



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

## Journal des débats

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

**Le jeudi 31 octobre 2013 — Vol. 43 N° 51**

Consultations particulières sur le document intitulé  
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la  
création d'une assurance autonomie (5)*

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

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le jeudi 31 octobre 2013 — Vol. 43 N° 51

### Table des matières

Auditions (suite)	1
Médecins québécois pour le régime public (MQRP)	1
Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)	12
Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN (FSSS-CSN)	22
Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec	33
Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)	44

### Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

M. Réjean Hébert

M. Yves Bolduc

Mme Marguerite Blais

Mme Stéphanie Vallée

Mme Sylvie Roy

M. André Villeneuve

Mme Suzanne Proulx

Mme Diane Gadoury-Hamelin

- \* M. Alain Vadeboncoeur, MQRP
- \* Mme Dounia Kayal, idem
- \* M. Richard Lavigne, COPHAN
- \* Mme Véronique Vézina, idem
- \* M. Jeff Begley, FSSS-CSN
- \* M. Philippe Crevier, idem
- \* M. Hubert Forcier, idem
- \* M. Claude Quintin, Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec
- \* Mme Anne Gagné, OPDQ
- \* Mme Joanie Bouchard, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 31 octobre 2013 — Vol. 43 N° 51

**Consultations particulières sur le document intitulé  
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la  
création d'une assurance autonomie (5)***

*(Onze heures trente-quatre minutes)*

**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 *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, collègues, on reçoit maintenant les Médecins québécois pour le régime public. Alors, bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, je vous demande de bien vouloir vous présenter et je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé. Alors, le micro, c'est à vous.

**Médecins québécois pour le régime public (MQRP)**

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Merci. Merci beaucoup à la commission de nous recevoir. Merci, M. le ministre. Je m'appelle Alain Vadeboncoeur, je suis président des Médecins québécois pour le régime public. Je suis urgentologue aussi dans ma vie de tous les jours.

**Mme Kayal (Dounia) :** ...Dounia Kayal. Je suis médecin en CLSC et je travaille aussi en gériatrie à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Donc, on a fait une démarche, à Médecins québécois pour le régime public, là, vu l'importance de ce sujet-là. Il y a eu des médecins qui ont été rassemblés, dont plusieurs sont en soins à domicile et même en soins palliatifs à domicile, et le mandat qu'on s'est donné, comme la plupart des mandats qu'on se donne, c'est d'analyser un peu le livre blanc sous l'angle d'un service public, là, comme on le fait avec la plupart de nos dossiers, et on a essayé de poser la question : Est-ce que c'est en continuité ou est-ce qu'il y a des éléments de rupture? Puis on va essayer de vous éclairer ou de réfléchir avec vous là-dessus.

Bien, d'abord, on s'est réjouis, à MQRP, de l'intérêt du ministre et du gouvernement pour développer les soins à domicile. Je pense que tout le monde s'entend avec le diagnostic et que c'est un besoin important. On a besoin d'une augmentation des services à domicile. C'est clair que ce n'est pas ici qu'on en fait le plus, là, dans le monde, en tout cas. Et donc on salue d'abord cette augmentation prévisible du financement et de la prestation des soins à domicile. Un peu le principe qu'on s'est donné dans notre analyse, qu'on va... on va partager certains éléments avec vous. Est-ce que les choix concernant le financement et les choix de prestation... est-ce que ça favorise la continuité, l'intégration, la qualité des soins? Bien, comme ça a été souligné, entre autres, par vous, Dr Hébert, donc, à la page 19, «les efforts déjà engagés pour pousser plus loin l'intégration des services doivent être poursuivis».

Donc, c'est évidemment primordial, l'intégration des soins, surtout, comme vous le savez mieux que moi, dans les soins aux personnes âgées et aux personnes en perte d'autonomie.

Je vais commencer par la partie financement. Et donc il y a quelques questions qu'on a soulevées ici. Il y a la question du contrôle des coûts. C'est clair que la planification vise, entre autres, à diminuer les coûts. Donc, on parle de 3,3 milliards en 2050, on peut saluer ça, là, mais en même temps on sait que le contrôle des coûts, ça peut porter préjudice aux patients, à l'accès aux services. Donc, il faut être prudent. Surtout... bon, on parle d'économies, quand même, par rapport aux CHSLD, donc un développement probablement moins rapide, et ça, ça nous inquiète un petit peu, parce que c'est clair que l'hébergement, dans bien des cas, peut être essentiel. Donc, on a quand même une question à ce point de vue là. Et c'est clair que, s'il y a un dégagement de ressources des CHSLD, bien il faut que ça se fasse en complémentarité avec une augmentation des ressources en soins à domicile. Il ne faudrait peut-être pas revivre ce qui avait été un peu le cas du virage ambulatoire, donc des idées mises en place et des changements à l'hôpital mais moins de ressources, si on veut, à l'extérieur de l'hôpital, donc certaines difficultés. C'est clair qu'un aspect qui nous embête un petit peu, c'est d'où vient le financement. Le MQRP... le financement public redistributif, basé sur la taxe et les impôts, vous le savez, c'est, à notre avis, la meilleure façon de financer un système de façon équitable. Là, en partie, on va faire reposer ça sur les individus. Il y a même un lien avec la notion d'utilisateur-payeur parce qu'il y a un lien finalement entre la quantité de services consommés et les coûts. Enfin, c'est ce qu'on semble lire dans le service. Et ça, à notre avis, ça contrevient un peu au principe qu'on devrait défendre par rapport au système de santé, qui est vraiment un financement redistributif donc qui passe par le gouvernement.

Une autre question qu'on s'est posée — on n'a pas de réponse définitive — c'est la notion d'une enveloppe ou, enfin, d'une caisse. On comprend le souci du ministre de protéger les budgets. On sait que ces budgets-là peuvent glisser dans un... entre autres, d'une instance à l'autre.

Donc, protéger le budget. On n'est pas sûrs à 100 % qu'une caisse a vraiment cet effet-là à 100 %. On n'a qu'à penser, supposons, à la caisse de l'assurance chômage, supposons, au fédéral, où il y a eu des ponctions. Donc, ça dépend beaucoup des gouvernements, ça peut varier. Donc, on a certaines craintes par rapport à ça. Et peut-être deux autres petites craintes. C'est clair que c'est un changement par rapport au mode de financement actuel du système de santé. Et, d'autre part, cette caisse-là va couvrir une partie des soins à domicile mais pas, par exemple, les soins médicaux, les soins périhospitaliers, les soins palliatifs. Et donc on a peur un petit peu que ça crée, à cause de deux modes de financement différents, une dichotomie et des difficultés très concrètes pour les gens qui pourraient travailler, par exemple une ergo qui fait le suivi postopératoire mais qui après ça va s'engager plus dans l'évaluation à long terme des soins à domicile. Donc, on a des craintes par rapport à ça sans prendre de position définitive par rapport à une caisse séparée ou non.

Donc, par rapport au financement simplement, on identifie quand même deux zones de rupture : une, c'est par rapport au mode de financement, surtout par rapport à la contribution des usagers directement, et, d'autre part, que la caisse ait pour effet de séparer un peu le mode de financement. Et donc on s'éloignerait comme ça de l'intégration des soins.

Maintenant, je vais laisser Dre Dounia parler de la prestation.

• (11 h 40) •

**Mme Kayal (Dounia) :** ...en deuxième partie de la présentation, je vais vous parler de la prestation. Il y a un coût à la prestation qui est...

Donc, le type de prestation qui est suggéré par le livre blanc ou l'assurance autonomie peut amener vers des dérives possibles. Donc, dans un premier temps, comme Dr Vadeboncoeur l'a dit, on va vers une privatisation de la prestation des soins. La citation dans le livre blanc qui dit : « Cette participation tient compte de la fréquence et de l'intensité des services fournis et du revenu de la personne ou du ménage dans lequel elle vit. » Donc, la perspective pour le patient de payer davantage, ça pourrait l'amener à négliger une partie de ses soins pour lui-même et puis le mener à, par exemple, un hébergement précoce.

Dans un deuxième temps, en fait on pense que le but, ça devrait être de corriger les lacunes actuelles et de réaffirmer la gratuité des soins à la personne, quel que soit le lieu de résidence du patient, donc en résidence privée comme à domicile.

Dans un deuxième temps, on pense que le projet d'assurance autonomie peut mener à une baisse de la qualité des soins. En effet, les patients à domicile, ce sont des cas complexes qui vivent dans des environnements très différents et hétérogènes, sans les facilités du milieu institutionnel. Ce sont aussi des patients dont les AVQ sont prises en charge par les ASSS, donc, les AFS. Ce sont en fait des employés. C'est surtout des femmes qui sont des préposées aux bénéficiaires et qui ont reçu une formation d'au moins un an pour pouvoir prendre soin des personnes âgées. Elles reçoivent une formation qui est sous l'autorité du ministère de l'Éducation, donc c'est une formation très standardisée, contrairement aux employés des EESAD dont je vais parler plus tard. Elles ont une formation pour accomplir des tâches très complexes, particulièrement, par exemple, chez des patients qui ont des problèmes de mobilité, des patients très frêles, des patients aussi qui ont des troubles cognitifs et aussi elles sont amenées, par exemple, à prodiguer des médicaments à des patients en soins de fin de vie. Elles sont généralement en lien avec l'équipe multidisciplinaire des CLSC, et c'est ce qui fait en sorte qu'elles promeuvent la continuité des soins aussi. Elles ont une rémunération décente et une protection sociale aussi en cas de blessure. Les employés des EESAD, ce sont aussi, pour la plupart, des femmes. J'aimerais ici rappeler aussi l'importance de tout le milieu communautaire et des entreprises d'économie sociale qui ont leur place dans notre société, particulièrement pour donner les AVQ ou pour permettre aux patients d'avoir des activités de la vie domestique comblées. Cependant, ces employés n'ont pas... ou les EESAD n'ont pas la permanence des institutions publiques et ni les obligations rattachées aux institutions publiques. Ces employées, elles ne disposent pas de la formation requise pour assister les patients dans leurs AVQ et elles sont souvent sous-payées, malgré les exigences des tâches que j'ai décrites plus tôt.

On peut considérer qu'il y a une perte de la continuité des soins si on va vers le projet d'assurance autonomie, pour deux raisons : parce que les employés des EESAD qui sont dans des emplois précaires... en fait, il y a un énorme roulement de ces employés, et ça peut briser la continuité des soins à domicile. Ces dames non plus ne sont pas en lien avec l'équipe traitante des CLSC, et ça peut aussi constituer un autre bris dans la continuité des soins des patients, avec les insatisfactions qui vont avec. On peut se demander ce qui se passera si jamais le patient se détériore. Est-ce que, par exemple, on va devoir revenir à une équipe traitante différente qui a plus de compétences, comme par exemple les équipes des soins à domicile, ce qui va aussi entraîner un bris de la continuité des soins?

Donc, le projet d'assurance autonomie, ça constitue aussi un risque pour le patient et sa famille parce que, comme c'est clairement dit dans le livre blanc, l'allocation financière pour l'achat de services, c'est une option pour rétribuer les fournisseurs de services. Puis on pense que cette approche est nuisible pour deux choses : premièrement, sur le plan éthique, on pense que le fait que le patient rétribue directement ou indirectement son prestataire de soins, c'est problématique parce que ça n'entraîne pas la formation ou l'établissement d'une relation désintéressée entre le patient et son soignant. Ça établit plutôt un rapport marchand que les régimes publics ont essayé d'enrayer il y a à peu près une quarantaine d'années. Sur le plan pratique, c'est très difficile pour des patients qui sont malades et à domicile d'être confrontés à des lourdeurs administratives, alors même que l'assurance autonomie devrait permettre d'alléger les processus. On peut prendre l'exemple non seulement du patient en déclin cognitif, mais aussi à tous ces patients fragiles qui étaient initialement dans les CHSLD, qui vont être à domicile et qui seront des cas plus lourds évidemment, avec une gestion plus difficile de leurs soins pour eux-mêmes.

On pense donc que la rémunération et la prestation des services à la personne doivent être assumées directement par le CLSC et non par les entreprises d'économie sociale.

Donc, en tant que médecins, on a aussi certaines inquiétudes face au fait que même les soins professionnels de base sont incomplets ou insuffisants en ce moment pour combler la plupart des soins à domicile, et il y a un manque cruel de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes aussi et de médecins à domicile, évidemment. On pense que ça rend le virage vers les soins à domicile, donc, décrit dans le projet d'assurance autonomie très difficile pour l'instant, et même inquiétant si jamais on ne comble pas ces besoins-là. Donc, pour ce qui est de la prestation, on pense que le fait que l'utilisateur devra contribuer aux soins, surtout aux AVQ, la volonté de confier la prestation de soins complexes à des AFS et aussi le fait que la rémunération du prestataire se fait directement ou indirectement par le patient, ça constitue une rupture avec les soins qu'on connaît déjà aujourd'hui dans notre système.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** ...conclure sur le...

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Oui. Donc, juste pour conclure, donc, c'est clair que les objectifs sous-jacents sont louables, et on identifie quand même, nous, certaines ruptures en lien avec le financement ou avec la prestation publiques.

On a une dizaine de recommandations, je vais juste vous les résumer très rapidement, donc.

Bien, d'abord, la première, c'est que les soins... donc ce qui est des soins à domicile, que ça continue d'être couvert par le régime public. Et en fait on s'oppose au financement privé de ce qui touche les AVQ, puis ça, c'est quel que soit le revenu du patient, comme le reste de notre système de santé. Comme Dounia l'a mentionné, c'est assez clair que les soins à la personne devraient, à notre avis, être réservés aux auxiliaires, en fait ce qu'ils appellent les ASSS maintenant, au sein des équipes de CLSC, comme c'est le cas actuellement. Un autre point important, c'est qu'il risque d'y avoir une expansion importante des soins à domicile, puis c'est probablement souhaitable, mais c'est clair que les ressources devront être en place pour recevoir et pour être capables de faire une prestation de soins suffisante pour ne pas se retrouver dans une situation où on sortirait les patients et on se retrouverait, dans le fond, sans trop de support.

Donc, ce qu'on invite en fait le ministre de la Santé à faire, c'est de regarder le projet sous l'angle d'un service public de soins qui s'inscrirait davantage dans la continuité des pratiques en place, que ce soit au niveau du financement ou de la prestation, de manière à...

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Oui. Donc, j'ai terminé, là-dessus.

**Le Président (M. Bergman) :** Alors, merci pour votre présentation, Dr Vadeboncoeur. Pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

**M. Hébert :** Merci, chers collègues, de ce mémoire et de votre préoccupation pour un système de soins public au Québec.

Vous évoquez, d'entrée de jeu, dans votre mémoire, la Loi canadienne sur la santé. Et je pense que c'est la source du problème que nous vivons actuellement. La Loi canadienne de la santé couvre, dans ses principes, tous les soins qui sont médicalement nécessaires, et là est tout le problème. C'est très clair que ça couvre l'hospitalisation, les services médicaux. Mais, les soins à domicile, est-ce médicalement nécessaire? Et c'est là toute la difficulté de ce contexte.

Alors, c'est pour cette raison qu'on doit ajouter un régime d'assurance supplémentaire, avec le vieillissement de la population, qui couvre la perte d'autonomie, qui couvre les services associés à l'autonomie, pour s'assurer qu'on respecte ici les principes d'universalité et de solidarité que vous soutenez. Parce que la situation actuelle fait en sorte que, contrairement à ce que vous dites, les soins à domicile, ce n'est pas gratuit. Les soins à domicile financés par l'État couvrent 15 % des besoins. Une analyse de la Sun Life, il y a quelques années, montrait que les gens doivent déboursier entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois pour payer leurs soins, de leurs... Il y a 85 % des soins qui sont soit assumés en nature par des proches aidants ou en espèces, parce que les gens paient de leurs poches. Et, en résidence privée pour aînés, c'est pire parce que c'est entièrement payé par la personne, sur des critères qui sont laissés à la discrétion des propriétaires de résidences, avec des évaluations qui sont extrêmement sommaires.

Alors, vous voyez qu'il y a toute une partie du financement qui échappe à la couverture publique et toute une partie de la gestion également qui échappe au public. Et le projet d'assurance autonomie veut redonner un financement public et veut redonner une gestion publique des services aux personnes en perte d'autonomie.

Alors, c'est tout à fait dans ce sens-là et dans cette lignée-là que le projet d'assurance autonomie s'inscrit et donc respecte les principes que vous mettez de l'avant.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** En fait, on salue le... je pense qu'on a parlé des chiffres, dans une entrevue, de monter de 15 à 40 %, je pense, de la couverture. Donc, c'est clair qu'on peut saluer ça.

C'est clair aussi qu'il y a une expansion des soins à domicile. En fait, je pense qu'à partir du moment où on vise une expansion on a le choix du modèle. Nous, ce qu'on déplore, c'est de s'orienter d'emblée vers un modèle utilisateur-payeur où il y a une contribution plutôt que d'un modèle où on pourrait avoir une couverture plus large. Je comprends qu'il y a des impacts financiers dans ces choix-là, il y a d'autres types d'impacts, mais a priori ça reste un choix. Et donc il pourrait... Nous, ce qu'on propose, c'est que le modèle pourrait suivre davantage ce que font, par exemple, les ASSS qui dépendent des CLSC, qui traitent des AVQ, où ces services-là sont offerts par le CLSC. On comprend que c'est loin d'être suffisant actuellement et que ça nécessite une expansion.

Je pense que toute la question, c'est : De quelle façon on fait l'expansion et selon quel modèle? Et on pense qu'il y a certains éléments des propositions du livre blanc qui s'éloignent du modèle qui, selon nous, est le plus souhaitable. Donc, c'est dans ce sens-là qu'on intervient.

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

• (11 h 50) •

**M. Hébert :** Oui. Mais, même si on allait à 40 — c'est ce qu'on va faire — il restera 60 % qui va devoir être assumé par la personne. Et mon problème, c'est un problème d'équité : Est-ce que 60 % pour quelqu'un, là, qui est au salaire minimum ou quelqu'un qui est à l'aide sociale, là, c'est beaucoup? Ce n'est aucun soin, en fait.

Est-ce que la modulation de l'allocation pourrait faire en sorte que les personnes les plus pauvres de notre société peuvent obtenir plus de services et non pas que ce soit en fonction du portefeuille ou de la carte de crédit de la personne? Alors, elle est là, la modulation de l'allocation de soutien à l'autonomie en fonction du revenu. Elle est pour faire en sorte qu'on puisse donner plus de services à des personnes qui n'ont pas les moyens de se les payer et qu'on puisse laisser des gens qui ont les moyens de se les payer être capables d'assumer une partie de la facture.

Et là on respecte un principe d'équité qui est extrêmement important, à mon point de vue, et qui devrait rejoindre vos préoccupations.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** ...j'aimerais souligner aussi que, les AVQ, donc les soins à la personne, même si légalement ce n'est pas considéré comme des soins médicalement requis, on peut penser que c'est des soins névralgiques de base et qu'à ce titre ils devraient être payés par l'assurance publique, comme par exemple on va voir le médecin, puis la carte de la RAMQ couvre la consultation, ou comme une ergo, une physio couvrent aussi... En fait, les consultations sont couvertes.

Donc, c'est à ce même titre là qu'on pense que, comme c'est extrêmement névralgique, si on parle de se nourrir, on parle de se déplacer, on parle des soins à l'incontinence, c'est un argument important aussi pour que ce soit couvert pour qu'il y ait une équité dans la population.

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

**M. Hébert :** ...sur la santé ne prévoit pas ça, et certaines provinces ne les couvrent pas du tout ou très peu... l'Alberta entre autres, qui laisse tout ça au communautaire.

Alors, ce n'est pas couvert par ce volet de l'assurance santé et c'est le problème. Vous le dites vous-même, c'est un problème de couverture qui fait que les gens reçoivent 15 % des services seulement. Et c'est un problème réel qu'on veut régler avec l'assurance autonomie, qui ajoute ici un droit, un droit de recevoir des services, et qu'ils soient financés par l'État, et surtout que ces services-là soient gérés par l'État.

Et c'est ça, le problème fondamental auquel on veut s'attaquer avec l'assurance autonomie.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Bien, c'est sûr que, par certains aspects, ça rejoint nos préoccupations, mais ça revient en définitive à la question du choix du mode de financement.

C'est une question de moyens. Nous, on prône un financement public qui peut être modulé de différentes façons. Je pense qu'il y a d'autres groupes... On n'a pas fait une analyse économique, là, du modèle, on s'est plutôt penchés sur les aspects qui touchaient les soins, mais il y a d'autres groupes qui ont soulevé le fait qu'évidemment les sommes en jeu devraient probablement être plus élevées pour bien couvrir... La seule question qui est en compte ici, dans le mode de financement, c'est : Comment cet argent-là transite? Nous, on pense que c'est par un financement via les impôts, via le gouvernement, que c'est le meilleur modèle, que c'est plus équitable et que c'est plus en lien surtout avec l'ensemble du mode de financement.

C'est notre position. Je veux dire, je comprends qu'on peut avoir des divergences là-dessus, sur ces points-là.

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

**M. Hébert :** ...là-dessus. Et, tout à l'heure en Chambre, j'ai d'ailleurs très bien précisé que c'était l'impôt qui allait payer la caisse d'assurance autonomie, qui allait financer l'assurance autonomie. Je suis tout à fait d'accord avec vous là-dessus.

Je voudrais revenir sur les prestataires. Vous n'êtes pas sans savoir que les entreprises d'économie sociale... actuellement, plus de la moitié font de l'aide à la personne, des AVQ, que les résidences privées donnent des soins

d'aide à la personne qui a déjà, là, d'autres prestataires que les prestataires du réseau public. On a entendu des groupes syndicaux — puis ça, on peut comprendre, là, qu'ils puissent avoir cette position-là — dire qu'il faudrait que ça soit seulement des employés du secteur public. Mais il ne faut pas nier qu'il existe actuellement des entreprises d'économie sociale qui font ce travail. Et, l'assurance autonomie, ce qu'elle vise, c'est de retrouver la gestion publique de ça, c'est-à-dire de s'assurer, par accréditation des prestataires, qu'on puisse répondre à un certain nombre de standards de qualité, incluant des standards de formation du personnel.

Et là on retrouve vraiment une gestion publique, en dépit de certaines prestations privées qui existent déjà. Et, qu'elle soit associative ou qu'elle soit privée lucrative, elle existe déjà et elle est très importante dans les services de soutien à l'autonomie.

**Le Président (M. Bergman) :** Dr Vadeboncoeur? Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** Oui, je peux répondre à ça. En fait, c'est intéressant parce que votre choix, ça a été de plutôt laisser l'opportunité aux entreprises d'économie sociale puis aux... en fait, aux entreprises privées de fleurir au lieu d'essayer de fortifier le système public, qu'on a déjà, avec la formation de plus d'AFS, parce qu'on sait que leur formation est standardisée, parce qu'on sait que les soins en CLSC sont de meilleure qualité probablement que les soins qu'on trouve dans les entreprises d'économie sociale.

Alors, pourquoi avoir choisi plutôt ce trajet que le trajet de solidifier les soins en CLSC? En fait, c'est ce qu'on veut savoir.

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

**M. Hébert :** Lorsque vous assumez, là, que les soins sont de meilleure qualité, vous dites «probablement». Alors, il n'y a pas de données là-dessus, là, alors, d'abord, que les soins sont de mauvaise qualité dans les entreprises d'économie sociale. Et moi, je suis convaincu que les soins sont de bonne qualité. Et mon parti pris, c'est d'améliorer encore davantage la qualité des services qui sont donnés par les entreprises d'économie sociale et au moins d'en retrouver une gestion publique qui nous échappe actuellement, là, complètement. Et l'assurance autonomie va permettre de retrouver une gestion publique.

La solution prônée par certains groupes syndicaux, c'est de nationaliser tous ces services de soutien à l'autonomie. Ce n'est pas la position qu'on a là. On veut plutôt mieux les encadrer et s'assurer de la qualité.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** Oui. Donc, je suis d'accord avec vous, peut-être que les entreprises d'économie sociale font un bon travail et puis sûrement, en partie, qu'elles le font.

Mais qu'est-ce que vous faites du fait que ce sont des emplois extrêmement précaires, qu'on pense surtout que ce sont des ghettos d'emplois féminisés — on le dit souvent — et que la perte de la continuité est source d'insatisfaction pour le patient? Et donc, même si la qualité est bonne, le roulement est tellement important que finalement, bien, il y a un bris dans la continuité... et qu'on sait que les patients sont plus satisfaits avec les CLSC.

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

**M. Hébert :** Je n'ai pas de données qui montrent que la satisfaction est plus importante avec les services de CLSC. J'aimerais qu'on puisse avoir une certaine rigueur.

Deuxièmement, je pense que justement un meilleur financement des soins à domicile va permettre aux entreprises d'économie sociale d'améliorer leurs conditions de travail et de faire en sorte de mieux former leur personnel, et c'est justement de ce côté-là qu'on va être à même de pouvoir mettre à contribution plusieurs prestataires pour faire en sorte que l'effort qui est demandé puisse être partagé dans notre société et qu'on puisse y arriver. Écoutez, il y a un défi considérable, là, qui nous attend. Alors, pour moi, ce qui est important, c'est d'avoir les prestataires variés, et je reviendrai tout à l'heure aux chèques emploi-services parce que pour les personnes handicapées c'est extrêmement important, mais il faut avoir des modèles variés de prestation de soins.

L'essentiel, pour moi, c'est de garder le financement public et c'est de garder la gestion publique, donc, de s'assurer de la qualité de tous les prestataires de services.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** C'est sûr que le... Bien, d'abord, on salue tout rehaussement de formation de gens qui sont dans ces métiers-là, qui ne sont pas des métiers faciles, là, on s'entend là-dessus.

C'est clair que par contre il y a quand même un choix qui peut être fait, soit de renforcer les structures déjà existantes via, par exemple, les CLSC. Et, quand vous dites : Bon, on assure la gestion, c'est sûr qu'on assure le financement, ça m'apparaît quand même un peu difficile de dissocier la gestion de la prestation. On peut avoir un certain encadrement parce qu'on finance, mais c'est clair que ce n'est probablement pas... parce qu'il y a quand même une variabilité qui est sûrement plus importante dans ces groupes-là, autant au niveau de la formation que de ce qu'ils font. Donc, c'est clair que c'est probablement plus difficile d'assurer un vrai encadrement, une vraie gestion de la prestation si on est un peu plus loin des organismes.

On comprend par contre le rôle essentiel de ces organismes-là. C'est plus dans l'articulation, où on met l'accent dans le développement, peut-être qu'on commente, nous, là-dessus.

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

**M. Hébert :** De là l'importance, et vous le soulignez très bien, de l'intégration des services, intégration qui ne veut pas dire un seul prestataire, hein?

Une intégration des services, un réseau intégré, c'est l'ensemble des acteurs dans le réseau, c'est-à-dire les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, même les organismes à but lucratif, les résidences privées. C'est ça, la réelle intégration. Ce n'est pas juste un seul prestataire. Il n'a pas besoin d'intégration quand c'est un seul prestataire. Lorsqu'on parle d'intégration des services et de réelle intégration, il faut avoir un ensemble de partenaires qui s'intègrent et coordonnent ces activités. Et actuellement, dans les réseaux intégrés, il y a les entreprises d'économie sociale, il y a les organismes communautaires, ils sont là. Et ce n'est pas un frein à l'intégration que de dire : On va mieux les encadrer au niveau de la formation puis au niveau de la qualité de leurs services. Au contraire, ça s'inscrit dans un mouvement d'intégration. Alors là, je vous rejoins sur la nécessité d'intégrer les services aux personnes âgées. D'ailleurs, bon, ça a été une partie de ma carrière.

Mais c'est extrêmement important de sortir du seul prestataire public quand on fait de l'intégration. C'est justement pour étendre ça à d'autres partenaires.

**Le Président (M. Bergman) :** Dr Vadeboncoeur? Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** J'aimerais savoir comment vous envisagez de hiérarchiser... en fait, de mettre, sous la tutelle de l'État, les entreprises d'économie sociale, parce qu'elles sont complètement indépendantes pour l'instant? Et pourquoi ne pas penser que c'est plus facile de redonner toute son importance aux CLSC? Sur le plan administratif, c'est extrêmement difficile d'arrimer les entreprises d'économie sociale, les entreprises privées à l'État parce qu'elles sont très hétérogènes, alors que la structure du CLSC est là et qu'on peut lui donner toute sa force en la finançant mieux.

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

• (12 heures) •

**M. Hébert :** Ce qu'il faut faire, c'est, lorsqu'on établit une entente entre l'État et des prestataires, avoir une entente financière bien sûr mais aussi, en retour, exiger des normes de formation, des normes de qualité. Et, si la qualité n'est pas là, il n'y a pas de financement.

Vous avez là un outil extrêmement puissant pour vous assurer que la qualité est au rendez-vous... le financement, et c'est extrêmement important de pouvoir négocier ces ententes-là, qu'il y ait des critères et des normes nationales qui sont appliquées de façon locale. Parce que, comme vous l'avez dit, il y a beaucoup d'hétérogénéité. Alors, il faut que chacun des CSSS puisse, compte tenu de son réseau local, négocier ses différentes ententes avec les prestataires. Mais c'est comme ça qu'on va le faire.

**Le Président (M. Bergman) :** ...

**M. Hébert :** Vous avez des réserves sur l'allocation directe, sur le «cash for care». J'ai les mêmes réserves que vous.

Par contre, vous savez, le chèque emploi-services est utilisé beaucoup dans le milieu des personnes handicapées, et avec beaucoup de succès. Les groupes de personnes handicapées sont venus nous dire : Nous voulons conserver le chèque emploi-services parce que nous avons une meilleure autonomie dans les prestataires qui viennent dans nos domiciles. Et il s'est développé, pour le chèque emploi-services, des banques de ressources qui sont en quelque sorte des mandataires qui s'assurent de la qualité des personnes qui reçoivent le chèque emploi-services, qui s'assurent de leur formation et qui font un certain nombre de tâches administratives pour les personnes handicapées. Alors, dans ce contexte-là, je pense qu'on a là un encadrement intéressant, on a là une autonomie intéressante qui est donnée aux personnes, un modèle qui pourrait convenir à certaines personnes âgées, celles surtout sans trouble cognitif, et je pense qu'on doit se garder cette avenue, cette possibilité.

Et j'ai assuré, moi, les groupes de personnes handicapées que le chèque emploi-services était là pour rester. Mais il faut s'assurer, encore une fois avec des organismes mandataires, que les personnes ont une bonne formation et que la qualité est au rendez-vous.

Alors, je ne sais pas si vous étiez conscients de cette modalité-là, qui est extrêmement intéressante pour les personnes handicapées.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** Non. Ça peut être intéressant, mais, encore une fois, on introduit encore un autre intermédiaire que... Je suppose... je ne suis pas au courant, là, mais les personnes handicapées vont devoir payer des sortes de gestionnaires de cas qu'ils paient eux-mêmes, en plus de payer en partie leurs services?

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

**M. Hébert** : ...emploi-services est financé par l'État, mais c'est la personne handicapée elle-même qui assume cette gestion-là, et donc ça fait partie de l'autonomisation des personnes. Et l'autonomie dans les décisions est extrêmement importante aussi.

Alors, ce que prône l'assurance autonomie, c'est de redonner l'autonomie ou le pouvoir aux personnes de pouvoir choisir par qui ils veulent recevoir ces soins-là. Et c'est ça que prône... Donc, l'autonomie est une des valeurs importantes. Alors, je vous invite à élargir votre cadre d'analyse. Vous parlez d'universalité, de solidarité, d'individualité. L'autonomie des personnes, c'est aussi une valeur importante pour les personnes handicapées et pour beaucoup de personnes âgées.

**Le Président (M. Bergman)** : Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia)** : Oui. C'est intéressant que l'autonomie, ça passe par le choix du prestataire de services, parce que c'est vrai qu'on a un petit peu dénoncé ça dans l'individualisation du choix du prestataire. Pour nous, l'autonomie, c'est surtout avoir accès à des soins de qualité, c'est surtout avoir accès à des soins qui permettent de vivre à domicile de façon autonome, et ça ne passe pas forcément par le choix du prestataire. Dès qu'il y a un prestataire qu'on sait qu'il est de qualité, qu'on sait qu'il vient d'une institution publique dont on ne peut pas défaire la réputation, à ce moment-là l'autonomie est aussi garantie.

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

**M. Hébert** : ...vous réalisez, là, que les personnes sont entièrement à la merci du CSSS, là, pour recevoir des services. Et on sait très bien, dans une étude qu'on a faite en Montérégie, que le taux de réponse aux besoins en soutien à domicile varie de 6 % à 33 %, selon les CLSC... de réponse aux besoins. Il y a des CLSC qui donnent un petit peu de services à tout le monde puis il y a des CLSC qui donnent beaucoup de services à peu de personnes. Alors, il faut sortir de ce système pour pouvoir redonner le pouvoir aux personnes et dire : Peu importe où vous restez au Québec, vous avez le même droit à recevoir des services financés par l'État et vous n'êtes pas à la merci des décisions d'un établissement de santé... fussent-ils publics. Et je pense que c'est ça que veut faire l'assurance autonomie, là. Il faut réaliser ça.

Il y a une autre valeur. Et c'est ça que je voudrais que vous reteniez peut-être, qu'une valeur supplémentaire, c'est l'autonomie des personnes. Et je pense qu'elle est importante dans le domaine des soins aux... à l'autonomie, des soins et services à l'autonomie.

**Le Président (M. Bergman)** : Dre Kayal? Dr Vadeboncoeur.

**M. Vadeboncoeur (Alain)** : Honnêtement, je connais personnellement moins la dynamique, là, des personnes handicapées.

On parle peut-être un peu d'«empowerment» ici, de choix. Il peut y avoir... en fait, il y a quand même un message qu'on peut voir là, c'est que, si vous parlez des CLSC où il y a beaucoup de variabilité — et pourtant ce sont des organisations, là, constituées en lien avec les CSSS — on peut penser que cette variabilité-là pourrait effectivement affecter les organismes communautaires peut-être de façon encore plus grande. Je ne vois pas comment ça pourrait être moins grand, de toute façon.

Et donc, bon, je comprends qu'il y a le choix, mais est-ce que la dynamique est la même? Puis là je me pose la question parce que je ne suis pas spécialiste de la question. Mais, pour une personne âgée, donc, en perte d'autonomie, donc, en déclin, souvent avec des troubles cognitifs, est-ce que c'est aussi important que pour une personne handicapée plus jeune, si on veut, qui a peut-être 30, 40 ans à faire devant elle et pour qui l'enjeu de l'autonomie n'est peut-être pas sur les mêmes paramètres?

Ceci dit, c'est plus une question que je pose, là. Je ne suis pas un spécialiste de ces questions-là, dans ce sens-là. Mais je me pose la question. Une dame de 90 ans à la maison, ce n'est probablement pas la même dynamique non plus, là.

**Le Président (M. Bergman)** : M. le ministre, pour un commentaire final, il reste moins d'une minute.

**M. Hébert** : Les personnes âgées n'ont pas toutes des troubles cognitifs.

Alors, il y a certaines personnes âgées qui vont préférer ce mode-là. Alors, il faut l'encadrer. Et c'est ce que se propose de faire l'assurance autonomie.

Un dernier point : les CHSLD seront toujours nécessaires. Ce qu'on souhaite faire, c'est de les maintenir mais de faire en sorte que ça ne soit pas la seule réponse à une personne âgée qui est en perte d'autonomie. Je vous rassure tout de suite, on investit d'abord, hein... on investit d'abord dans le soutien à domicile, qui aura des impacts sur la progression ou le développement de lits de CHSLD. Donc, les impacts seront ensuite. Et donc le spectre du virage ambulatoire que vous évoquez ne s'applique pas ici. Et même, écoutez, une chance qu'on a eu le virage ambulatoire, vous en conviendrez, parce qu'on serait dans le trouble, là, dans le système de santé québécois. Ça a été nécessaire pour permettre qu'un certain nombre de soins qui étaient auparavant faits à l'hôpital avec des durées de séjour très longues ne soient plus à l'hôpital. Vous conviendrez que ça a été quand même une réforme importante pour le système de santé.

**Le Président (M. Bergman)** : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président. Dr Vadeboncoeur, Dre Kayal, merci d'être ici.

J'ai lu votre mémoire avec grand intérêt et je tiens à vous féliciter. Il est très bien fait. Je ne partage pas nécessairement l'entité de votre mémoire au niveau des recommandations, mais je peux vous dire que vous avez vu les écueils et vers quoi on s'en allait. Contrairement au ministre, votre analogie avec le virage ambulatoire, elle est parfaite. Le virage ambulatoire : excellente idée. Dans le projet, ici, on a des très, très bonnes idées qui, en passant... Je pense que vous pouvez témoigner que ce virage-là était déjà commencé depuis plusieurs années. On a réorganisé les soins pour favoriser le maintien à domicile. On a quand même développé des ressources intermédiaires. On sait qu'il n'y en avait pas assez à Montréal, qui était une problématique, mais qu'au cours des années il s'en développe de plus en plus. Et également on veut utiliser les CHSLD pour les patients qui ont vraiment besoin de soins de CHSLD. Et je rappelle qu'on a passé de ratios de 3,4, 3,5 lits par 100 personnes de 65 ans et plus, et on est rendu à des ratios qui peuvent varier entre 2,8 et 3. Et, les meilleurs endroits, c'est autour de 2,5.

Mais ma première question au Dr Kayal... C'est certain que vous, vous faites du maintien à domicile. Vous devez être consciente qu'il y a des patients qu'à un moment donné on ne peut pas maintenir à domicile, même si on voulait puis même si on mettait des ressources, tout simplement parce que leur condition ne le permet pas. Je ne sais pas si vous êtes d'accord avec ça, là. Le ministre l'a confirmé tantôt, mais j'aimerais ça l'entendre de votre bouche.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** En fait, je ne fais pas de maintien à domicile, mais je travaille en CHSLD. Donc, je peux vous dire que, oui, les patients qui sont là, pour la plupart, ils ont leur place là. Je sais que, bon, le ministre, je pense... Le ministre Hébert, vous avez dit que c'était 35 % des gens qui n'avaient peut-être pas leur place. Pourquoi pas?

**Une voix :** ...

**Mme Kayal (Dounia) :** Pardon?

**Une voix :** ...

**Mme Kayal (Dounia) :** Le Vérificateur général. Pardon. Pourquoi pas? Si plus de gens peuvent rester à domicile, je ne suis absolument pas contre ça.

Ce qu'on dit, à MQRP, c'est qu'il faut que la fermeture des lits soit complémentaire avec l'augmentation du financement puis des soins à domicile, que ça se fasse de façon coordonnée. Et donc, oui, pour les soins à domicile, oui, pour peut-être déplacer certains patients, qui sont en CHSLD, à domicile, mais pas pour la fermeture massive de lits sans qu'il y ait une complémentarité dans les actions.

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

• (12 h 10) •

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** M. le Président, juste pour clarifier la question du 35 % à 40 %, là, c'est... À Montréal, on sait qu'il y a 40 % des patients qui avaient un profil qui aurait pu être autre que CHSLD, mais la majorité de ces patients n'étaient pas nécessairement à domicile. Ils étaient en ressources intermédiaires. Et la problématique de Montréal, c'est qu'on avait... Puis ça, je l'ai évalué, je l'ai vu, comme ministre. Puis j'ai visité les endroits, entre autres l'Institut universitaire. C'est tout simplement parce qu'il n'y avait pas d'autre ressource. Également, ça n'amène pas une fermeture de lits de CHSLD. Les besoins vont être croissants à cause de l'augmentation de la population de 65 ans et plus. Ce qu'on peut faire, c'est, en faisant le virage vers les maintiens à domicile, garder le nombre de lits et progressivement, plutôt que d'ouvrir des lits à cause de la croissance de la population, garder le même nombre de lits et de peut-être aller vers un ratio de 2,5. Ça, je pense que même le ministre comprend cette logique-là. Parce que, du jour au lendemain, on ne récupérera pas 350 millions de dollars dans le réseau de la santé.

D'ailleurs, le financement, puis vous en faites mention, il n'y a aucun plan financier. Et, juste pour vous dire, le 100 millions de dollars, même si on continue dans le même système qu'on a actuellement, réussirait à peine à combler... En faisant le virage de maintien à domicile, on va être capable de donner plus de services, mais c'est loin d'être attaché au niveau du financement, parce qu'avec toutes les promesses qu'il y a dans le livre blanc ça va prendre encore plus d'argent.

L'autre élément que nous n'avons pas, puis vous avez touché ce point, c'est la question de la contribution de l'utilisateur. Actuellement, honnêtement, c'est directement dans la poche de l'utilisateur. Parce qu'on va évaluer votre besoin. Si votre besoin est à un certain niveau... Un exemple, là, je ne donne jamais les mêmes chiffres parce que ça peut varier d'une fois à l'autre, là, si votre besoin est de 10 000 \$, si vous êtes quelqu'un qui n'avez pas de revenu, pas d'actif, de ce qu'on comprend actuellement, c'est comme en CHSLD, ça va être gratuit. Mais, si vous avez des revenus — puis vous savez qu'au Québec la richesse est considérée... vous êtes riches à partir d'un revenu de 40 000 \$ — bien, à partir de ce moment-là, vous allez contribuer selon votre revenu. Donc, vous allez être probablement dans les gens qui vont payer les impôts, parce qu'on sait maintenant que ça va être pris directement dans les impôts et transféré peut-être dans une caisse autonomie. Et après, lorsque vous allez arriver pour retirer les services, ce qui est très clair dans ce plan-là, c'est que les gens vont devoir payer.

Ce qu'on ne sait pas puis ce qu'on demande — je ne sais pas si vous trouvez ça logique — c'est qu'avant qu'on aille plus de l'avant avec un projet de loi... qu'on nous dise, pour commencer, quand tu as à un besoin avec un certain

profil, ça vaut combien. Puis, deuxièmement, cette personne-là, selon le revenu, elle va contribuer de combien? Pourquoi? Pour un principe éthique que vous n'avez pas mentionné — mais vous avez parlé de l'éthique tantôt : avant de prendre une décision, on peut-u avoir l'information? Il faut faire un consentement qu'on appelle éclairé. Ça existe également, dans un système de santé, d'avoir un consentement éclairé lorsqu'on prend des décisions de gestion administrative ou d'organisation des soins.

Je ne sais pas, Dr Vadeboncoeur, qui est familier avec ces concepts-là, si vous êtes d'accord avec ça?

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** On n'a pas fait appel à des économistes, là, mais on essayé d'analyser un petit peu, et effectivement il nous semble qu'il y ait un flou, là, sur qu'est-ce qui va se passer concrètement pour la personne. Et ça doit nécessairement être défini. On peut parler du principe utilisateur-payeur. Nous, on est contre le principe, mais on peut aussi craindre l'application de ça. Et c'est clair que cette application-là pourrait, dépendant de comment elle est dessinée, restreindre l'accès ou non, mais probablement restreindre l'accès si c'est plus ou moins bien. Ça fait que c'est clairement des choses qui devront être précisées pour juste savoir comment ça va fonctionner.

Sur le fond, nous, on est contre le principe, mais c'est clair qu'il faut aussi savoir le comment, surtout si on s'en va vers ce type de financement là.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** ...M. le Président. Surtout, vous savez, l'AQESSS est venue ici, a dit : On donne notre accord au projet. Et tout le monde donne son accord à ce projet-là, dans le sens du maintien à domicile, on est tous d'accord avec ça. Par contre, ce qu'ils disent : Vous savez, il faudrait peut-être savoir combien ça va coûter, parce que, tout dépendant de combien vous allez charger directement aux patients, tout dépendant de ce que vous allez nous dire qu'on a comme montant, nous autres, il va falloir qu'on fasse un choix dans l'offre de services. Parce que, si vous avez seulement que 100 millions de dollars avec ce que le ministre propose, c'est soit qu'il va charger cher soit qu'il va beaucoup augmenter les impôts avec une taxe autonomie où les établissements, comme ils ont souvent fait dans le passé, ils ne seront pas capables de remplir 100 % des besoins.

D'ailleurs, le ministre l'a dit, les gens... Au début, on s'était tous fait dire : Bien, vous allez avoir tout ce que vous voulez pour rester à domicile, puis on va mettre l'argent qu'il faut. Mais plus ça va, puis plus on se rend compte que c'est un projet qui est très limité, sans beaucoup plus de ressources, avec une grande transformation du réseau. Et, l'autre élément, puis vous touchez ça très bien dans votre mémoire, on est en train de briser l'intégration et la continuité des services. Une caisse différente prise dans un autre contexte. Et là vous allez voir ce qu'ils vont... Les établissements, il va falloir qu'ils s'organisent pour dire... Puis, vous l'avez bien écrit, ils vont peut-être faire des charges ailleurs que là-dedans. Un exemple, en postopératoire, peut-être qu'on pourrait mettre ça dans les services de l'autonomie plutôt que de mettre ça dans des soins aigus. Je pense que vous avez touché ces points-là.

Pour le moment, il faut donner quand même le bénéfice du doute au projet, mais il y a de la clarification à apporter. Puis ça, on l'a toujours dit, si c'est un bon projet, on va collaborer. Les grands principes, que ce soit n'importe quel gouvernement, ça va être fait. C'est fait, d'ailleurs, dans les autres provinces, dans les autres pays, mais la manière dont c'est fait... et également on veut savoir ça va coûter combien, au total. Parce qu'il va y avoir une taxe qui par la suite va devoir être mise soit par un impôt progressif ou une taxe spéciale. Il va y avoir un montant à quelque part qui va être pris pour être capable de financer ça. Puis vous, vous voulez avoir également la question, vous voulez avoir l'information, puis je pense que tous les groupes doivent demander l'information pour savoir : Avant de partir en projet de loi, ça veut dire quoi pour moi, comme citoyen?

Les gens qui avaient des handicaps, vous savez, ils sont tous venus nous dire : On ne serait pas supposés de payer, on ne payait pas avant, puis là on va être obligés de payer parce que c'est une question d'équité.

En passant, l'équité, là, c'est : tout le monde paie plus, dans le projet là. Pour ce qui s'agit des soins, on est d'accord sur les principes. J'aimerais ça avoir vos commentaires.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** En fait, la question est fondamentale, parce que, bon, c'est clair que, s'il y a une contribution, il faut savoir à quoi elle va être appliquée, à quel type de soins.

On comprend que les soins en dehors de l'hôpital, ce n'est pas nécessairement dans la Loi canadienne sur la santé, là, c'est : hôpital et médecins. Mais, si c'est des soins qui s'apparentent à des soins médicalement requis, donc essentiels pour la personne, c'est clair, pour nous, que ça doit être financé par l'État, là, parce que sinon, là, vraiment, on va avoir un problème.

Donc, où va se faire cette coupure-là? Ça va dépendre probablement du niveau de financement. Mais c'est clair qu'il va y avoir une coupure, et il faut savoir où va être cette coupure-là. C'est clair que, si on commence à parler d'AVQ, que les gens vont devoir déboursier, bien ça change vraiment la dynamique par rapport à la dynamique actuelle où les auxiliaires trois S sont fournis par le CLSC, et c'est couvert, généralement. Donc, je veux dire, je pense que ces questions-là vont être fondamentales, parce qu'où va se faire la coupure et de quel type de coupure vont dépendre vraiment les changements de dynamique? Et ça pourrait être... Effectivement, c'est dramatique pour les patients que ça change comme ça.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** ...question — puis, peut-être, j'aimerais avoir juste un oui ou non : Êtes-vous d'accord qu'avant d'appuyer totalement un projet comme celui-là il faut au moins avoir toute l'information?

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** C'est ce qu'on a écrit, je veux dire, c'est clair : non seulement avoir l'information, mais avoir ce qu'il faut pour que ça fonctionne aussi sur le terrain.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Merci beaucoup, M. le Président. Dre Kayal, Dr Vaillancourt, merci d'être... Vadeboncoeur... merci d'être présents aujourd'hui.

Je partage votre inquiétude en lien avec la diminution des ressources en CHSLD, et du vieillissement accéléré, et de la fragilité évidemment de certaines personnes qui veulent évidemment rester à la maison, mais un jour on ne peut plus rester à la maison.

Il y a une question qui n'a pas été abordée. C'est que je constate... Je discutais avec un médecin qui fait des soins à domicile. C'est qu'il existe très peu de médecins actuellement au Québec faisant des soins à domicile et qu'on encourage peu le développement de médecins à domicile. On encourage davantage le développement de médecins dans les hôpitaux. Et, si on veut prendre un virage de cette nature, si on veut soutenir des personnes plus fragilisées, il va falloir que l'État, le ministère de la Santé et que le ministre encouragent les médecins à faire de la pratique à domicile. Sinon, c'est impossible. Moi, je considère que ce sont des vœux pieux, parce que les médecins vont devoir repartir, comme à une certaine époque, avec leur valise pour aller soigner les gens à domicile. Je voudrais savoir ce que vous en pensez.

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

**Mme Kayal (Dounia) :** Je peux répondre.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** Oui. Alors, c'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup de médecins à domicile. C'est vrai qu'il n'y a pas beaucoup non plus de relève par rapport aux médecins qui vont à domicile, et je pense que... Je ne sais pas si vous connaissez la Dre Geneviève Dechêne. En fait, elle fait partie de notre comité, et c'est elle qui milite beaucoup pour que les médecins choisissent de plus en plus cette pratique-là qui est très gratifiante, qui est extrêmement utile. Bien, je peux vous dire que, dans la formation des médecins au niveau de la résidence, il y a eu des changements et qu'il y a de plus en plus de résidents en médecine familiale qui vont faire des stages en CHSLD et aussi qui ont des patients à domicile, qu'ils suivent.

Et donc je pense qu'il y a quand même une volonté dans les programmes universitaires d'aller vers ça, même si c'est absolument vrai que c'est une très petite minorité des médecins de famille qui vont faire ça.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Bien, je pense que ça devrait faire partie de l'ensemble de l'assurance autonomie qu'il y ait cette volonté de faire en sorte qu'il y ait de plus en plus de médecins pour se déplacer à domicile si on veut vraiment prendre ce virage. On ne peut pas dire aux gens : Vous allez pouvoir vous procurer les soins, on vous donne l'argent nécessaire, mais, si les... On peut avoir la prestation, mais, si on n'est pas capable d'obtenir les services, bien ce sera très difficile de le faire.

Et j'aimerais laisser un peu de place à ma collègue mais seulement vous dire que je suis, comme vous, inquiète du fait de faire une caisse autonomie à part, sortir 4,3 milliards de dollars du ministère de la Santé pour mettre ça à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour faire en sorte qu'il y ait plus de fonctionnaires pour administrer ces 4,3 milliards de dollars là, plus le 100 millions annuellement. Je trouve que ce n'est pas forcément nécessaire et qu'on pourrait très bien protéger les enveloppes.

Vous-même avez dit que ce n'est pas par une caisse que les sommes d'argent seront protégées, et je veux vous entendre un peu plus.

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

• (12 h 20) •

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Bien, en fait, il y a plusieurs exemples de caisse — puis je pense toujours à l'assurance chômage, là — où le gouvernement peut décider autrement. Et donc ce n'est pas une garantie d'étanchéité, puis je pense que tout le monde peut s'entendre là-dessus. Il y a un aspect protection, bon, peut-être un peu plus que si le budget est complètement fondu. Peut-être, peut-être pas.

Mais, nous, ce qu'on craint, c'est que ça crée aussi certaines ruptures et que ça puisse poser des problèmes très concrets d'avoir deux sources de financement pour des soins pour la même personne, peut-être même par les mêmes professionnels. Et là, bien là, oui, on a certaines inquiétudes par rapport à ça parce que c'est deux sources de financement différentes. Et donc quelle dynamique ça va engendrer? Comment ça va s'harmoniser, tout ça? C'est des questions importantes, là.

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

**Mme Vallée :** Merci, M. le Président. Bonjour, M. Vadeboncoeur. Bonjour, merci beaucoup de votre présentation. L'universalité, pour moi, au-delà de la question des coûts qui seraient défrayés par les citoyens, c'est une question aussi d'accessibilité partout sur le territoire. Et je me demandais si vous aviez aussi regardé cet aspect-là. Parce que l'autonomie pour tous, c'est beau, mais dans quelle mesure l'assurance autonomie pourrait être mise en oeuvre dans le Grand Nord? Dans quelle mesure l'assurance autonomie pourrait être mise en oeuvre de façon universelle en Gaspésie, en Abitibi, dans les régions rurales de l'Outaouais?

Moi, c'est la question que je me pose. Et je me demande, de votre connaissance du terrain, est-ce qu'on est rendus là. Est-ce qu'on est capables de dire : D'ici un an, on pourra s'attendre à ce que tous les citoyens, que ce soient les aînés, que ce soient les handicapés qui ont besoin de services, y auront accès? Est-ce que c'est réaliste ou est-ce que c'est utopique? Ma collègue, tout à l'heure, parlait de la formation des médecins. En avoir davantage qui vont à domicile, c'est une chose, mais, en Outaouais seulement, on a tellement d'enjeux en santé, avec l'accès à un médecin de famille... moi, je ne le sais pas, mais les citoyens de chez moi, là, à Grand-Remous, à Denholm, est-ce qu'ils vont vraiment avoir accès à des services s'ils choisissent de rester à domicile?

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Je ne peux pas dire que j'ai une familiarité avec les enjeux régionaux de ces questions-là, mais j'ai l'impression qu'à peu près tout le monde s'entend que ça ne peut pas se faire du jour au lendemain.

Ça ne peut être que quelque chose de progressif, ne serait-ce qu'à cause des ressources professionnelles. Et on aura beau, bon, aller chercher d'autres types d'intervenants, les gens des EESAD, tout ça, c'est clair que, simplement du point de vue médical, du point de vue infirmier, tout ça, il y a des manques qui vont ne pouvoir que se combler graduellement. Donc, nous, ce qu'on demande, c'est qu'il y ait une prudence, certainement, pour ne pas revivre justement ce qui a été mentionné par rapport au virage ambulatoire, qui était une réforme probablement nécessaire mais qui a eu des impacts parce que justement il n'y a pas eu la contrepartie externe, et donc ça reposait davantage sur les familles.

Donc, c'est cette dynamique-là qu'on veut éviter. C'est plus par intuition, mais je dirais que ça ne peut être qu'une dynamique progressive où il y a vraiment beaucoup d'évaluation, qui n'a pas d'impact néfaste, là, dans cette expansion-là, qu'on est capables de faire la job, autrement dit, pour les patients, parce que sinon ça peut être un cul-de-sac aussi, là.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Gatineau, il vous reste une minute pour... Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** En fait, j'aimerais dire que, dans toutes les régions, il y a probablement des entreprises d'économie sociale en nombre très inégal, probablement que, dans le Grand Nord, il n'y en a presque pas, mais, dans toutes les régions, il y a des CLSC. Ça, c'est le message qu'on peut donner, c'est qu'en développant les CLSC probablement qu'il y a des soins à domicile qui vont se développer aussi dans toutes les régions.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme la députée d'Arthabaska, du deuxième groupe d'opposition, pour une période de 4 min 30 s.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Bien, ce que vous venez de dire, «dans toutes les régions, des CLSC», c'est en rapport avec votre point à la page 6, l'individualisation. Si je reprends la phrase, c'est : «Il place le patient, une fois évalué et son allocation définie, devant des fournisseurs de soins hétérogènes au sein d'un marché où il pourra magasiner parmi les prestataires habilités à fournir les services.»

Vous avez peur que ce soit inégal, si je comprends bien votre crainte, là, exprimée, mais la plupart des intervenants qui sont venus nous dire ici qu'il y avait des disparités entre chaque agence, entre chaque CLSC et entre chaque... et souvent dans un même territoire, deux CLSC, dans un même territoire, voisins... Il y avait des différences dans les allocations de services, dans les évaluations puis dans les clientèles. Donc, les CLSC sont tous constitués en vertu de la même loi, ils utilisent tous le même mode d'évaluation, puis ça fait des différences, de toute façon. Moi, je me demande si on ne pourrait pas faire plus confiance à la personne qui choisit les soins pour aller choisir le prestataire de services qui lui convient plutôt que de... rendre tout ça homogène — je vais prendre un mot plus facile — rendre tout ça homogène et que ça ne fonctionne pas, là, de faire du mur-à-mur.

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

**M. Vadeboncoeur (Alain) :** Je pense qu'il n'y a pas de réponse «noir ou blanc», à cette question-là, totale, là.

Ce qui est clair, c'est que, si, dans des organismes publics, il y a déjà beaucoup de disparités, je présume qu'il peut y en avoir encore plus en des organismes qui sont encore plus disparates, là.

Ceci dit, l'autre question que je me pose, c'est : Est-ce qu'une personne fragile, en perte d'autonomie, est en mesure justement de... je ne sais pas comment dire ça, magasiner, ou de choisir, ou d'essayer des trucs comme ça? Ma perception des personnes âgées rendues là, c'est que, bon, la continuité est tellement importante, je ne pense pas qu'elles sont en position non plus, elles n'ont pas de rapport de force par rapport à des gens ou des organisations. Le service devient extrêmement important, d'autant plus vers ces personnes-là. Ceci dit, ce n'est sûrement pas noir ou blanc, là. On comprend que, si on a un choix de personnes qui peuvent nous aider, on va en trouver des fois des meilleures, des fois des moins bonnes.

Est-ce que c'est le meilleur choix de construire le système comme ça? C'est là-dessus qu'on a des réserves importantes. C'est dans ce sens-là.

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

**Mme Roy (Arthabaska) :** C'est comme vous dites, on voit le verre à moitié plein ou à moitié vide. Bien, moi, je pense aussi que le fait de pouvoir choisir le service que l'on veut, ça crée, on va dire, compétition, mais plutôt peut-être prime à une... Si on peut choisir, il y a une prime à rendre un service efficace parce que sinon le prestataire de services ne donnera plus de services. Puis, si la personne qui n'est pas en perte cognitive, là, on s'entend, est capable d'avoir l'autonomie de dire : J'aime mieux une femme, un homme, une personne de mon village, une personne que je ne connais pas, pour des soins intimes, admettons, il me semble, ça fait aussi partie de son autonomie que de pouvoir choisir qui lui donne ces services.

**Le Président (M. Bergman) :** Dr Vadeboncoeur? Dre Kayal.

**Mme Kayal (Dounia) :** Oui. Je comprends ce que vous voulez dire. Mais ça n'empêche pas que, dans les CLSC, il puisse y avoir une flexibilité dans les services aussi. Si, par exemple, il y a une personne qui n'est pas appropriée, qui ne s'entend pas bien avec le patient, on peut toujours changer. Ce n'est pas non plus une règle d'or, là, que, s'il y a une personne qui vient chez le patient... que ça doit être la même personne qui reste. Donc là, on a aussi le choix à travers le système public.

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

**Mme Roy (Arthabaska) :** De mon expérience de députée, pour avoir rencontré plusieurs personnes qui viennent nous voir, les systèmes de santé sont tellement gros que c'est difficile, je peux vous dire, d'avoir cette souplesse-là. Mon expérience de députée date d'une dizaine d'années, puis on a travaillé avec... j'ai travaillé avec quatre CLSC différents sur les territoires de mes deux comtés, et puis l'expérience m'amène à penser que c'est très lourd, c'est très lourd de discuter avec eux autres. C'est peut-être même plus facile de discuter avec des prestataires ou des groupes communautaires.

**Le Président (M. Bergman) :** Dre Kayal, pour une très courte réponse.

**Mme Kayal (Dounia) :** Oui. Non. Mais en fait je comprends ce que vous voulez dire. Les entreprises d'économie sociale, je ne pense pas qu'elles ont la possibilité non plus de permettre une continuité de soins qui fasse en sorte que le patient soit satisfait si jamais ça change tout le temps. Donc, je ne sais pas comment on peut dire que la personne est complètement autonome, satisfaite alors qu'il y a plusieurs personnes qui viennent chez vous, alors qu'avec le CLSC ça serait une seule personne, ça serait vraiment très direct, et elle aurait le choix aussi de négocier avec cette personne-là si jamais il y a quelque chose qui ne va pas, comme on le voit aussi dans les CLSC où il y a des situations où ça ne marche pas bien.

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

Dr Vadeboncoeur, Dre Kayal, merci pour votre présentation, merci d'être ici avec nous aujourd'hui et partager votre expertise.

Et je demande aux gens de la confédération des organisations des personnes handicapées du Québec pour prendre place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

*(Suspension de la séance à 12 h 29)*

*(Reprise à 12 h 32)*

**Le Président (M. Bergman) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, on souhaite la bienvenue à la confédération des organisations de personnes handicapées du Québec. Bienvenue. Pour fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms, de vos titres. Et vous avez 10 minutes pour faire une présentation. Alors, le micro, c'est à vous.

#### **Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)**

**M. Lavigne (Richard) :** Merci, M. le Président, merci de nous recevoir encore une fois. Bien là, moi, je me présente, je suis Richard Lavigne, je suis le directeur de la COPHAN, la Confédération des organismes des personnes handicapées du Québec.

**Mme Vézina (Véronique) :** Bonjour. Véronique Vézina, présidente de la COPHAN.

**M. Lavigne (Richard) :** La dernière fois qu'on s'est vus, messieurs dames de la commission, on a parlé de mourir dans la dignité. Aujourd'hui, on va parler de vivre dans la dignité, parce qu'il semblerait que le livre blanc nous propose

un certain nombre de choses pour... nous, on considère que c'est des choses qui devraient être améliorées de façon à permettre, à assurer l'autonomie et la dignité des personnes.

Bon, comme vous savez, la COPHAN, c'est un organisme provincial qui regroupe 55 regroupements de personnes et d'associations de personnes qui ont l'ensemble des limitations fonctionnelles. La mission de la COPHAN, c'est de rendre le Québec inclusif. La COPHAN ne peut pas faire ça toute seule. Mais notre mission, c'est d'essayer de contribuer à ce que le Québec soit inclusif afin d'assurer une pleine participation sociale des personnes qui ont des limitations fonctionnelles et de leurs proches. Ce qu'on va vous dire durant les 10 prochaines minutes, je crois que vous l'avez déjà entendu ou que vous le réentendrez encore en certains éléments, la preuve qu'il y a des consensus quand même qui existent dans nos milieux. Je parle notamment du milieu des personnes qui sont en situation de handicap et, à certains égards, avec d'autres communautés, notamment nos aînés.

La COPHAN et le milieu des personnes qui ont des limitations fonctionnelles, on travaille depuis plus de 30 ans, et c'est assez intéressant de voir ce qui s'est passé notamment en 1984, lorsqu'on a travaillé sur une politique gouvernementale qui s'appelle À part... égale. Je vais vous en lire un petit bout, de ce qui était dans cette politique-là. On parle d'il y a 30 ans. L'objectif principal, c'était «d'assurer, dans les faits, des politiques nationales jusqu'au quotidien de chacun et de chacune, [des] conditions véritables de l'exercice des droits de la personne pour les personnes [ayant des limitations fonctionnelles], sans discrimination». La section sur le soutien à domicile, on y précise que — et vous allez voir qu'on est encore à date, hein — «l'accès aux services de [soutien] à domicile pour toutes les personnes qui les requièrent dépend d'un choix politique — ça, c'est toujours le cas. Ce secteur doit être perçu comme un des domaines prioritaires de développement. [...] Il ne suffit pas de permettre à une personne de demeurer dans son domicile; il faut aussi lui permettre de participer aux activités de sa communauté en adaptant les moyens de cette participation.»

Tout comme vous, on lit toutes sortes de rapports, hein, que ce soient le Protecteur du citoyen, le Vérificateur général, le Commissaire à la santé, et d'autres... santé et au bien-être, et on remarque, d'année en année... et il n'y a pas juste la COPHAN qui se répète, ceux-là aussi. Ils se répètent, ces gens-là, en questionnant un certain nombre de problématiques notamment sur les services de soutien à domicile. Et, lorsque nous, à la COPHAN, on parle avec nos membres, on se rend compte que ces rapports-là souvent sont en deçà de la réalité, c'est-à-dire que, sur le terrain, pour toutes sortes de raisons, ça ne va pas si bien que ça, même que ça va même très mal. On parle de services de soutien à domicile. C'est quand même quelque chose de très fondamental pour les personnes.

Alors, nous, à la COPHAN, on a préparé un certain nombre d'orientations et de recommandations, et notre présidente va vous les lire rapidement. Et je profite de l'occasion pour vous remercier de nous accommoder, compte tenu que des fois on lit moins vite que les autres, donc peut-être de nous accommoder quelques minutes pour pouvoir permettre à notre présidente de terminer la présentation.

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

**M. Lavigne (Richard) :** Merci, M. le Président.

**Mme Vézina (Véronique) :** Merci. Bien, tout d'abord, avant de vous présenter les recommandations, simplement vous mentionner que, la façon dont on a procédé pour arriver à ces recommandations-là, on est partis de neuf principes qu'on avait adoptés en 2012, lorsqu'on a fait des travaux sur la compensation des coûts liés aux limitations fonctionnelles. Ces neuf principes-là ont guidé notre réflexion sur la réforme qui est proposée pour les services de soutien à domicile. On ne vous citera pas les neuf principes. Peut-être, le principal qui a été utilisé dans notre réflexion, c'était de réduire de façon significative les conséquences physiques, financières et sociales liées aux déficiences, aux incapacités et aux situations de handicap.

La première recommandation et, je dirais, la principale de nos sept recommandations est de prendre le temps d'impliquer l'ensemble des acteurs québécois dans la réforme des services de soutien à domicile par la création d'un groupe de travail national, incluant notamment les représentants du milieu d'action communautaire autonome des personnes ayant des limitations fonctionnelles et leurs familles. Donc, les sous-recommandations sont de suspendre les travaux actuels avant d'aller de l'avant et d'adopter un projet de loi, de constituer une instance, on l'a dit, pour laquelle on suggère les quatre mandats suivants : de construire une analyse commune de la situation; de proposer des actions à court terme pour améliorer les services de soutien à domicile; de réfléchir à la gamme de services en soutien à domicile; de proposer, d'ici juin 2015, un ensemble de recommandations concernant notamment le mode d'organisation des services, la couverture des services, les mesures transitoires, la formation du personnel et les modalités de suivi.

Notre deuxième recommandation est d'assurer l'accès et la gratuité des services de soutien à domicile à toutes les personnes ayant des limitations fonctionnelles, sans égard à la nature ou à la cause de la déficience ou de l'incapacité, à l'âge, au revenu ou au lieu de résidence. Comme sous-recommandation, on dit aussi qu'il faut que cette gratuité et cet accès de services là se fassent et que la personne puisse choisir le mode de prestation qu'elle veut. Ça veut aussi dire d'inclure les jeunes de 18 ans et moins dans les personnes admissibles aux services et de valoriser et reconnaître la contribution des proches en leur accordant une compensation financière.

Notre troisième recommandation : bonifier l'Outil d'évaluation multiclientèle afin qu'il supporte la mise en oeuvre de volets complémentaires aux services existants ou la création de nouveaux services au sein du réseau de la santé et des services sociaux et des autres réseaux. Les sous-recommandations sont donc de développer un outil d'évaluation complémentaire à l'OEMC, au SMAF, tenant compte de l'ensemble des besoins de la personne; d'assurer une utilisation uniformisée des outils et la réévaluation des besoins, lorsque nécessaire; d'assurer une formation initiale et continue des intervenants sur l'ensemble de ces outils puis d'appliquer l'obligation d'impliquer les personnes et leurs proches dans l'élaboration de leurs plans de services.

Notre quatrième recommandation : s'assurer que l'organisation des services de soutien à domicile mette les personnes au centre des préoccupations en permettant un choix libre et éclairé et en assurant l'équité, la qualité, l'efficacité et la simplicité.

• (12 h 40) •

On recommande donc que les services supportant le soutien à domicile soient développés en s'assurant d'améliorer de manière significative les conditions salariales de l'ensemble du personnel offrant des services de soutien à domicile, par exemple, en adoptant un décret inspiré de celui du Décret sur le personnel d'entretien des édifices publics; de réunir une instance nationale sur le chèque emploi-services; de développer les différents modes de prestation de services au sein de chaque réseau local de services dans le respect des réalités régionales; de concerter les différents prestataires de services afin que les différents modes de prestation de services s'adaptent aux besoins des personnes, et non l'inverse; de former le personnel de chaque mode de prestation de services en incluant les personnes ayant des limitations fonctionnelles et leurs groupes communautaires dans l'élaboration, la dispensation et l'évaluation des formations; puis de créer des instances régionales pour la qualité des services de soutien à domicile.

Notre cinquième recommandation : s'assurer que celles et ceux qui sont payés pour gérer le système assument la responsabilité en cas de mauvaise gestion. On recommande de faire en sorte que la procédure d'examen des plaintes soit un mécanisme clair, simple et efficace qui facilite les recours puis de suspendre l'application d'une décision, lorsqu'une plainte est déposée, avant que le processus ne soit terminé.

La sixième recommandation : préserver l'autonomie des organismes d'action communautaire autonome et assurer leur financement à la mission globale, donc de respecter l'autonomie des organismes, de financer les organismes d'action communautaire à la mission globale, et non par entente de service, en incluant la couverture des besoins liés aux limitations fonctionnelles.

La dernière recommandation, c'est d'assurer le financement des services de soutien à domicile par le biais des impôts, des taxes des particuliers et des entreprises et des revenus des sociétés d'État.

Pour terminer — ça résume un petit peu ce qu'on disait dans nos recommandations — au fil des années, la COPHAN a indiqué aux différents gouvernements la nécessité de services de soutien à domicile axés sur la participation sociale des personnes ayant des limitations fonctionnelles. La création d'une assurance autonomie représente une excellente opportunité pour enfin réaliser ce projet ambitieux d'une véritable société inclusive, tel que le proposait la politique À part entière... À part... égale, excusez, qui a été adoptée en 1984. Pour y arriver, le Québec doit prendre le temps de parvenir à un consensus fort pour une réforme d'aussi grande envergure. Tous les efforts financiers et organisationnels ne suffiront pas à atteindre les objectifs voulus sans la concertation à laquelle la COPHAN invite le gouvernement et les autres acteurs concernés.

En ce sens, la COPHAN est disponible pour l'identification des enjeux à aborder et des pistes de solution à mettre en oeuvre autant à court terme pour éteindre les feux qu'à moyen terme pour un système assurant l'autonomie de toutes et de tous. Merci.

**Le Président (M. Bergman) :** Merci pour votre présentation, Mme Vézina, M. Lavigne. Alors, maintenant, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

**M. Hébert :** Merci beaucoup, Mme Vézina, M. Lavigne, de votre présentation. Ce n'est pas la première fois qu'on se rencontre, ce n'est sûrement pas la dernière sur ce projet-là.

Et je vais peut-être commencer par la fin en vous réitérant que le financement sera à partir de l'impôt, comme vous le souhaitez. Je l'ai réaffirmé ce matin à l'Assemblée nationale et donc je peux vous rassurer là-dessus. Votre recommandation six, vous devez être contents de l'annonce, qu'on a faite hier, de 54 millions de plus pour les organismes communautaires, pour le financement de la mission globale. Ça ne s'était jamais vu depuis les 20 dernières années. Et nous avons donc répondu à l'appel des organismes communautaires pour rehausser le financement à la mission globale.

Évidemment, écoutez, la première recommandation que vous faites, d'arrêter les travaux en cours, je ne la reçois pas. Je pense qu'il y a urgence, il y a urgence surtout dans le secteur personnes âgées. Vous ne le percevez pas peut-être de façon aussi aiguë, de pouvoir redonner aux personnes une liberté et une autonomie dans les décisions, qui est absolument importante et que vous avez gagnée au fil des années au niveau des personnes handicapées mais qui est complètement absente pour les personnes âgées. Alors, il y a urgence, et nous allons donc continuer à faire ces travaux-là. Nous avons même prévu une implantation progressive de l'assurance autonomie pour que les personnes avec déficience physique et intellectuelle... il y ait une implantation en 2015 et en 2016.

Alors, si je comprends bien, contrairement à d'autres groupes qui sont venus ici et nous ont dit : Non, nous voudrions que les personnes handicapées aussi soient... puissent avoir accès à l'assurance autonomie dès l'implantation, vous, vous nous dites : Il faut retarder cette implantation-là. Est-ce que je comprends bien que ce serait votre souhait que les personnes handicapées ne fassent pas l'objet de la couverture de l'assurance autonomie, dans un premier temps?

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

**M. Lavigne (Richard) :** Merci, M. le Président. Écoutez, une petite réaction. Puis notre présidente, qui est quand même notre spécialiste dans le soutien à domicile... Vous pardonneriez ma généralité dans ce dossier-là.

Pour ce qui est de retarder, puis nous, on demande de suspendre les travaux, tout ça, ce n'était pas pour le plaisir de revendiquer ça qu'on l'a écrit, c'est qu'on veut bien que les choses soient bien préparées.

Et, pour ce qui est des personnes qui ont des limitations fonctionnelles, parmi lesquelles il y a de plus en plus de personnes qui composent nos aînés, nous, on pense qu'il faut bien... tant qu'à refaire, il faut prendre le temps de

bien refaire. Parce que vous nous disiez, M. le ministre, tantôt que, oui, les personnes handicapées, elles ont obtenu le libre choix avec le chèque emploi-services, et tout ça. Une fois qu'on a dit ça, il y a énormément de problèmes. Puis, pour avoir un... pour choisir, il faut avoir un véritable choix. Je vous dirais que, dans certains territoires, le choix n'existe pas. C'est entre le chèque emploi-services ou entre... C'est souvent le chèque emploi-services ou rien. Alors, ça, ce n'est pas un choix pour nous, ça. Alors, nous, on propose de faire une réflexion pour s'assurer d'une complémentarité, que les ressources soient bien formées, soient bien rémunérées. En tout cas, je ne referai pas toutes les recommandations, mais nous, on pense que c'est tellement important que je crois qu'il y a urgence, mais il y a urgence de prendre son temps, d'une certaine manière, de bien faire les choses. Je ne dis pas que les choses vont être mal faites, mais, si on les fait rapidement, on a plus de chances d'échapper.

Ceci étant dit, vous prenez vos décisions. Les organismes communautaires, oui, on est contents. Hier, j'ai participé à cette annonce de la solidarité, là, et, oui, c'est très important que le gouvernement continue, développe son soutien aux organismes communautaires. Nous, ce qu'on dit, dans le fond, c'est qu'il faudra faire attention. La nuance entre le financement à la mission globale et des fameuses ententes de service, il faudra être très prudent. Je pense, M. le ministre, on en a déjà parlé. À un moment donné, quelqu'un qui accepte un contrat, bien, dans le contrat, il y a des obligations, notamment qu'on arrête de se faire dire que, si c'est un groupe communautaire, ou une entreprise d'économie sociale, ou le secteur privé qui donne un service... qu'il n'y a pas de mécanisme de plainte parce que ce n'est pas celui du CSSS. En tout cas, on se le fait faire, le coup : Ah, mais c'est communautaire, ils sont autonomes, arrangez-vous. Puis on sait très bien que, même lorsqu'il y a des mécanismes de plainte officiels dans la loi sur la santé, ce n'est pas évident.

Le dernier commentaire sur votre premier commentaire, c'est la gratuité. Rien n'est gratuit dans ce bas monde. Moi, quand j'ai ma paie, je me rends compte que rien n'est gratuit à toutes les deux semaines. C'est correct. Nous, ce qu'on dit, c'est que... Puis ça, M. le ministre, j'aimerais ça à un moment donné qu'on ait une réponse parce qu'il y a effectivement, dans votre livre blanc, cette fameuse possibilité de contribution... en tout cas, tarification, contribution ou je ne sais plus. En tout cas, ça va coûter quelque chose. Est-ce qu'on va peut-être finir par savoir, là — j'imagine qu'un jour vous allez l'annoncer — qu'est-ce qu'on entend par «les personnes qui ont les moyens»? Parce que, les personnes que nous, on représente, effectivement il y en a beaucoup qui sont très pauvres, il y en a beaucoup qui sont très, très pauvres, puis il y a beaucoup qui sont pauvres, puis il y en a beaucoup que c'est classe moyenne faible. Les personnes handicapées millionnaires, il n'y en a pas gros. On en voudrait plus, mais il n'y en a pas.

Alors, quand qu'on dit «les contributions», est-ce qu'il va y avoir un seuil? Et, ce seuil-là, on ne le connaît pas. On ne le connaît pas pour des raisons que je ne connais pas, mais est-ce que vous seriez... Est-ce que, dans vos réflexions, M. le... Est-ce que le ministre, dans sa réflexion, M. le Président, a commencé à réfléchir? Quel est ce fameux seuil? Et ça va être pour quels types de service? Puis, quand on parle... juste pour terminer, lorsqu'on parle d'étudier, c'est qu'actuellement, pour toutes sortes de raisons, l'ensemble des besoins de soutien à domicile ne sont pas prévus parce que l'évaluation est, je dirais, parfois différente et parfois, je dirais, même assez souvent, incomplète, notamment sur toute la question de la participation sociale.

Alors, j'avais une question, M. le Président, pour le ministre. Dans le fond, c'est : Y a-tu un chiffre quelque part en termes de contribution, à partir de quoi? Puis comment ça va marcher? Parce que, là, nous, on ne le sait pas. On comprend qu'on n'en veut pas, de contribution, mais, s'il y en avait une, comment le ministre voit ça? À partir de quel salaire, de quel revenu annuel de la famille? Puis, dans ces revenus-là, est-ce qu'on va tenir compte des dépenses qu'on assume pour limitations fonctionnelles? Tu sais, c'est toutes des questions qui restent en suspens.

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

• (12 h 50) •

**M. Hébert :** Comme je vous l'ai déjà dit, M. Lavigne, nous réitérons, et d'ailleurs c'est écrit noir sur blanc dans le livre blanc, le positionnement du livre *A part... égale*, où la gratuité des services publics est assurée. Et je pense que je vous le réitère.

Mais, concernant l'urgence, là, moi, j'entends, là, des personnes handicapées, là, actuellement qui sont obligées de s'en aller en CHSLD parce qu'on ne peut pas augmenter le nombre d'heures de service. Et moi, je trouve ça déplorable, là, personnellement. Et l'assurance autonomie vise à régler ce problème-là. Les gens vont avoir une allocation qui va leur permettre soit d'aller en CHSLD ou de rester à domicile, et ça, ça permet aux gens de pouvoir avoir les services à domicile. Actuellement, là, lorsqu'il y a un plafonnement de l'offre de services du CSSS, la seule solution, c'est d'aller en CHSLD. Mais moi, je trouve ça déplorable. Et je pense qu'il faut renverser ça. Il faut redonner aux gens un véritable choix, comme vous le dites, là. Et je vois une certaine urgence aussi pour les personnes handicapées plus jeunes et je ne comprends pas que vous disiez : Il faut attendre, il faut réfléchir, il faut mettre en place un groupe de travail.

Il y a urgence, là, il faut faire de quoi pour ces gens-là qui sont obligés de s'en aller en CHSLD, là, actuellement.

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

**M. Lavigne (Richard) :** M. le Président, moi, je veux bien croire le ministre. Puis effectivement il y a des situations inacceptables, là, on en a tous vu, connu, mais en quoi il faut attendre l'assurance autonomie pour régler la question dont vous parlez, là, le nombre d'heures?

Écoutez, là, nous, on vous l'a dit, M. le ministre, que, s'il y a une assurance autonomie, parce que, pour nous, c'est une bonne nouvelle, parce qu'on pense que c'est le moment de régler des problèmes... Pourquoi on demande de bien réfléchir? Justement, c'est parce qu'on ne veut pas que les choses s'implantent tant que les gens ne sont pas prêts. Est-ce que le réseau va tout être prêt, les groupes vont tous être prêts le 1er avril 2014 à tout faire entrer ça? Je ne suis pas convaincu.

Alors, pour nous, l'objectif, c'est l'amélioration des services, la mise en place de conditions gagnantes pour notre indépendance, notre autonomie comme personnes. Et je crois que, si le ministre nous garantit que tout va être réglé le 1er avril 2014, que tous les intervenants pivots, les grilles d'évaluation vont être complétées par des évaluations sur la participation sociale, si tous les types de prestataires vont être réorganisés de manière à avoir des bons salaires, de bonnes formations, je dis oui tout de suite. Je ne consulte même pas la COPHAN, mes patrons.

Si tout est prêt, on dit oui. Mais on n'est pas sûrs, M. le ministre, que ça va être prêt. On n'est pas sûrs. C'est ça.

**M. Hébert :** M. Lavigne, on va vous rassurer. D'ailleurs, l'association québécoise des établissements qui est venue devant nous nous dit qu'ils sont prêts et qu'ils voient l'urgence d'agir de cette façon.

Je vous dis tout de suite que l'Outil d'évaluation multiclientèle intégrera un outil de participation sociale et une évaluation des besoins des proches aidants. Alors, c'est déjà dans le collimateur. Ils sont en train de compléter l'informatisation actuellement de ces deux composantes-là supplémentaires. Alors, c'est une autre recommandation que nous entérinons. Vous savez, il y a un momentum, hein? Quand il y a un momentum, il faut profiter du momentum pour être capables de faire les changements dont le Québec a besoin.

Je voudrais aussi, comme l'a souligné le Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap, hier, vous dire que le chèque emploi-services est là pour rester. Le chèque emploi-services, avec des modalités qui assurent la qualité de la formation et la qualité de l'intervention des personnes qui le reçoivent, est là pour rester. Et j'ai très bien accueilli les banques de ressources hier qui ont dit qu'ils étaient prêts à agir, à faire ce genre de fonction d'assurance qualité, de recrutement et même de gestion pour certaines personnes qui ont de la difficulté. Je pense que c'est un modèle intéressant, et on va le retenir comme une des modalités, et je tiens à vous rassurer là-dessus.

Quand vous nous parlez d'une recommandation sur... Quand vous nous parlez de l'autonomie des personnes, l'autonomie décisionnelle, c'est vraiment en plein dans la lignée de l'assurance autonomie, dans les valeurs de l'assurance autonomie.

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

**M. Lavigne (Richard) :** Bien, oui. Écoutez, je pense qu'on s'entend tous sur les principes, sur les grands enjeux. Le problème, c'est : Comment on va vérifier que le fait d'implanter une assurance autonomie va régler les problèmes? Nous, c'est ça, la question. Ce n'est pas parce qu'on rebrasse des choses, nécessairement, que tout se règle comme par enchantement.

Moi, je vous crois, M. le ministre. À nos niveaux, ici, aujourd'hui, je pense qu'on s'entend tous. Mais il y a un paquet de monde en arrière qui doivent s'ajuster : les personnes qui utilisent les services, les personnes qui donnent, les organisations qui les gèrent, et on arrive au mois de novembre, là, bientôt et on n'a pas vu le projet de loi encore. J'imagine qu'on va voir ça rapidement, parce que, là, ça a l'air qu'on va travailler au lieu d'aller voter. C'est merveilleux, O.K.? Mais nous, on vous dit que c'est la meilleure opportunité qu'on a pour profiter de la chose, pour les régler. Le chèque emploi-services, oui, il est là pour rester, mais j'espère qu'il ne restera pas comme qu'il est là, hein, dans le sens où les personnes qui donnent des services doivent avoir de la formation, des conditions de travail dignes de ce nom. On ne parle pas d'aller donner une bière à quelqu'un sur un coin de table, là, hein, on parle de services souvent assez spécifiques, hein?

Puis les entreprises d'économie sociale ont développé beaucoup l'aide domestique, mais est-ce qu'on va être capable de s'assurer que ces entreprises-là vont être capables de rattraper la balle? Vous dites qu'il y en a un certain nombre qui le font déjà, vous dites, la moitié ou 40 %. Je ne suis pas convaincu que c'est aussi important que ça, mais, bon, vous le savez mieux que moi. Mais, nous, ce qu'on entend, c'est qu'il y a des difficultés même pour l'aide domestique.

Alors, je comprends tout ça, là. Mais nous, on espère — admettons que vous décidez de procéder rapidement — qu'on va être capables, dans le processus, de travailler pour corriger les choses quand même, tiens.

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

**M. Hébert :** ...sur le chèque emploi-services, là. Vous l'avez évoqué, là. Quelles sont les mesures qui devraient être mises en place pour améliorer le chèque emploi-services?

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

**M. Lavigne (Richard) :** Je vais laisser Mme Vézina, là, parce qu'on rentre dans le pointu un peu, puis je compléterai après.

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

**Mme Vézina (Véronique) :** En fait, il y a plusieurs améliorations qui devraient être faites.

Il y a d'abord la question de la formation de ces employés-là. Souvent, les formations qui sont offertes sont standardisées. Et actuellement les formations qui sont offertes à ces gens-là fonctionnent de la façon dont on fonctionne, exemple, dans un hôpital ou dans un établissement du réseau de la santé pour donner les services, alors que les installations à domicile sont tout à fait différentes.

Donc, je crois qu'il y a une formation qui est nécessaire, mais une formation qui doit être développée pour s'adapter aux besoins variés des personnes, qui vivent à domicile, et aux installations qui peuvent être différentes mais aussi

qui tient compte de la volonté des personnes parce que souvent les formations qu'on donne amènent une certaine rigidité dans la façon dont on donne les services, et il y a certaines personnes à qui ça peut amener différents problèmes ou différentes difficultés. Donc, il y a une formation à développer qui doit être similaire mais avec certaines variantes pour les personnes qui donnent des soins à domicile et qui ne sont pas des gens qui sont régis par le réseau de la santé. Il y a aussi toutes les conditions de travail de ces personnes-là. On sait qu'actuellement le salaire est très bas, ce qui rend difficile le recrutement. Il y a beaucoup de... je dirais, d'autres éléments, comme les déplacements, certains accès à des... la vaccination. Si les personnes veulent aller se former, elles ne sont pas payées. Il y a différentes difficultés qui sont liées à ça et qu'on devrait améliorer.

Ensuite, il y a toute la question, je dirais, de la relation entre l'employé et l'employeur. Souvent, la personne qui vient donner le service ne considère pas la personne qui reçoit le service comme son employeur. Donc, de bien cerner, autant chez les travailleurs que chez les personnes qui engagent ces personnes-là, la relation employé-employeur.

**Le Président (M. Bergman) :** Merci. M. Lavigne.

**M. Lavigne (Richard) :** ...la question de la protection en cas de maladie aussi, M. le Président. Il y a des blessures, hein? Quand on donne de ce genre de services là, il y a un risque de blessures, il y a un risque d'attraper des... ou de transmettre des difficultés, là, des maladies ou je ne sais pas trop, là.

Alors, c'est pour ça que nous, on dit : Oui, mais il faut qu'on travaille là-dessus. Comment on peut faire ça? On me dit, moi, que, même dans le réseau de la santé, là où c'est plus, entre parenthèses, parce que je le mets entre parenthèses, payant, fermez la parenthèse, on a de la misère à recruter puis à garder des préposés pour le maintien à domicile parce que ce n'est pas évident. Ça fait qu'imaginez-vous dans le réseau du chèque emploi-services, et je ne vous parle même pas des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, là. On réfère à des choses... Et je crois, M. le ministre, que... ce que je comprends, c'est que vous êtes ouvert à regarder ça. Est-ce que je comprends bien?

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

**M. Hébert :** D'ailleurs, dans l'annonce du pilier de solidarité, hier, il y a eu une mesure concrète, là, pour faire en sorte que ces travailleurs d'organismes communautaires ou d'entreprises d'économie sociale ou ces travailleurs autonomes dans le cadre du chèque emploi-services puissent avoir accès à des régimes d'assurance invalidité, d'assurance maladie, des régimes de retraite. Alors, il y a une disposition, là, qui précisément s'adresse à cet élément-là de votre présentation.

Ma dernière question, avant de passer la parole à mes collègues. Vous nous recommandez d'inclure les jeunes de 18 ans et moins aussi dans les personnes admissibles dans le cadre de l'assurance autonomie. J'aimerais ça vous entendre. Il me semble que c'est une problématique qui est assez différente, les gens de 18 et moins. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

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

• (13 heures) •

**M. Lavigne (Richard) :** Je vais commencer, puis Mme Vézina va sûrement compléter.

Écoutez, nous, ce qu'on considère, c'est que la personne ne devient pas autonome le jour de ses 18 ans comme tel. L'autonomie, c'est comme la responsabilisation, ça se prépare. Il vient un moment où, à 16, 17 ans, pour obtenir des services d'aide à domicile, peut-être que la jeune fille ne veut pas que ce soit son père qui lui donne son bain ou... Tu sais, il y a des choses qu'on... Il y a des liens à faire avec l'institution famille, mais en même temps il y a des distinctions à faire.

Il y a des responsabilités, je dirais, régulières d'une famille envers les enfants, les enfants envers les parents. Mais, lorsqu'on arrive dans les responsabilités liées aux limitations fonctionnelles, il faut être très prudent pour ne pas créer ou susciter la création de distorsions dans les relations dites normales entre un père et sa fille ou entre une mère et son fils ou... en tout cas, faites les croisements, là. Et nous, on dit qu'il y a des besoins qui pourraient... Il faudrait voir, avec les autres programmes, une complémentarité et faire bien la distinction du dossier famille versus le dossier de la personne. On parle d'une assurance autonomie. Et moi, j'ai dit à la fille de ma conjointe qu'elle ne devient pas raisonnable et autonome le matin de ses 18 ans, c'est quelque chose qui commence avant. Puis nous, on pense que de l'exclure de l'assurance autonomie, ça risque de créer des difficultés, comme il faut s'assurer aussi que l'assurance autonomie a des frontières claires pour tout le monde, notamment pour les programmes des techniques, les... On n'en a pas parlé, des aménagements de domicile, versus l'adaptation de domicile.

Il y a plein de choses qu'on n'a pas fini de discuter, M. le ministre, puis on en a discuté avec vous un peu. Puis on voit les choses arriver puis on ne sait pas exactement où ça part, où ça arrête, qui prend le relais. Parce que la personne... Et ça, je pense que nos prédécesseurs l'ont bien dit : À un moment donné, on requiert des services dans une continuité. Un bout de service, c'est l'assurance autonomie. L'autre, ça ne l'est pas. Je sais bien que pour l'utilisateur, à un moment donné, ça peut devenir... et pour les gens qui organisent des services, ça peut être un exercice, on va dire, stimulant et intéressant de faire la part des choses.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps du gouvernement s'est écoulé. Pour l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Bien, c'est dommage que quelqu'un soit parti, parce que le message que je veux faire... On a rencontré l'AQESSS.

Et puis je veux apporter un correctif : l'AQESSS n'a pas dit qu'ils étaient si prêts que ça. D'ailleurs, la principale inquiétude de l'AQESSS, c'était tout simplement qu'eux autres vont devoir faire le choix dans les services qui vont être donnés, parce qu'ils voient très bien — ils ont dû faire une analyse financière — qu'ils n'auront pas les moyens de tout donner. Et ils ont dit au ministre que c'est important de clarifier parce qu'ils ne s'attendaient pas à tout donner. Ça, ça a été le message qui a été très clair. Et c'est d'ailleurs le principal message qu'on a reçu de l'AQESSS, où tout le monde est d'accord avec les grands principes, sauf qu'ils voient bien que la mise en application va être très difficile.

Merci, M. le Président. C'était juste un commentaire que je voulais faire. Je vais laisser la parole à ma collègue.

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

**M. Lavigne (Richard) :** Bien, est-ce que...

**Une voix :** Non.

**M. Lavigne (Richard) :** O.K. Je voulais juste dire que M. Bolduc... M. le député de Jean-Talon, pardon, soulève des choses qui nous inquiètent énormément.

Et moi, là, personnellement, j'ai lu des mémoires des uns puis des autres. C'est tellement drôle, M. le Président, de voir comment les gens, les autres veulent garder leurs billes dans tout ça, hein : Ah, oui, les autres, c'est correct, mais, nous, ça va bien. Ah, les autres, nous autres, tu sais... Je m'excuse de le dire comme ça. Mais j'en ai lu quelques-uns, et c'était : Les billes des uns, il faut qu'elles soient protégées; les billes des autres, on ne le sait pas trop. Mais les billes des personnes... nous, on est ici pour parler des billes des personnes. Et les billes des personnes, c'est leurs projets et leurs habitudes de vie. Puis, à un moment donné, on peut-u réviser nos façons de faire?

Ça ne marche pas. Il y a des plaintes, il y a des insatisfactions, il y a des problèmes. Et, nous, ce qu'on dit, c'est que l'assurance autonomie en elle-même, si on ne change pas les autres choses, ça ne changera pas les résultats. C'est juste ça qu'on dit. On ne veut pas retarder pour retarder, là.

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

**M. Lavigne (Richard) :** Puis le service de soutien à domicile, là, ce n'est pas d'hier qu'il y a de défis, hein, c'est depuis le début. Il ne faut pas penser que les problèmes sont arrivés hier non plus, là.

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

**Mme Vallée :** M. Lavigne, Mme Vézina, je suis bien heureuse de vous entendre encore une fois. Vous faites partie des habitués de nos commissions parlementaires, et puis votre franc-parler nous fait du bien.

C'est important d'entendre ce que vous avez à dire puis surtout d'apprendre, de savoir ce qui se passe sur le terrain parce qu'un projet aussi important que l'assurance autonomie... Puis, vous l'avez tellement bien dit, lorsque vous dites : Nous, on se préoccupe de nos billes, des billes des usagers, des billes des patients, c'est à ça qu'on doit penser. On ne doit pas penser aux intérêts des associations et d'un et l'autre, on doit penser à l'intérêt du citoyen. Et puis l'assurance autonomie... On a beaucoup, beaucoup parlé de l'assurance autonomie pour les aînés, mais les personnes handicapées, les gens que vous représentez, que votre association représente, font partie du grand livre, puis c'est important d'entendre ce que vous avez à dire.

Puis, moi, tout à l'heure, quand le ministre dit : Je vous entends, mais en fait je ne vous écoute pas, là, moi, j'ai mon idée puis je m'en vais là, moi, ça m'interpelle puis ça me déçoit, parce que vous avez soulevé des questions. On n'a pas répondu à ces questions-là. On n'y répond pas, à ces questions-là, à savoir le seuil pour la contribution qui sera peut-être demandée. Quel est le seuil? Vous avez mis le doigt sur la problématique. Les personnes que vous représentez, certains ont un revenu... puis je ne le sais pas, vous pourrez peut-être m'indiquer le revenu moyen de vos membres, mais j'imagine que ce n'est pas très élevé. Mais je suis persuadée que ces gens-là, dans le quotidien, assument déjà des frais que quelqu'un qui n'a pas une incapacité puis qui a le même revenu n'assume pas. Puis on doit en tenir compte aussi, de tout ça.

J'aimerais ça vous entendre sur cette réalité-là, parce que, si le ministre n'est pas intéressé, je suis persuadée que ses collègues ici sont intéressés à l'entendre.

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

**M. Lavigne (Richard) :** Merci, M. le Président. Moi, je présume que le ministre est intéressé, mais qu'il n'a pas le temps de nous écouter aujourd'hui.

Comme dirait l'autre, moi, je prends pour acquis qu'on essaie tous de bien faire. On ne fait pas toutes les choses de la même façon et on ne les fait pas toutes au même rythme. Et, nous, c'est pour ça qu'on demande de réfléchir. Vous l'avez dit, Mme la députée de Gatineau, le matin, quand on se réveille, on a des dépenses que vous n'avez pas. À un moment donné, on nous donne des évaluations, au service de soins à domicile, mais l'évaluation est basée non pas sur les besoins globaux, mais elle est basée sur la volonté ou la capacité, soi-disant, de payer de l'État. Alors, tu as besoin de 20 heures, mais je suis obligé de t'en donner 15. Il y a des intervenants. On nous a dit que les professionnels étaient des professionnels, oui, mais les professionnels ont des patrons. Puis, dans le Québec, c'est encore les boss qui mènent, en tout cas de temps en temps. Puis, quand le boss, il dit : Je n'ai plus d'argent pour payer des heures, bien l'autre, elle va

s'arranger pour donner moins d'heures parce qu'ils veulent, c'est vrai, avoir des rapports qui sont respectés, écoutez. Puis c'est humain, on ne veut pas... Ce qu'on condamne, nous, c'est de dire : On répond aux besoins. Les besoins ne sont même pas, bien souvent, évalués. Ça fait que les personnes qui ont besoin de plus paient de leurs poches. Si les personnes qui veulent garder leurs préposés, Mme la députée, M. le Président, Mme Tout-le-monde ici... M. et Mme Tout-le-monde... il y en a qui sont obligés de payer plus cher pour ne pas perdre leurs préposés. Ça fait que tu as le choix entre manger puis avoir un bain.

Puis la dernière chose que je voulais dire là-dessus, c'est que la COPHAN, nous, on représente des personnes, qui ont des limitations fonctionnelles, de tout âge, et les personnes qui ont besoin de soutien à domicile, peu importe leur âge, c'est parce qu'elles ont des incapacités, madame, messieurs, ce n'est pas pour le fun, O.K.? Et une dernière phrase : Pour le revenu moyen, je vous dirais que je n'ai pas le chiffre, mais c'est excessivement moyen, comme vous dites, très, très bas. La majorité des personnes qui ont des limitations fonctionnelles vivent, sinon proche... en dessous du seuil de pauvreté au Québec. Il y a des statistiques éloquentes là-dessus. Puis, quand on nous dit : Oui, mais justement les personnes ne sont tellement pas riches qu'elles ne paieront pas, ils paient déjà pour des affaires, qu'est-ce qu'il faut faire... qu'elles ne paieront plus si on ne veut pas revoir les évaluations, si on ne veut pas revoir l'organisation des services? Puis, pour ceux qui gagnent des petits salaires, parce qu'il y en a un paquet, c'est quoi, le salaire minimum, pour qu'on commence à être obligé de payer?

Je la pose encore, la question, on n'a pas de réponse. Je ne sais pas si quelqu'un a une réponse. Peut-être que quelqu'un du côté gouvernemental a une réponse à nous donner. Mais, quand on dit : Contribution pour ceux qui ont les moyens, bien c'est quoi, le moyen? C'est quoi, le chiffre, aujourd'hui? C'est-u à partir de 13 000 \$, 20 000 \$ par année? Hein, c'est comme la taxe santé, on ne le sait pas, on ne sait rien.

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

**M. Villeneuve :** Merci, M. le Président. Bonjour, M. Lavigne. André Villeneuve, député de Berthier. Je m'excuse de prendre un peu de temps sur le temps de l'opposition. Juste vous dire que, si le ministre est sorti, c'est parce qu'il avait une urgence.

**M. Lavigne (Richard) :** Il nous l'a dit, oui.

**M. Villeneuve :** Mais soyez assuré...

**Le Président (M. Bergman) :** Ce n'est pas, M. le député...

**M. Villeneuve :** ...qu'il va prendre connaissance des transcriptions, M. Lavigne. Voilà.

**Le Président (M. Bergman) :** M. le député de Berthier, ce n'est pas un élément de...

**Une voix :** ...

**M. Villeneuve :** Pardon?

**Le Président (M. Bergman) :** Ce n'est pas un élément pour soulever... Mme la députée de Gatineau.

• (13 h 10) •

**Mme Vallée :** Je suis désolée pour ça, M. Lavigne. J'aimerais revenir, j'avais des questions. J'ai des questions sérieuses, si le gouvernement n'en a pas, la question de l'évaluation des besoins. Vous avez soulevé quelque chose qui était préoccupant, c'est-à-dire que bien des personnes qui ont des limitations fonctionnelles ont accès à un nombre d'heures qui n'est pas toujours représentatif du nombre d'heures dont elles auraient réellement besoin au quotidien, d'une part.

Vous avez aussi fait état de quelque chose qui est troublant — j'avais posé la question hier — au fait que, pour pouvoir avoir des services via, par exemple, le chèque emploi-services, il y a bien des gens qui doivent soit couper sur le nombre d'heures qui leur est réellement accordé pour compenser, par exemple, pour le transport, pour compenser pour bien d'autres choses ou, comme vous l'avez mentionné, donner une contrepartie financière parce que le chèque emploi-services n'est pas suffisant pour attirer du personnel qualifié puis du personnel intéressé à offrir des services.

Puis je voudrais vous entendre là-dessus parce que, pour moi, c'est important. Si on est pour mettre en place une assurance autonomie dans moins de six mois, il faut savoir, il faut connaître la réalité du terrain puis il faut trouver des façons de régler ces problématiques-là une fois pour toutes.

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

**M. Lavigne (Richard) :** M. le Président, oui. Bien, pour répondre rapidement, c'est que vous savez que... ce que Mme notre présidente vous a dit tantôt, c'est que c'est toute la relation entre la personne qui a une limitation et la personne qui lui rend un service. Normalement, en tout cas dans certaines entreprises, c'est les patrons qui disent : Tu vas faire ça, tu vas venir à telle heure, tu vas faire ça, ça, ça.

Mais là il y a une relation d'interdépendance, on parle de soins à la personne. Alors, le préposé qui peut... On l'a tous entendu, il y a des préposés qui disent : Si tu veux que je vienne, tu vas payer mon transport, tu vas payer mon

heure de transport. Si tu chiales, je ne viendrai plus. Si tu veux que je vienne quatre heures, il faut que tu m'en paies cinq. Ils sont assis tous les deux tout seuls dans la maison. L'autre, il est comme un peu, entre parenthèses, mal pris, là. Le rapport de force, il n'est pas fort, fort, là, pour la personne, là. Alors, ça, il faut faire attention. Je crois qu'il y en a que ça va très bien aussi.

Pour ce qui est de l'évaluation, dans l'évaluation, ils... non, ils te demandent si tu as des proches. Si tu as des proches, là il fera partie de la réponse à tes services, hein? Ton conjoint, ou tes enfants, ou tes voisins, si tu dis que tu en as autour de toi, ne crains pas, ils vont rentrer ça dans les heures de service, ce qu'ils peuvent faire. Mais, le proche, lui, ça lui tente-tu de... hein? Mais il est calculé, il est calculé comme étant une ressource disponible. Puis, les besoins, bien, comme je vous dis, si on a des grilles d'évaluation, on ne dit pas qu'elles ne sont pas bonnes, on dit qu'elles ne sont pas complètes. Il faut faire attention, parce qu'il y a quelqu'un qui nous a accusés de dire que leurs grilles n'étaient pas bonnes. Elles ne sont pas complètes, on va dire, puis elles ne sont pas administrées de la même façon d'un intervenant à l'autre. Chacun y va de sa petite estimation personnello-professionnello je ne sais pas quoi. Ça fait qu'à un moment donné ça repose sur des évaluations incomplètes sur la base de directives, parce qu'il existe des directives, là. Cette année, on va... cette semaine, on n'a pas d'heure à donner, ça fait que, quand vous évaluez des gens, bien soyez conscients que ce qui est important, c'est que j'ai un bloc d'heures à donner, puis je ne peux pas le dépasser. Alors, à un moment donné, on ne pourra pas transférer les problèmes dans une caisse, ou dans une assurance, ou dans je ne sais pas quoi puis penser que tout va se régler juste parce qu'on le transfère.

On nous annonce des investissements, bravo, mais rappelons-nous qu'on n'est pas les chefs de file au Québec en termes d'investissement per capita dans le maintien à domicile, hein, on est plutôt à l'autre bout de la file, et ça, ça fait des siècles qu'on en parle.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, il vous reste six minutes.

**Mme Blais :** Mme Vézina, M. Lavigne, ça me fait plaisir de vous voir.

J'aimerais tout d'abord faire une mise au point : ce n'est pas une question ici, je crois, de parti politique, c'est vraiment un projet de société. Et, toute la question de ce virage de l'assurance autonomie, on va l'implanter pas pour un an, mais pour les années à venir. Alors, c'est très important, les questions qu'on pose, puis la réflexion aussi. Puis je vous remercie de prendre le temps de venir très souvent. J'aimerais vous mentionner que vous avez tellement raison quand vous dites que c'est difficile d'obtenir les heures pour les personnes en situation de handicap pour rester à la maison. Il y avait cette histoire de jeune fille qui a dû être hébergée en CHSLD parce qu'on a évalué son nombre d'heures pour rester à la maison puis qu'on n'était pas capable de lui donner. Ça vient d'arriver il y a à peine quelques mois. Et cette jeune personne dans la trentaine a dû déménager contre son gré dans un CHSLD. Alors, ça commence, je pense, par être en mesure de combler ces besoins-là qui sont les besoins de faire en sorte qu'elle puisse rester à la maison si elle le souhaite. En plus, pour les personnes en situation de handicap, je le mentionne souvent, mais je veux le rementionner, ça prend aussi l'aménagement, ça prend l'aménagement du logement. Si on n'est pas capable d'avoir un environnement adéquat pour vivre dans son domicile, on n'est pas capable d'avoir cette autonomie. Cette autonomie, qu'on appelle ici le mot «liberté», il faut que l'environnement soit fait en conséquence, et il y a coût autour de ça aussi.

Puis je voudrais vous entendre autour de ces deux notions : il faut que les heures pour les personnes en situation de handicap soient présentes pour ne pas que vous ayez à aller en CHSLD puis il faut que l'aménagement de votre environnement soit également fonctionnel.

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

**M. Lavigne (Richard) :** M. le Président, bien ce que Mme la députée vient de dire, c'est la preuve qu'on devrait arrêter de marcher avec des règles de programmes. En haut de telle heure, là... Je ne sais pas pourquoi, il y a quelqu'un qui a décidé que, un tel nombre d'heures, tu t'en vas au CHSLD. C'est quoi, l'affaire? C'est quoi, le problème, là? D'où ça sort, cette règle-là?

C'est des règles de personnes qui ont une autre analyse que la nôtre. Nous, on dit : On a des besoins, on a des droits, on veut être libres et indépendants, autonomes, appelez ça comme vous voulez. Les règles d'adaptation puis d'aménagement de domicile, c'est la même chose. Ça prend des années avant d'avoir des services, puis après ça ils disent : Bien là, il faut le mettre en CHSLD, il coûte trop cher. Bien oui, mais payer le nombre d'heures, payer les aménagements à domicile... on est pris avec contraintes de programmes, qui n'ont rien à voir avec la personne. C'est des formulaires, c'est des règles, c'est des... Puis nous, on dit : Profitons de cette réflexion pour régler. Je ne dis pas qu'on réglerait tout, mais on peut-u en régler un bout? Il y en a des milliers, de personnes handicapées qui ont des limitations fonctionnelles qui n'ont pas d'affaire dans les CHSLD. Y a-tu quelqu'un qui calcule comment ça coûte, ça, pour rien?

On pourrait-u prendre cet argent-là pour faire du soutien à domicile puis de l'adaptation de domicile avec? Y a-tu quelqu'un quelque part qui peut y penser?

Puis, Mme la Présidente, ma présidente veut compléter.

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

**Mme Vézina (Véronique) :** Tantôt, quand on a demandé de reporter la réflexion pour, dans le fond, une entrée en vigueur en 2016... Parce que ce qu'on voulait, c'est que le comité prenne le temps de statuer sur certains aspects.

Il pourrait y avoir une entrée en vigueur en 2016. Ça n'empêchait pas qu'il y avait des choses qui pouvaient être réglées avant. Et, tant qu'à nous, la question d'envoyer des gens en CHSLD à cause qu'elles ont besoin de cinq heures de plus que ce que le programme permet par semaine, c'est quelque chose qui peut être réglé avant. On calcule encore le nombre d'heures de service à 45 000 \$ par année. Une personne en CHSLD coûte 90 000 \$ par année. Pourquoi on ne change pas juste le plafond et on n'alloue pas un nombre d'heures plus important aux personnes? C'est quelque chose qu'on peut travailler rapidement. On n'a pas besoin d'attendre l'entrée en vigueur de l'assurance autonomie pour pouvoir régler ce problème-là. Puis, les gens qui sont en CHSLD, il faut aussi leur trouver un endroit pour aller demeurer. Ce n'est pas des gens qui vont pouvoir prendre le logement tout de suite à côté, rentrer là, puis on dit : On vous donne 60 heures de service. Donc, il y a des structures à mettre en place, il y a des choses qu'on peut régler d'ici là, et on a besoin de faire une réflexion complète. Les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, ce n'est pas juste d'avoir un bain ou d'avoir quelqu'un qui va aller leur préparer à souper qu'ils ont besoin, ils ont besoin d'accompagnement, ils ont besoin de certains services de stimulation, qui ne leur est pas donné actuellement.

Est-ce qu'on peut prendre le temps de réfléchir à tout ça avant d'aller plus loin? On ne dit pas qu'on n'en veut pas, on dit que la réflexion doit être complétée et mettre, en attendant, des choses en place pour éviter, entre autres, de mettre des gens en CHSLD.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne, il vous reste une minute seulement pour un commentaire.

**Mme Blais :** Oui, mon commentaire est le suivant : Quand on a eu à mettre en place la politique Vieillir et vivre ensemble — Chez soi, dans sa communauté, au Québec, je suis allée visiter un beau projet, à Québec, qui s'appelle Chez soi, où il y avait comme trois édifices : un pour les personnes... un pour les familles; l'autre pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles; et d'autres pour des personnes âgées puis ressources intermédiaires, avec une aire commune. Et j'ai rencontré une personne en mobilité réduite qui m'a dit : Vous savez, Mme Blais, si on n'avait pas aménagé mon appartement, je serais aujourd'hui en CHSLD; et aujourd'hui je suis la présidente du comité des usagers... du conseil d'administration, là, plutôt, de la résidence et je suis extrêmement active et autonome.

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

**Mme Blais :** Et je me suis dit : C'est beau, c'est comme ça que ça devrait se passer, et c'est ça, le vivre-ensemble, le partage-ensemble et, pour moi, la véritable autonomie.

Et merci beaucoup d'être venus nous rencontrer, vous enrichissez nos discussions.

**Le Président (M. Bergman) :** Alors, ceci met fin au bloc de l'opposition officielle.

• (13 h 20) •

**M. Lavigne (Richard) :** ...une dernière phrase à vous dire. On vient souvent à l'Assemblée nationale, on vient, on consulte, on... Je vais vous le dire, là, il y a, par bouts, là, qu'on sent que vous nous entendez, mais c'est très difficile de contribuer.

Il faut qu'on accepte de changer les choses. Arrêtez de nous adapter aux machines, adaptez vos machines à nous autres. Et je dis : Nous autres, tous les citoyens, là, toutes les Québécoises et les Québécois, on est en droit d'avoir des services à la mesure de nos besoins. Requestionnons nos réseaux, questionnons les choses. Et ça, si vous ne le faites pas, bien on va toujours jaser. Merci.

**Le Président (M. Bergman) :** Maintenant, pour le deuxième groupe d'opposition, Mme la députée d'Arthabaska, pour un bloc de 4 min 30 s.

**Mme Roy (Arthabaska) :** J'ai senti un peu de découragement dans votre dernière remarque.

Mais je dois vous dire que je dis souvent à mes enfants — au début, ils ne savaient pas la réponse, maintenant ils le savent : Est-ce que c'est le rocher ou l'eau qui est le plus fort? La première fois, ils m'ont dit «le rocher». Mais c'est l'eau, parce qu'à force de frapper toujours au même endroit elle finit par percer le rocher. Ça fait que vous allez peut-être finir par vous faire entendre, mais c'est à venir ici que vous allez le percer, le rocher, sinon vous ne ferez pas évoluer les choses. Puis je vous remercie de venir puis je vous remercie de votre persévérance. On peut dire de vous que vous n'êtes pas une personne qui parlez pour ne rien dire.

Et j'ai vu, dans les recommandations, quelque chose qui m'a un peu étonnée. Vous avez marqué qu'il fallait «assurer l'accès et la gratuité des services de soutien à domicile sans égard [...] à la cause de la déficience». Est-ce qu'il y a des inégalités en raison d'une déficience ou une autre? Ça m'a étonnée.

**Mme Vézina (Véronique) :** Quand on parle de cause de déficience, souvent c'est... il y a des gens qui ont une déficience de naissance, il y en a qui l'ont acquise suite à un accident, des suites d'une maladie, peu importe. Donc, c'est pour ça qu'on dit qu'il peut y avoir une différence, parce qu'une personne qui a, exemple, une déficience de naissance par rapport à une personne que c'est suite à un accident de voiture, bien il y a une iniquité, je dirais, dans les traitements puis les services qui lui sont donnés.

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

**Mme Roy (Arthabaska) :** Bon. Ça, vous m'éclairez. Maintenant, quelque chose que je n'ai jamais vu, là, «s'assurer que celles et ceux qui sont payés pour gérer le système [...] assument la responsabilité en cas de mauvaise gestion». On a vu des horreurs, depuis des années, dans le système de santé.

Comment vous verriez ça? Quel mécanisme vous proposez pour la reddition de comptes puis les...

**M. Lavigne (Richard) :** M. le Président...

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

**M. Lavigne (Richard) :** M. le Président, moi, je sais qu'à la COPHAN je suis directeur puis, si je fais une mauvaise job, je sais ce qu'ils vont faire. Savez-vous qu'est-ce qu'ils vont faire? Ils vont me... dehors. Il y a toutes sortes de manières d'avoir des réactions quand quelqu'un ne fait pas la job. Je ne dis pas qu'il faut les mettre dehors, mais il faut que les gens soient imputables pas juste pour le fun. Il y a des mécanismes qui pourraient être mis en place. Je sais que ce n'est pas dans la culture, hein? La culture, au Québec, on comprend, ah oui, il faut comprendre : Pauvre petit, il y a un contexte. On comprend ceux qui donnent les services, mais on comprend rarement ceux qui n'en reçoivent pas, hein?

Et donc il y a un mécanisme. Je ne l'ai pas, la réponse, mais, à un moment donné, il faut que les gens soient imputables pour le vrai. Puis, pour le rocher puis l'eau, madame, faites-vous-en pas, madame, de l'eau, ça fait longtemps qu'on en verse. La roche est dure, mais on va finir par l'avoir, vous avez raison. C'est juste qu'il y a des journées où je trouve ça plus dur que d'autres. Puis ce que je fais ce matin, c'est que je... peut-être que ça ne se fait pas, mais je fais juste vous dire qu'à un moment donné il y a des journées où on pense que... je ne veux pas parler des sourds, mais des dialogues de sourds, à un moment donné... Parler avec un sourd, il comprend. Quand on lui parle en langage des signes, on comprend.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Ce que vous dites, c'est qu'on vous écoute, mais on ne vous entend pas.

**M. Lavigne (Richard) :** Je ne dis pas ça. Vous entendez, mais des fois il y en a qui écoutent moins, disons.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Oui, puis vous faites bien de le dire.

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

**Mme Roy (Arthabaska) :** Mais vous faites bien de le dire, parce qu'il n'y a rien qui va... Il faut commencer par faire une critique pour provoquer le changement.

**M. Lavigne (Richard) :** ...mais je l'ai dit quand même.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Puis amener des solutions comme vous faites aussi, ça provoque le changement.

On est ici pour ça. Si tout allait bien dans le meilleur des mondes, là, on n'aurait pas à faire une commission, on n'aurait pas à faire un livre blanc, on s'occuperait d'autre chose. Mais c'est pour ça qu'on est ici. Puis, si vous nous amenez des recommandations comme celles-là, je pense qu'il y a le mérite d'être évalué, et je vous remercie de votre prestation.

**Le Président (M. Bergman) :** Merci. Alors, M. Lavigne, Mme Vézina, merci pour votre présentation, merci d'être ici avec nous et partager votre expertise, et certainement vous êtes écoutés, et on vous entend.

Et, collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, cet après-midi. Vous pouvez laisser vos documents dans la salle, la salle sera fermée.

*(Suspension de la séance à 13 h 24)*

*(Reprise à 15 h 1)*

**Le Président (M. Bergman) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Collègues, la commission reprend ses travaux.

Nous allons poursuivre, sans plus tarder, les consultations particulières et auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*.

Alors, on souhaite la bienvenue à la Fédération de la santé et des services sociaux. Bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, pouvez-vous donner à nous vos noms, vos titres? Et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation. Alors, le micro, c'est à vous, monsieur.

#### **Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN (FSSS-CSN)**

**M. Begley (Jeff) :** Merci beaucoup. Donc, moi, je m'appelle Jeff Begley, je suis président de la Fédération de la santé et des services sociaux à la CSN. À ma gauche, il y a Philippe Crevier, qui est conseiller syndical, ainsi qu'Hubert Forcier, qui est aussi conseiller syndical chez nous.

M. le Président, M. le ministre, messieurs mesdames, membres de la commission, on vous remercie, dans un premier temps, de nous recevoir. Notre objectif, c'est de vous faire une lecture à partir du terrain, le monde qui travaille

sur le terrain. À la Fédération de la santé et des services sociaux, nous représentons 130 000 membres, la plupart dans le secteur public, mais il y a 20 000... qui travaillent aussi dans le secteur privé, y compris les soins à domicile, y compris les centres d'hébergement privés.

Lors de notre dernier congrès, en 2012, nous avons eu le plaisir d'avoir un invité de marque pour parler justement de la question des soins à domicile puis de la condition des personnes âgées. Après qu'on a fait l'essentiel de notre rapport, j'ai pris, en fin de semaine, la peine de revenir sur... sortir les enregistrements pour vraiment voir est-ce qu'on est sur une bonne track, est-ce qu'on est sur de bonnes pistes dans ce que nous vous livrons. Donc, ça me faisait plaisir de constater avec l'expert en question que... un professeur, qu'il avait effectivement sur l'état du réseau et ce que nous, nous livrons ici... On a convenu exactement c'est quoi, l'état actuel du réseau. D'ailleurs, lorsqu'on avait invité le professeur en question, on ne savait pas à ce moment-là qu'il allait devenir le prochain ministre de la Santé et des Services sociaux. Mais n'empêche que, lorsqu'on est allés plus loin dans l'autre, le monde, la façon qu'ils ont reçu la présentation... sur l'état, on en convient, tout le monde, tout le monde l'a reconnu. Sur la question de la nécessité de finances publiques, notamment dans les soins à domicile, il y avait quelques intervenants qui sont intervenus après la présentation pour dire : C'est de la musique à nos oreilles que finalement il y a quelqu'un qui se préoccupe d'avoir du financement public. Mais, lors de la période d'échange et de questions, il y avait une préoccupation qui revenait souvent, c'était la question de la prestation, que, là, on trouvait que, dans la présentation du ministre, qui n'était pas ministre à ce moment-là... qu'il manquait la préoccupation de la prestation publique.

Et je vais vous dire que l'ensemble des intervenants, puis autant du public que du privé, même s'ils étaient contents de la direction que semblaient prendre la forme, les idées qui étaient mises sur la table, les préoccupations quotidiennes revenaient rapidement. Et, que ça soit dans le privé, que ça soit dans le public, nos membres, ce qu'ils nous disent, c'est qu'avec toute la bonne volonté du monde nous n'avons pas les moyens pour livrer les services.

D'ailleurs, nous constatons que la volonté est là — et on a juste à regarder les statistiques d'assurance salaire chez nous — que souvent le monde livre des qualités de services au-delà de ce qu'on leur donne comme moyens, même au détriment de leur propre santé, et moi, je pense qu'il faut... Puis, je pourrais comprendre, dans un premier temps, à la limite, la commission dira : Oui, mais on n'est pas ici pour regarder les conditions de travail, on est ici pour regarder l'état des services et les besoins de services des personnes âgées. Nous partageons ça à 100 milles à l'heure, c'est la préoccupation numéro un de nos membres. Mais il me semble que nous ne pouvons pas dissocier complètement... et dire que ce n'est pas notre préoccupation, les conditions. Et je parle notamment des moyens pour offrir les services. On ne peut pas juste faire abstraction, lorsqu'on travaille avec les personnes âgées qui se retrouvent en perte d'autonomie... mais on arrive à des situations où le monde est très fragile. Et il y a un sérieux problème en termes d'application des services. À l'heure actuelle, lorsqu'on regarde les travailleuses sociales, les professionnels qui coordonnent l'ensemble des travaux, ce qu'ils nous disent de façon sans cesse, c'est qu'on est tellement débordés par la bureaucratie de notre travail, par la justification des choses qui se font que les préoccupations et l'interaction avec la personne âgée, c'est très limité. Non seulement ça devient frustrant, mais ça fait en sorte qu'il y a une démotivation au bout de l'exercice. Lorsqu'on parle avec les auxiliaires de santé qui travaillent à faire, à offrir des soins, des services à domicile... Dans un premier temps, d'ailleurs, il y a eu un témoignage, qu'on parle dans notre mémoire, une fille qui fait ça depuis 1992, qui dit : Écoutez, là, moi, quand j'ai embarqué, j'ai fait mon certificat de gérontologie, moi, j'étais emballée, c'était quelque chose de futur, avec les affaires démographiques, et ça me tentait, mais ça me tente toujours, mais de plus en plus on est contraintes. Ah, vous dites : Là, là, vous allez faire une hygiène dans une heure. Plus que ça, c'est du blabla, c'est du gaspillage. Dans un premier temps, elle a dit : Tant que vous débarquez dans la maison, amenez une personne au bain, où, tu sais, ce n'est pas dans les mêmes conditions que vous et moi qui peut s'organiser, se déplacer facilement... Elle a dit : On fait le strict nécessaire, on ne peut pas laisser la personne toute nue quand même dans son bain. Puis, l'essentiel, mais on le perd, on fait le strict nécessaire pour les statistiques, pour dire qu'elle a été lavée.

Donc, avec tout ça... Et là maintenant nous avons aussi du monde qui travaille dans les EESAD, dans les centres d'hébergement privés, et c'est exactement le même message : Sans les moyens, on va faire le nécessaire, on va faire ce qui... le strict minimum, mais ça ne sera pas plus que ça.

Puis un dernier élément, c'est la question de coordonner tout ça. Moi, je pense qu'au niveau des services publics il faut arrêter, d'abord, de couper dans ce qui... les services de soins à domicile. Il faut garder quand même un minimum pour que, dans des cas où on est en attente de réponse des EESAD, dans des cas où la personne est dans un état fragile, puis qu'elle a besoin d'avoir rapidement une interaction, et que le CLSC, et le professionnel, qui gère l'ensemble de la situation a toutes les affaires nécessaires... Mais la meilleure place pour faire ça, c'est à l'équipe. Parce que, là, il y a des réunions régulières où on peut échanger puis dire : Bon, bien tel a besoin de ci, tel a besoin de ça, ça presse dans tel cas, parce que, si on ne répond pas, la situation va rapidement détériorer. Puis, imaginez, quand on peut faire une coordination avec des multiples intervenants qui sont... qui peuvent se... le privé à but lucratif, le privé sans but lucratif, le public, plusieurs, plusieurs intervenants...

Moi, je pense qu'il y a une préoccupation là, qu'il y a du monde qui vont avoir des besoins qui ne seront pas répondus assez rapidement. Et ça, ça nous préoccupe beaucoup, préoccupe beaucoup. Pardon. Je comprends, mon temps est pas mal terminé.

• (15 h 10) •

**Le Président (M. Bergman) :** Merci pour votre présentation, M. Begley. Alors, maintenant, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

**M. Hébert :** Bien, merci beaucoup, messieurs. Plaisir de vous revoir.

Vous admettez que le professeur devenu ministre est cohérent avec ce que vous avez dit. Et moi, je voudrais aborder une chose qu'on a discutée à de nombreuses reprises. Il y a actuellement, et vous le savez, des prestations de

services qui sont faites par les entreprises d'économie sociale, par les organismes communautaires, par les résidences privées d'hébergement. Ça existe déjà. Et ce que vous soulevez dans votre mémoire, c'est que ça devrait être seulement du public qui fait la prestation. Comment vous conciliez ça avec la présence actuellement d'autres prestataires qui sont actuellement là, là? Et ils sont présents, ils donnent des services.

Alors, lorsque vous nous dites : Il faudrait que ce soit juste de la prestation publique, vous voulez quoi? Qu'on nationalise tous les services aux personnes âgées? Que ça soit juste le public qui fasse ça? C'est votre point de vue?

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

**M. Begley (Jeff) :** Bien, nous, nous ne prétendons pas que ça doit être juste le public. Je ne sais pas, il faudra... Moi, il me semble qu'on avait regardé avec attention. Nous, jamais est-ce qu'on ne demande d'abolir ce qui se fait dans le privé, jamais, jamais, jamais.

**M. Hébert :** ...la CSN qui est venue, votre centrale, elle, c'était le message qu'elle nous donnait, là. Puis j'avais compris que vous aviez la même opinion.

**M. Begley (Jeff) :** En tout cas, moi, je pense... d'abord, nous sommes tout à fait d'accord avec la présentation de la centrale, en ses coordonnées. Ça, là-dessus, il n'y a aucun problème, mais... Puis, tu sais, mettre fin à la prestation qui se donne en privé demain matin, bien c'est un désastre. Il faut... Mais nous pensons par ailleurs que, nonobstant ça, il faut arrêter de couper dans le public, première étape.

Deuxième étape, on pense qu'il y a des éléments qui manquent dans le public. Puis on aura quelques suggestions au niveau du privé aussi parce qu'il y a la question de la formation, il y a la question des salaires. Puis, je répète, moi, je ne suis pas ici sur les conditions de travail de notre monde, on s'occupera ailleurs... Mais il y a un impact direct sur les services, parce que le taux de roulement chez nous, dans les centres d'hébergement privés, et c'est semblable dans les CHSLD, c'est aux quatre ans.

Former du monde puis avoir à reformer tout le monde, qui travaille dans le secteur, aux quatre ans, moi, il me semble que, là, il y a un questionnement à faire.

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

**M. Hébert :** Je suis heureux de vous entendre, là, parce qu'effectivement il y a une prestation privée à but lucratif ou à but non lucratif qui existe déjà.

Moi, j'aimerais ça vous entendre sur comment est-ce qu'on peut s'assurer de la qualité de ce qui est donné par ces prestataires publics là. Quels sont les mécanismes qu'on doit mettre en place pour assurer cette qualité-là? Parce que, comme vous le voyez dans le livre blanc, on veut essentiellement augmenter de façon importante le financement public, retrouver une gestion publique, parce qu'elle nous échappe, là. Les résidences privées, ça échappe à la gestion publique actuellement, et on veut retrouver la gestion publique, mais il faut s'assurer, en bons gestionnaires, de pouvoir assurer la qualité de ce qui est donné dans les organismes privés lucratifs ou non lucratifs.

J'aimerais ça vous entendre sur qu'est-ce qu'il faut mettre en place pour rehausser la qualité et s'assurer de cette qualité.

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais nous, nous sommes toujours à partir d'une position qu'on appelle le fameux consensus de 1996, où, là, il y avait quand même, avec l'économie sociale, le secteur public... en tout cas, le côté syndical du secteur public, où on avait regardé un certain nombre d'affaires. Puis soutenir les organismes d'économie sociale dans ce qui... la formation, c'est majeur, je répète. Puis il y a aussi la question salariale qu'il faut en tenir compte puis qu'il va falloir adresser tôt ou tard.

Je comprends, ce n'est pas la première chose, mais assez rapidement. Mais la formation, c'est central dans tout ça. D'ailleurs, je peux vous dire qu'au niveau des centres d'hébergement privés j'ai participé à la formation d'une mutuelle de formation pour les personnes qui travaillent en résidence privée. Ça prend beaucoup de temps pour mettre en place puis finalement la rendre... et ce n'est pas parce qu'il y a mauvaise volonté. Mais ça, c'est un point majeur. Mais il faut coordonner ça avec les intervenants. Puis, moi, il me semble qu'il faut resserrer le lien avec les intervenants pivots que je parlerais, qui aussi, eux autres... Parce que, lorsque vous êtes travailleuse sociale dans un CLSC, puis quelqu'un arrive pour les soins à domicile... Mais vous constatez où il y a des manques. Puis ce n'est pas nécessairement des manques parce que les personnes ne veulent pas, c'est parce qu'ils n'ont pas les ressources. Mais moi, je pense qu'il faut que cette personne pivot là à l'ensemble... pour qu'elle peut faire, avec les personnes qui travaillent sur le terrain, des recommandations pour améliorer ces situations-là.

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

**M. Hébert :** Vous soulevez des points sur la condition féminine dans votre mémoire, je suis tout à fait d'accord avec vous.

Actuellement, il y a beaucoup de femmes qui quittent leur emploi pour devenir des proches aidants, sans aucune forme de rémunération et de soutien social. On estime que ça coûte à l'économie québécoise 100 millions par

année, le fait que des femmes quittent le marché du travail pour devenir des proches aidants. Et l'un des objectifs de l'assurance autonomie, c'est justement de stopper ce phénomène et de permettre aux personnes en perte d'autonomie de recevoir des services, de faire en sorte que les femmes puissent continuer à être sur le marché du travail et même de pouvoir avoir des emplois intéressants pour les femmes qui ne sont pas sur le marché du travail et qui voudraient y retourner dans les entreprises d'économie sociale, dans les établissements du réseau.

Alors, l'un des objectifs de l'assurance autonomie, c'est justement de faire en sorte que les femmes ne soient pas confinées au rôle de proches aidants et qu'on puisse les maintenir ou les retourner sur le marché du travail.

**M. Begley (Jeff) :** Mais, moi, il me semble que ça fermerait la boucle. Il y a 20 ans maintenant, on a commencé avec les services de garde pour que justement les femmes pouvaient et y travailler, dans les services, mais aussi confier leurs enfants à un service de garde de qualité. Puis là il reste l'autre bout qui est justement nos parents. Moi, je l'ai vécu dernièrement, mon ami qui... son père qui était assez avancé dans l'âge, puis la possibilité d'avoir des services... ça a été un travail à demi-temps juste pour coordonner l'ensemble pour que les services rentrent dans la maison. Donc, moi, il me semble que, oui, c'est tout à fait, d'abord et avant tout évidemment, quelque chose pour justement permettre aux femmes... parce que, règle générale, ça reste ça quand même : en 2014, c'est les femmes qui livrent les choses, les services, que ça soit dans notre vie privée ou sur le plan de services.

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

• (15 h 20) •

**M. Crevier (Philippe) :** Par contre, un élément qui est un petit peu plus difficile eu égard à la question féminine, c'est le fait qu'actuellement les activités de la vie quotidienne sont dispensées par 5 200 ASSS qui sont un groupe qui est majoritairement féminin aussi. Et ce que le projet d'assurance autonomie propose, c'est de transférer ces activités-là dans le domaine de l'économie sociale, du moins en grande partie, parce que je pense qu'on a gardé que sur une base exceptionnelle ces services-là pourraient être dispensés par les établissements publics.

Puis, pour nous, là, il y a un problème en termes d'abord de qualité de services, de capacité de contrôler tout ça. Nous, on pense, comme le disait le président de la fédération, que ça peut entraîner une bureaucratie à travers un phénomène de contractualisation qui est déjà en cours beaucoup dans le domaine de l'hébergement. Puis on voit qu'il y a une qualité qui est assurée dans le contrat, mais est-ce qu'il y a quelqu'un pour s'assurer que la qualité effective est vraiment au rendez-vous? C'est autre chose. Et nous, on y voit justement quelque chose qui n'est pas de nature à améliorer de façon générale la question des emplois, notamment des emplois féminins. Puis un endroit où il y a de très bons emplois féminins qui pourraient être développés, bien c'est justement dans les services publics. Alors là, il y aurait moyen de faire d'une pierre deux coups : c'est d'avancer encore plus rapidement sur cette question-là et de s'assurer qu'en termes de qualité de services, bien, on ait de meilleurs verrous, ceci n'étant pas un absolu qui indiquerait que l'économie sociale n'a pas de rôle à jouer.

Bien au contraire, l'économie sociale, pour nous, a un rôle à jouer, mais, quand il est question de la... quand on est plus près de la question des soins, ce qui est le cas avec les AVQ, ce qui peut être le cas, certaines fois, avec les AVD pour des clientèles très particulières dans des contextes très spécifiques, bien là on pense que ça devrait être du personnel du secteur public qui donne ces services-là puis que c'est quelque chose qui fait avancer la cause des femmes, du même souffle.

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

**M. Hébert :** Vous utilisez le mot «transférer», là. Il n'est pas là, vous vérifiez. M. Lacharité l'a vérifié, et puis ce n'est pas marqué «transférer», là, tu sais.

On a un marché qui va augmenter de façon importante, et il y aura des prestataires publics, mais il y a de la place pour d'autres prestataires. Il y a 50 % des EESAD actuellement qui donnent des services d'aide à la vie quotidienne, là, ça existe déjà, là. Et ma préoccupation à moi, c'est : Comment est-ce qu'on peut assurer la qualité et la formation de ces personnels-là qui donnent des services? Quand vous dites : Il faudrait les exclure, ils sont déjà là. Et pourquoi pas? Pourquoi l'économie sociale ne pourrait pas donner des services de qualité aux activités de la vie quotidienne?

Vous en avez, des syndiqués, dans les entreprises d'économie sociale. Donnent-ils de mauvais services?

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

**M. Crevier (Philippe) :** Bien, nous, ce qu'on dit... Puis on a quand même écouté les dernières consultations. Effectivement, ce qu'on nous dit pour nous rassurer un peu là-dessus, c'est : On va augmenter la formation, on va essayer d'améliorer les conditions de travail.

Puis finalement la question qu'on peut se poser, c'est : Pourquoi ne pas tout simplement les intégrer au secteur public, ces gens-là qui effectivement, à l'heure actuelle, dispensent d'excellents services? Mais il faut bien reconnaître qu'actuellement la seule raison qui nous incite à les laisser dispenser des activités qui sont spécifiques aux soins, c'est parce que c'est moins cher. Alors, si on se dit : On va améliorer la condition de ces gens-là, pourquoi ne pas les faire dispenser les services via les services publics? Parce que, si on se dit : On monte la formation, on monte les conditions de salaire, finalement on est en train de se rapprocher d'un équivalent en termes de ce qu'on fait dans le secteur public.

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

**M. Hébert :** Pourquoi ne pas prendre cette voie-là, d'améliorer la formation, d'améliorer les conditions de travail dans ce secteur-là de façon à ce qu'il puisse y avoir un choix pour l'individu? C'est une question de choix. Ce n'est pas une question économique, comme vous semblez le dire, c'est une question de choix. Et il y a même des personnes handicapées qui, elles, veulent choisir le chèque emploi-services pour avoir cette autre option-là et il faut s'assurer que l'ensemble de ces services-là soient de qualité équivalente. Et moi, je pense qu'on doit travailler sur l'amélioration des conditions de travail, l'amélioration de la qualité des services dans ces autres modes de prestation là plutôt que de dire : Ils n'existent pas ou : Fermons-les puis ramenons ça complètement dans le public.

C'est ça, l'angle avec lequel on approche cette situation-là dans l'assurance autonomie, c'est de redonner aux gens un choix.

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

**M. Begley (Jeff) :** Peut-être deux petites choses avant de passer la parole à M. Forcier.

Première des choses, vous ne me ferez dire jamais que nos membres ne donnent pas une bonne qualité de service. Ils donnent la qualité de service à la hauteur des moyens qu'on leur fournit pour l'offrir, peu importe où ils travaillent. Ça, là... puis je l'ai vu. Le monde, ils mettent du cœur. Ceci dit, moi, je pense qu'il faut aussi... La question de libre choix, aucun problème avec ça, aucun. Mais il faut que ça soit un libre choix, dans le sens à dire que, dans bien des cas, là, le monde, ils prennent les services auxquels ils peuvent avoir accès, point. Puis, comme les services publics sont de moins en moins accessibles, bien... et souvent ils s'organisent avec des amis pour qu'un prenne la relève après les autres, là.

Donc, moi, aucun problème avec le libre choix. Quand quelqu'un a un voisin qui dit : Je pourrais, tu sais, avec le chèque emploi-services, s'organiser ou, avec une EESAD, je sais que, là... Ce n'est pas là, le problème. Mais, quand vient le moment de soins, la plupart des EESAD ne sont pas équipées pour les questions des soins. Je comprends qu'il y en a qui offrent un certain niveau, là. Mais je regarde juste le débat sur les changements au niveau de la loi n° 90 sur les médicaments, puis l'administration, puis tout ça, là, il y a beaucoup de centres d'hébergement privés, là, qui font des affaires qu'ils ne devraient pas faire, selon la loi, mais qu'il n'y a personne d'autre pour le faire. Moi, je pense qu'il y a bien des EESAD... c'est exactement la même chose.

Donc là, c'est qui qui offre les... C'est qui qui est équipé? À l'heure actuelle, là, c'est le monde qui fait les soins à domicile dans les CLSC. Eux autres, ils sont équipés pour faire ces services-là. Donc, pourquoi réinventer la roue? Si ça vous convient...

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

**M. Forcier (Hubert) :** Merci. Bien, pour poursuivre un peu là-dessus puis revenir sur la question qui était posée, à savoir : Est-ce que les usagers veulent en fait avoir plus de choix?, bien, sans doute. Mais ce que je crois qu'ils veulent le plus, c'est avoir des services de la meilleure qualité qui soit. Puis ça, nous, c'est une préoccupation qu'on a.

Nos membres ont cette préoccupation de donner les meilleurs services qui soient. Puis, en plus de ça, bien les études démontrent quand même qu'en termes de prestation de services la meilleure qualité qui soit, c'est quand elle est donnée par des services publics. Puis ça, c'est des études qui sont quand même... qui viennent d'une fois à l'autre revenir sur cette idée-là. Donc, pour nous, en termes de qualité de services, pourquoi ne pas aller vers meilleur, tout simplement? C'est la question qu'on se pose.

Puis, deuxièmement, bien de dire «en termes de coordination des services»... bien, pour nous, il est clair que c'est beaucoup plus simple d'assurer une bonne coordination des services puis de s'assurer que les usagers vont recevoir les services auxquels ils vont avoir droit d'avoir par le biais d'une équipe qui est tout intégrée dans les services publics. Si on multiplie les prestataires puis qu'on s'attend à ce que la qualité des services va être maintenue par des mécanismes de coordination, bien on se pose la question : À quel moment ça va être fait? On a des exemples, par exemple, dans l'hébergement, où ça pose problème. Il n'y a encore pas... la Protectrice du citoyen est venue le rappeler récemment, il n'y a encore pas d'évaluation qui est faite dans les ressources privées pour les personnes âgées.

Donc, à quel moment est-ce qu'on va être en mesure de faire ça si on s'en va vers cette ligne-là pour les services à domicile?

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

**M. Hébert :** Là, écoutez, l'assurance autonomie, c'est pour tout le monde, c'est-à-dire à domicile, en ressources intermédiaires ou en centre d'hébergement privé ou public.

Quand on dit : On va mettre en place des mécanismes d'accréditation de la qualité, là on parle de ça, là. Ce n'est pas juste les EESAD, c'est aussi les centres d'hébergement privés. Alors, l'assurance autonomie inclut le retour de la gestion publique des services à l'autonomie. On revient à une gestion publique, là, qui n'est pas là actuellement. Elle n'est pas là dans les centres d'hébergement privés, elle n'est pas là dans les résidences privées, elle n'est pas là dans les entreprises d'économie sociale. Il n'y a pas de gestion publique, là. Alors, on revient à une gestion publique. Le rôle de l'État, là, c'est de financer puis c'est de gérer. Est-ce que l'État doit faire toute la prestation? C'est là qu'on ne s'entend pas. Moi, je pense qu'il y a de la place pour plusieurs types de prestataires en autant qu'on s'assure de la qualité, et c'est là qu'on ne s'entend pas. Quand vous dites : Les études montrent que la qualité est meilleure dans le public, j'aimerais ça les voir, vos études, parce que le scientifique que je suis, là, n'a pas vu d'étude comme celles-là. Et au contraire moi, j'ai des études, comme ma collègue Gina Bravo au Centre de recherche sur le vieillissement, qui montrent que la prestation en centre d'hébergement privé, privé conventionné et public a la même qualité. Et j'aimerais ça voir vos études.

Il y a aussi des déficiences dans nos centres d'hébergement publics en termes de qualité. Il faut le reconnaître, là. Et j'aimerais ça que vous me convainquiez de ça. Que hors du public, point de qualité, moi, je pense que c'est une équation que je ne suis pas prêt à faire, en autant... Et on peut améliorer la qualité des deux côtés, mais il faut s'assurer que la qualité soit au rendez-vous dans les prestataires privés. Et ça, c'est le rôle de l'État.

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

• (15 h 30) •

**M. Begley (Jeff) :** Mais, première des choses, si vous me dites que le libre choix comprend le service d'aller chercher ces soins dans le secteur public, là, tu sais... je vais être rassuré si vous me dites ça, là, parce que moi, je n'ai pas compris ça ni du livre blanc ni de... Parce que moi, je... C'est surtout ça, le problème pour beaucoup de membres. Ils voudraient aller chercher les soins à domicile dans le secteur public puis ils ne sont pas disponibles.

**M. Hébert :** ...mieux que ça.

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

**M. Hébert :** L'assurance autonomie fait en sorte que le financement des établissements publics est lié à l'allocation d'autonomie des usagers qu'ils reçoivent.

Alors, ça veut dire que pour l'établissement public l'utilisateur n'est plus vu comme une dépense, il est vu comme un revenu. Alors, lorsque l'utilisateur choisit d'aller chercher ses soins dans le public, c'est un revenu pour l'établissement public. Il va avoir le revenu qui correspond à l'allocation de l'utilisateur. Même chose en CHSLD : les CHSLD vont être financés sur la base du profil d'incapacité de leurs usagers et non pas sur une base historique, comme c'est actuellement. Alors, on a vraiment... vous avez vraiment là, là... Vous pouvez être rassurés sur l'option publique qui demeure mais qui n'est pas la seule. Actuellement, les gens sont prisonniers de l'offre de services du public. Et on sait qu'en soins à domicile, là, on peut aller... Il y a certains CLSC qui offrent 6 % des besoins; d'autres, 33 % des besoins. Ça varie d'une région à l'autre. La Protectrice du citoyen l'a souligné d'ailleurs dans son dernier rapport.

Ce qu'on veut, c'est mettre fin à ces iniquités régionales là et faire en sorte que, peu importe où on se trouve, on a accès aux mêmes services. Et c'est un élément fondamental de l'assurance autonomie, je vous rassure là-dessus.

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais, c'est ça, moi, je pense qu'il faut... Tu sais, je répète, pour nous, il ne s'agit pas de... Nous ne sommes dans une situation où on va mettre les personnes, que... je répète, livrent avec beaucoup de cœur les services, les uns contre que les autres.

Ce n'est pas là, le problème. Le problème, c'est le manque de services puis beaucoup, beaucoup de monde qui chercheraient dans le public et qui vont au CLSC et que la travailleuse sociale dit : Écoutez, là, ici, là, oubliez ça, donc voici vos choix. Et là ils ont le libre choix de ce qui reste. Moi, je dis : Il faut mettre fin à ça, d'abord. Ensuite, pour le reste et sur la formation, on va être partie prenante comme on était partie prenante dans les centres d'hébergement privés, comme on était partie prenante dans les centres de la petite enfance, comme on est partie prenante dans le secteur public.

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

**M. Hébert :** L'implantation de l'assurance autonomie s'accompagne, avant même son implantation, d'un investissement majeur dans les soins à domicile, cette année, 110 millions, et on s'est engagés à 500 millions au cours d'un mandat normal de gouvernement. Il y a là de l'argent qui arrive, là, pour les services à domicile.

Est-ce que vous êtes d'accord avec ça? Vous avez une bouffée d'air frais, j'imagine, vous ne pouvez pas être contre.

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

**M. Begley (Jeff) :** Je vais laisser monsieur...

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

**M. Begley (Jeff) :** Ça, c'est une question un peu plus difficile.

**M. Crevier (Philippe) :** Bien, écoutez, effectivement il y a un apport d'argent neuf dans toute la question des soins de longue durée.

Un constat qu'on peut faire, puis on l'a mis dans notre mémoire, c'est que, malgré l'ajout de ces sommes additionnelles là, on sera encore très loin de ce que les pays qui excellent en matière de couverture de soins de longue durée font. Et on pense que le fait de mettre en place l'investissement sur une longue période va compromettre, dans le fond, notre capacité à rapidement rencontrer les résultats qui sont recherchés, c'est-à-dire dégager des économies en baissant le niveau d'institutionnalisation. Donc, nous, on invitait le gouvernement à procéder à cet investissement-là de façon plus rapide.

Une autre chose qui nous inquiète en termes de financement, c'est que le projet ouvre quand même la porte à un accroissement du financement privé. Parce que, vous le disiez tantôt, l'allocation de soutien à l'autonomie va être

déterminée et modulée en fonction du revenu et va servir, dans le fond, à financer tant les services à domicile que les services en hébergement de longue durée. Donc, ce que ça laisse présager, c'est qu'actuellement on va, en fonction du revenu, établir, moduler la couverture de services non seulement en soutien à domicile, mais aussi en hébergement et en soins de longue durée où actuellement ces services-là sont couverts. Alors, de ce côté-là, bien on a quand même une crainte à l'effet qu'il y a une partie de l'accroissement du financement des soins de longue durée qui provienne du financement privé et puis que ça percole non seulement dans le domaine des services de soins à domicile, mais que ça percole aussi dans l'hébergement de longue durée.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé. Pour l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président. Bienvenue ici, à la commission.

Un point que vous n'avez pas beaucoup parlé avec le ministre : la question de la contribution de l'utilisateur. Vous savez que la contribution va être en fonction du revenu. On ne sait pas encore à quel montant ça va être, mais on ne sait pas non plus les montants qui vont être alloués selon le profil ISO-SMAF.

C'est quoi, votre position par rapport au fait que l'utilisateur va contribuer à partir de ses revenus? Puis vous savez qu'au Québec, à partir de 35 000 \$, 40 000 \$, là, généralement, on est considéré comme assez riche.

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais, vous savez, c'est une préoccupation chez nous. Moi, je vais vous dire que, si on est en train de regarder des contributions qui s'apparentent à ce qu'on a fait avec les services de garde, on est prêts à regarder ça.

Mais, si c'est d'autres types, et notamment vous avez mentionné «selon le revenu», moi, je vais vous dire, ça nous préoccupe au plus haut point, pour une première raison majeure : les coûts d'administration, d'administrer ce que le membre doit selon le revenu, c'est des coûts fantastiques. Et c'est, à ce moment-là, des argents qui ne rentrent pas dans les services. Alors, moi, je vais vous dire que, si c'est ce qu'on appelle en anglais «a means test», où on vérifie l'état de revenu puis votre capacité, selon des critères, de payer, nous, on pense que c'est un mauvais, mauvais calcul. On est beaucoup plus quelque chose d'universel. Puis, si on veut un tarif, comme j'ai dit, qui soit quelque chose comme dans les services de garde, on est prêts à regarder ça, même si on pense que ça devrait être universel. L'autre chose, bien sûr c'est que toutes les expériences, puis évidemment la plus exagérée ou la plus évidente, c'est l'expérience des États-Unis... D'ailleurs, Philippe me disait juste avant qu'on commence... il est allé regardé au niveau de quelque compagnie d'assurance qui salive un peu à la venue de peut-être une place où il peut aller chercher beaucoup, beaucoup d'argent. Probablement qu'ils vont s'assurer sur le plan personnel pour des soins à domicile pour ceux qui ne seront pas donnés par le public. Puis ça, au Québec, il y a une tarte. L'argent, il sort des mêmes poches, peu importe, là. Tu sais, ça peut aller au gouvernement, ça peut aller aux compagnies d'assurance privée, ça peut aller direct pour payer quelqu'un pour venir chez vous, là, mais ça vient tout de la même place.

Donc, qu'on trouve le moyen le plus efficace. C'est pour ça que nous, nous pensons que... mettez, dans des coûts d'administration, comme aux États-Unis, où les services d'administration, ça avoisine les 20 %... ça n'a pas d'allure.

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

**M. Crevier (Philippe) :** Bien, l'autre impact négatif que ça peut engendrer, puis ça a le même effet en quelque part qu'un ticket modérateur, c'est de dire : Bon, on module l'allocation en fonction du revenu parce que, il faut bien se le dire, on pense que le revenu est suffisant pour que la personne finance le reste directement, et ce qui peut... Ce que ça peut entraîner comme conséquence, c'est que la personne décide tout simplement de ne pas payer pour ces services-là, bien qu'ils soient requis. Donc, on va se retrouver avec un système où on mesure l'incapacité avec un outil qui est fort précis, qui est assez intéressant. On va établir des besoins, mais on va dire à la personne : On ne vous finance pas 100 % des besoins parce qu'on figure que vous allez vous financer la différence à même vos revenus. Puis on sait très bien qu'il y a des gens qui ne le feront probablement pas.

Alors là, on s'éloigne de l'objectif qui est de prendre en charge les pertes d'autonomie au meilleur moment pour essayer d'éviter que ça dégénère en coût supérieur puis que ça entraîne des hospitalisations ou des admissions à l'urgence. Donc, ce n'est probablement pas la meilleure façon de financer la chose.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Vous avez l'air de bien connaître le système. Si on établit une allocation selon la perte de capacité, mettons, un exemple, 10 000 \$, et si vous avez des revenus et on dit : Selon vos revenus, votre allocation va être de 3 000 \$, ça, ça veut dire que la personne va devoir contribuer pour 7 000 \$ de sa propre poche. Vous, votre interprétation, est-ce que la personne paie de sa poche ou ne paie pas de sa poche?

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

**M. Begley (Jeff) :** Bien, écoutez, moi, je... c'est un peu ça, notre préoccupation, justement. C'est qui qui couvre la différence? C'est majoritaire comme question, si différence il y a.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Je vais...

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

• (15 h 40) •

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Le ministre puis moi, on a un différend. Moi, comme je vous l'explique, je trouve que la personne paie de sa poche, mais le ministre, il dit qu'il n'y a personne qui sort de l'argent de sa poche. Mais à la fin la différence va devoir être comblée.

L'autre élément, si vous allez avec les CHSLD, actuellement quelqu'un qui rentre en CHSLD, qui a un revenu moyen, qui a un peu d'argent dans son compte de banque, généralement pas plus que 3 000 \$, 4 000 \$, là, un chiffre approximatif, on va lui demander de contribuer jusqu'à la hauteur de 21 000 \$. Le rapport du vérificateur, je pense, auquel le ministre a participé avant d'être ministre recommandait d'augmenter ça. Je ne sais pas à quel niveau que ça peut être, mais je suppose que ça ne sera pas en bas de quelques milliers de dollars. Ça, c'est une contribution directe de la personne en fonction des revenus. Puis, je vous le dis tout de suite, au Québec, là, pour l'avoir vu pour plusieurs personnes, là... riche, là, 35 000 \$, 40 000 \$, là, selon les tables d'impôt, vous êtes quelqu'un d'assez riche. Et, quand arrive le temps de contribuer, également vous êtes considéré dans les riches, moi, j'appelle «les riches»... mais les très riches, en haut de 70 000 \$, là. Des fois, les gens pensent que c'est 10 millions. Mais je ne sais pas si vous êtes d'accord avec ça.

À partir de 40 000 \$, 50 000 \$ généralement, dans les CHSLD, on doit contribuer soi-même jusqu'à la hauteur de 21 000 \$. Qu'est-ce que vous en pensez?

**Le Président (M. Bergman) :** M. Begley? M. Crevier.

**M. Crevier (Philippe) :** Bien, ce qui est clair, c'est qu'il faut que la contribution qui est requise des usagers pour l'hébergement ne soit pas un frein d'aucune sorte pour que la personne se retrouve dans le milieu d'hébergement qui est approprié. Mais une inquiétude qu'on a quant à la question qui nous occupe, c'est que cette tarification-là, si on veut, indirecte... Parce qu'effectivement, si on module l'allocation de soutien en fonction du revenu, c'est parce qu'on se dit que le revenu est suffisant pour que la personne paie la différence. Donc, il y aura un déboursé éventuel. Mais le problème majeur, c'est que, là, on introduit cette question-là non seulement pour l'hébergement, mais pour le volet soins.

Donc, effectivement, il y a, au niveau de la contribution exigée pour l'hébergement... il n'y a certainement pas beaucoup de place pour accroître ça. Et la notion que ça percole puis que ça se déplace du côté des soins, bien là c'est carrément très, très...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** M. le Président?

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** C'est juste que vous devancez mes questions, mais ça va bien, vous comprenez très bien le système.

Vous savez qu'on parle d'équité. Et, si vous contribuez en CHSLD, si on veut être équitable, la personne qui va être en ressources intermédiaires devrait contribuer en fonction de revenus à la même hauteur probablement, non pas en fonction du prix que ça coûte, mais en fonction de sa capacité de payer. Donc, on suit que les ressources intermédiaires devraient être la même chose. Et, ce qu'on rajoute dans le projet, si vous avez les soins à domicile, sauf le côté des services professionnels, comme médecins, infirmières, aussi on va vous demander de contribuer probablement à une certaine hauteur assez élevée pour vos soins à domicile.

Ça, appelez-vous ça un ticket modérateur, une taxe, une tarification?

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

**M. Crevier (Philippe) :** Bien, ça a les mêmes effets, ça a les mêmes effets. Ce qu'il faut quand même reconnaître, c'est qu'on voit évidemment d'un bon oeil l'augmentation de la couverture de services.

C'est la façon de le financer qui est problématique. On est en effet, évidemment, en accord avec le fait que ce soit largement financé par les fonds publics, parce que je pense que c'est ce qui est prévu, sauf qu'il y a un... disons, appelons ça un flou sur ce que la personne elle-même va avoir à déboursier. Puis c'est difficile de se prononcer là-dessus tant qu'on ne connaît pas le panier de services publics qui va être disponible. Donc, on ne sait pas ce que la personne va avoir elle-même à faire comme contribution. On n'a pas tous les détails du projet, là.

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

**M. Begley (Jeff) :** Bien, c'est ça, moi, je... C'est un peu... on peut faire bien des hypothèses, mais, nous, le principe, l'orientation de base, c'est de dire : Assurons-nous que les frais d'administration soient le moins importants possible, que la qualité de services soit le plus importante possible puis que l'essentiel du financement doit venir de là où c'est le plus efficace, c'est-à-dire le système d'impôts. Puis, s'il y a une contribution qui dépasse ça, on est prêts à regarder. Mais, comme j'ai dit, c'est : nous, on regarde l'exemple beaucoup plus, style, les services de garde que quelque chose... où, là aussi, c'est universel, peu important les moyens.

Donc, ça, ça assure que le montant payé, c'est assez bas que ça reste très, très, très accessible, même si, à 7 \$ par jour, il y a une petite frange. Mais c'est largement accessible.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Je vais bien honnête avec vous, là, ils ne chargeront pas 7 \$ par jour pour une personne en CHSLD, c'est 21 000 \$ par année, O.K.? Puis là, dans ce qui est prévu, c'est l'augmenter, puis tout le reste va suivre en fonction de l'équité. Ça fait que, juste pour vous dire, on va être loin du système de garde, là, honnêtement.

L'autre élément que je veux vous poser comme question : Êtes-vous d'accord que, tant qu'on ne sait pas c'est quoi, le panier de services, tant qu'on ne sait pas c'est quoi, la contribution de l'utilisateur, tant qu'on ne sait pas c'est quoi, le coût total en fonction du panier de services, et tant qu'on ne sait pas non plus combien on va donner pour chacun des profils ISO-SMAF, et tant qu'on ne sait pas l'argent qu'on va mettre dans le système, on a beau être d'accord avec tous les grands principes du virage vers le maintien à domicile, l'utilisation d'un système public, le paiement dans les impôts... que c'est difficile de se prononcer si, oui ou non, on doit aller de l'avant avec ce projet tant qu'on ne sait pas ces éléments-là?

Si vous me dites oui, ça va m'inquiéter. Qu'est-ce que vous en pensez?

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Depuis tantôt que vous me dites que, si on ne sait pas ça, si on ne sait pas où est-ce qu'on s'en va, ne serait-ce que ce serait le minimum à savoir...

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

**M. Begley (Jeff) :** Je comprends que, là, c'est une question politique, donc c'est le politique qui va répondre. Moi, écoutez, je répète, il y a un certain nombre de bases fondamentales sur lesquelles nous voulons regarder et nous voulons nous assurer de l'orientation, mais c'est vrai que souvent... Je vais vous dire que je vais revenir aux CPE puis je comprends que l'hébergement, ce ne sera pas 7 \$ par jour, je comprends ça, là. Mais je vais vous dire que ça a été une préoccupation à ce moment-là, avant de vraiment établir le tout, que ça allait devenir quelque chose de bureaucratique, de gros, que, sans perdre le contrôle... C'est vrai que le diable est dans les détails, et nous sommes très préoccupés par les questions que vous posez. Nous n'avons pas toutes les réponses parce qu'ils ne le sont pas. Mais on pense que deux sur trois, ce n'est pas pire. Le premier, sur la question du financement public, pour nous, c'est une orientation fondamentale. Sur la gestion publique, c'est quelque chose que, si on veut garder un contrôle sur les dépenses éventuelles, c'est une très bonne affaire.

Mais, les questions que vous soulevez, moi, aujourd'hui, tout ce que je peux dire, c'est que ça se peut. Et, si c'est ça, oui, ça m'inquiète.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci.

**M. Begley (Jeff) :** Si ce n'est pas ça, espérons que ce ne soit pas ça.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Merci beaucoup, M. le Président. MM. Crevier, Forcier, M. Begley, merci d'être là.

Vous avez dit, M. Begley : Pourquoi réinventer la roue? Alors, pourquoi créer une caisse, pourquoi prendre 4,3 milliards de dollars confiés actuellement au ministère de la Santé et des Services sociaux, prendre le 4,3 milliards, le confier à RAMQ qui va devoir effectivement prendre des fonctionnaires pour gérer ce système-là? Alors, pourquoi réinventer la roue plutôt que peut-être attacher ce qui fonctionne moins bien, le faire fonctionner mieux avec à la fois les CSSS, à la fois avec les CLSC et faire en sorte que les enveloppes au niveau financier soient effectivement attachées, totalement dédiées et s'assurer que les sommes d'argent sont pour les personnes en situation de handicap, handicapées intellectuelles et pour les personnes âgées pour le maintien à domicile?

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais, bien franchement, l'intérêt que je vois à la caisse, c'est qu'il y aura là de l'argent dédié. Parce que ça fait des années que nous constatons, tout le monde, que ces problèmes sont là. Puis tout le monde dit : Oui, il faut régler ça. Moi, l'intérêt, que je vois, d'une caisse, bien franchement, c'est de se dire que, là, je... Tout ce que je comprends dans ce qui est proposé, c'est que, là, il y aura des montants consacrés à la chose. Donc, c'est ça que je trouve intéressant.

Y a-tu d'autres mécanismes possibles? Sûrement, sûrement. Mais c'est ça qui est l'intérêt que je vois, en tout cas.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Alors, si les montants sont réellement protégés, on n'est pas nécessairement obligé d'inventer une caisse, avec tout ce que ça comprend comme nouvelles infrastructures, nouveaux mécanismes. Et il y a un coût attaché à ça aussi, financièrement, là, parce qu'il y a des gens qui vont devoir faire la gestion de cette caisse-là, là. Parce que vous comprenez qu'on sort l'argent, là. Alors, peut-être, rapidement... Je pense que j'ai votre réponse, là, mais je voulais seulement...

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais nous, nous n'avions pas... Justement, on avait travaillé avec la CSN justement pour cette raison-là. Nous autres, notre préoccupation, c'était vraiment une préoccupation terrain. On n'avait pas creusé beaucoup. Mais, une fois qu'on a dit qu'il y a de l'argent dédié là, s'il y a des meilleurs moyens, on n'est pas fermés à ça. La proposition, c'est de dire : Il y a une caisse dédiée. Nous, ça nous sourit, mais, tu sais... Puis moi, je pense que, si ça avance, bien il va falloir revenir puis se questionner sur ces préoccupations-là.

Mais, nous, tel quel, sur la question d'établir une caisse dédiée, ça nous sourit.

• (15 h 50) •

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Merci beaucoup. Vous avez mentionné, M. Begley, qu'il faut arrêter de couper dans le public. Est-ce que vous voyez beaucoup de ces coupures actuellement? Moi aussi, je suis préoccupé. Ça se fait depuis plusieurs années. Mais je pense que, si on veut donner des services, des soins à domicile, il faut qu'il y ait les ressources humaines autant que financières pour être en mesure d'offrir les services.

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

**M. Begley (Jeff) :** Mais c'est intéressant que vous posez cette question-là.

Cette semaine... au début de la semaine, il y avait un article qui a paru, qui a parlé de l'augmentation fulgurante du nombre de cadres. Moi, je pense qu'il y a moyen de regarder les affaires pour que justement ça soit... Puis moi, je vais vous dire, je pense que c'est le résultat, en partie en tout cas, de la loi n° 30. Les méga-institutions ont fait en sorte que le médical, maintenant, dans les conseils d'administration, s'accapare de beaucoup, beaucoup les budgets. Et pas parce qu'il n'y en a pas besoin. Je comprends les besoins, mais n'empêche que tout ce qui a été social puis... c'est comme... pris une deuxième place parce que le social, un conseil d'administration de mégastructures qui sont les CSSS, bien ils n'ont pas le poids, à tort ou à raison. Mais moi, je pense qu'à tort... Donc, bref, oui, moi, je... en réponse très directe à votre question, oui, nous sommes préoccupés par ça, nous constatons que... Puis ça se fait à... je ne dirai pas «sournoisement», mais, tu sais, ce qu'on fait, c'est qu'on s'organise pour ne plus embaucher. Donc, tranquillement, il y a du monde qui prend leur retraite, mais, oups, il y a moins de services. Tu sais, il n'y a pas de congédiement du monde, il n'y a pas mise à pied du monde, règle générale. Mais tranquillement, tu sais, une personne prend sa retraite, il change d'emploi, puis, woups, tout d'un coup, le service est réduit.

Et je pense que c'est pour ça qu'il y a une différence, que le ministre a parlé tantôt, entre les régions. Il y a des régions où le service était plus jeune, puis d'autres, où c'était moins jeune, puis ça donne ces résultats-là.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Vous avez mentionné à quelques reprises qu'il fallait avoir les moyens. Vous avez mentionné souvent le mot «moyens». C'est quoi, pour vous, les moyens?

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

**M. Begley (Jeff) :** Bien, moi, justement, je pense qu'il faut le regarder globalement, mais je pense que les moyens, dans un premier temps, c'est des moyens d'équipe. Donc, tous les éléments de l'équipe contribuent.

Dans un deuxième temps, il y a des moyens au niveau d'équipements. Souvent, les personnes... soins domicile, ils ont acheté la maison lorsqu'ils étaient jeunes, lorsqu'ils ont installé leur famille, etc. Là, tout d'un coup, ils ont besoin des équipements que... il n'y en avait plus, des rentes, des... tu sais...

**Une voix : ...**

**M. Begley (Jeff) :** Exactement. Donc, ça, c'est des moyens. L'autre, évidemment, c'est des moyens... nombre suffisant de personnels et du personnel qui a accès à des formations nécessaires pour la mise à jour continue. Parce que c'est vrai, ce que disait notre... Je parlais tantôt du témoignage qu'on a eu, notre congrès. Tu sais, la fille, elle commençait au moment de vraiment... où les personnes âgées devenaient le sujet du jour. Elle était emballée par... tu sais, elle a pris son cours de gérontologie. Mais c'est relativement nouveau. Donc, beaucoup de monde qui ont besoin de formation justement, notamment au niveau des soins de domicile et notamment avec les changements au niveau de la loi n° 90, qui était la loi sur les actes réservés... donc : Qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je ne peux pas faire?

Il y a beaucoup, beaucoup de confusion, y compris dans le secteur public, pour le monde qui fait des soins à domicile.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Juste un commentaire avant de passer à ma collègue. Je suis tout à fait d'accord avec vous, ça prend des programmes d'adaptation, des programmes de rampes d'escalier, des programmes pour les baignoires, des programmes de poignées de porte. Si on n'est pas capable de rester à la maison, bien c'est bien de valeur, on a beau avoir tous les soins, ça ne sera pas fonctionnel. Merci beaucoup.

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

**Mme Vallée :** Bonjour, messieurs. On parle peu de la situation des personnes handicapées. On en parle, on a eu quelques groupes, mais il y a une réalité lorsque vous parlez des services d'aide à la vie quotidienne. Actuellement, on a les personnes handicapées qui reçoivent des services grâce au chèque emploi-services, qui serait apparemment maintenu, mais on a également parlé d'une participation financière non seulement en fonction du revenu des personnes, mais en fonction de la fréquence puis de l'intensité des services.

J'aimerais vous entendre sur cette question-là, parce qu'à mon avis on ne peut pas parler d'universalité lorsqu'on module en fonction de ces handicaps. On sait que quelqu'un qui est lourdement handicapé risque d'avoir besoin davantage de temps pour vaquer aux occupations quotidiennes, pour accompagner dans les activités de la vie quotidienne que quelqu'un qui a une perte d'autonomie plus légère. J'aimerais vous entendre sur cette question-là.

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

**M. Begley (Jeff) :** Bien, vous savez, moi, avant d'arriver à l'exécutif de la fédération, je travaillais comme intervenant dans un centre de crise. Puis, si on ne regarde pas de façon globale, effectivement c'est clair qu'il y a des morceaux qui vont nous échapper là-dedans. Et moi, je pense que ces préoccupations-là... Parce que, là, on est dans le très pointu en termes d'application. L'orientation, si on ne regarde pas global, c'est clair qu'il y a du monde qui vont glisser en dessous de la chose.

Mais, dans l'application très concrète, j'aimerais laisser plus M. Crevier adresser plus pointu la question.

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

**M. Crevier (Philippe) :** ...cette question-là, tout simplement, ce qu'il serait le plus judicieux de faire, c'est de tout simplement dispenser et d'offrir les services qui sont requis.

D'assujettir la couverture de services en un critère financier ou à critère d'intensité, ça nous éloigne de l'objectif, je pense, qui est visé par l'introduction de cette assurance autonomie là. Si on regarde les pays dans l'OCDE, la couverture de ce type de services là est la plus grande, et la plus étendue possible, et la plus accessible possible. On parvient à mieux contrôler les coûts globaux du système de santé justement parce qu'on intervient au moment judicieux, non en fonction de critères qui sont périphériques à la question centrale. Mais on détermine les services en fonction du besoin puis, ce faisant, bien on fait de la prévention, on intervient au bon moment puis on empêche un paquet de situations qui à terme génèrent des coûts.

Donc, que ce soit pour ce type d'usagers là ou pour des personnes âgées en perte d'autonomie, ce devrait être le critère clinique ou le critère des soins qui sont requis qui détermine les services qui sont à dispenser, point.

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

**Mme Vallée :** Petite question. Tout à l'heure, un peu plus tôt aujourd'hui, on avait la COPHAN qui nous disait : Peut-être qu'on devrait, avant de penser à mettre ce programme d'assurance autonomie en oeuvre au printemps prochain, le printemps 2014... on a encore beaucoup de chemin à faire puis on devrait peut-être y aller un petit peu plus doucement. Plutôt qu'accélérer le rythme, on devrait prendre le temps de bien faire les choses, de ne pas se lancer dans ce grand chantier là tête première parce qu'il risque d'y avoir des ratés importants. Qu'est-ce que vous pensez de ça?

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

• (16 heures) •

**M. Begley (Jeff) :** Mais, écoutez, c'est clair que mieux que les choses sont planifiées, mieux que ça fonctionne. Mais moi, je vais vous dire la crainte que j'ai, et je suis toujours sur les objectifs de base, c'est que, si ça tombe aux calendes grecques, les objectifs qu'on dit poursuivre là-dedans et que... des objectifs qui sont intéressants, il y a une urgence.

Nous, nous pensons qu'il y a une opportunité d'agir avant que la situation devienne catastrophique. Puis je ne veux pas être démagogique, mais je pense que, si on n'adresse pas la chose rapidement, la situation va devenir catastrophique, avec le nombre de personnes âgées qui vont nécessiter des soins, que ce soit domicile, CHSLD ou dans les hôpitaux.

Donc, si on retarde... puis je ne suis pas dans le pointu bureaucratique de comment l'appliquer, mais, si on retarde l'orientation qui est voulue là, moi, je suis très préoccupé qu'on n'arrivera plus jamais à rattraper le retard qu'on a accumulé depuis un certain temps. Donc, je vais vous dire que... Puis, comme j'ai dit, il y a des détails qu'on ne connaît pas, mais, sur les questions des orientations, il y a une urgence, à notre avis, urgence.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Begley, M. Crevier, M. Forcier, merci d'être avec nous ici aujourd'hui, merci pour partager votre expertise avec nous.

Et je demande les gens de la Conférence des tables régionales et de concertation des aînés du Québec pour prendre la place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 1)

(Reprise à 16 h 4)

**Le Président (M. Bergman) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, on reçoit maintenant la Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec. Bienvenue. Pour fins d'enregistrement, donnez-nous vos noms, vos titres et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation. Encore bienvenue à l'Assemblée nationale.

### **Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec**

**M. Quintin (Claude) :** D'accord. Merci. Alors, mon nom est Claude Quintin, je suis président de la Conférence des tables. Je suis accompagné de Lorraine Chartier, qui est notre coordonnatrice.

Les tables de concertation ont été fondées en 1999 pour être des tables temporaires pour l'année internationale des aînés, mais elles sont devenues permanentes, et, au fil des dernières années, on leur a donné un rôle de plus en plus important. Et, dans les derniers protocoles, entre autres, dans la politique sur le vieillissement, on en a fait des interlocuteurs privilégiés en région et des partenaires aussi avec les CRE et les agences dans les ententes spécifiques sur les aînés. Donc, les tables régionales ont quand même un rôle à jouer important dans la concertation au niveau régional puis ce qui regroupe toutes les associations sur une base régionale. Et la Conférence des tables, on représente les tables à toutes les autres instances, c'est-à-dire tous les groupes qui oeuvrent dans les groupes d'aînés. Donc, on se rencontre, par exemple, dans un organisme qui s'appelle le G15, qui est un regroupement des groupes d'aînés, et c'est dans notre rôle également de transmettre au ministre des avis susceptibles d'améliorer la qualité de vie des aînés.

Alors, c'est dans le cadre de ce mandat-là qu'on est ici.

Rapidement. Je pense que, si on fait les études le moins sérieuses, on va tous arriver à la même conclusion, c'est que l'assurance autonomie est importante, et il faut la faire rapidement et maintenant. Maintenant, il faut que ce soit quand même un exercice qui va être équitable pour tous et qui va donner accès à des soins selon les moyens et selon les besoins, alors. Et c'est là qu'arrive le problème. C'est qu'il y a dans ça beaucoup de problèmes qui sont de nature politique, d'autres qui sont de nature économique.

Alors, nous, on est bien d'accord pour réorganiser le système de santé. Je pense qu'il y a déjà beaucoup de travail qui se fait par en arrière, même si on en entend moins parler. Mais il y a beaucoup de choses qui sont déjà en route. Quand on regarde l'AQESSS, par exemple, qui ont déjà mis sur pied des programmes de formation, on regarde qu'est-ce qui se fait dans les agences, on regarde les EESAD qui commencent déjà à donner un certain nombre de services d'AVQ, alors il y a beaucoup de choses qui se font. Alors, on a quand même des interrogations. L'interrogation, c'est clair que c'est le financement. Dans notre idée à nous, on serait mieux d'avoir une caisse à part. Maintenant, la question des coûts de financement, les coûts de comment la gérer, ça dépend comment qu'on s'organise au niveau... Il y a déjà du monde qui travaille en gestion dans tous les établissements. Alors, dépendant d'où vient l'argent et comment il va être géré, qu'il y ait des gens qui gèrent à un endroit ou à un autre, ce n'est pas évident que ça va changer beaucoup de choses.

Maintenant, il y a des décisions politiques à prendre dans ça qui sont des décisions, à notre avis, importantes. Pour l'instant, c'est difficile de les prendre parce qu'on n'a pas eu de... on n'a pas de chiffre. On est des bénévoles. Alors, les économistes retraités, il n'y en a pas des douzaines. Puis on n'a pas les chiffres pour évaluer tout ce qu'on aurait pu évaluer. Donc, il y a beaucoup de questions que vous avez posées tout à l'heure que je n'aurais pas pu vous donner de réponses parce qu'on ne les a pas, ces chiffres-là. Par contre, il y a des choses qu'on sait. Par exemple, on sait qu'actuellement il y a beaucoup de monde qui donne des services. Des auxiliaires familiales, il y en a autour de 5 000 actuellement qui sont dans les CSSS. Et est-ce qu'on les garde ou est-ce qu'on les envoie dans les EESAD? Il y a une question. On sait qu'il y a une question de salaire qui est importante. Si on enlève ces personnes-là, on les envoie dans les EESAD, ça veut dire qu'on a une diminution drastique de salaires. Ce sont surtout des femmes qui ont besoin de travailler. C'est évident qu'ils ont plus de stabilité quand ils travaillent pour un CSSS que quand ils travaillent pour une EESAD, où souvent on n'arrive pas à leur donner un nombre suffisant d'heures pour que ce soit rentable pour quelqu'un qui est monoparental ou qui veut élever une famille, par exemple.

Donc, il y a des problèmes à ce niveau-là qu'il va falloir prendre le temps de regarder, parce que normalement on ne devrait pas remplacer des emplois stables et décentement rémunérés du secteur public par des emplois qui sont un peu sous-payés en économie sociale.

L'autre point. Actuellement, il y a beaucoup de services qui sont donnés dans les CSSS et qui sont des services gratuits, alors que les services qui sont donnés par les EESAD ne sont pas toujours gratuits. Il y a une partie qui est payée par le PEFSAD, mais les gens ont quand même de l'argent à donner. Alors, il y a une... je dirais, un arrimage à faire. Il y a une péréquation à faire là-dedans qui n'est pas facile à faire. Puis pour l'instant on n'a pas les chiffres qu'il faut pour faire ça. J'espère que c'est des développements qui ont été pensés. C'est un fait que les EESAD, depuis quelques années... en tout cas, à mon avis à moi, là, dans les cinq, six dernières années que je les regarde aller, ils sont sous-financés. Et là on arrive avec un problème. On dit que ça va prendre beaucoup plus de monde, et ça va prendre la même chose aussi au niveau des CSSS, là. Si vous dites : Des gestionnaires de cas, ça va en prendre plus, il va y avoir plus d'aînés, ça va prendre plus de monde aussi pour évaluer les besoins des gens. Alors, forcément, il va y avoir besoin de faire de l'embauche de personnel ou de la formation de personnel et du contrôle de qualité, mais il faut le faire aussi dans les EESAD. Actuellement, là, un des problèmes des EESAD, c'est de garder leur monde. Puis l'autre problème, c'est d'arriver à les former puis d'arriver à contrôler la qualité. Alors, il ne faut pas que... Il faut que ça soit les organismes qui ont les reins un peu solides. Et on ne doit pas permettre qu'il y en ait des milliers de petites qui partent un peu partout. Il faut quand même une masse critique pour arriver à faire ça, c'est-à-dire avoir un service de recrutement, de formation et d'évaluation de la qualité. Alors, je pense que c'est important qu'il faut travailler là-dessus.

Maintenant, je le sais, qu'il y a des EESAD qui font déjà beaucoup d'efforts dans ce sens-là. Il y en a d'autres qui se font de l'autre côté aussi. Alors, il va vraiment falloir évaluer ça, également la question des proches aidants. Il ne faut pas oublier que les aidants naturels, actuellement c'est majoritairement des femmes, puis en plus la plupart sont déjà des personnes âgées. Donc, il faut que ça rentre dans la balance aussi parce que ces gens-là aussi ont besoin d'un peu d'air là-dedans.

• (16 h 10) •

Alors, je pense qu'il se passe beaucoup de choses actuellement, mais on n'est pas nécessairement toujours au courant. Pour une personne, ouvrir sa porte à quelqu'un qui vient faire son ménage, c'est une chose. Si en plus il ouvre la porte à une deuxième personne qui vient lui donner son bain, c'est une autre chose. Puis, si en plus, avec un taux de roulement comme on a actuellement dans les EESAD, cette personne-là change assez souvent, c'est un autre problème. Alors, ces personnes-là, pour rester à la maison, elles ont quand même besoin d'un minimum de stabilité, un minimum d'intimité et elles ont besoin de connaître les personnes qui viennent les rencontrer. Il ne faut pas oublier que ces personnes-là qui viennent les rencontrer, là, ce n'est pas juste des faiseurs de ménage, là, il faut que ce soient des gens qui voient également qu'est-ce qui se passe. Ça peut être des gens qui sont capables de dire, par exemple, au CSSS : Cette personne-là a besoin d'aide, là, il y a d'autres genres de problème. Mais, pour que les gens arrivent à faire ça, il faut les former pour ça, il faut que ce soit... Si c'est pour être des sentinelles, il faut qu'ils soient formés pour être des sentinelles.

Alors, je pense qu'il y a beaucoup de volets dans ça qui sont importants, puis il va falloir prendre le temps de les regarder comme il faut.

Un autre point dont on ne parle absolument pas, en tout cas je n'en ai pas entendu parler dans ce qui s'est passé ici puis que j'ai eu connaissance dans les derniers jours, c'est le refus de services. On parle avec des aînés, là. J'ai eu ma belle-mère à la maison, moi, pendant 21 ans, puis, quand elle est partie, elle avait 93 ans. Elle est morte à 95. Bien, quand elle décidait de ne pas se laver, il avait beau venir quelqu'un du CSSS pour la laver, il ne la lavait pas, là. Alors, la personne, à un moment donné, qui donne des soins, que ce soient des piqûres de B12, que ce soit n'importe quoi, il passe à la maison, il est pris entre deux choses, là : Mon devoir me dit de le faire; puis le droit au libre arbitre. Elle a le droit de dire : Non, je n'en veux pas, même si on sait que, si elle ne le prend pas, elle va arriver dans le système dans deux semaines puis elle va être très mal-en-point, puis il va falloir recommencer à zéro.

Alors, il y a des points. On ne discutera pas de ça ici aujourd'hui, là, mais c'est quand même des points que je veux qu'on prenne le temps de regarder à un moment donné.

Un dernier point, c'est le déploiement équitable des services. C'est clair qu'il y a des régions qui... Ça, c'est à cause des choix des agences. Les agences ne font pas toutes les mêmes choix face aux budgets qui sont disponibles et...

**Une voix :** ...

**M. Quintin (Claude) :** Oui?

**Le Président (M. Bergman) :** Vous avez une minute.

**M. Quintin (Claude) :** D'accord. Alors, les choix des agences font en sorte qu'il y a des endroits où il y a beaucoup de services qui sont donnés puis qui ne le sont pas ailleurs ou qui le sont ailleurs, mais qu'il faut payer pour ou que c'est des services à moitié donnés ou donnés avec un temps très limité, qui fait qu'on n'a pas le temps. Pour certaines personnes qui ont des handicaps, entre autres, on ne peut pas donner un bain nécessairement dans 60 minutes, là. Il y a des choses à faire. Il faut prendre le temps d'arriver, il faut prendre le temps de parler aux gens.

Alors, en gros, c'est ce qu'on voulait vous dire. On ne veut pas minimiser l'importance des défis à rencontrer, là. On dérange puis on réorganise plusieurs activités, mais il faut qu'on reconnaisse qu'il y a quand même des choses qui ont changé. Il y a eu des ententes interprofessionnelles. Il y a des choses qui avancent, là. Ça avance. Ça n'avance pas vite, mais ça avance. Et il faut que ça continue. Mais il va falloir donner un tour de roue un peu plus rapide parce que le nombre de personnes âgées va grossir plus vite que les services qu'on met dans le système. Voilà.

**Le Président (M. Bergman) :** Merci, M. Quintin. Alors, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

**M. Hébert :** Bien, merci beaucoup de votre mémoire, merci beaucoup d'être là, merci beaucoup de collaborer au quotidien avec le Secrétariat des aînés et le ministère pour être la voix des personnes âgées, et je pense que vous le faites très bien. Et on est très, très heureux de pouvoir avoir cette collaboration-là avec vous.

Je vais aborder un certain nombre de points. D'abord, dans votre présentation, lorsque vous nous parlez de l'urgence, j'en suis tout à fait. On a fait des petits pas dans le passé. Il faut faire un grand pas, il faut faire un grand saut, et c'est ce que le livre blanc propose. Je vous rassure tout de suite, il n'est pas question de transférer les auxiliaires familiales dans les entreprises d'économie sociale. Les auxiliaires familiales vont rester dans les centres de santé et de services sociaux. Il est plutôt question d'améliorer les conditions de travail des travailleurs des entreprises d'économie sociale et surtout de s'assurer qu'ils aient une qualité de leur formation.

Alors, le parti pris de l'assurance autonomie, c'est de retrouver le financement public et de retrouver la gestion publique du système de façon à ce qu'on puisse s'assurer de la qualité des prestataires. Alors, je ne sais pas si cette mise au point vous rassure, là, sur l'égalité des services dans les différents prestataires, mais nous, nous voulons qu'il y ait les mêmes standards de qualité qui s'appliquent.

**M. Quintin (Claude) :** Bien, moi, c'est... on prend juste qu'est-ce qu'on entend, là. Moi, l'information là-dessus, on ne peut pas dire qu'on en a beaucoup. On sait des choses parce qu'on parle avec les gens de l'AQUESSS, on parle avec les gens des EESAD, on parle avec... on parle un peu partout. Mais, pour dire, le modèle structuré que vous avez dans votre tête à vous puis que vous expliquez facilement, on n'a pas tous les volets de ça, nous autres, là, ça fait qu'il y a des fois où on a des questions, puis : Ah, regarde donc ça. Alors, il faut...

**M. Hébert :** ...important d'avoir cette consultation-là pour être capables d'avoir un échange.

**M. Quintin (Claude) :** Bien, parce que, pour nous, ce qui est important, c'est d'avoir des réponses, parce que les tables, quand les gens... Comme là, la semaine prochaine, on est cinq jours en réunion à Québec. On fait venir les gens des ministères, on fait venir les gens pour nous expliquer les dossiers, qu'est-ce qu'ils sont, où ils sont rendus, pour qu'on puisse voir plus facilement qu'est-ce que les gens peuvent faire, qu'est-ce qu'ils peuvent apporter de positif dans ces démarches-là. Alors, c'est important de le savoir. En tout cas, j'apprécie ce que vous me dites là, là.

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

**M. Hébert :** Il y a un point que vous soulevez au niveau de la gratuité des services.

Il faut réaliser que l'État actuellement finance seulement 15 % des services dans les soins à domicile. 85 %, ça vient soit des proches aidants ou encore de la poche des personnes. Nous voulons faire passer ça, avec l'investissement de 500 millions qu'on s'est engagé, à 40 %. L'objectif, ce n'est pas 100 %. L'objectif, c'est de 40 %, pour faire en sorte que ce que les gens paient de leurs poches ou en temps de service de leurs proches aidants diminue d'autant. C'est ça, l'objectif, là, l'objectif. Et je voyais... dans votre mémoire, vous disiez : Bien, on va prendre l'autre 60 %. L'objectif n'est pas de se rendre à 100 %, l'objectif est d'au moins en faire un bout qui est plus important que le bout qu'on fait actuellement, donc d'aller jusqu'à 40 %. Et, là où il y a une certaine iniquité actuellement, c'est que, le 60 %, il faut voir comment on le module. Est-ce que c'est 60 % pour tout le monde? Est-ce qu'on donne 40 % à tout le monde ou est-ce que, les gens qui ont moins de revenus, qui vivent avec le supplément de revenu garanti, par exemple, on ne pourrait pas leur donner, à eux autres, 50 %, 60 % pour qu'ils aient plus de services? Et c'est cette modulation-là selon le revenu qui est proposée dans le livre blanc et qui permettrait de pouvoir avoir une certaine équité.

Dans l'autre partie, hein, vous savez, la Sun Life estime, là, que ce 85 %, ça représente entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois. C'est quand même de l'argent, là, que des gens en perte d'autonomie sont obligés, en nature ou en espèces, de demander à leurs proches aidants ou à des gens du secteur privé.

Alors, ce qu'on souhaite faire, c'est d'avoir une certaine équité. Est-ce que c'est des éléments que vous considérez comme étant intéressants?

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

**M. Quintin (Claude) :** Il y a plein de points dans ça. Le premier, c'est que nous, en tout cas, on pense que les gens ne devraient jamais avoir à choisir entre leurs services, et leurs pilules, et leur bouffe. Et on voit que dans le cas des médicaments... en tout cas, moi, j'ai connaissance de beaucoup de monde qui se privent de leurs médicaments pour pouvoir manger. Puis on n'embarquera pas dans la bagarre avec le fédéral, pourquoi que le fédéral, ils sont niaisieux puis qu'ils ne donnent pas le supplément de revenu garanti à tout le monde qui le mérite. Mais c'est une autre histoire. Mais elle est là pareil. Il reste qu'il y a des aînés vulnérables qui souffrent de ça à tous les jours et que c'est le gouvernement qui est supposé les protéger qui les colle à tous les jours. C'est une autre histoire. Mais ça, je pense que c'est important.

La deuxième affaire, c'est que moi, je trouve que, les proches aidants, même maintenant, même avec l'aide qu'on essaie de leur apporter, ça leur coûte énormément cher d'avoir quelqu'un qui a des problèmes et dont ils sont proches. Puis je peux vous le dire par expérience puis je peux vous le dire par ce que je vois autour de moi. Alors, il va falloir aussi aller plus loin que ça. La protection du travail, par exemple, c'est une chose; les aider à se retrouver un travail. Il y a beaucoup de façons de faire. Mais en fait tout ce que je vous dis aujourd'hui, là, c'est une question d'équilibre, là. Je pense qu'on ne veut pas, personne, aller sur un côté ou aller sur l'autre. On dit : C'est où, l'équilibre, là-dedans, là? Il faut trouver un équilibre...

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

**M. Quintin (Claude) :** ...un équilibre qu'on est capables de payer, mais dont les gens ont vraiment besoin.

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

• (16 h 20) •

**M. Hébert :** Tout à fait d'accord avec vous. Et c'est pour ça qu'on voudrait moduler l'allocation pour que les gens les moins bien nantis puissent recevoir plus que les gens mieux nantis et de façon à ce qu'ils n'aient pas besoin de faire ces choix que vous soulevez et qui sont des choix cruels, je dirais.

Concernant les proches aidants, je suis tout à fait d'accord avec vous, il y a un coût, il y a un coût même à l'économie du Québec, c'est-à-dire qu'il y a beaucoup de proches aidants qui quittent un emploi. C'est souvent des femmes qui quittent un emploi pour devenir proches aidants. Et on estime que c'est 100 millions par année, l'économie du Québec qui est perdue par cette perte des femmes qui travaillent sur le marché du travail.

Alors, c'est sûr que, si on donne plus de services, on va permettre aux femmes de rester sur le marché du travail. Et ces services-là, si on donne plus de services, ils sont faits souvent par des entreprises d'économie sociale, des établissements du secteur public qui engagent des femmes. Alors, non seulement on permet aux femmes de rester sur le marché du travail, mais on donne des opportunités aux femmes qui ne le sont pas de pouvoir réintégrer le marché du travail. Alors, il y a là un élément important pour les proches aidants.

J'aimerais vous entendre, M. Quintin, un peu plus sur le refus de services. C'est vrai, personne ne l'a abordé, on ne l'aborde pas dans le livre blanc. J'aimerais vous entendre sur quelles sont les stratégies qu'on doit avoir par rapport aux personnes qui refusent les services qui seraient nécessaires.

**M. Quintin (Claude) :** Moi, je pense, c'est une question...

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

**M. Quintin (Claude) :** ...c'est une question... Dans ce cas-là, c'est vraiment une question de formation. Il y a des infirmières qui l'ont, puis d'autres qui ne l'ont pas. Puis il y a des travailleurs sociaux qui l'ont, puis d'autres qui ne l'ont pas. Et ça a toujours été comme ça et ça va continuer d'être comme ça. Moi, je sais que j'ai été appelé à l'hôpital d'urgence parce que ma belle-mère menaçait les infirmières avec un couteau. Ce n'était pas compliqué : elle, elle déjeunait à 9 h 30 le matin; eux autres, ils mettaient le déjeuner là à 6 h 30 puis à 8 h 30 ils venaient le ramasser. Elle ne voulait pas qu'ils le ramassent. Bien, c'était un couteau à beurre quand même, là, mais...

**Des voix :** ...

**M. Quintin (Claude) :** ...bon, tu sais... Alors, elle, elle ne comprenait rien là-dedans : il faut l'enlever, c'est fini, l'heure est passée.

Bien, il y a une question de psychologie là-dedans aussi. Il y a des gens qui étaient capables de régler ça. Ils prenaient la petite assiette, la mettaient de côté avec ses affaires puis ils mettaient une napkin par-dessus, puis elle était très contente. Alors, il y a quand même une capacité de réagir à des choses comme ça.

Quand c'est à domicile, c'est plus difficile parce que, là, tu es rendu avec une personne et tu es en intimité avec la personne. Et il n'y a pas grand-chose à faire, sauf que de prendre le temps de la persuader puis de placoter avec. Mais ça, pour ça, il ne faut pas que tu sois «timé», que tu rentres pour lui donner une piqûre, c'est 4 min 30 s ou tu rentres pour lui donner un bain, puis c'est tant de minutes. Puis, tu sais, c'est très variable, là. Mais je pense qu'il faut prendre le temps de le regarder parce que c'est un problème. Il y a des gens qui le demandent, puis, quand on est rendu là pour le donner, ils n'en veulent plus ou il y a des gens que... On le sait par le CSS, qu'il faut aller faire ça comme service à cette personne-là parce que c'est dans son plan de soins. On arrive là, elle ne veut rien savoir.

Alors, ça reste un problème, je pense qu'il faut prendre le temps de le regarder. C'est les gens qui donnent les services qui vivent avec.

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

**M. Hébert :** Vous soulevez avec raison le fait que plusieurs personnes différentes viennent dans le domicile. Il y a un certain nombre de pays... l'exemple de la France, par exemple, où on a, pour limiter le nombre de personnes... on a créé des auxiliaires à la vie sociale, qui combinent en fait les compétences d'un préposé et d'une auxiliaire familiale, et des gens, donc, qui vont faire de multiples tâches et qui sont formés pour faire ces multiples tâches là de façon à passer plus de temps, limiter les déplacements et limiter aussi le nombre de personnes. Qu'est-ce que vous pensez de...

**M. Quintin (Claude) :** Mais ça, ce serait la solution idéale. Maintenant, il faut tenir compte du fait que les gens qui travaillent... Je pense aux femmes de ménage, par exemple. Ces gens-là, la plupart ont des enfants aussi. Donc, il y en a un qui a la coqueluche, l'autre ne peut pas être admis à la garderie, l'autre a ci, l'autre a ça. Donc, il y a toujours des changements qui se font. L'autre point, c'est qu'on n'est pas capable de leur donner un nombre minimal d'heures par semaine. Une famille monoparentale, là, tu lui donnes une semaine 35 heures, la semaine d'après il n'y en a rien que 20, il faut qu'elle mange pareil, puis son épicerie lui coûte le même prix.

Alors, il faut s'organiser. Il faut avoir, au niveau de l'organisation, une masse critique qui fait qu'on est capable de dealer avec des choses comme ça. Et actuellement c'est ça qu'il faut mettre en place, c'est avec ça qu'il faut travailler. Il y en a qui le font. En tout cas, moi, j'ai vu des EESAD fonctionner avec bonheur dans ça parce qu'il y a des personnes là qui l'ont, puis ils arrivent à faire toutes sortes de choses. Mais il faut vraiment innover là-dedans, là. Il faut arrêter de regarder toujours de la même manière parce que ce n'est pas toujours les solutions gagnantes, là.

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

**M. Hébert :** Vous soulevez un point extrêmement important qui est le déploiement uniforme, équitable des services. Il y a des agences et des CSSS qui font des choix différents. Le but de l'assurance autonomie, c'est de rendre les choses équitables et ne pas être à la merci des choix des agences et des CSSS, mais faire en sorte que l'allocation soit attribuée à la personne et que ce soit la personne, l'usager, la personne âgée, la personne handicapée qui fait les choix et non pas l'agence ou le centre de santé et de services sociaux.

Alors, je pense que ça, c'est une partie qui répond à vos attentes, là, par rapport à l'iniquité régionale.

**M. Quintin (Claude) :** ...attentes, sauf qu'il reste un problème qu'on n'a pas parlé bien, bien là-dedans non plus, c'est la question de la mobilité.

Moi, chez nous, en Estrie, tu sais, les villages... là, il y a des villages où qu'ils se sont organisés eux-mêmes, là, pour avoir un transport, par exemple, pour l'hôpital ou pour faire des soins ou c'est des bénévoles qui le font. On se fait taper sur les doigts par le ministère des Transports parce que c'est illégal, la compagnie d'assurance nous engueule et... Alors, il faut quand même organiser quelque chose, mais il faut l'organiser sur le bras, là. C'est le vécu de tous les jours que je vous parle, là. Mais il faut être capable de le faire. Mais à long terme il faudrait peut-être trouver... Moi, je trouve actuellement que les gens sont très imaginatifs et très débrouillards, mais il reste qu'à long terme il faudrait avoir des solutions peut-être à long terme plus sécurisées et mieux organisées que celles qu'on a actuellement.

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

**M. Hébert :** Dans votre mémoire, vous vous inquiétez un petit peu des tableaux comparatifs des courbes, là, une courbe avec le statu quo, qui arrive à 12 milliards en 2027-2028; une courbe avec l'assurance autonomie à 11,3 milliards. Il y a une économie, entre guillemets, qui est réalisée, de 1,5 milliard.

Vous dites : Les économies vont venir d'où? C'est de l'argent de moins à mettre et non pas de l'argent à retirer.

**M. Quintin (Claude) :** Oui, mais...

**M. Hébert :** Vous comprenez, là, vous comprenez. On se comprend bien?

**M. Quintin (Claude) :** Je ne m'inquiète pas qu'on fasse des économies...

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

**M. Hébert :** Hein?

**M. Quintin (Claude) :** Je ne m'inquiète pas qu'on fasse des économies

**M. Hébert :** Pardon?

**M. Quintin (Claude) :** Je ne m'inquiète pas qu'on fasse des économies, pas du tout.

**M. Hébert :** Non, O.K., mais...

**M. Quintin (Claude) :** Ce qui m'inquiète, c'est de dire : Avec la situation actuelle, avec nos connaissances à nous actuelles, à quelle place on va économiser là-dedans, là, c'est-à-dire où qu'on va dépenser moins?

**M. Hébert :** Mais on va, au lieu d'avoir à construire des lits de CHSLD, parce que c'est la seule réponse actuellement lorsqu'on a atteint des limites du soutien à domicile, des limites qui sont rapidement atteintes... bien là on va se concentrer sur les soins à domicile, ce qui va diminuer la pression sur la construction des CHSLD, et c'est là qu'on fait des économies.

On fait des économies sur la façon dont on donne les services. On les donne à domicile plutôt qu'on les donne en CHSLD. On estime, là, que ça coûte 90 000 \$ par année, une place en CHSLD. Déjà, à 40 000 \$ par année en soins à domicile, on a donné beaucoup de services, on est dans les soins intensifs à domicile, là. Alors, vous voyez qu'il y a pour la même perte d'autonomie une amélioration sur le plan financier, mais en même temps on donne les services là où la personne souhaite les recevoir, c'est-à-dire chez eux, plutôt que de l'obliger, souvent de la contraindre, malheureusement, de divorcer d'avec son conjoint pour aller en CHSLD.

**M. Quintin (Claude) :** Ça fait partie de la vie.

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

**M. Quintin (Claude) :** Ça va. Moi, je n'ai pas rien à rajouter là-dessus, je suis...

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

**M. Hébert :** Je vais passer la parole à mes collègues parce que, moi, ça fait le tour des questions que je voulais vous poser.

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

**Mme Proulx :** Merci, M. le Président. Bonjour, M. Quintin, bonjour, Mme Chartier. Ça me fait plaisir de vous voir. Et, M. Quintin, ça me fait plaisir de vous réentendre, et je constate à chaque fois que j'ai l'occasion de vous entendre

parler que vous êtes toujours aussi intéressant. Je trouve que vous êtes quelqu'un de très terre à terre, et vous nous ramenez constamment à l'essence même des choses importantes.

Premièrement, je veux vous féliciter pour le travail que vous faites. Et je sais que les tables de concertation régionales pour les aînés et votre conférence, vous êtes vraiment des personnes engagées dans la cause des personnes âgées. Et, dans le tout début de votre mémoire, il y a quelque chose qui m'a frappée, que vous prenez le temps de nous souligner en parlant de «lorsqu'une personne âgée ouvre la porte de son logis à une personne étrangère, ce n'est jamais facile». Mais c'est aussi un autre aspect dont on a peut-être moins parlé et qui, moi, m'apparaît extrêmement important, c'est la prise de conscience de cette personne-là qu'elle est dans une étape vers la perte de son autonomie, et ça, c'est extrêmement important. Et de toute façon ce que je veux vous dire, c'est : Ce qui ressort de votre mémoire, c'est l'aspect très humain. Vous, vous avez la préoccupation de mettre la personne au coeur de tout ce qui doit être fait, et je trouve que c'est un message que vous nous livrez aujourd'hui, à nous, au gouvernement, aux oppositions, en fait à tous les parlementaires.

Et j'aurais une question un peu globale : Comment on fait, M. Quintin, quand on doit déterminer, décider des lois, quand on est des parlementaires, pour nous assurer de toujours garder cette humanité, cette préoccupation de l'être humain derrière toutes les statistiques, et toutes les structures, et toutes les ressources suffisantes ou insuffisantes? Comment on fait pour s'assurer de garder ça, de garder notre humanité?

• (16 h 30) •

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

**M. Quintin (Claude) :** Juste une question, juste une : Si c'était ma mère? Puis vous allez avoir la réponse. Parce que c'est vraiment ça, la question qu'il faut se poser. On peut prendre des décisions pour les autres, mais, quand ça nous touche, nous personnellement, on a une meilleure idée de l'humanité des décisions qu'il y a à prendre. C'est toujours ce que moi, j'ai fait, puis c'est toujours ce qu'on a fait, puis je pense que c'est une bonne ligne.

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

**Mme Proulx :** Oui. Merci. Merci, M. Quintin. Dans votre mémoire, vous avez aussi une grande préoccupation de cette période de transition entre des soins qui sont actuellement donnés dans des milieux très, très encadrés et des soins qui seront donnés à domicile et vous parlez de ce réflexe, parfois normal aussi, d'une forme de résistance au changement.

Pouvez-vous nous parler un peu plus de votre vision de cette espèce de transition : Comment on va réussir cette transition? Et quels sont, selon vous, là, les principaux défis qu'on aura à surmonter?

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

**M. Quintin (Claude) :** ...ça dans le sens que, quand on parle avec les gens qui travaillent dans les EESAD, c'est des gens dévoués, puis ils sont prêts. Ils sont dévoués à fond de train puis ils sont prêts à tout faire pour faire leur travail. Ils sont prêts à le faire et souvent ils manquent de ressources. Et le plus gros problème qu'ils ont, c'est qu'ils manquent de ressources. Puis ils sont prêts à embarquer tout de suite. Puis ça a été la même chose avec les autres organisations, quand on a rencontré l'AQESSS pour discuter de tous ces problèmes-là. Ils sont intéressés à participer à n'importe quel groupe de discussion. Ils rencontrent les gens, ils se parlent beaucoup.

Au niveau des agences, il y a beaucoup de travail qui se fait. Moi, je suis plus au courant chez nous parce que je suis au forum de la population pour la santé et les services sociaux. On l'a gardé chez nous, le forum. Et ça a un rôle intéressant parce qu'on est au courant de tout ce qui se passe. Puis on est toujours surpris de voir tout ce qui se fait. Mais ça ne se sait pas. Le problème au Québec, c'est : de la publicité positive sur le système de santé, ça n'existe pas, il y a juste des mauvaises nouvelles. Alors, il va falloir se réorganiser autrement. Ça peut faire partie de la game aussi de décider qu'on est positif demain matin. Puis c'est la même chose face aux aînés puis c'est la même chose face au bénévolat. Moi, je leur dis : Demain matin, tous les bénévoles sont en grève. Ils s'apercevraient qu'est-ce que ça fait dans une société, un paquet de bénévoles qui sont en grève. Mais pourquoi est-ce qu'il faudrait faire ça? Les gens ne nous voient plus, alors que finalement c'est une force économique extrêmement importante qu'on a actuellement avec le bénévolat qu'on fait. Puis c'est la même chose avec l'implication des gens aussi, mais ce n'est comme pas vu.

Alors, dans le système de santé, c'est la même chose. Moi, je n'ai vu que des gens engagés, dans les EESAD, que des gens qui sont prêts à faire leur job et à le faire comme il faut. Mais les petites organisations, bien elles manquent de personnel pour faire de l'engagement, pour faire de la formation et surtout pour faire du contrôle de qualité, parce que le contrôle de qualité est extrêmement important. Ce n'est pas tout d'envoyer quelqu'un à la maison, il faut que le travail qu'il fait soit humain puis que ce soit une personne qui est valable pour la personne qui est là, parce que c'est souvent la seule personne qu'elle rencontre dans sa semaine.

Et ce serait : tant qu'à envoyer quelqu'un, autant envoyer quelqu'un qui est capable de faire le travail comme il faut.

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

**Mme Proulx :** Oui. Et, puisque vous parlez, justement, d'assurer la qualité des services, selon vous, qui serait le mieux placé? Et comment? Quels sont les meilleurs moyens pour assurer cette qualité de services? S'il y a une évolution dans la prestation de services, s'il y a des nouveaux prestataires, comment on va s'assurer de la qualité des soins?

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

**M. Quintin (Claude) :** Je pense que vous avez une bonne question puis je n'ai pas de réponse automatique là-dessus.

Mais moi, je pense qu'on n'a pas le choix. Et il faut que tout le monde se parle, il faut que ce soit un travail collectif. C'est une responsabilité collective qu'on a devant nous autres, et il faudrait que ce soit un travail collectif. Si tout le monde met l'épaule à la roue, on va y arriver.

Maintenant, il y en a, des gens. Les gens actuellement qui seraient intéressés à faire ce travail-là, c'est-à-dire de donner en même temps des AVQ puis des AVD, ces personnes-là, actuellement elles ne vont pas donner leurs noms, là, dans des EESAD, là, parce qu'elles disent : Ils font juste une partie du travail, moi, je suis intéressé à travailler sur l'humain, mais eux autres, ils font le ménage, ça ne m'intéresse pas. Peut-être que, si on commence à regarder autrement pour faire du recrutement, il y a beaucoup de monde qui serait prêt à embarquer, puis rapidement en plus, là-dedans. Mais pour ça il faut leur garantir un minimum, un salaire décent puis leur garantir un travail qui est stable.

Et ça, si on est capable de faire ça, moi, je pense qu'on vient de monter une grosse marche pour partir.

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

**Mme Proulx :** J'ai une question d'un autre ordre. Hier, on a reçu des représentants de personnes handicapées, qui nous ont manifesté leur grande préoccupation de maintenir le chèque emploi-services. Ils nous ont même mentionné que ça pourrait aussi être intéressant pour des personnes âgées, éventuellement, qui en auraient les capacités, de gérer les services à travers le chèque emploi-services. Vous qui êtes porte-parole des personnes âgées, j'aimerais avoir votre point de vue là-dessus.

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

**M. Quintin (Claude) :** Ça, vous n'aurez pas mon point de vue là-dessus parce que je ne me suis pas fait une idée là-dessus. Je peux vous dire que je sais depuis longtemps que les gens qui sont handicapés sont... ça en est d'autres qu'on ne voit pas, ça.

Mais, les systèmes qui sont en place actuellement puis qui fonctionnent, là — pour l'instant, c'est ça, la transition qu'on veut faire, là — qu'on garde ce qui marche, qui marche comme il faut, puis après ça on fera notre transition tranquillement. Puis est-ce que c'est possible de se dépêcher lentement, je ne le sais pas, ou d'aller lentement puis de se presser? Il faut faire quelque chose entre les deux. Je ne sais pas si on peut innover dans ce sens-là, là, mais il y a des choses qui sont urgentes à faire, mais, si on ne prend pas le temps de les faire comme il faut, on est aussi bien de ne pas les faire.

Ça fait que c'est là qu'on est, là. C'est des choix, puis ce n'est pas moi qui vais les prendre.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé pour le bloc du gouvernement. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président. Je saisis votre dernière phrase, je suis tout à fait d'accord avec vous. Et, quand on fait une transformation, il faut avoir tous les éléments pour prendre la décision.

Et vous avez dit quelque chose d'intéressant tantôt, c'est : Les gens ne réalisent pas que c'est quand même plus de 200 000 personnes au Québec qui, à chaque année, reçoivent des services de soutien ou de maintien à domicile. Et souvent on parle... Moi, je suis dans le réseau de la santé également, puis on parle des cas que ça a été mal. Puis on sait que, si on veut faire avancer notre cause, il faut venir critiquer puis sortir des arguments massue. Et, si vous saviez le nombre de personnes qui sont bien traitées au Québec à tous les niveaux... On parle dans les urgences, on parle dans les soins aigus, en CHSLD, les visites à domicile, le rôle des infirmières dans les CLSC, les groupes de médecine de famille. Il y a énormément de gens qui reçoivent des très, très bons soins. Puis le groupe avant vous avait fait mention par rapport à quelques... quelques énoncés par rapport aux États-Unis où c'est un système qui est complètement différent.

Je pense qu'il faut être fiers, au Québec, du système qu'on a mis en place. Et, tout ce qui peut être amélioré, on devrait l'améliorer, dont, entre autres, les principes de garder les gens à domicile. Ça, pour nous, c'est un principe qui est très, très important. Et c'est une transformation qui a commencé il y a plusieurs années, qui doit se continuer. Puis ça, on est tout à fait d'accord.

Un groupe qu'on ne parle pas souvent, puis je vais l'aborder avec vous : les résidences privées. Vous savez qu'on a à peu près 40 000 personnes qui sont dans des CHSLD, 3 % de la population des 65 ans et plus. Alors, on oublie souvent que les résidences privées, là, c'est... je pense, c'est 104 000...

**Une voix :** 7 % à 8 %.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** ...7 % à 8 %, mais c'est 104 000 personnes par année, là...

**Une voix :** ...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** ...111 000 qui sont dans des résidences privées.

Moi, je vais vous donner mon impression personnelle. Une des plus grandes innovations qu'on a eues au cours des dernières années, c'est qu'on avait des gens qui vivaient dans leurs maisons, qui voulaient rester dans leurs maisons, mais à un moment donné ils n'étaient plus capables, ne serait-ce que les repas, c'est très difficile, d'avoir la sécurité puis

également d'éviter l'isolement. Et il y a plusieurs personnes qui volontairement — ce n'est pas obligatoire — volontairement ont décidé d'évoluer et d'aller vers des résidences privées, et ces gens-là, en tout cas, moi, je suis convaincu, réussissent à rester plus longtemps à domicile parce qu'il y a souvent une moins grande perte d'autonomie.

Donc, quand on parle d'une gamme de services, on a le domicile, on a le domicile avec aide, on a la résidence privée, ressource intermédiaire, et puis également le CHSLD. C'est quoi, votre position par rapport aux résidences privées?

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

**M. Quintin (Claude) :** Moi, j'ai travaillé plus au niveau des coopératives de solidarité pour les personnes âgées.

On en a mis en place chez nous, et ça se tient tout, ces dossiers-là, là. Quand on s'est chicanés avec Solidarité rurale pour dire : On aime ça que vous vous battiez pour garder les jeunes dans les villages, gardez donc les vieux aussi... Et, tu vois, à La Patrie, Notre-Dame-des-Bois, Chartierville, ils se sont mis ensemble, ils ont fait une coop. Mais les gens qui vivent dans la coop, ils sont dans leur collectivité, puis ils sont en très bonne santé actuellement, puis ils vont vivre probablement plus longtemps que si on les avait envoyés à Lac-Mégantic, ou à Thetford, ou encore à Sherbrooke. Alors, ça, je suis d'accord avec ça. Au niveau des résidences privées, il faut quand même être capable de contrôler la qualité de ce qui se fait dans ces résidences-là. Il y en a que je connais qui sont super. Mais il y a des articles... On était là quand on a fait le règlement, on s'est battus là-dessus, donc je suis plus au courant de ça. Mais on disait quelque part qu'il fallait organiser des activités puis il fallait faire... tu sais. Là, il y a le livre vert. On est allés, la semaine passée, discuter du livre vert. On a dit : Peut-être que les aînés, là, qui sont en résidence privée... est-ce que l'exercice qu'ils font, c'est de les asseoir dans le lit, puis de les rasseoir dans leur fauteuil, puis les emmener à la toilette, puis c'est tout?

Il y a une organisation à faire. Puis je pense que c'est vrai que, les gens, qu'ils soient dans une résidence privée, dans une coopérative ou dans un CHSLD, si les services sont meilleurs, c'est clair qu'ils vont se sentir plus à l'aise, puis ils vont vivre plus longtemps mais surtout avec une meilleure qualité de vie. Moi, c'est cette partie-là que je trouve intéressante.

Puis c'est pareil pour les soins palliatifs. On voit arriver des gens qui rentrent parce qu'ils ont dit : Ils vont mourir dans la semaine. Puis ils remontent puis au point où on les envoie en congé pour deux semaines.

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

• (16 h 40) •

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Vous savez, quand je parle de résidences privées, le principe des coops, c'est la même chose dans les villages. Moi, j'ai connu Saint-Gédéon. Ils voulaient garder leurs personnes âgées dans le village. La municipalité s'est mobilisée, puis ils ont construit un... je pense, un 12 logements. Et ça permet aux personnes de rester où ils ont toujours vécu. Ça, pour moi, à la fin, que vous soyez dans une résidence privée de ce genre-là, un loyer avec une coopérative ou une autre formule, quant à moi, ce qui est important, c'est que les gens vivent bien puisqu'ils ont les services nécessaires. Puis, en passant, ce n'est pas nécessairement des gens de CHSLD, ils font juste les prendre puis les coucher... souvent des personnes très autonomes, mais que ça leur prend quelques services.

La question, c'est quand on arrive au niveau de l'aide à domicile. Le livre blanc parle qu'on va offrir le choix aux gens. Soit au début on devra offrir le choix en disant : Il y a un montant qui va être comme alloué, puis vous déciderez si vous allez chercher votre service dans le privé ou dans le public. Le ministre a changé d'idée en cours de route puis il est beaucoup plus pour dire : Maintenant, ça va être le public qui va donner les services, sauf l'EESAD qu'on voudrait garder. Puis là il y a le chèque emploi-services qui arrive également. Mais, à partir du moment qu'on a ce principe-là, avez-vous une crainte qu'un jour on pourrait décider de faire de l'impartition puis tout simplement dire à la personne, comme c'était prévu au début, selon les dires du ministre : Bien, on va donner la ressource monétaire, et puis la personne décidera, tout en respectant la qualité, de faire le choix où aller chercher ses services?

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

**M. Quintin (Claude) :** Il y a un côté positif puis il y a un côté qui est dangereux là-dedans aussi.

C'est que c'est clair que, si ça finit par... Il faut qu'il y ait un contrôle suffisant pour ne pas que tout ça, ça finisse en travail au noir ou que ça finisse qu'ils empochent le profit, puis ils ne vont pas faire le service ou ils s'entendent avec les voisins pour avoir des papiers ou... Il passe bien des... Il y a bien du grenouillage en arrière de ça. Si on est capable de contrôler la qualité des services qui sont donnés avec ça, moi, je n'ai pas d'inconvénient avec ça, parce que l'important, c'est que les services soient donnés et que les gens y aient accès, mais encore, selon leurs moyens. Ça, je trouve que c'est important.

Mais l'autre partie, sur le contrôle de ces chèques-là, on a vu passer trop de bébelles dernièrement que je ne peux pas vous donner une idée éclairée là-dessus. Je m'excuse.

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci.

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

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

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Merci, M. le Président. Mme Chartier, M. Quintin, je suis heureuse de vous retrouver.

On a beaucoup travaillé ensemble, et ça me rappelle un souvenir. Et d'ailleurs, lorsqu'on a fait la consultation publique sur les conditions de vie des aînés avec le ministre, qui était coprésident à l'époque, je me souviens très bien qu'on avait invité des observateurs. Et les observateurs étaient les tables de concertation des aînés. C'étaient également des représentants d'agences de santé et de services sociaux. Et il y avait un autre groupe d'observateurs là et un représentant des CRE. Et ces gens-là ne se parlaient pas forcément entre eux autres, et je dirais même qu'il y avait des dissensions profondes. Et on a remarqué à la fin de la consultation, pas immédiatement après mais au fil du temps, que les gens ont commencé à travailler ensemble. Et, quand on a mis en place les Municipalités amies des aînés, municipalités amies pour tous les âges— là, on en a 704 — bien là la Santé, les CRE, les tables, tout ce monde-là a commencé à travailler ensemble.

Alors, il me semble que, dans le projet qui nous préoccupe, parce que c'est un projet pour les années à venir, là, tu sais, on ne discute pas de quelque chose qu'il va se faire puis, dans trois ans, ça va partir, là. Il faut que ça reste, là, nonobstant les gouvernements qui seront en place. Bien, cette formule-là de se parler, de dialogue est quelque chose qui pourrait peut-être nous permettre de comprendre davantage ce que le ministre comprend très bien, qu'on ne comprend peut-être pas tout à fait. Mais, quand il dit, entre autres, là — je viens de voir quelque chose : On va contourner en quelque sorte les agences de santé parce que, dans les agences, il y a des différences au niveau des services qui sont offerts, et on va donner un montant à la personne qui pourra acheter ces services, donc c'est vraiment un changement, là.

C'est un changement de paradigme totalement, mais ça va se mettre en place comment? Et ça va prendre combien de temps? Et, au fond, ça va coûter combien? C'est des grandes questions, là.

**M. Quintin (Claude) :** Je n'ai pas de réponse.

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

**Mme Blais :** Vous n'avez pas de réponse.

**M. Quintin (Claude) :** Non, je n'ai pas de réponse vraiment là-dessus. Moi, je pense que, si les... Je ne devrais pas dire ça, surtout si ça passe à la télévision. Les meilleures idées qu'on a trouvées pour faire avancer des systèmes, c'est quand on était délinquant. On a trouvé juste... Peut-être qu'on devrait faire ça de même, on n'avait pas... Ce n'était peut-être pas nécessairement correct, mais en tout cas on les a faites. Évidemment, on n'est pas allé aussi loin qu'à la commission Charbonneau, mais on a quand même passé à côté d'un certain nombre de choses, ce qui fait que, les gens, là, il faut prendre le temps de les écouter.

Les gens qui travaillent là-dedans, ils ont des idées, puis on ne leur demande jamais leurs idées. Je ne comprends pas. Ça, c'est un bout que je n'ai jamais compris. Je travaillais dans une mine, puis le type nous disait : Dis-nous comment sauver de l'argent, on va t'en donner 10 %. Il y a des gens qui ont doublé leurs salaires dans l'année parce que c'étaient des faiseurs, c'étaient des... tu sais, ils étaient là, puis ils regardent et : Moi, je ne ferais pas ça de même, bon. Mais ils avaient des idées, on les a écoutés. Et, dans ces systèmes-là, c'est ce qui arrive... que les EESAD arrivent à faire autant d'affaires puis à s'organiser, c'est des gens de même qu'il y a là. Ils disent : Peut-être que, si on faisait ça de même... puis ils s'organisent puis...

Alors, il y a des penseur puis il y a des faiseurs. Puis ça prend des penseur, sauf que, s'il y a juste des penseur, on va être dans le trouble.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Vous avez en partie répondu à ma question. C'est par le dialogue. Et les mouvements qui se sont mis en place à la suite de la consultation publique ont fait en sorte qu'il y a un mouvement de dialogue maintenant entre différents acteurs sur le terrain, dans la société.

Écoutez, je ne peux pas m'empêcher... parce que, dans le mémoire, c'est écrit. Le ministre avait déclaré en 2008 que, pour combler 40 % des besoins des soins à domicile, ça coûterait, au bas mot, 500 millions \$ par année. Là, on se rend compte, quand on fait de la politique puis qu'on arrive, que ce n'est pas toujours facile d'être capable d'implanter tout ce qu'on veut au moment... Alors là, c'est 110 millions. Ce sera 500 millions à terme. Est-ce que ce sera suffisant si on veut rehausser le financement des EESAD? On le sait, il y a un roulement, dans les EESAD, de personnel. Pourquoi? Parce que ces gens-là ne sont pas assez payés. Il a raison, le ministre, il faut les payer davantage, mais ça va coûter combien, parce que sinon les visages changent, les personnes partent? Et après ça il faut davantage s'occuper des proches aidants. Alors, pour moi, je sais qu'il ne faut pas trop parler d'économie, il faut parler aussi de philosophie, mais, à un moment donné, il y a quelqu'un qui va payer la note à quelque part. Et ça, c'est quelque chose de très important. Et je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous parliez tout à l'heure, là, les coopératives... puis je pense à tous les projets novateurs, de faire en sorte qu'il y ait des nouvelles formules de domicile où les gens peuvent vivre à trois, quatre, cinq pour faire en sorte qu'on brise l'isolement et qu'on puisse recevoir les soins, peut-être dispenser les soins à plusieurs personnes dans le même endroit, mais que ça ne soit pas nécessairement une immense résidence.

Alors, il va falloir qu'on soit très créatif dans ce créneau-là.

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

**M. Quintin (Claude) :** Le problème qu'on a cet après-midi, c'est qu'on essaie de jouer à un jeu qu'on ne connaît pas vraiment les règlements. Mais on peut les changer, les règlements, on peut les faire, on peut travailler dessus puis on peut essayer de les améliorer. Et je pense que c'est là-dessus qu'il faut mettre le point de vue. En tout cas, nous, ce qu'on veut, c'est : on veut être positifs là-dedans, on veut aider les gens. Tous ceux qui sont prêts à travailler en avant dans ce projet-là, on va y aller.

Mais c'est clair que pour l'instant on ne connaît pas les règles du jeu, là. On n'a pas de chiffre, on ne sait pas vraiment... Peut-être que, quand on va connaître mieux tout ça, on va avoir une meilleure idée puis on va savoir comment qu'on peut s'impliquer là-dedans.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Oui, c'est un peu notre inquiétude, toute la question, là, du financement, le panier de services, combien ça va coûter. Ce n'est pas la question des soins à domicile et de faire en sorte que les personnes en situation de handicap, puis que les personnes âgées puissent recevoir plus de soins là où elles souhaitent les recevoir, et qu'il y ait une formation de qualité. Ça, tout le monde, on s'entend là-dessus, et tout le monde, on veut avancer dans la même direction.

Qu'est-ce que vous pensez de la situation des CHSLD? On sait qu'on veut diminuer probablement le nombre de lits en CHSLD pour faire en sorte qu'il y ait plus de soins à domicile. Mais, avec le vieillissement de la population, est-ce qu'on sera capable de diminuer les lits en CHSLD, avec les personnes qui sont atteintes de maladies cognitives, etc.?

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

**M. Quintin (Claude) :** ... si on ne parle pas de les diminuer pour l'instant, on peut au moins dire : Les gens qui sont là devraient être les bonnes personnes.

Et, ceux qui sont là puis qui ne devraient pas être là parce qu'on peut leur donner des bons soins ailleurs, on devrait être capable de leur donner des bons soins ailleurs, à d'autres endroits où ça coûte moins cher, et laisser ces espaces-là disponibles pour ceux qui en ont vraiment besoin. Il y a un remplacement à faire là-dedans. Ça aussi, ça prend un peu de temps, là. On ne peut pas attendre que tout le monde soit mort non plus là-dedans, là, parce qu'il y en a dans ça qui sont là pour de très, très, très nombreuses années parce que la meilleure place pour leur donner les services dont ils ont besoin, ce n'était pas un CHSLD. Ils se sont retrouvés là avec l'historique, là, qu'on n'essaiera pas de refaire après-midi.

Mais il y a un travail à faire à ce niveau-là. Moi, je ne crois pas que ce soit nécessaire qu'on ouvre des nouvelles places en CHSLD. C'est clair qu'il y a des CHSLD qui sont passés date puis que, tôt ou tard, il y en a qu'il va falloir soit fermer ou mettre des sous tellement importants dedans que ça vaudrait la peine de les jeter à terre, puis repartir. Mais ça reste des décisions vraiment politiques, là. Moi, je ne peux pas... je n'ai pas de réponse là-dedans.

• (16 h 50) •

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

**Mme Vallée :** Merci. Bonjour. J'avais un autre alignement pour la question, mais vous venez de dire quelque chose qui m'a profondément touchée.

Vous dites : On essaie de jouer un jeu, mais on ne connaît pas les règles du jeu. On va commencer à jouer dans six mois à peu près, sauf qu'on ne joue pas avec de l'argent de Monopoly puis on ne joue pas avec des pions, on joue avec du vrai monde. Et là, dans six mois, on va commencer à jouer puis on ne sait pas encore à quoi on va jouer, on ne sait pas encore comment on va jouer puis on ne sait pas combien ça va coûter puis combien d'argent sera mis à contribution. Ça fait que je vous avoue que c'est venu me chercher parce que je me dis : Ce n'est pas un jeu, là, c'est loin d'être un jeu, on va venir toucher la réalité des gens.

J'ai une préoccupation. Évidemment, je vous avoue que j'ai un penchant, je me préoccupe beaucoup de la question des personnes handicapées dans toute cette mise en oeuvre là. Mais évidemment vous représentez des aînés. Est-ce qu'on a, sur l'ensemble du territoire, suffisamment de ressources humaines et de ressources pour assurer ce virage-là, pour s'assurer qu'il y aura une universalité puis une équité pour tous les gens, pour les gens qui seront maintenus à domicile dans les régions éloignées, pour les gens qui seront dans des communautés rurales? Moi, c'est une de mes préoccupations également, parce qu'on sait que, dans les milieux ruraux, l'accessibilité n'est pas nécessairement la même qu'en milieu urbain parce que certains milieux ruraux ont des défis quant à la rétention puis l'attraction de leur personnel, du personnel qualifié, du personnel formé.

Je ne sais pas si, cet enjeu-là, dans votre table, vous avez eu des échanges avec vos collègues.

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

**M. Quintin (Claude) :** Quand je dis qu'on ne connaît pas les règlements, là, on sait en gros c'est quoi, le règlement, on sait quand même qu'on peut quand même se permettre de dire qu'on pense que c'est des bons choix, puis on est prêts à aller là-dedans, puis on est prêts à faire notre bout là-dedans, puis on est prêts à travailler dans ça. Ça, on est prêts à le dire, il n'y a pas de problème avec ça. Maintenant, la question, c'est la question des limites : Si on arrive à faire une évaluation, y a-tu assez d'argent avec ça, il n'y en a pas assez? On ne le sait pas parce que nous, on ne les a pas faits, les chiffres. On ne les a pas puis on ne les a pas faits.

Maintenant, c'est clair que les ressources... actuellement, il y a des ressources dans le milieu qu'on a développées historiquement. Alors, si on tire une ligne, on ne peut pas la tirer avec tout l'historique qui s'en vient en arrière, là. Il

faut dire : Actuellement, on ne peut pas arrêter ça dans le temps, là, on s'en va vers autre chose. Alors, si le vers autre chose est organisé autrement, peut-être que les ressources qu'il y a là sont suffisantes pour faire les choses autrement. Mais ça, pour l'instant, on ne le sait pas. En tout cas, moi, je ne le sais pas.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé. Pour le deuxième groupe de l'opposition, Mme la députée d'Arthabaska.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Merci, M. le Président. Je vous ai entendu dire : On a réussi les meilleures choses quand on était un peu délinquant.

Je comprends exactement ce que vous voulez dire parce qu'à Victoriaville et sa région, Arthabaska, L'Érable, on réussit à faire de belles choses dans le maintien à domicile, alors que les enveloppes n'étaient pas étiquetées. Donc, ça a émergé du milieu comme étant un objectif, comme étant quelque chose de nécessaire à faire. Et par chance qu'on l'a fait au moment où les enveloppes n'étaient pas tout étiquetées puis qu'on n'a pas attendu que l'assurance autonomie arrive. Je pense que la confiance envers les gens qui sont sur le terrain est primordiale puis que, dans ce sens, des fois on oblige des façons de faire ou des moyens. Moi, je pense qu'on devrait plutôt imposer des résultats quelquefois, laisser l'intelligence des gens qui s'impliquent travailler et puis... mais sans pour autant laisser aller le système sans vérification puis sans surveillance.

Il y a des endroits où ils ont réussi à avoir un bon maintien à domicile, des bons soins palliatifs. Puis plusieurs personnes... puis il y a un taux très, très élevé de personnes qui meurent à domicile, parce qu'on sait que la plupart des gens veulent mourir à domicile, ne veulent pas mourir dans un corridor à l'urgence. Donc, est-ce que c'est un peu comme ça que vous voyez les choses?

**M. Quintin (Claude) :** Bien, moi personnellement...

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

**M. Quintin (Claude) :** ...je me fie beaucoup à mon intuition. Il y a beaucoup de nouvelles solutions qui ont été trouvées par intuition, par des gens qui sont dans le milieu, puis qui travaillent là, puis qui sont capables de regarder ce qui se passe.

Mais ensuite la deuxième affaire, c'est sûr que c'est avoir une confiance dans les structures. Mais, à long terme, ça, ce n'est pas suffisant, il va falloir aller plus loin. Alors, il faut avoir des ressources puis il faut être capable de bien encadrer ce qu'on veut faire. Maintenant, ça prend un système qui est souple. On est en train de déranger beaucoup de monde de beaucoup de façons. On veut garder ce qui est bon, on ne veut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. On veut garder ce qui est bon puis on veut améliorer le reste. Alors, il faut faire attention. Il y a une discrimination à faire. Moi, j'appellerais ça une discrimination positive. Il y a des choses qu'il faut garder, c'est important. Puis il y en a d'autres que, sans les mettre carrément de côté, bien, il faut se poser des questions. Vous en avez tous, des questions sur des points bien précis. Je veux dire, il s'agit de les ramasser puis de les regarder. Mais là on essaie de faire une grosse, grosse recette, là. Puis tout le monde veut dire : Ah, bien, moi, ma mère, elle mettait ça, puis, moi, ma mère, elle mettait ça. Bien, si on met ce que toutes les mères mettaient dans la même recette, là, je ne sais pas si on va arriver au bout avec une recette qui est mangeable.

Alors, il faut faire attention à ça. Il faut regarder vraiment, il faut faire des choix. On est devant les choix, là.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Je vous remercie. Je comprends. Je pense qu'on a fait le tour de la question. On comprend vos points de vue.

**M. Quintin (Claude) :** ...des soins palliatifs.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Voulez-vous en parler?

**M. Quintin (Claude) :** Bien, je pense que c'est un point qui est important là-dedans. On n'en a pas parlé, dans le sens que... je ne le sais pas, il y a des gens qui... c'est clair qu'ils aimeraient mieux être chez eux. Ils se retrouvent à l'unité de soins palliatifs parce que la personne qui s'en occupait est brûlée puis elle n'a pas les capacités de faire les actes médicaux dont elles auraient besoin. Mais il y a sûrement beaucoup de gens là-dedans aussi qui seraient prêts à rester chez eux si on leur donnait ces capacités-là. C'est un autre problème dans le casse-tête qu'on a à régler.

**Mme Roy (Arthabaska) :** Oui. Oui, c'est ce que je vous dis. Il y a certaines régions au Québec où on a réussi. Puis c'est grâce à l'intelligence puis à l'implication du communautaire avec du CSSS, avec des unités de personnes qui venaient pour les personnes qui voulaient mourir à domicile. On a tout arrimé ça. Si on a réussi là, on est capable de le faire ailleurs. C'est ce que je dis. Et puis il ne faut pas essayer de réinventer le bouton à quatre trous, là... il ne faut pas essayer de réinventer la roue, plutôt. Il y a des endroits où ça marche, au Québec, puis je pense qu'il faut étendre ce modèle-là.

**M. Quintin (Claude) :** Un dernier point, pour terminer, si vous permettez, c'est qu'on n'a pas parlé du tout des centres d'action bénévole, les groupes communautaires.

Il y a beaucoup de groupes communautaires actuellement qui donnent un certain nombre de ces services-là. Il ne faudrait pas les enlever. Puis il faudrait... Regarde, en fait, ceux qui sont là puis qui font déjà un bon

travail, il faut s'organiser pour leur donner les moyens pour qu'ils puissent continuer puis qu'on puisse les garder. Alors, c'est un autre morceau.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Quintin, Mme Chartier, merci pour votre présentation, merci d'être avec nous aujourd'hui et partager votre expertise.

Et je demande aux représentants de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec de prendre leur place à la table et je suspends pour quelques instants.

*(Suspension de la séance à 16 h 58)*

*(Reprise à 17 h 2)*

**Le Président (M. Bergman) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, on reçoit maintenant l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Alors, s'il vous plaît, donnez-nous vos noms, vos titres. Et le prochain 10 minutes, c'est à vous pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission.

### **Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)**

**Mme Gagné (Anne) :** Alors, merci, M. le Président. Permettez-moi d'abord de saluer M. le ministre de la Santé et le ministre responsable des Aînés, il ne faut pas l'oublier, le Dr Réjean Hébert. Je voudrais aussi saluer les autres députés de l'Assemblée nationale et, par la même occasion, vous remercier tous de nous recevoir aujourd'hui et de vous présenter notre mémoire.

Alors, mon nom est Anne Gagné, nutritionniste et présidente de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, et je suis accompagnée de Joanie Bouchard, nutritionniste également et coordonnatrice aux affaires professionnelles à l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Alors, je voudrais également profiter de l'occasion pour remercier — vous avez reçu notre mémoire — les collaborateurs, parce que vous savez que ça prend beaucoup de temps à préparer. Alors, je remercie Nancy Presse, Isabelle Piedaloue, Isabelle Desjardins, Louise Girard, Michel Sanscartier, Janick Perreault ainsi que notre directrice générale qui nous accompagne aujourd'hui, Me Annie Chapados. Alors, comme vous le savez, les ordres professionnels ont une mission qui est la protection du public en s'assurant de la qualité de l'acte professionnel de ces membres, et nous avons également une autre section dans notre mission, qui est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise.

Alors, concernant le livre blanc et l'autonomie pour tous, vous savez, ce n'est pas le premier mémoire que l'OPDQ présente concernant la santé des aînés, mais nous sommes particulièrement heureuses aujourd'hui de la volonté du ministre de souhaiter l'autonomie pour tous et particulièrement pour les aînés.

D'ailleurs, nous nous sommes attardés particulièrement à cette partie de la population dans notre mémoire. Vous savez, on ne peut parler de l'autonomie des aînés et de les garder à domicile sans parler de leur alimentation et de leur état nutritionnel. C'est la raison de notre présence ici aujourd'hui. Pourquoi? Bien, premièrement, en raison du vieillissement normal. Et je vais vous faire travailler. Je vous invite à prendre... Vous avez tous reçu le mémoire. Allez à l'annexe 1 du mémoire, qui concerne les principaux changements physiologiques et physiques liés au vieillissement normal et les conséquences nutritionnelles associées. En fait, si vous aviez une page à retenir de notre document... il y en aura deux autres tout à l'heure, mais celle-là est importante. Alors, j'imagine que vous l'avez tous devant vous. Alors, elle est divisée en trois sections. Alors, la première section, ce sont les types de changement; la deuxième colonne, les changements physiologiques qui sont liés au vieillissement normal — alors, on va tous y passer, la jeunesse éternelle, ça n'existe pas; et, la troisième section, ce sont les conséquences possibles.

Par exemple, si nous allons à la deuxième ligne, on parle des changements dans la composition corporelle. Alors, pour le vieillissement normal, ce que ça apporte, c'est une diminution de la masse musculaire, une diminution de la masse osseuse, une augmentation de la masse adipeuse, et les conséquences possibles... les conséquences nutritionnelles associées : une diminution des besoins énergétiques, réduction de l'autonomie fonctionnelle, augmentation des risques de chute, augmentation des risques de fracture associés à la réduction de la masse osseuse. Alors, dans ce tableau-là, vous retrouvez des changements qui se font au cours du vieillissement, qui sont normaux : un changement au niveau de l'odorat, au niveau du goût, au niveau de la capacité de digestion, etc. En plus du vieillissement normal, on retrouve d'autres facteurs qui peuvent altérer les conditions nutritionnelles et avoir des conséquences, par exemple les conditions médicales, la chirurgie, mais d'autres facteurs aussi, comme par exemple la capacité de se déplacer, les difficultés de se déplacer, les difficultés d'acheter des aliments, les difficultés de les cuisiner. Il y a aussi le revenu, qui parfois est très faible — vous le mentionnez d'ailleurs dans votre livre blanc — ce qui veut dire le budget pour l'achat des aliments, la solitude, la perte d'un conjoint.

En fait, tous ces facteurs-là, qui sont endogènes, exogènes, peuvent amener la dénutrition et la malnutrition.

Et là, en me préparant, ce matin, pour venir vous rencontrer, j'ai retrouvé un document chez moi qui a été produit par le ministère de la Santé en 2011, qui s'intitule *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, qui a été rédigé par plusieurs médecins gériatres, entre autres quelqu'un que vous connaissez sûrement, Dre Kergoat, qui est gériatre à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Et vous allez me permettre de vous lire quelques lignes sur les conséquences de la malnutrition et la dénutrition. Alors, j'y vais.

«La malnutrition engendrée par un apport alimentaire insuffisant ou par un accroissement des besoins nutritionnels en raison de la maladie est fréquente. À l'admission [au centre hospitalier], la prévalence de la malnutrition est estimée à 35 % environ; au congé — lorsque la personne retourne — elle passe à 50 %. La malnutrition et son corollaire, la perte de poids, sont associés, chez la personne âgée, à une augmentation de la mortalité, qui peut s'étendre de 9 % à 38 % de un an à deux ans et demi après la perte initiale. Les personnes âgées frêles, celles qui accusent un petit poids de base et celles récemment admises à l'hôpital sont particulièrement à risque. La malnutrition est aussi associée à un risque accru de complications — delirium, infections, désordres métaboliques, mauvaise cicatrisation des plaies, perte de masse musculaire [et aussi] un déclin dans les activités de la vie courante, à une perte des capacités physiques [et] à un taux plus élevé d'hébergement et à une qualité de vie pauvre. [Finalement], il existe de nombreuses études pour appuyer que l'apport alimentaire, un facteur modifiable, est un des principaux déterminants de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée.»

Tout ça pour vous dire finalement que... qui vous explique pourquoi on doit parler de l'alimentation et de l'état nutritionnel, et, si on veut garder les aînés chez eux, il faut s'en préoccuper. Alors, malheureusement, malgré que la prévalence est connue... de la dénutrition, les études démontrent, au Québec, qu'elle est rarement dépistée et diagnostiquée en milieu ambulatoire. Donc, la prise en charge est souvent tardive, et les impacts de la dénutrition sont déjà importants.

• (17 h 10) •

Alors, c'est ici que j'arrive à nos deux premières recommandations. Premièrement, il est primordial de dépister, d'évaluer et de diagnostiquer le risque nutritionnel et la dénutrition chez la clientèle recevant des soins à domicile. Vous comprenez pourquoi. Conséquemment, ce que nous proposons en complément de la grille d'évaluation SMAF, qui est recommandée dans le livre blanc et qui est un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, nous recommandons l'utilisation d'un outil supplémentaire, qui est le dépistage nutritionnel des aînés, le DNA. En fait, cet outil, que je vais vous parler un peu plus longuement tout à l'heure, a été élaboré et validé au Québec par l'équipe du Dr Hélène Payette, qui est à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Donc, le ministre de la Santé connaît bien cette région et il doit sûrement connaître Dre Payette. Alors, c'est un outil facile et rapide à utiliser qui est disponible en français et en anglais, et ce qui est intéressant, c'est qu'il a été validé pour être utilisé par le personnel des services à domicile. Donc, ce n'est pas nécessairement un professionnel qui doit l'utiliser.

Alors là, je vous fais travailler encore, je vous envoie rapidement à l'annexe 3 du document, du mémoire qu'on vous a présenté, et le questionnaire DNA, c'est simplement deux pages, 10 questions. Et ce qui est intéressant, en plus — là, je ne ferai pas le tour des questions parce qu'on me dit qu'il faut que je sois plus rapide — à la suite de ce questionnaire-là, qui peut être complété par des employés qui font de l'aide à domicile, on obtient un score de trois niveaux : un niveau faible, alors le niveau faible fait référence à une vigilance quant à l'apparition d'un facteur de risque, ce qui veut dire qu'il faut faire attention si la personne a un changement de situation ou une perte de poids; le modéré fait référence à une surveillance alimentaire constante, alors il faut s'informer régulièrement de l'alimentation, donner des conseils, puis ça, ça peut être fait par les employés qui font l'aide à domicile; et, le troisième, risque élevé, alors là, ici c'est un service d'aide à l'alimentation, on doit augmenter les apports alimentaires et aussi faire référence à un professionnel en nutrition.

Alors, cet outil-là permettra de dépister des risques nutritionnels et éviter que les personnes qui sont chez elles puissent le demeurer. Ça peut également les aider à maintenir leur état de santé.

Je vais passer la parole à Joanie, qui va nous parler... ou durant les questions, la période des questions... minutes?

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

**Mme Gagné (Anne) :** Déjà? Ça va trop vite. On aura l'occasion de vous parler du financement, et d'efficacité, et des outils, d'autres outils qu'on propose.

**Le Président (M. Bergman) :** Parfait. Pour le premier bloc du gouvernement, M. le ministre.

**M. Hébert :** Bien, merci beaucoup. Merci d'abord de nous rappeler l'importance de la nutrition pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées. C'est extrêmement important. Et vous suggérez, là, de mieux détecter les personnes à domicile et même d'intégrer le DNA, le dépistage nutritionnel des aînés, dans l'Outil d'évaluation multiclientèle. Ce qui me préoccupe, c'est qu'est-ce qui arrive après, c'est-à-dire, une fois qu'on a détecté...

D'abord, avez-vous une idée de l'ampleur du phénomène pour les gens qui sont dans les soins à domicile? Est-ce que vous connaissez combien... quel est le pourcentage de gens qui seraient dénutris, selon l'outil de détection de Mme Payette?

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, en fait, à votre première question, quand vous demandez qu'est-ce qui arrive lorsqu'ils sont dépistés, bien, justement, comme je vous expliquais, il y a trois niveaux, hein? Le premier niveau... les deux niveaux, en fait, c'est... Le premier niveau, c'est simplement d'encourager à s'alimenter, puis à ne pas oublier de manger, puis de vérifier aussi s'il n'y a pas un événement majeur qui arrive dans sa vie qui ferait que son apport nutritionnel va diminuer.

Le deuxième niveau, c'est de surveiller puis d'encourager également un peu plus serré. Mais le niveau... le premier, qui est très, très sévère, alors là il faut augmenter l'apport alimentaire, ce qui veut dire d'utiliser les services qui sont déjà en place, par exemple des popotes roulantes, l'aide domestique à s'alimenter, à cuisiner et aussi une référence en nutrition. La référence en nutrition, bien, écoutez, ça dépend de la problématique de la personne. Comme vous êtes

médecin, vous ne feriez pas la même prescription à tous vos patients. Alors, c'est pour ça que ce qui est important... que la personne rencontre une nutritionniste, qu'elle fasse une évaluation individualisée, et par la suite il y aura un plan de traitement qui sera déterminé.

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

**M. Hébert :** Mais, c'est justement, est-ce qu'il y a les ressources dans le réseau actuellement pour offrir à ces personnes les services d'une nutritionniste?

**Mme Gagné (Anne) :** O.K. Je vais laisser la parole à Joanie, qui devait vous présenter... On a préparé des ratios. Alors, c'est la deuxième... C'était la deuxième partie, elle va... alors je vais laisser Joanie...

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Merci, Mme Gagné. M. le ministre, aussi, pour répondre à votre question quant à la fréquence... actuellement, la prévalence de dénutrition chez nos aînés qui sont à domicile actuellement — Dre Payette a publié des chiffres également en ce sens-là — c'est sûr qu'au Québec, en Amérique du Nord, en Europe, ça va varier selon le profil, donc, de dénutrition. On va parler de 5 % à 15 % des aînés à domicile. Ceci dit, si on parle de risques nutritionnels, donc un risque de développer une dénutrition, on parle jusqu'à 60 % des aînés actuellement à domicile qui auraient une dénutrition possible.

Actuellement, ces gens-là ont déjà recours à des services de la nutritionniste au CLSC. Ceci dit, les délais d'attente sont très longs. Et la quatrième annexe que vous allez trouver dans notre mémoire fait référence à des travaux qu'on a réalisés dans la dernière année, qui portent sur les ratios d'effectifs en nutrition clinique pour répondre aux besoins de la population qui nécessite des soins à domicile et qui inclut, donc, les personnes âgées. Donc, à savoir qu'est-ce qui se passe par la suite et quels sont les besoins, combien de nutritionnistes on aurait pour répondre à ces besoins-là, on vous a fourni des statistiques, des chiffres, des données, qu'on est allés chercher dans la dernière année, à cet effet-là.

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

**M. Hébert :** Pouvez-vous me guider dans cette annexe? Je vous avoue que j'ai lu le quart de votre mémoire mais pas l'annexe, là. Alors, quel serait le nombre de nutritionnistes qu'il faudrait engager pour répondre aux besoins?

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

**Une voix :** ...

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Merci. En fait, ce travail-là qu'on a effectué, on a regardé vraiment sur la base des besoins populationnels, des personnes. Donc, ce que vous allez trouver dans ce rapport-là, ce n'est pas nécessairement un chiffre de professionnels qui seraient à engager mais plutôt un travail qui est à effectuer par les CSSS pour vraiment les regarder selon les besoins de la population, comment on pourrait déterminer. Donc, effectivement, on a émis des recommandations dans la dernière section du document, des ratios qui... en fonction des facteurs de vulnérabilité qui sont présents dans la population, qui pourraient donc mettre à risque nutritionnel ces gens-là, combien de diététistes on devrait avoir besoin pour répondre à ces besoins-là.

Donc, c'est vraiment une étude qui est individualisée, qui est à regarder par territoire, par population, en fonction des besoins.

**Mme Gagné (Anne) :** Je voudrais ajouter, si vous me permettez, M. le ministre. Nous sommes une petite organisation, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, alors nous ne sommes pas en mesure d'élaborer des statistiques ou des... aussi élaborées, en fait. Mais, par contre, nous sommes prêtes à collaborer avec les autorités pour ce faire.

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

**M. Hébert :** Oui, mais il y a là un enjeu de planification de main-d'oeuvre, là, vous vous en doutez bien. Ce que je voudrais savoir de vous, sans avoir des chiffres précis, c'est est-ce que nous avons les nutritionnistes formés et disponibles pour être en mesure de combler ces besoins. Et le corollaire — parce que j'ai l'impression qu'on ne les a pas : Mais alors qu'est-ce qu'on fait pour les avoir? Pour en avoir plus, qu'est-ce qu'il faudrait mettre en place?

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, ça, c'est l'oeuf ou la poule, c'est-à-dire que... On est nutritionnistes. L'oeuf ou la poule, en fait c'est de... Vous dites : Combien ça prend de nutritionnistes puis combien on en a de besoin? Ça fait qu'il faut travailler avec ces deux-là. Mais actuellement on a différentes statistiques, mais on ne peut pas vous donner le chiffre aujourd'hui. Vous avez parlé de la planification de la main-d'oeuvre. Effectivement, c'est un dossier qu'on a

amené au ministère de la Santé ça fait quelques années. Puis qu'il faut augmenter les ressources en nutrition, effectivement c'est un dossier... Je suis heureuse que vous en parliez, parce qu'on espère vos rencontrer à ce sujet-là, justement.

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

**M. Hébert :** On a annoncé l'embauche de 180 professionnels dans les GMF. Et vous m'avez entendu à quelques reprises, et à chaque fois que j'en ai l'occasion je dis : Ça peut être des nutritionnistes aussi. Donc, est-ce que vous savez s'il y a actuellement des nutritionnistes qui n'ont pas de travail ou qui se cherchent de l'emploi? Quelle est la situation de l'emploi? C'est un peu ce que je voudrais, que vous puissiez nous éclairer.

Est-ce qu'on est en pénurie de nutritionnistes, à votre avis? Est-ce qu'il y a des nutritionnistes qui ne se trouvent pas d'emploi?

**Mme Gagné (Anne) :** En fait...

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

• (17 h 20) •

**Mme Gagné (Anne) :** Ah! Oui, excusez-moi, je suis rapide à lui répondre.

Alors, en fait, le portrait, c'est que, les nutritionnistes, il y en a plusieurs qui travaillent dans le réseau de la santé, il y en a plusieurs qui travaillent à temps partiel effectivement qui pourraient peut-être faire des temps-pleins, il y a des nutritionnistes qui sont en congé de maternité, il y a des nutritionnistes qui travaillent en pratique privée parce que, vous savez, dans le réseau de la santé, avoir un poste à temps plein, ce n'est pas évident et c'est souvent sur appel. Alors, il y en a quelques-unes qui préfèrent aller en privé.

Mais, oui, actuellement il y a des ressources pour combler des postes. Mais, pour faire une projection, quand vous me parlez qu'il y a de l'argent qui est développé pour avoir des postes dans les GMF, mais vous ne m'avez pas dit combien de nutritionnistes... Ça fait que moi, je peux bien vous répondre, mais ça fait que vous aussi...

**M. Hébert :** ...que les GMF vont faire.

**Mme Gagné (Anne) :** C'est ça.

**M. Hébert :** C'est-à-dire qu'on n'a pas à imposer un choix. On a offert aux GMF de combler ces postes-là par des intervenants psychosociaux, des nutritionnistes, des kinésithérapeutes... des kinésiologues, pardon, j'ai mon vieux fond français qui remonte... ou des inhalothérapeutes, alors... ou des pharmaciens. Combien vont choisir... nutritionnistes? Je ne sais pas. Mais je voulais avoir une opinion de votre part sur : Sommes-nous en pénurie? La question simple, c'est : Sommes-nous en pénurie de nutritionnistes actuellement au Québec, d'après vous?

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Merci, M. le Président. En fait, M. le ministre, on avait déjà... il y a eu un document qui a été produit il y a quelques années déjà, auquel l'OPDQ avait collaboré, qui statuait en fait qu'effectivement on s'en allait vers une pénurie de diététistes.

Nous, nous sommes d'avis qu'actuellement nous le sommes déjà. C'est... pour lequel on travaille le dossier, qu'on souhaite augmenter les cohortes, on souhaite augmenter qu'il y ait des nutritionnistes. À savoir des chiffres précis sur le pourcentage de nutritionnistes qui se cherchent des emplois, ces chiffres-là, on ne les a pas avec nous aujourd'hui. Ceci dit, je peux vous dire que c'est très rare, des nutritionnistes qui se cherchent de l'emploi. Des offres d'emploi, il y en a beaucoup qui circulent. Vous avez nommé, entre autres, des milieux de travail comme les GMF, les centres hospitaliers. Il y a beaucoup d'autres milieux de travail qui sont accessibles pour les nutritionnistes en dehors du réseau de la santé aussi, ce qui fait qu'on observe, dans les dernières années, un dispersement un peu des professionnels une fois qu'ils sortent de l'école. Et il y a aussi tout le dossier de pouvoir leur permettre d'accéder à une formation pratique.

Donc, actuellement, c'est aussi ce qui nous limite de former plus de professionnels pour pouvoir répondre aux besoins qu'on ressent dans la population, c'est le fait que les professionnels en formation n'ont pas accès à des stages pratiques dans tous ces milieux-là pour être en mesure d'être compétents une fois sur le marché du travail.

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

**M. Hébert :** La formation des nutritionnistes actuellement se fait dans combien d'établissements? Puis vous en formez combien par année?

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

**Mme Gagné (Anne) :** En fait, dans trois universités : l'Université de Montréal, l'Université McGill et l'Université Laval. Et il y en a une cohorte d'à peu près 200... 50, 60, 90?

**Mme Bouchard (Joanie) :** Les Universités de Montréal et de McGill vont former environ 90 étudiants. À l'Université Laval, on est un peu en dessous de ça, aux environs de 70. Donc...

**Mme Gagné (Anne) :** ...environ...

**Mme Bouchard (Joanie) :** ...180... 250.

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

**M. Hébert :** Donc, il n'y a pas actuellement de formation, en région, des nutritionnistes. Est-ce que ça ne pourrait pas être une avenue intéressante de pouvoir utiliser le réseau des universités du Québec, par exemple, pour essayer de développer des programmes supplémentaires pour former des nutritionnistes?

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, en fait, actuellement, là... D'ailleurs, il y a eu une planification de la main-d'oeuvre, un document qui a été produit voilà... je pense, c'était en 2010... déjà par le ministère de la Santé. Et déjà, dans ce document-là, on disait qu'il fallait augmenter les cohortes dans les universités, les trois universités que je vous ai nommées.

La problématique d'augmenter les cohortes actuellement, c'est qu'il y a des difficultés de trouver des stages, entre autres, dans le réseau de la santé. Alors, ce n'est pas qu'il y a un besoin d'ouvrir d'autres sites de formation, mais il faudrait déjà augmenter les cohortes dans les universités. C'est un autre dossier qu'on a amené à votre ministère. Et d'ailleurs on a rencontré le ministère de l'Éducation supérieure à cet effet, et il y a un comité provincial, là, qui a été créé avec les trois universités, avec le ministère de l'Éducation, et il va sûrement y avoir quelqu'un de chez vous pour parler de cette situation-là. C'est un dossier qui nous préoccupe depuis plusieurs années. On en parle et on espère qu'il va y avoir des suites, là.

Mais, comme je vous dis, c'est l'oeuf et la poule, hein, tout est ensemble, là. Alors, c'est pour ça que c'est difficile de vous donner un portrait exact. Mais effectivement il y a des choses qu'il faut étudier puis évaluer.

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

**M. Hébert :** Un élément qui me préoccupe aussi, et ça préoccupait le Vérificateur général dans son rapport de 2011, c'est la dénutrition en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Avez-vous un état de situation là-dessus? Est-ce que vous avez de nouvelles données par rapport à ce que le Vérificateur général soulevait dans son rapport? Quelles sont les pistes de solution? Est-ce qu'on devrait faire le même genre de dépistage? Est-ce qu'il devrait y avoir des normes quant au budget de l'alimentation? Parce que, dans certains établissements, c'est un problème.

Donc, je voudrais vous entendre là-dessus, sur les personnes en établissement d'hébergement, aussi.

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

**Mme Gagné (Anne) :** Juste avant, Joanie... Le document, ce que je vous ai présenté tout à l'heure, le DNA, celui-là, pour dépister la dénutrition, c'est pour les soins à domicile, les personnes qui sont en perte d'autonomie.

Considérant les CHSLD, bien c'est encore les mêmes données par rapport à la dénutrition. Puis, oui, il faut la dépister puis il faut... Vous avez fait référence au rapport du Vérificateur général qui disait justement qu'il fallait augmenter les ressources en nutrition, avoir une nutritionniste, que le patient soit vu au moins une fois par mois... je pense, c'est 30 minutes une fois par mois. Alors, là aussi, il n'y a pas suffisamment de ressources. La dénutrition, oui, elle est là également. Puis souvent ce qu'on note dans toutes les études, c'est que les personnes qui arrivent en CHSLD sont déjà dénutries. Elles le sont déjà. Alors, c'est pour ça que nous, on trouve ça intéressant qu'il y ait un travail qui soit fait au niveau des personnes qui sont dans leurs domiciles. Puis d'ailleurs on avait déjà commencé à y travailler. On avait produit un document, ça fait un an et demi, deux ans, avec le ministère de la Famille et des Aînés à l'époque, qui s'intitule *Les protéines : des alliées pour vieillir en santé!*. Parce que la problématique de la dénutrition est reliée finalement à une faiblesse au niveau des calories ou au niveau des protéines. Alors, on a ciblé ces nutriments-là. Et c'est un peu loin pour le voir, mais on a apporté des copies. On a fait le document, avec des gros caractères, très simple, des images intéressantes, pertinentes, il y a des aliments. Alors, vous savez, c'est un outil qui peut avoir un impact positif.

Mais effectivement il faut agir en amont pour éviter que ces personnes-là arrivent en dénutrition dans les CHSLD.

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

**M. Hébert :** Je vais laisser...

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

**Mme Proulx :** Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames. Vous parlez beaucoup, là, de dénutrition, de carences nutritionnelles. Et, dans le contexte actuel où on a un projet d'assurance autonomie dans lequel on prévoit développer des plus grands partenariats, notamment avec les entreprises d'économie sociale, est-ce que vous diriez... et j'ai vu que vous avez développé une grille, là, le DNA, un diagnostic nutritionnel, mais est-ce que c'est facile pour quelqu'un de dépister une situation de carence nutritionnelle? Un préposé qui va à la maison et qui n'est pas nécessairement un diététicien, qui n'est pas nécessairement infirmier ou infirmière, est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir une formation spécifique? Et comment? À quoi spécifiquement ces personnes-là... sur quoi devraient-elles être formées pour être en mesure de dépister les problèmes, les carences?

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

**Mme Gagné (Anne) :** Merci. Tout à l'heure, je suis peut-être allée rapidement. Mais, justement, cet outil-là a été développé pour qu'il soit présenté par des employés qui font du service d'aide à domicile, pas nécessairement des professionnels de la santé. Alors, il peut être utilisé par, par exemple, une personne qui va aider à cuisiner ou un étudiant qui a été engagé pour un travail d'été. C'est très facile, c'est 10 questions. Et la compilation des résultats, c'est selon les scores obtenus. Alors, oui, c'est facile de dépister. Puis ça peut être fait par n'importe qui, pas nécessairement un professionnel de la santé.

**Mme Proulx :** Donc, cette grille-là pourrait simplement être utilisée et ne requiert pas une formation spécifique pour son utilisation.

**Mme Gagné (Anne) :** Non.

**Mme Proulx :** O.K. Et j'aimerais ça, puisque vous êtes là, que vous nous donniez un peu plus de détails sur ce que c'est concrètement que la dénutrition. Est-ce qu'on parle de personnes qui sautent des repas? Est-ce qu'on parle de personnes qui ne mangent pas suffisamment ou des personnes qui n'ont pas suffisamment de diversité dans les aliments? Qu'est-ce que c'est, selon vous, le principal problème, quand on parle de dénutrition, bien sûr chez les personnes âgées qui sont à domicile?

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

• (17 h 30) •

**Mme Gagné (Anne) :** En fait, toutes vos réponses sont bonnes. Comme je vous disais, au départ, là, le vieillissement normal fait qu'on a des besoins plus grands, que nos besoins ne sont pas comblés.

En plus de ça, s'il y a une maladie, si, par exemple, la personne ne peut pas s'alimenter parce qu'elle n'a pas suffisamment d'argent... là on fait référence aux apports alimentaires, ce qu'on mange, là. Alors, si la personne, elle n'a pas d'argent, elle ne peut pas le faire elle-même, si elle ne peut pas aller s'acheter des aliments, si elle ne peut pas cuisiner... Parfois, ça peut être un couple dont le conjoint décède. Là, la personne peut peut-être sauter deux, trois repas. Puis de sauter deux, trois repas, six, huit heures sans manger, déjà il y a une perte de la masse musculaire. Alors, déjà, la personne âgée, elle est fragile en raison du vieillissement, et c'est normal, mais, s'il y a des événements supplémentaires, c'est là que ça peut aggraver son état nutritionnel.

Mme Bouchard, voulez-vous ajouter quelque chose?

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Merci. En fait, pour compléter Mme Gagné, je vous dirais qu'effectivement on a deux sources qui vont amener cette problématique-là avec le vieillissement.

Outre les changements normaux que Mme Gagné a bien expliqués au début de son allocution, donc on a soit une augmentation des besoins qui vont être présents chez la personne âgée suite à un vieillissement normal ou une pathologie qui est présente ou des apports qui vont être insuffisants. Dans le cadre de l'autonomie à domicile et de handicaps ou d'incapacités, on va parler d'une difficulté soit à se nourrir, qui est incluse présentement dans l'évaluation du système de mesures fonctionnelles, ou une difficulté aussi à se préparer un repas ou à aller faire les courses, qui vont toucher soit la quantité d'aliments qui vont être ingérés par la personne ou la qualité. Puis c'est deux notions qui sont importantes, parfois qui vont faire que la dénutrition ne soit pas dépistée ou le risque nutritionnel ne sera pas dépisté de façon adéquate.

C'est que ce n'est pas juste la quantité d'aliments qui va être importante, mais aussi la qualité des aliments qui vont être ingérés, et là il y a plusieurs facteurs qui viennent entrer en compte à ce moment-là.

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

**Mme Proulx :** Oui. Et, en lien avec ce que vous venez de dire, toute la question des aidants naturels, les personnes qui font partie de la famille et qui demeurent à domicile pour prendre soin des personnes âgées... est-ce que, selon vous, les aidants naturels sont bien au fait des changements de l'évolution des besoins nutritionnels au fur et à mesure du vieillissement des personnes? Est-ce que c'est quelque chose que vous avez constaté? Est-ce qu'il y a un besoin là? Comment on les sensibilise, les aidants naturels?

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

**Mme Gagné (Anne) :** Écoutez, je ne voudrais pas porter de jugement sur les connaissances, mais, si la majeure partie de la population... Vous êtes représentatifs de la population, vous me posez beaucoup de questions là-dessus, donc j'imagine que leur connaissance par rapport à ça n'est pas, peut-être, suffisante. Mais ce serait peut-être un bon moyen d'améliorer la nutrition des aînés, de les former, de leur donner de la formation, de l'information, de les sensibiliser à ça. Oui, ce serait intéressant de le faire.

**Mme Bouchard (Joanie) :** En fait...

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** ...sur le terrain actuellement, ce qu'on observe, c'est que c'est souvent le rôle que la diététiste-nutritionniste va occuper, entre autres. Quand les aînés sont vus à domicile par une diététiste-nutritionniste, comme elle ne sera pas présente à tous les moments, à tous les repas de la journée de la personne, il y a de l'information qui va être transmise. Donc, il y a l'enseignement, il y a de la formation qui est faite à ce moment-là, quand il y a une prise en charge individuelle, qui permet aussi de cibler les messages et ce qu'on souhaite qui soit vraiment surveillé pour cette personne-là en particulier.

Donc, c'est fait lorsque la personne est prise en charge par une diététiste-nutritionniste. Sinon, lorsque les services ne sont pas offerts et que c'est d'autres services d'aide à domicile qui sont offerts, à ce moment-là, bien, effectivement, ce que Mme Gagné a indiqué, c'est ce qu'on peut constater.

**Mme Gagné (Anne) :** Si vous permettez que...

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

**Mme Gagné (Anne) :** Si vous permettez, j'ajouterais le... Justement, le dépliant qu'on a produit, là, qui est distribué auprès des aînés, bien c'est souvent leurs familles qui l'utilisent, leurs frères, leurs enfants puis qui discutent avec eux. Alors, ce sont des outils qui peuvent aider effectivement, là, pour améliorer leur alimentation.

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

**Mme Proulx :** Merci. Il y a madame...

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

**Mme Gadoury-Hamelin :** Oui. Alors, bonjour, mesdames. Merci d'être là.

Comme vous avez vu, dans la proposition du livre blanc de l'assurance autonomie, il est beaucoup prévu d'avoir recours aux EESAD, aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale dans le domaine, là, et ce sont des gens qui vont être appelés à être, faire partie du quotidien des gens qui vont être à domicile. Vous nous avez parlé de la grille qui permettrait à des gens d'évaluer la dénutrition chez les gens mais, au-delà de ça, d'apporter des correctifs. Pensez-vous qu'avec une... Est-ce que c'est envisageable qu'avec une formation adéquate ces gens-là puissent pallier aux manques nutritionnels des gens qu'ils vont voir régulièrement à domicile? Et, souvent, faire les courses, préparer les repas... c'est souvent ces gens-là qui sont à ces tâches-là. Est-ce que vous pensez que c'est envisageable?

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, en...

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

**Mme Gagné (Anne) :** En fait, oui. Comme on le disait tout à l'heure, une fois qu'on a obtenu le score sur le risque nutritionnel, il y a une section où il faut augmenter les apports alimentaires. Alors, pour augmenter les apports alimentaires, on a parlé de la préparation des repas à domicile, livraisons de repas, tout ça. Alors, ces organismes-là peuvent faire ce... peuvent jouer ce rôle-là qui est important, oui. Mais, au niveau de l'intervention nutritionnelle puis de faire l'évaluation nutritionnelle, là, ça prend une nutritionniste pour le faire. Mais, à un certain niveau, oui, c'est utile, puis ça se fait déjà d'ailleurs, effectivement.

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Oui. En fait, puis pour compléter ce que Mme Gagné a dit, les personnels qui sont présents peuvent définitivement apporter une contribution en ce qui a trait aux quantités d'apports qu'on a parlé. Mais ça me permet en fait d'introduire aussi que les diététistes-nutritionnistes vont intervenir pour beaucoup d'autres raisons à domicile, chez les gens qui sont en perte d'autonomie. Par exemple, chez les aînés, chez une dame qui va souffrir de diabète, qui prend soit des hypoglycémiantes oraux ou de l'insuline, parfois, cette raison-là... si l'alimentation n'est pas de qualité ou suffisante, ce problème-là peut être suffisant pour amener des complications médicales et mener à une hospitalisation. Donc, à ce moment-là, c'est des aspects qui ne pourront pas nécessairement être couverts par des aides à domicile, mais le relais se fait.

Une fois que la diététiste-nutritionniste a évalué et déterminé un plan de traitement, même actuellement sur le terrain, il y a beaucoup de collaborations qui se font, et ces gens-là sont très utiles à ce moment-là pour pouvoir permettre la surveillance et donner aussi de l'information aux diététistes-nutritionnistes sur les apports qui sont consommés par la personne.

**Le Président (M. Bergman) :** Malheureusement, le temps s'est écoulé pour le bloc du gouvernement. Pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

**Une voix :** Non.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Merci, M. le Président. Mme Bouchard, Mme Gagné, je suis heureuse de vous retrouver.

Écoutez, 5 % à 15 % des personnes âgées qui sont en situation de dénutrition à domicile... Vous avez parlé de l'outil que nous avons développé, je crois, il y a à peu près deux ans, le premier outil qui s'adressait vraiment aux personnes âgées à domicile. J'aimerais savoir, depuis ce temps-là, est-ce que vous évaluez que cet outil a porté fruit et qu'il a donné des résultats dans la population?

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

**Mme Gagné (Anne) :** Alors, nous n'avons pas fait d'évaluation, mais ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a eu une réédition. Je ne sais pas combien... le nombre de copies qu'on a reçues, mais on a eu beaucoup de commentaires positifs, que les gens l'utilisaient, que c'était pertinent, que le format... Effectivement, comme vous avez dit, il y a beaucoup d'informations. Parce qu'on en a parlé tout à l'heure, hein, de donner de l'information. Et souvent c'est des outils qui sont faits pour la population en général.

Alors, c'était la première fois qu'on faisait un outil qui était... qu'on visait justement cette population-là, c'est pourquoi on l'a fait en conséquence de. Mais, oui, c'est pertinent puis... Mais on n'a pas fait d'évaluation, là.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Vous savez, quand on vit seul à domicile, on a tendance à ne pas s'alimenter.

Mon père, il ne mangeait pas quand il était seul, il prenait une saucisse crue. Ce n'est pas une façon de s'alimenter. Mais il n'était pas le seul. Et les seules fois où il mangeait, c'est quand je lui apportais un repas ou quand la popote roulante se déplaçait pour aller à domicile. Et je suis certaine aussi que c'est comme ça pour beaucoup de personnes en situation de handicap, parce que l'assurance autonomie couvre évidemment les personnes âgées mais couvre aussi les personnes à partir de 18 ans en situation de handicap.

Quand on est seul... même moi, quand je suis seule à Québec, j'ai tendance, à l'appartement, à moins bien m'alimenter que lorsque je suis en compagnie de quelqu'un d'autre. Et je pense que ça, ça fait partie du phénomène du plaisir de bien se nourrir. Et on peut faire des évaluations, mais, si l'évaluation... et après ça qu'il n'y a pas un suivi, je pense que c'est difficile. Et il y a des gens qui sont seuls, qui n'ont pas de proche aidant, et c'est là, je pense, la très grande difficulté.

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

• (17 h 40) •

**Mme Gagné (Anne) :** Oui. En fait, il y a deux choses : oui, il faut dépister, puis on a un outil qui est intéressant, pertinent, qui est faisable, mais aussi il y a des recommandations qui sont pertinentes.

Puis tout à l'heure on en a parlé. Puis ce qui est intéressant aussi, c'est qu'on n'a pas besoin nécessairement d'ajouter des ressources, on peut utiliser les ressources qui existent déjà. On a parlé d'économie sociale, on peut parler des popotes roulantes, je veux dire, il y a un réseau qui est déjà existant. Puis ce qu'on dit finalement, c'est que ça soit dépisté puis que par la suite on mobilise ces gens-là à travailler différemment avec les aînés parce qu'ils sont déjà là, puis il y en a déjà qui ont des connaissances aussi.

Alors, je pense qu'il y a quelque chose qui est bien installé, mais c'est d'apporter cet outil-là qui est pratique puis le dépister, puis on va avoir des résultats. Ça, c'est certain. Puis il y a des recommandations qui sont concrètes. Quand on parle de s'assurer que, quand... Lorsque le niveau est faible, de s'assurer, quand on rencontre la personne âgée, bien, de... est-ce qu'il y a eu une perte de poids, est-ce qu'il y a une personne qui est décédée, est-ce qu'il y a eu un gros changement dans sa vie?, c'est ça qui va faire que son état nutritionnel va être modifié. Modéré? Bien là, il faut l'encourager à s'alimenter, il faut lui donner des conseils.

Ça fait que c'est déjà quelque chose de concret, de pertinent qui peut être fait par l'entourage.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais :** Il y a un manque... un membre du gouvernement — quand je suis fatiguée, des fois je ne suis pas capable de trouver mes mots — une députée du gouvernement qui mentionnait : Comment on fait pour prévenir? Moi, je me souviens, à un moment donné, d'un travailleur de milieu. Entre autres, dans les HLM, les travailleurs de milieu qui entrent dans les appartements, ouvrent la porte du réfrigérateur et bien souvent ils se rendent compte qu'il n'y a rien ou presque rien dans le réfrigérateur. Alors, on voit que ça fait partie aussi de cette équipe-là qui peut entrer dans ce panier de services, des gens qui se mobilisent et qui sont capables de dire : Les travailleurs de milieu qu'on avait pour les jeunes, maintenant il y en a pour les personnes plus âgées, tout de suite aviser le CLSC qu'il y a une difficulté à ce niveau-là. Mais c'est souvent la solitude qui fait en sorte que les personnes deviennent en situation de dénutrition, dénutries. Puis, lorsqu'elles se retrouvent en CHSLD, bien là c'est là que c'est pire.

Puis c'est vrai que, dans les différents CHSLD, la qualité de l'alimentation n'est pas la même, c'est très variable.

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

**Mme Gagné (Anne)** : Bien, pour les CHSLD, nous avons été convoqués pour une autre commission au mois de novembre, alors on pourra élaborer un peu plus à cet effet.

Oui, c'est variable. Il y a eu un rapport du Vérificateur général qui a été produit. Il y a des recommandations qui sont faites. On pourrait vous en parler longuement. Mais, considérant qu'aujourd'hui on parle de soutien, d'autonomie, santé puis que les personnes restent à domicile, là on aimerait prendre le temps de plus élaborer sur ce qu'on a à vous dire à ce sujet-là. Mais effectivement il y a des problèmes là aussi, dans les CHSLD.

**Le Président (M. Bergman)** : Mme la députée Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais** : Mais l'assurance autonomie, c'est vraiment pour les personnes, que ce soit le domicile, la maison, que ce soit pour une résidence privée, une coopérative d'habitation, une ressource intermédiaire, jusqu'au CHSLD, là.

C'est toute cette panoplie de services quand on parle de l'assurance autonomie. Donc, on vous écoutera une autre fois concernant les CHSLD, mais ça fait partie aussi de cette couverture-là, puis il ne faut pas l'oublier parce que c'est comme une espèce de suite, là. Quand on ne peut plus vivre à domicile... Bien souvent, les gens, quand il y a un décès dans le couple, alors, c'est là où on casse maison ou logement puis qu'on va vivre dans une résidence privée. Puis, quand on n'est plus capable de vivre là puis qu'on a besoin de plus de soins, ressources intermédiaires jusqu'au CHSLD, puis il n'y a personne qui veut aller au CHSLD, mais on y arrive parfois.

**Mme Gagné (Anne)** : Mais peut-être que...

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

**Mme Gagné (Anne)** : Peut-être que je me suis mal exprimée, Mme la députée.

Je ne dis pas qu'il n'y a pas de problème en CHSLD, mais par contre ce que je dis, c'est que les personnes arrivent déjà dénutries en CHSLD et que, si on veut les maintenir à domicile, on doit faire des choses concrètes, on doit dépister l'état nutritionnel, et ça va éviter qu'ils se rendent dans les CHSLD. Ça va éviter aussi qu'ils se ramassent à l'urgence dans le centre hospitalier.

Alors, c'est pour ça que je vous dis que nous trouvons... et nous sommes très heureuses qu'il y ait un projet à cet effet. Mais par contre, si on ne fait pas de dépistage nutritionnel, on va manquer notre coup.

**Le Président (M. Bergman)** : Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Gagné (Anne)** : Bien, quand je dis «on», c'est la société et tout le monde.

**Mme Blais** : Peut-être au même titre que les proches aidants qui veulent jouer un rôle important au niveau de l'implantation de l'assurance autonomie, vous, les nutritionnistes, vous souhaitez aussi jouer un rôle important, parce que, si on veut faire le maintien à domicile, il faut que toute la question de l'alimentation prenne son importance puis qu'elle soit considérée pour la santé et l'autonomie de la personne.

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

**Mme Gagné (Anne)** : Je ne suis pas certaine d'avoir compris votre question.

**Le Président (M. Bergman)** : Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

**Mme Blais** : Bien, les proches aidants veulent jouer un rôle important au niveau de l'assurance autonomie, ils veulent se sentir considérés, ils veulent pouvoir avoir du répit, ils veulent être partie prenante de cette assurance autonomie. Les nutritionnistes aussi, vous voulez jouer un rôle important au niveau de l'implantation de l'assurance autonomie parce que vous voulez que les personnes qui restent à la maison le plus longtemps possible soient en santé pour ne pas arriver en situation de dénutrition au CHSLD. Donc, vous voulez être considérés à l'intérieur de l'assurance autonomie.

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

**Mme Gagné (Anne)** : Tout à fait. En fait, c'est ce qu'on dit, en fait. Pas que les nutritionnistes soient considérés, mais que leur rôle... qu'on soit impliqués, par exemple, en... lorsqu'il y a un risque nutritionnel élevé, que la personne soit référée à une nutritionniste. On peut aussi... On n'a pas beaucoup parlé, tout à l'heure, de la quatrième recommandation. On souhaiterait qu'il y ait des analyses qui soient faites.

Est-ce que vous en parlez, Mme Bouchard, par rapport à l'INESSS, cette contribution, qu'on pourrait apporter, collaboration?

**Mme Bouchard (Joanie)** : Bien, en fait, effectivement, l'essence du mémoire qu'on est venues présenter aujourd'hui, c'était pour sensibiliser.

On souhaitait que l'aspect nutritionnel soit tenu en compte davantage pour l'évaluation des besoins dans l'assurance autonomie. On est conscients, on a parlé de ressource au début à cet effet-là, quelles ressources ça va prendre,

mais aussi, quel impact que ça va avoir d'inclure ces ressources-là, on y est sensibles également. Mme Gagné nommait aussi qu'on est une petite organisation, et donc naturellement de faire toutes ces études-là et cette documentation-là, c'est un gros mandat pour nous. On voyait la pertinence d'impliquer l'INESSS à ce niveau-là, qui a un mandat d'excellence et de documentation de bonnes pratiques, pour aller documenter les impacts, la rentabilité, à ce moment-là, des soins nutritionnels qui sont offerts à domicile, pour s'assurer qu'à ce moment-là on spécifie vraiment ces impacts-là et qu'on oriente nos recommandations en fonction de ça.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président. Pour moi, c'est clair que vous faites partie de l'équipe interdisciplinaire, surtout du côté de... je dirais, des soins physiques.

On parle souvent du médecin, de l'infirmière. Mais nutritionnistes puis moi, je rajouterais également kinésithérapeutes doivent travailler en collaboration pour avoir un plan de traitement. Si on veut éviter que les gens aillent en CHSLD... ou demeurent le plus longtemps possible en santé à domicile dans leurs conditions, bien je pense que vous êtes un joueur majeur et puis je tiens à dire que vous devez vous imposer.

Dans le projet du livre blanc, ce que l'on voit, c'est que les services professionnels seraient gratuits. C'est-à-dire, ils sont fournis par le CLSC ou le CSSS et, comme le médecin, l'infirmière, seraient couverts par le régime. Et vous savez qu'il y en a qui vont avoir une contribution à faire, mais, de ce que je comprenais dans le livre blanc, le côté nutrition, infirmière et médecin pour les soins à domicile serait fourni par le CLSC, donc serait gratuit. Est-ce que c'est la perception que vous avez?

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

**Mme Gagné (Anne) :** Que les soins nutritionnels seraient gratuits? C'est ça que vous me...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Oui, dans le... S'ils sont fournis par les services du CLSC, à ce moment-là, il n'y aurait pas de contribution demandée pour cette partie des services.

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, écoutez...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Ça, ça va être des points qu'on va éclaircir, puis je...

**Mme Gagné (Anne) :** Oui. Nous, on ne s'est pas penchés sur le financement, l'organisationnel, tout ça. Mais actuellement les soins nutritionnels, la nutritionniste, c'est un service qui est offert gratuitement, là. Alors, c'est fourni par le CLSC. Alors, je...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Bien, c'est...

**Mme Gagné (Anne) :** C'est peut-être que ça va changer, je ne le sais pas, mais on ne s'est pas penchés sur cet aspect-là.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Bien, en tout cas, on va avoir l'occasion de poser des questions là-dessus aussi, mais ma lecture, c'est que ces services-là... J'ai parlé beaucoup de la contribution de l'utilisateur, là, mais je pense qu'il y a des services qui étaient... c'était compris que pour tous les gens c'était fourni gratuitement.

Par contre, on sait qu'il y a une pénurie de ressources dans les CLSC, hein? Si vous essayez de faire une consultation en externe dans un CLSC, ça peut prendre un an, un an et demi, deux ans avant d'avoir le service. Donc, il faut qu'il y ait une priorité qui soit accordée possiblement aux gens aux soins à domicile. Ça, je trouve que ça serait intéressant que vous fassiez les travaux pour savoir c'est quoi, le nombre de personnes que ça prendrait pour qu'on soit capable d'offrir les services de façon raisonnable aux gens qui demeurent à domicile.

On part du principe qu'on fait l'évaluation, mais, si on a besoin de plus, à ce moment-là, selon moi, ça demande l'intervention d'une nutritionniste. Qu'est-ce que vous en pensez?

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, on a fait...

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

• (17 h 50) •

**Mme Gagné (Anne) :** Oui. On a fait des ratios, comme... Mme Bouchard vous en a parlé tout à l'heure.

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

**Mme Bouchard (Joanie) :** Oui. En fait, pourquoi on a débuté ces travaux-là aussi dans la dernière année? C'était, entre autres, pour mieux documenter ces aspects-là et c'est aussi parce qu'on voyait... sur le terrain, effectivement, actuellement, les services en CLSC pour voir une diététiste-nutritionniste sont gratuits.

Ceci dit, les effectifs sont faibles, ce qui fait que les gens attendent longtemps. Ça a d'ailleurs été documenté dans le rapport du Vérificateur général. On parlait d'attendre jusqu'à 990 jours, dans certains endroits, pour pouvoir voir la diététiste-nutritionniste. Il y a beaucoup de références qui sont faites, dans le document qu'on vous a présenté, sur les ratios, où on en discute, de ces chiffres-là qu'on est allés chercher auprès de nos membres, à savoir le nombre de références qui sont faites actuellement aussi en nutrition, par année, les raisons de références, quelles sont les raisons pour lesquelles on demande que les diététistes-nutritionnistes interviennent. Ce sont des problèmes qui sont souvent aigus.

On parle fréquemment de dénutrition, mais on parle aussi de troubles de déglutition, d'alimentation par sonde. Ce sont des problèmes qui sont importants pour maintenir l'autonomie des personnes à domicile. Mais vraiment, en termes d'effectif, qu'est-ce que ça prendrait? Comme on vous avait mentionné dans le document des ratios, s'il y a une étude qui est faite par population, on en propose, une amorce de suggestion d'effectif par territoire.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président. Je suis prudent, hein, quand on travaille avec le nombre de demandes parce que, quand le délai est long, souvent les gens ne feront pas la demande parce qu'ils savent que ça va prendre trop temps. Donc, il faut peut-être se trouver une autre façon indirecte d'évaluer le besoin, puis après ça on pourrait regarder à quel niveau on peut répondre à ce besoin.

Moi, je vois un beau partenariat dans le réseau de la santé, là, le partenariat nutrition-kinésiologue. Je ne sais pas si vous avez l'occasion de travailler avec les kinésiologues dans les milieux, mais j'aimerais ça vous entendre là-dessus, voir si vous avez des relations avec les gens de l'autre profession.

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

**Mme Gagné (Anne) :** Bien, je ne sais pas si vous le savez, mais les kinésiologues souhaitent fonder, créer un ordre professionnel. Alors, on va les rencontrer prochainement à cet effet, puis je pense que ça va être pertinent. Eux, ça concerne plus l'activité physique, la condition physique.

Alors, écoutez, nous, on veut travailler avec tout professionnel qui peut contribuer à améliorer la santé de tous les Québécois. On est pour ça, l'interdisciplinarité. Je veux dire, on n'est pas contre la vertu.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Merci, M. le Président.

**Mme Gagné (Anne) :** Mais je ne sais pas qu'est-ce que ça sous-entend, votre question, là. Vous avez un petit sourire, mais...

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Ce que ça ne sous-entend pas... c'est que je ne veux pas vous marier avec eux autres. Ça, ça ne sous-entend pas ça.

Ce que ça sous-entend, c'est que, lorsqu'on regarde la personne dans sa globalité, il y a deux éléments qui sont essentiels. Moi, je pense qu'il y a trois éléments essentiels : d'abord, la prise des médicaments de ces gens-là, c'est bien important d'en avoir le moins possible, puis qu'ils prennent justement ce qui est nécessaire; l'autre élément, toute la question nutritionnelle; puis, troisième élément, c'est qu'il faut les garder avec une certaine activité physique. Et ça, c'est complémentaire. Et puis tu as le rôle également de l'infirmière, du médecin. Mais, je vous dirais, si on parle de prévention, ces trois professionnels-là, qui est le pharmacien, la nutritionniste-diététiste et le kinésiologue, doivent être capables de travailler en équipe. Je comprends qu'ils ne sont pas obligés de se réunir ensemble pour parler de ce que chacun fait, mais il y a quand même une interrelation à ce niveau-là. Le kinésiologue, c'est vraiment un professionnel qui, d'après moi, doit s'implanter de plus en plus dans le réseau de la santé.

On parle de coûts, mais quelqu'un qui fait une chute avec une fracture de hanche, c'est un coût important pour la société. Mais quelqu'un qui est dénutri puis qui attrape des infections, avec une pneumonie, qui rentre à l'hôpital, c'est un coût important pour la société. Donc, moi, je pense qu'à un moment donné il faut faire cette prévention-là pour éviter que des gens utilisent des services encore plus dispendieux, mais surtout pour essayer de les garder en santé et à la maison le plus longtemps possible.

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

**Mme Gagné (Anne) :** Vous avez quasiment résumé une grande partie de notre mémoire.

Effectivement, c'est important, la prévention puis la nutrition. Et, tout à l'heure, vous me disiez d'imposer notre importance ou notre rôle, mais on parle déjà des soins de nutrition dans le livre blanc. Nous sommes bien heureuses à cet effet. Puis même nous, on ne parle plus de services en nutrition, on parle de soins nutritionnels parce que la nutrition, c'est aussi important que le médicament. Et alors on est partie prenante de ça, on a un rôle à jouer important et on le fait en interdisciplinarité.

Chacun a son rôle à jouer, effectivement. Et c'est comme ça qu'on va réussir à améliorer la santé des Québécois.

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

**M. Bolduc (Jean-Talon) :** Pour terminer, je veux juste vous remercier puis vous féliciter de venir présenter... parce que vous nous apportez des éléments qui sont importants. On parle beaucoup d'assurance autonomie, mais il faut voir le rôle que nos professionnels vont jouer à l'intérieur, pas seulement dans l'organisation de l'assurance autonomie, mais également dans les services qu'ils peuvent offrir. Puis je tiens à vous féliciter et à vous remercier beaucoup.

**Le Président (M. Bergman) :** Mme Gagné, Mme Bouchard, merci d'être ici avec nous aujourd'hui et partager votre expertise avec nous. On l'apprécie beaucoup.

Collègues, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'au mardi le 5 novembre 2013, à 10 heures, 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*. Alors, bonne soirée, collègues.

*(Fin de la séance à 17 h 56)*