. D'ailleurs, le ministre vous avait posé la question par rapport à qu'est-ce qui doit être fait. Je pense qu'il n'a pas aimé nécessairement votre réponse; moi, je l'ai beaucoup aimée, là. C'est d'abord aller chercher de la performance dans le réseau par la transformation, dont, entre autres, ce virage vers le maintien à domicile, travailler en équipe et puis également aller chercher de la performance dans le réseau avant de dire qu'on puisse réinjecter de l'argent. Et, vous avez raison, on peut réinjecter énormément d'argent, mais, si on ne fait pas cette transformation, l'argent ne sera pas aussi bien utilisé.

Dans l'assurance autonomie, moi, je vois deux grands tableaux, le premier tableau qui est la transformation du réseau, on favorise le maintien à domicile, on utilise déjà des acquis qui sont en progression, les CSSS, les gestionnaires

de cas et puis également l'évaluation des besoins avec l'ISO-SMAF qui est en place actuellement dans le réseau de la santé, on détermine des besoins puis on alloue un montant ou encore des services. Ça, je crois que les CSSS le font déjà. Ce que l'assurance autonomie nous amène, c'est l'autre aspect, c'est le financement. Et ça, vous en parlez peu dans votre mémoire, sauf que vous mettez un petit signe d'alerte en disant : Il faut en tenir compte également. Et puis moi, j'aimerais ça savoir, le financement, comme il est prévu.

Est-ce que vous pensez qu'on doit absolument savoir avant combien ça va coûter ou encore on donne le feu vert à de l'assurance autonomie pour se rendre compte par la suite que soit qu'il va y avoir une augmentation énorme des coûts, qu'on va devoir faire des choix... Et ça, l'AQESSS a été très claire hier, ils disent : Si vous arrivez avec énormément de besoins puis vous n'avez pas plus d'argent, on va devoir faire, nous, des choix à l'interne, et là la théorie du «on va en donner à moitié à tout le monde», versus une certaine répartition, c'est ce qui va s'appliquer dans le réseau. Parce que, le financement, c'est ça, le coeur. On est tous d'accord avec les principes, et vous l'avez expliqué, c'est ça qui doit être fait. C'est commencé depuis plusieurs années et ça se continue. Mais combien il va y avoir... Quel montant qui va être demandé à l'utilisateur? Quel est le coût total? Et à la fin, si, exemple, ça dépasse de 2 milliards, la mise en place de l'assurance autonomie, est-ce qu'on est prêts à accepter ça comme facture... ou où on va aller chercher l'argent?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire. Mme Robitaille.

• (18 heures) •

Mme Robitaille (Anne) : Oui. En fait, je pense que la démonstration est assez évidente que l'accroissement du nombre de personnes âgées va de toute évidence, de toute façon, coûter plus cher au système, donc d'où l'importance de revoir le mode d'organisation et de réfléchir à comment collectivement on peut faire face à ce défi-là et composer avec.

Vous avez parlé tout à l'heure, Dr Bolduc, de différents éléments, dont la disparité entre les territoires de CSSS qu'on constate et que plusieurs constatent dans le panier de services. Nous, on pense que... Bien, évidemment, on s'est peu prononcés sur les modes de financement comme tels, mais il y a un leadership à assumer du côté national à définir un panier de services de base, ce à quoi chaque Québécois, Québécoise devrait être en mesure de s'attendre, s'il rencontre... s'il survient une perte d'autonomie dans sa vie, et que, dans le fond, les ressources qui sont déjà dans le système de santé soient révisées avec les partenaires impliqués dans ces territoires-là pour voir, dans le fond, comment répondre à ça et comment rencontrer les obligations, je dirais, les attentes de la population à l'égard d'un panier de services de base. Et ça, je pense que c'est comme inévitable parce que, que l'on fasse quelque chose ou que l'on ne fasse rien, ça va coûter plus cher. Est-ce que ce sera 2 milliards? Est-ce que ce sera 1 milliard? C'est difficile de le dire à ce moment-ci, mais il est clair que toutes les courbes démographiques vont dans ce sens, avec l'augmentation de la consommation des services de santé et sociaux aussi.

Donc, la question qui était posée tout à l'heure, à savoir : Est-ce que ça devrait être mis en place rapidement?, nous croyons que oui, parce qu'il y a une période de transition qui est à prévoir. Alors, aussi bien se pratiquer, en quelque sorte, à mettre en place les bons services de la bonne façon. Donc, on fait beaucoup de choses, on dépense beaucoup d'argent, mais faisons-nous la bonne chose pour répondre aux besoins de la population? Donc, se permettre ces réajustements-là au fur et à mesure que surviendra l'accroissement de la population en perte d'autonomie, et parce que de toute façon les coûts supplémentaires, ils seront là, de toute façon.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Puis je suis d'accord pour cette transformation-là, et on a déjà des estimés des coûts supplémentaires. La question : On ne sait pas c'est quoi, le projet d'assurance autonomie, en termes de financement. Et on ne sait pas également, dans la nouvelle transformation, c'est quoi, la contribution de l'utilisateur.

Juste pour vous donner un exemple, c'est quoi, le montant qu'on va donner pour un ISO-SMAF coté, mettons, 8 ou 9? Y a-tu une standardisation? Est-ce que ça va être la même chose partout? Et là, vous savez, à un moment donné, ça nous prend des données, et vous êtes certainement des gens qui vont évaluer avant les chiffres, avant de prendre une décision. Si vous donnez l'ISO-SMAF à tout le monde à un certain montant et vous vous rendez compte qu'en faisant ça ça vous coûte 2 milliards de plus, il faut peut-être vous poser des questions si ce que vous faites est en train d'être la bonne chose... ou vous transformez le système de façon différente.

Vous savez, on a vécu un dossier qui s'appelle l'Hôtel-Dieu de Québec. Je le répète, on avait un montant. On prend une décision puis on se rend compte, à peu près trois mois après, que ça coûte presque le double. C'est ça, la réalité.

Moi, je pense qu'il faut faire l'évaluation des chiffres avant. Et, une fois qu'on aura tous les chiffres ensemble, moi, je suis d'accord pour qu'on regarde pour prendre une décision, je ne suis pas... je veux collaborer. En passant, on veut tous la même chose, on veut de l'amélioration du système. Mais il y a beaucoup de gens qui disent : Quand on a fait la désinstitutionnalisation puis le virage ambulatoire... Moi, j'ai vécu le virage ambulatoire, là, une excellente idée, sauf que, quand est arrivé le temps de mettre l'argent, il n'était pas disponible. Et, demain matin, posez-vous la question : Si ça coûte 2 milliards de plus, est-ce que le gouvernement va faire le choix de mettre la réforme en place sans mettre l'argent? Et là c'est là que vous avez basculé. L'échec du virage ambulatoire, et tout le monde le reconnaît, c'est quand est arrivé le temps... Ils ont coupé, mais, quand il est arrivé de mettre le temps... l'argent dans les services en externe, l'argent n'est pas venu parce qu'on visait le déficit zéro. C'est ça qui est arrivé, le virage ambulatoire, tout le monde connaît cette histoire-là. Est-ce qu'on doit répéter l'histoire avec une assurance autonomie?

Et, en passant, les coûts, actuellement, c'est à peu près 100 jusqu'à 150 millions de dollars sur 20 ans qu'il faut rajouter à chaque année, et, vous l'avez dit tantôt, il y a de la performance à aller chercher dans le réseau de la santé. Je ne dis pas qu'on va aller chercher 100, 150 millions de dollars de performance, il faut rajouter de l'argent, mais il

y a peut-être en même temps une amélioration de la performance pour réussir à contrecarrer ce 100, 150 millions. Vos commentaires?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

M. Salois (Robert) : Bien, en fait, c'est une des préoccupations qu'on a. Pour nous, la performance du système de santé est un message clé, est un message clé, pour nous, vis-à-vis la... L'investissement d'argent, si on n'est pas performants, ça ne donnera pas les résultats. C'est un peu pour ça que le mémoire insiste sur le fait qu'il faut régler des problèmes de coordination, de continuité, d'interdisciplinarité d'abord, et ensuite l'efficacité du système lui-même va faire en sorte que les besoins financiers devraient probablement être moins importants.

Et c'est un constat qu'on a fait. Première ligne, maladies chroniques, périnatalité, santé mentale, c'est d'abord un problème d'organisation, et c'est pour ça qu'on met en garde. Si ça, ce n'est pas au rendez-vous, l'assurance autonomie va être difficile à mettre en place et va coûter cher. C'est pour ça qu'on dit... C'est ça, les messages qu'on va laisser, qu'il faut organiser cet aspect-là, parce que, si ça, c'est organisé, le reste des choses va aller bien quant aux services et la prise en charge, et aussi les coûts vont certainement être diminués, si on a une meilleure efficacité.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je veux vous remercier, vous me donnez 100 % raison, parce qu'actuellement, la façon dont on voit l'assurance autonomie, c'est des grands principes avec aller chercher de l'argent d'une façon et le redistribuer d'une autre façon, puis redonner le même montant, ils redonnent le même montant, mais ils disent : Les gens vont faire le choix. Mais, si tu ne fais pas une amélioration de ton organisation de services localement, à la fin tu vas juste remettre plus d'argent.

Savez-vous l'expérience qu'ils ont eue en France par rapport au financement à l'activité — dans lequel je crois, d'ailleurs, je pense que c'est une bonne affaire? C'est qu'ils se sont rendu compte que, quand les gens ont vu comment ça fonctionnait, tout a monté, tout simplement.

Puis je vais vous donner l'exemple, puis c'est très humain, là : le gestionnaire de cas, à partir du moment qu'il y a un montant qui va arriver en fonction de la sévérité des cas, les cas sont tous plus élevés, on est toujours un peu plus large. Puis la différence entre des profils 7, puis 8, puis 9, contrairement à ce qu'on pense, quand vous prenez plusieurs gestionnaires, il y a une petite marge de manoeuvre. Mais, si ton CSSS, il a plus d'argent si l'évaluation est plus haute, pas longtemps après, là, puis c'est humain — en passant, moi, je suis un gars également de chiffres, là, mais je comprends très bien que c'est humain — tout augmente et tout devient plus lourd, il y a des cas parfois qui n'étaient pas si lourds que ça qui deviennent plus lourds, et, à ce moment-là, il faut donner plus d'argent.

En France, ils se sont rendu compte qu'en mettant un financement à l'activité sans contrôle — puis, encore là, ce n'est pas évident de mettre des contrôles — tout a augmenté de 30 % tout d'un coup. D'ailleurs, ça leur a causé un problème. Moi, je suis allé visiter, puis ils m'ont expliqué comme il faut, ils ont dit : Écoute, ça, c'est un risque. Ce n'est pas mauvais, mais il faut que ce soit mieux contrôlé.

D'ailleurs, dans le système, il n'y a pas plus d'argent. Il y a juste 100 millions de plus, qui compense juste le vieillissement de la population. C'est juste qu'on veut l'allouer de façon différente, mais on n'améliore pas nécessairement la performance du système.

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

Mme Robitaille (Anne) : Bien, ce à quoi vous faites référence...

Le Président (M. Bergman) : Mme Robitaille.

Mme Robitaille (Anne) : Ce à quoi vous faites référence, en fait, c'est le monitoring du suivi, parce qu'il y a un moyen, comme ministère, de se donner des indicateurs de suivi pour pouvoir réajuster et poser les bonnes questions aux bonnes personnes. Il y a toutes sortes de programmes dont les budgets sont alloués de cette façon-là, sur la base d'une déclaration de clientèle qui est cotée X ou Y, et qui donnent plus ou moins d'argent. Je pense qu'il faut s'assurer de pouvoir effectuer les suivis nécessaires et poser les questions si du jour au lendemain la population entière ou une proportion importante de personnes âgées d'une région devient tout d'un coup plus lourde, plus handicapée, moins autonome, etc. Je pense qu'il y a moyen de se doter de mécanismes de suivi et de contrôle pour s'assurer que ces dérapages-là ne soient pas monnaie courante et réajuster le tir, le cas échéant.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Vous êtes des évaluateurs de système. Êtes-vous d'accord qu'avant d'accepter un principe d'assurance autonomie ou même déposer le projet de loi on doit savoir combien l'utilisateur va payer, combien ça va coûter au système, quel montant qu'on va donner selon le profil — parce que c'est la base que ce profil-là — et également ça va nous prendre combien de gestionnaires de plus pour administrer le système?

Là, les gens vont vous dire : Oui, mais ils vont administrer ça avec les ressources actuelles. Je pense qu'il faut aller demander aux gens sur le terrain s'ils vont être capables de le faire, vous avez tout décrit ce que ça prend de plus.

Est-ce qu'on va rajouter de la bureaucratie? Et en plus de ça il y a une nouvelle couche qui va être faite, où est-ce que ça va être géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Et également tous les patients qui pourraient avoir besoin de services vont devoir avoir une évaluation, donc le 15 % des gens qui ont des handicaps ou qui ont des besoins, de 65 ans et plus — c'est à peu près l'estimé qu'on fait, grosso modo — ont tous besoin d'une évaluation. Je ne sais pas si on va aller jusqu'à tout évaluer ceux dans les CHSLD. C'est 40 000 personnes. C'est environ 15 000 personnes au niveau des ressources intermédiaires. Et en plus de ça il faut faire évaluer ça sur une base régulière, parce que, compte tenu que ton profil peut changer, moi, je m'attendrais que ça va être sur une base régulière.

Est-ce que vous pensez qu'on devrait au moins avoir tous ces chiffres-là avant même qu'on ait un dépôt de projet de loi de l'assurance autonomie, en gestionnaires responsables?

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire.

• (18 h 10) •

M. Salois (Robert) : Une autre façon qu'on peut voir les choses, c'est qu'avant de quantifier on veut entendre aussi tous les besoins et les analyses qui sont en place, pour s'assurer qu'on a toute l'information pour être capables de pouvoir, justement, faire cette quantification-là.

En passant, la quantification d'un point de vue financier, ce n'est pas quelque chose de facile dans le système de santé. On le sait, que les données ne sont pas toujours disponibles. Oui, on pourrait commencer à faire une analyse au début, mais il y aurait aussi une autre façon de faire en s'assurant de faire le tour du jardin, d'essayer de comprendre tout ce que les acteurs ont à proposer et d'arriver à la fin avec une quantification, à la fin, avant de passer au projet.

Le Président (M. Bergman) : Mme Robitaille.

Mme Robitaille (Anne) : Il y a aussi des grandes questions, des grandes questions qui doivent être répondues et qui touchent à l'équité notamment. On sait déjà, par exemple, que le prix des ... les usagers qui sont en CHSLD ne paient pas leurs médicaments, contrairement à ceux qui vivent à domicile, et ces éléments-là amènent aussi des questions d'équité entre les différentes personnes qui constituent notre société. Il y a toute la question de la contribution des personnes où nous pensons qu'il y a des travaux qui doivent être faits pour apporter des précisions, toujours dans une perspective d'équité. Comment se fait-il que la contribution des personnes âgées en CHSLD soit plafonnée, alors que certaines personnes qui ont difficilement accès à des services d'hébergement, dans le fond, vont au privé ou vivent à domicile et dépensent beaucoup plus que ça? Ces questions-là ont été soulevées par d'autres, et nous, on commence à entendre ce genre de chose là. Notamment dans le cadre des travaux qu'on a faits sur les médicaments d'ordonnance, qui sera l'objet d'un prochain rapport, là, du commissaire, on a entendu beaucoup de choses sur des éléments comme ça qui touchent à l'inéquité selon d'où proviennent les services.

Donc, nous pensons qu'effectivement, dans le projet d'autonomie, il reste des questions qui doivent être répondues, mais ce n'est pas parce qu'il reste des choses sur lesquelles il faut travailler, apporter des précisions, faire des réflexions collectives aussi que ce n'est pas pour autant un projet, là, que le commissaire estime pertinent et utile pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau, il vous reste trois minutes.

Mme Vallée : O.K., merci. Vous avez, dans votre mémoire, abordé une question assez intéressante et assez importante, c'est toute la question de la charge additionnelle qui pourrait être mise sur les épaules des proches aidants. Et vous vous questionnez sur la capacité, pour le système, de soutenir ces proches aidants là, et c'est en page 12 du mémoire, tout ça dans une question d'éviter, là, d'augmenter la détresse des proches aidants.

J'aimerais ça vous entendre davantage parce qu'évidemment c'est un élément fort, c'est-à-dire que le maintien à domicile va aussi apporter une charge additionnelle. On parle d'équité, là? Bien, il y a aussi l'équité pour ceux et celles qui sont à la maison et qui vont être là au quotidien auprès... et qui sont là au quotidien auprès des personnes handicapées, dont on a très, très peu parlé à date, et des personnes... des aînés.

Le Président (M. Bergman) : Mme la commissaire adjointe.

Mme Cleret de Langavant (Ghislaine) : Oui. Ce n'est pas la première fois que l'on soulève la question de la préoccupation du soutien des proches aidants. Nous l'avons fait à plusieurs reprises, entre autres dans l'avis sur les droits... comment informer des droits et des responsabilités des citoyens eu égard à la santé et l'utilisation de services. Mais, comme a dit Mme Robitaille, ce n'est pas parce que nous n'avons pas mis en oeuvre les choses que l'on recommande depuis des années... Tous les six défis dont on parle, ça a été recommandé depuis des années pour améliorer la performance. Ce n'est pas parce qu'on n'y est pas arrivé, qu'on n'a pas répondu à ces préoccupations-là que ça la remet en question, la pertinence de ce projet d'assurance autonomie. On pourrait voir ça aussi comme une opportunité de faire ce qu'on devrait faire depuis longtemps.

Et puis le soutien aux proches aidants, c'est clair que c'est une nécessité morale même, que ce soient des services de répit, que ce soit de l'information, que ce soit, en fait, l'accompagnement par les organismes communautaires. Souvent, on ne reconnaît même pas ce droit de l'accompagnement. Donc, ce sont des choses que l'on devrait faire depuis très longtemps. La question est à savoir : Pourquoi on ne le fait pas déjà?

Donc, oui, c'est une préoccupation, mais ce n'est pas parce que c'est une préoccupation qui devient de plus en plus aiguë par rapport à la nécessité d'aller de l'avant, de permettre, les personnes, d'être chez eux que cette question-là devrait enrayer la pertinence d'aller de l'avant.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé...

Mme Vallée : Ce n'est pas du tout ça que je disais. Vous interprétez mes propos, c'est dommage.

Mme Cleret de Langavant (Ghislaine) : ...excusez-moi, j'ai mal compris.

Le Président (M. Bergman) : M. le commissaire, Mme la commissaire adjointe, Mme Robitaille, merci pour votre présentation. Merci d'être ici avec nous aujourd'hui et partager votre expertise avec nous.

Collègues, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux au jeudi 31 octobre 2013, après les affaires courantes, afin de poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*. Bonne soirée.

(Fin de la séance à 18 h 16)