ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 23 octobre 2002 — Vol. 37 N° 22

Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux concernant les services à domicile relevant du réseau de la santé et des services sociaux

BIBLIOTHÈQUE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE
2003 -02- 24

Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 $
Débats des commissions parlementaires	500,00 $
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 $
Commission des affaires sociales	75,00 $
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 $
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 $
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 $
Commission de la culture	25,00 $
Commission de l'économie et du travail	100,00 $
Commission de l'éducation	75,00 $
Commission des finances publiques	75,00 $
Commission des institutions	100,00 $
Commission des transports et de l'environnement	100,00 $
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 $

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 23 octobre 2002

Table des matières

Exposé de la vérificatrice générale par intérim
Mme Doris Paradis 1

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
M. Pierre Gabrièle 3

Discussion générale 5
Implantation des recommandations en matière d'instruments de mesure 5
Allocation des ressources et équité interrégionale 9
Soutien aux aidants naturels 11
Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie dans la région de Montréal 14
Soutien aux aidants naturels (suite) 15
Disponibilités des ressources en région 17
Considérations d'ordre général sur le réseau et sur la mise en place de mesures correctives 18
Document déposé 21
Abolition du Système d'information sur les services de maintien à domicile 22
Document déposé 23
Critères de financement 24
Incidence des investissements en maintien à domicile sur l'ensemble du réseau 25
Outil multiclientèle 27
Arrimage des programmes d'aménagement et d'aide technique au maintien à domicile 35

Conclusions
Mme Doris Paradis, vérificatrice générale par intérim 36
M. Pierre Gabrièle, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux 37
M. Geoffrey Kelley, président 37

Autres intervenants

Mme Nicole Loiselle
Mme Hélène Robert
Mme Julie Boulet

* M. Hervé Anctil, ministère de la Santé et des Services sociaux
* Mme Rachel Ruest, idem
* M. Normand Ouellet, bureau du Vérificateur général

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 23 octobre 2002

Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux concernant les services à domicile relevant du réseau de la santé et des services sociaux

(Neuf heures trente-neuf minutes)

Le Président (M. Kelley): Donc, je constate le quorum des membres de la commission de l'administration publique. Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin d'entendre le sous-ministre de la Santé et des services sociaux concernant l'examen du chapitre VI du rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale, Tome II, 2000-2001, portant sur les services à domicile relevant du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, en vertu de la Loi sur l'administration publique.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements ou la participation de membres temporaires?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. En remplacement de M. Chagnon, Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne); en remplacement de M. Marsan, Mme Boulet (Laviolette); et en remplacement de M. Després, Mme Houda-Pepin (La Pinière).

● *(9 h 40)* ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Bienvenue aux collègues qui se joignent à nous. Je vais donner une lecture assez rapide de l'ordre du jour. On va commencer avec des remarques préliminaires; un exposé de la vérificatrice générale, pour une dizaine de minutes; un exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, d'une vingtaine de minutes, suivis par les échanges. On me dit, sur la feuille, qu'on va suspendre à midi trente, je propose midi quinze parce qu'il y a un caucus ici à midi trente, ça va laisser un certain temps pour dégager la salle.

Ensuite, on va commencer, je pense qu'il faudrait être plus réaliste, mettons à 15 heures, 15 h 15, 15 h 30, même on me dit 15 h 30, parce que le président, entre autres, doit faire... il vient de prendre deux motions sans préavis, après la période de questions aujourd'hui, alors, et on va continuer jusqu'à 17 h 30, 35, ce qui va permettre aux membres de la commission une séance de travail tout de suite après.

Alors, si ça va pour tout le monde, juste une mise en contexte, ça tombe bien, nous avons eu notre rencontre préparatoire avec la vérificatrice la semaine passée, et d'avoir deux dossiers en parallèle: un qu'on va regarder aujourd'hui, un autre qu'on va regarder le 6 novembre prochain, c'est-à-dire, aujourd'hui, les soins à domicile, et prochainement les centres d'hébergement.

Mais on est dans le vif d'un sujet qui est très important dans l'ensemble de nos comtés, c'est-à-dire comment aider les personnes en perte d'autonomie, c'est quoi les services qu'on peut mettre en place pour aider les familles, aider les personnes qui doivent composer avec cette réalité. Les données démographiques sont bien décrites dans le rapport de la vérificatrice, que effectivement de plus en plus on a une société âgée, le nombre de personnes de 85 ans et plus est en pleine croissance, et ça, ce n'est pas l'ensemble de la clientèle, mais c'est un noyau assez important.

Et moi, je parle d'une expérience comme un député, mais je pense que je parle pour l'ensemble des membres de la commission, ce sont des questions qui sont souvent soulevées dans nos bureaux de comté. Chez nous, la pratique, et même souvent les travailleurs et les travailleuses sociaux disent aux familles: Appelez votre député. Ils nous mettent un petit peu mal à l'aise, parce que je pense qu'il doit y avoir un autre moyen ou peut-être un meilleur moyen de régler les problèmes qu'aviser les députés, mais on est là pour ça, mais ce sont les questions que je peux dire qui sont soulevées dans mon bureau de comté sur une base hebdomadaire.

Alors, c'est vraiment un enjeu très important, à la fois les questions que nous allons aborder aujourd'hui et les questions qui seront soulevées le 6 novembre, quand on regarde de l'autre côté de la médaille ou l'autre volet de cette question.

Juste dire un mot spécial pour le sous-ministre, qui est un de nos témoins préférés devant la commission de l'administration publique, maintenant comme sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, avant comme Curateur public, alors, M. Gabrièle et votre équipe, vous êtes les bienvenus, on va procéder avec nos échanges avec beaucoup d'intérêt.

Sans plus tarder, je vais donner la parole à Mme Paradis qui va faire un exposé sur les observations du bureau du Vérificateur général sur les soins à domicile. Mme Paradis, la parole est à vous.

Exposé de la vérificatrice générale par intérim

Mme Doris Paradis

Mme Paradis (Doris): Merci, M. le Président, Mmes et MM. les membres de la commission, M. le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est avec plaisir que j'ai accepté l'invitation qui m'a été faite de participer à cette séance de la commission de l'administration publique qui se penche sur les services à domicile relevant du réseau de la santé et des services sociaux.

L'investissement annuel dans le réseau de la santé et des services sociaux représente plus du tiers des dépenses de l'État québécois, soit près de 14,8 milliards de dollars en 2001-2002. Le gouvernement du Québec a investi près de 487 millions de dollars dans les établissements ayant une mission de CLSC pour qu'ils dispensent des services à domicile. À cette somme, il faut ajouter la rémunération à l'acte des médecins qui ont effectué des visites médicales à domicile, soit 23 millions de dollars, ainsi que les subventions, évaluées à 37 millions de dollars, accordées aux organismes communautaires et aux entreprises d'économie sociale pour soutenir les personnes en leur offrant de l'aide à domicile. Les dépenses pour l'année 1999-2000 en ce qui concerne les services à domicile totalisent donc 547 millions de dollars et représentent 3,7 % des dépenses du gouvernement pour la santé et les services sociaux. D'autres ressources du milieu jouent

un rôle actif dans ces services. Les amis et les parents, entre autres, y contribuent activement. Le mémoire du Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal estime leur participation à plus de 75 % des services dispensés à domicile. Sans l'implication des proches aidants, le maintien des personnes dans leur milieu de vie serait souvent impossible.

Dans un contexte où les ressources sont limitées et considérant le vieillissement de la population, le réseau de la santé et des services sociaux a le défi de s'adapter continuellement. Notre vérification visait à nous assurer que les énoncés de politique et les orientations des services à domicile permettent de répondre aux besoins de la population. Elle avait pour but également d'évaluer dans quelle mesure l'organisation des services favorise leur accès ainsi que leur continuité et leur complémentarité. De même, nous avons évalué le processus d'allocation des ressources au regard des services à domicile. De plus, nous avons examiné l'information de gestion disponible pour la prise de décision qui permet d'évaluer la performance. Enfin, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet Maintien à domicile du mandat de vérification d'optimisation des ressources effectué en 1993-1994, qui portait sur les services de maintien à domicile et d'hébergement permanent aux personnes âgées. Ce rapport ne remet pas en cause la pertinence ni la qualité des actes professionnels. Les services à domicile dispensés par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale ou tout autre dispensateur privé de services à domicile n'ont pas fait l'objet de nos travaux. Il en est de même pour les services spécialisés offerts à domicile par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Nous avons mené nos travaux de vérification auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, de trois régies régionales, de 15 CLSC et de six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Aux fins de notre mandat, nous avons déterminé six cas types susceptibles de survenir fréquemment dans la pratique et nous avons demandé aux équipes de services à domicile des CLSC visités de nous décrire sommairement les services qu'ils proposeraient en pareilles circonstances. Nous avons également sélectionné 178 dossiers de personnes ayant bénéficié des services à domicile pour des problèmes de santé s'apparentant à ceux des cas types. De plus, nous avons rencontré des gestionnaires et des professionnels de la santé oeuvrant au ministère, dans les régies régionales et dans les établissements. Enfin, nous avons recueilli de l'information auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et de fédérations ou d'associations liées aux professionnels ou aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Au total, nous avons rencontré 250 personnes impliquées soit dans la gestion ou directement dans la prestation de services. Ces travaux se sont déroulés d'août 2000 à juin 2001 et certains commentaires portent sur des situations antérieures à cette période.

En dépit des analyses effectuées et des orientations mises de l'avant au cours des années, nous constatons que l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services doivent faire l'objet d'un meilleur encadrement et d'un meilleur suivi. En outre, faute d'objectifs concernant les résultats, le ministère ne peut mesurer l'efficacité de ses énoncés de politique et de ses orientations.

Nous avons également constaté que la population ne sait toujours pas vers qui se diriger pour obtenir des services et risque souvent de s'adresser à la mauvaise ressource ou, tout simplement, s'expose à ne pas obtenir les services auxquels elle a droit. De plus, les CLSC ne répondent qu'aux demandes qui leur parviennent. Pourtant, leur mission est de s'assurer que les personnes qui requièrent des services de santé et des services sociaux de base sont rejointes, que leurs besoins sont évalués et que les services requis leur sont offerts à l'intérieur de leurs installations ou dans leur milieu de vie.

● *(9 h 50)* ●

Le manque de dépistage ou de prévention peut ainsi mettre en péril la capacité pour certaines personnes de demeurer dans leur milieu de vie faute d'y recevoir les services dont elles ont besoin. Ni les CLSC, ni les régies régionales, ni le ministère ne sont en mesure de savoir si la clientèle est bien desservie. Le fait que les services requis ne soient pas documentés au moyen d'un outil d'évaluation standard à l'échelle provinciale ne facilite pas la prise de décision éclairée en vue d'améliorer les services à la clientèle. Nous avons constaté une disparité marquée de l'intensité des services offerts par les CLSC visités. En effet, ces derniers ont fixé des limites hebdomadaires qui varient considérablement selon le CLSC pour des services semblables, notamment pour les services d'aide à domicile. Il est également reconnu qu'il y a des délais d'attente importants avant d'obtenir certains services à domicile. Toutefois, les données sur l'attente ne sont pas colligées uniformément et la compilation manque de rigueur. En bout de ligne, ni le ministère ni les régies régionales n'ont une description de la situation relative aux délais d'attente des services offerts à domicile par type de clientèle.

L'organisation et la coordination des services sont déficientes, notamment au regard du suivi médical à domicile, des plans d'organisation des services et des mécanismes de contrôle de la qualité de ces services. Les rôles et les responsabilités des établissements ne sont pas clairs, bien qu'ils aient une incidence majeure sur l'accessibilité des services. En outre, depuis 1996, le taux de visites à domicile réalisées par les omnipraticiens diminue constamment dans la quasi totalité des régions du Québec. Par conséquent, même s'ils ont des incapacités, des patients sont obligés de se déplacer dans les cliniques externes de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ou les cliniques privées. En tant que responsables de l'organisation des services dans leur région, les régies régionales ont un rôle à jouer en matière de qualité des services. En l'absence de mécanismes régionaux de contrôle de la qualité, les suivis actuels des CLSC ne permettent pas à ces derniers de contrôler suffisamment la qualité de leurs services ou de ceux des ressources externes auxquels ils ont recours. L'engagement des proches aidants reste à préciser, en ce qui concerne les services de santé ou les services sociaux offerts à domicile, bien que ces aidants pourvoient aux services d'aide à domicile dans une large mesure. Le mode d'allocation des ressources aux établissements, basé sur une reconduction et une indexation du budget de l'année précédente, ne les incite pas à améliorer leur performance ou à offrir plus de services, car les budgets annuels ne sont pas en lien direct avec les clients desservis.

Enfin, malgré des investissements substantiels en informatique, le ministère et les régies régionales manquent d'information pertinente et fiable quant à la gestion des services à domicile. Par exemple, au moment de notre vérification pour les années financières 1999-2000 et 2000-2001, aucun résultat n'a pu être dégagé afin d'évaluer l'atteinte de l'objectif clairement précisé par le ministère de rejoindre 38 usagers âgés de plus de 65 ans par 1 000 habitants. Ce chapitre de notre rapport présente aussi les résultats du suivi d'une vérification antérieure concernant les activités de maintien à domicile offertes aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, nous avons constaté que la plupart des recommandations formulées à l'époque sont toujours d'actualité. En effet, des 11 recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services à domicile offerts aux personnes âgées, deux ont été appliquées, deux l'ont été partiellement, alors que sept ne le sont pas encore.

En terminant, j'aimerais souligner l'excellente collaboration obtenue du ministère, des régies régionales et des établissements visités. Je veux vous assurer de mon entière assistance aux travaux de cette commission afin qu'ils permettent l'amélioration de la gestion des fonds publics.

Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme Paradis. Maintenant, la parole est à vous, M. Gabrièle.

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Pierre Gabrièle

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, Mmes et MM. les députés, Mme la vérificatrice générale, c'est avec plaisir que je comparais ce matin devant la commission parlementaire sur l'administration publique pour faire le point avec vous sur l'évolution des travaux ministériels sur les services à domicile en marge du rapport du Vérificateur général. J'estime que ce type de commission est un mécanisme de reddition de comptes nécessaire et qu'il est garant de la transparence de l'administration publique.

Si vous me permettez, je vais contexter d'abord. Les services à domicile et, plus largement, le soutien à domicile connaissent actuellement un développement très important. Ce développement, le ministère de la Santé et des Services sociaux l'appuie depuis plusieurs années, et il entend continuer à l'appuyer. Je vous rappelle que les services à domicile et les services de première ligne, en général, n'ont pas été touchés par les efforts importants qui ont été demandés à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, au milieu des années quatre-vingt-dix. Ces services ont même connu un développement majeur. Le budget des services à domicile est passé de 297 millions, en 1994-1995, à 555 millions aujourd'hui, soit près du double, quand on considère l'apport des entreprises d'économie sociale financées par le ministère, qui desservent actuellement 60 000 ménages. Au niveau de l'économie sociale, nous investissons cette année l'équivalent de 47 millions. Quant aux CLSC, ils desservent 260 000 personnes à domicile chaque année.

Les services à domicile touchent de plus en plus de citoyens et de citoyennes, et des citoyens tels que les personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées, des personnes souffrant de troubles mentaux, des personnes qui viennent de recevoir un traitement à l'hôpital — ce qu'on appelle post-opération — et des personnes qui choisissent de décéder chez elles. Autre élément important à signaler, les services à domicile s'adressent également aux proches aidants des personnes ayant une incapacité.

Donc, le maintien à domicile est très certainement ce que l'on peut qualifier de tendance lourde au sein non seulement du réseau de la santé et des services sociaux, mais plus largement au sein de notre société. Et, M. le Président, vous aviez raison de signaler que notre population est de plus en plus vieillissante. Nous avons actuellement 12 % de notre population qui a 65 ans et plus, et, d'ici 35 ans, cette population-là, ce pourcentage va passer à 24 %. C'est pour ça que je parle de tendance lourde. Cette tendance s'inscrit en droite ligne dans tout ce que l'on a nommé, durant les 20 dernières années, le mouvement d'humanisation des soins. La prénatalité et les soins palliatifs ont été les exemples les plus emblématiques de ce mouvement. Ces deux exemples portaient sur des expériences limites de la vie, à savoir la naissance et la mort. Cependant, au fur et à mesure que l'on constate l'impact du vieillissement de la population, le besoin pour des services de proximité donnés dans la communauté se fait de plus en plus présent. C'est dans cette perspective que le ministère a adopté une vision de ce que doivent être les services à domicile.

Donc, au niveau de la vision... Au départ, j'aimerais donc préciser que notre vision des choses — car je crois qu'il s'agit là d'un élément majeur pour bien comprendre le sens de notre intervention... D'abord, le maintien à domicile n'est pas un catalogue de services. Selon une idée légèrement répandue, les services à domicile correspondraient essentiellement à un catalogue de services qui seraient nécessairement offerts aux gens à domicile. Il s'agit là d'une vision très partielle des choses, que nous ne partageons pas car elle tronque la partie la plus importante de ce que sont les services à domicile. Il faut plutôt voir les services à domicile comme un moyen au service d'un objectif plus large, c'est-à-dire les services de proximité et de première ligne.

Au-delà des moyens, il faut regarder la finalité. Je rappellerais que le soutien à domicile et, de façon générale, le soutien dans le milieu constituent le fondement même de notre action. Voilà pourquoi l'objectif de soutien à domicile nous renvoie nécessairement à une vision systémique des choses. En d'autres mots, pour soutenir une personne à domicile et dans son milieu, on ne saurait se limiter à la gamme de services offerts à domicile.

● *(10 heures)* ●

Le site où l'on offre le service peut varier. Il varie nécessairement, dans la réalité. En fait, le choix de l'endroit où est dispensé le service est dicté par trois critères, que j'illustre par les questions suivantes: La personne est-elle confinée à domicile? Peut-elle se déplacer? Est-il pertinent d'offrir le service à domicile? Et est-il efficient d'offrir le service à domicile plutôt qu'en ambulatoire ou en établissement? Confinement, pertinence et efficience, ces trois critères nous dictent le choix du site pour offrir les services.

Choisir a priori de toujours offrir le service à domicile à des personnes qui ont un besoin de soutien serait une erreur, parce qu'elles représenteraient un facteur d'inefficience. Voilà pourquoi nous préférons aborder le soutien à domicile non seulement comme un catalogue de services, mais comme un objectif à poursuivre. Pour cette raison, les services à domicile doivent être intégrés dans l'ensemble des services de première ligne dont ils forment une composante essentielle. Ils doivent également être en lien avec une gamme de services qui composent chacun de nos programmes clientèles, soit services aux personnes âgées en perte d'autonomie, services de réadaptation physique, programmes de déficience intellectuelle et services de santé physique. Donc, M. le Président, en résumé, au niveau de la vision, les services à domicile sont un mode de dispensation de services, mais avant tout nous devons aborder la consolidation des services de première ligne que nous faisons soit en ambulatoire soit à domicile pour maintenir les services à proximité de la clientèle.

Nos acquis. Nous disposons d'acquis importants au Québec pour développer les services à domicile. Premièrement, nous pouvons compter sur une infrastructure unique au Québec, il s'agit du réseau des CLSC. Les services à domicile ont été développés au sein des CLSC; ces services sont donc intégrés au quotidien des services de base et ne forment pas, comme tels, un secteur en soi. Ils représentent aujourd'hui la moitié de l'activité des CLSC. Sur le budget que nous allouons aux CLSC, de 1 069 000 000 $, 555 millions sont pour les services à domicile. L'intégration des services à domicile aux activités du CLSC présente deux avantages: d'abord, les aspects sanitaire et social sont réunis au sein de la même mission et des activités quotidiennes du CLSC. Or, pour être efficaces, les services à domicile doivent justement intégrer ces deux aspects. Deuxième avantage, par la position qu'il occupe, le CLSC peut jouer un véritable rôle d'interface avec les organismes du milieu, organismes communautaires, groupes bénévoles, entreprises d'économie sociale et autres, et aussi avec les autres services du réseau public de la santé et des services sociaux pour les services de base, les services spécialisés et surspécialisés.

Deuxièmement, nous pouvons compter aussi sur une nouvelle alliée, l'économie sociale. Il s'agit d'un modèle particulier d'entreprise unique au Québec dans le secteur des services à domicile. Les premières entreprises d'économie sociale en aide domestique ont vu le jour en 1998. Actuellement, on en dénombre 103 et elles couvrent l'ensemble du territoire québécois et desservent quelque 60 000 personnes.

Troisièmement, nous menons actuellement de grands chantiers, au ministère, qui permettront de soutenir le déploiement des services à domicile. D'abord, nous implantons l'outil de multiclientèle. Quand on nous disait qu'on n'avait pas d'outil pour évaluer les besoins des personnes, je vous informe que nous en avons un, et nous pouvons vous le déposer et même vous en faire une présentation si vous le désirez, M. le Président. L'outil sert à évaluer précisément les besoins des personnes ayant des incapacités et à préparer un plan d'intervention individualisé.

Deuxièmement, nous mettons en place des réseaux de services intégrés pour les clientèles qui ont de grands besoins. Ces réseaux sont en quelque sorte des filières de services qui permettent d'assurer la continuité des soins. Dans ma vision, je me dis: Ce n'est pas au client à assumer la complexité du réseau, c'est au réseau à assumer sa propre complexité, donc ce n'est pas au client à magasiner, d'où l'importance de l'interface qui doit être fait par les CLSC. La coordination au sein de ces filières est assurée par des intervenants pivots que nous appelons des coordonnateurs de services. Ces coordonnateurs agissent comme mandataires des personnes qui nécessitent des services continus.

Troisièmement, à la suite des travaux du comité Bédard sur l'allocation budgétaire, document que M. Bédard lui-même m'a déposé cet été, donc ce qu'on appelle Bédard II, pour les CLSC et les centres d'hébergement... donc, à la suite de ces travaux, nous adopterons bientôt une approche populationnelle. Et je vais vous parler, si vous me le permettez, un peu plus tard dans nos échanges, sur le modèle d'allocation de ressources. En d'autres mots, nous poursuivons un objectif de répartir les ressources en fonction des caractéristiques sociosanitaires des CLSC et de la population de ces CLSC qui nous permettra de corriger graduellement les écarts actuels dans la répartition des ressources. Même en attendant que les travaux de M. Bédard soient complétés, vous avez vu qu'au printemps le ministre de la Santé et des Services sociaux, au niveau de l'équité interrégionale, a investi 50 millions pour réduire les iniquités par rapport au budget historique. Ça ne réduit qu'une partie de l'iniquité, puisque, si on regarde l'iniquité globale au niveau de la répartition des ressources, elle est d'un niveau de 311 millions. Mais nous avons fait un premier pas pour l'année 2002-2003.

Maintenant, quels sont les leviers pour assurer l'accessibilité et l'équité? Tout en gardant à l'esprit cette vision systémique du soutien à domicile que je viens de vous exposer, je répète que nous devons suivre l'évolution des services offerts directement au domicile des gens. Ce suivi, nous l'exerçons déjà depuis plusieurs années. Il nous indique que nous devons maintenant viser à une plus grande équité, c'est-à-dire nous assurer que les CLSC offrent une gamme de services harmonisés et plus largement de services de première ligne, dans chaque territoire. Nous devons également rehausser l'accessibilité générale aux services. Pour assurer l'équité, quatre moyens sont prévus. J'ai parlé des deux premiers, l'outil multiclientèle et le nouveau mode d'allocation de ressources, et par ailleurs nous comptons également harmoniser graduellement la gamme des services dans tous les territoires de CLSC et implanter des audits de pratique régionaux afin de monitorer la réponse aux besoins.

Pour assurer l'accessibilité, il faut aussi élargir et harmoniser les heures d'ouverture des CLSC et globalement rehausser l'offre de services. Pour ce faire, des investissements sont nécessaires, il s'agit là de choix gouvernementaux. Pour notre part, le but n'est pas, encore une fois, d'ajouter un nouveau secteur de services par sédimentation, c'est-à-dire, un plan d'organisation de services à domicile, c'est plutôt un plan d'organisation de services de première ligne à proximité, et les services à domicile sont un mode de dispensation des services à la population. Il s'agit plutôt de trouver un nouvel équilibre entre les services offerts à domicile, en

ambulatoire et en établissement et d'allouer les ressources disponibles en conséquence.

Enfin, au niveau de la gestion, sur le plan de la gestion, je vous signale d'abord que des travaux majeurs ont été réalisés au cours des dernières années pour déployer le système d'information des clientèles et des services de CLSC, ce que nous avons appelé Intégration CLSC. Nous avons une première année de données au niveau des CLSC. Le système est en opération depuis le 1er avril 2000, et nous exploitons actuellement les données de la première année d'opération. Enfin, comme vous le savez, nous nous sommes donné récemment un nouveau cadre de gestion qui est axé sur la transparence des organisations. Et nous avons prévu des outils majeurs pour appliquer ce nouveau cadre de gestion, ce sont les plans stratégiques régionaux. Nous avons justement modifié la Loi de la santé et des services sociaux par la loi n° 28, en juin 2001, pour que les régies régionales présentent des plans stratégiques régionaux sur trois ans, pour qu'elles signent avec le ministère des ententes de gestion et que, elles-mêmes, les régies régionales, puissent signer des ententes de gestion avec les établissements. Et enfin, nous allons avoir les rapports annuels de gestion qui s'inscrivent dans la modernisation, c'est-à-dire la reddition de comptes.

En conclusion, permettez-moi de rappeler que les services à domicile ne constituent pas, à proprement parler, un nouveau champ du système de santé et des services sociaux. Plus exactement, il s'agit d'une nouvelle façon de faire les choses et d'offrir différemment les services que l'on offrait hier. Les services à domicile ne constituent donc pas un ajout, une nouvelle unité au sein des systèmes de services, mais plutôt un levier qui à terme conduira à une réingénierie de l'ensemble de l'organisation des services. Ainsi, comme on le sait, le développement des services à domicile est au coeur de la transformation des services hospitaliers: les services d'hébergement, les services aux personnes handicapées et des soins palliatifs.

● *(10 h 10)* ●

Deux remarques, en conclusion. Il ne peut y avoir de services de maintien à domicile sans un partage de responsabilités. Je ne parle pas seulement de la responsabilité partagée des institutions, je parle aussi des responsabilités de la communauté. Le soutien à domicile ne reste pas ce qu'il est, un soutien; le réseau y a sa part, mais la communauté, la famille, les voisins, le tissu social y sont aussi pour beaucoup. Ce qui m'amène à ma dernière remarque: Il n'y aurait pas de soutien à domicile s'il n'y avait pas de personnes qui soutiennent; premièrement, les familles et les proches, ceux que l'on nomme dans notre jargon les aidants naturels, qui, il faut bien le reconnaître, sont le plus souvent qu'autrement des aidantes et, pour paraphraser Centraide, ceux qui aident ceux qui aident, c'est-à-dire les travailleurs et du réseau de la santé et des services sociaux. Sans eux, toutes nos discussions sont des débats inutiles. Ce que nous faisons aujourd'hui dans cette enceinte ne peut avoir de sens que dans la mesure où cela contribue à améliorer les services à la fois pour ceux qui les donnent, mais surtout évidemment pour ceux qui les reçoivent. Merci de votre attention.

Discussion générale

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le sous-ministre. On va maintenant passer à la période d'échange avec les membres de la commission, et je vais céder la parole à Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Implantation des recommandations en matière d'instruments de mesure

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Mesdames, messieurs, M. le sous-ministre, merci et bienvenue. D'entrée de jeu, je suis obligée de réagir à votre... quand vous avez dit en début que vous voulez contester quant au développement de l'investissement... Je reprends vos mots, vous avez dit: Je veux contester le... Puis, au niveau du financement, vous avez dit...

M. Gabrièle (Pierre): Contexter, excusez.

Mme Loiselle: Ah! D'accord.

M. Gabrièle (Pierre): Contexter. Mettre en contexte. Ha, ha, ha!

Mme Loiselle: De toute façon, ça ne changera les chiffres. O.K. D'accord.

Le Président (M. Kelley): J'ai compris «contester» aussi.

Mme Loiselle: Oui, c'est ça.

M. Gabrièle (Pierre): Excusez. Alors, ça a été un lapsus. Mettre en contexte.

Mme Loiselle: De toute façon, au niveau du financement, quand vous dites qu'en 1994 il y avait 297 millions d'investis, et aujourd'hui on a un investissement de 555 millions, c'est le double finalement, on doit mentionner qu'il y a eu le virage ambulatoire, et le virage ambulatoire, entre 1994 et aujourd'hui, a mis une pression quand même très grande dans le système et a augmenté de beaucoup, beaucoup la demande au niveau des services à domicile.

Alors, quand on nous dit qu'on a doublé, je comprends que, oui, on a doublé, mais il ne faut pas ignorer l'impact et les conséquences du virage ambulatoire sur la pression de la demande de services, parce que sinon on pourrait échanger longtemps ensemble et on n'arrivera jamais à des conclusions, parce que c'est un effet majeur sur la problématique que l'on vit actuellement.

On regarde le sous-financement, parce qu'il y a nettement un sous-financement dans les soins à domicile actuellement... On avait promis que, en fermant des hôpitaux, en fermant des lits, les économies engendrées iraient vers le virage ambulatoire — ce n'est pas votre faute, le gouvernement, en choix politique, a décidé de ne pas le faire, mais il y a des conséquences sur les personnes âgées en perte d'autonomie. Actuellement, il y a des personnes en perte d'autonomie qui font appel aux CLSC et qui n'ont même pas des retours d'appel. Ils

sont laissés à eux-mêmes, alors on ne sait pas trop ce qui se passe avec ces personnes-là qui ont besoin de soins. Il y a des personnes qui reçoivent des soins mais qui sont des services minimaux, ils reçoivent la base vraiment. Ça ne répond même pas à la prescription qui est donnée par le docteur. Si un docteur dit qu'une personne âgée doit obtenir 18 heures de soins à domicile, si le CLSC n'a pas le budget, il en reçoit peut-être quatre, quatre ou cinq par semaine, alors il y a un manque à cet égard-là. Il y a aussi d'autres personnes, parce qu'elles ne reçoivent pas les soins auxquels elles ont droit, se retrouvent à l'urgence, alors il y a une pression, aussi, économique là. C'est beaucoup moins, vous le savez, dispendieux de donner des soins à domicile que d'envoyer des gens à l'urgence ou dans des centres de soins de longue durée.

Il y a des gens qui sont obligés de se retourner vers des services privés, de débourser des sous de leur poche, souvent qu'ils n'ont pas, qu'ils empruntent, pour obtenir des soins auxquels ils devraient avoir droit d'après le cadre de référence de 1994, qui stipule clairement que les services de soins à domicile sont gratuits, publics et disponibles. Alors, actuellement, ces trois points-là ne sont pas respectés par le gouvernement. Et qui en paie le prix? Ce sont les personnes âgées.

Dans le contexte où, en 1993-1994, il y avait 11 recommandations pour améliorer tous les outils, là, d'évaluation, les listes d'attente, les délais, tout ça, pour savoir vraiment ce qui se passe dans le réseau, on avait fait des recommandations. Sur ça, il y en a sept qui n'ont pas été mises en application. Dans le contexte du virage ambulatoire, dans le contexte du sous-financement, qui n'est pas arrivé hier, là, qui s'est fait depuis le début de 1994-1995, moi, je me demande comment — je ne veux pas que vous le preniez mal — mais comment expliquer la lenteur du ministère à mettre en place des recommandations qui datent de 1993-1994 et qui, aujourd'hui encore, sont... Le Vérificateur général le démontre encore, c'est des outils qui ne sont pas là, vous ne pouvez pas, ni le CLSC ni les régies ni les ministères sont en mesure de savoir si la clientèle est bien desservie, particulièrement avec du sous-financement, ni les ministères ni les régies ne connaissent la situation des listes d'attente des services à domicile. Parce que, en bout de piste, là, c'est des personnes âgées malades, qui attendent des soins. Je ne comprends pas la lenteur à mettre en place ces recommandations, presque huit ans plus tard.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, il faut vous expliquer ce qu'on appelle, entre guillemets, la lenteur et la mettre en contexte. Mais, quand on dit que des personnes qui ne reçoivent pas des soins, M. le Président, il faut voir une chose: Oui, il y a des personnes qui sont peut-être sur des listes d'attente, comme disait Mme la députée, il y a d'autres personnes, quand elles sont malades, qui vont aller à l'urgence, d'autres se trouvent dans des listes de longue... de courte durée dans des hôpitaux, mais on ne peut pas dire qu'il y a un déni de soins.

Et je suis d'accord que, quand on parle d'outils, de mettre en place les outils, ça a pris longtemps, sauf que, pour avoir un outil unique au Québec, ça a pris trois ans parce que chacun voulait avoir, chaque CLSC voulait avoir son propre outil pour l'utiliser. Nous avons maintenant un consensus pour avoir un outil unique, l'outil multiclientèle, qui est en application actuellement dans la très grande majorité des CLSC, et j'ai écrit à tous les CLSC pour dire que, en mars dernier: Il faut que cet outil devienne un incontournable. Donc, là nous pourrons avec cet outil-là évaluer les besoins des personnes, et ça va être un outil unique, et on va pouvoir constituer des banques de données pour faire le suivi.

Deuxièmement, si nous le regardons, et c'est là où je parlais de sédimentation, si nous regardons la problématique uniquement sur la lorgnette de soins à domicile, il faut le revoir dans un plus grand ensemble. Quand nous avons annoncé l'implantation des groupes de médecine de famille, M. le Président, à ce moment-là, et de vouloir implanter 300 groupes de médecine de famille dans un horizon de quatre ans, c'est clair que nous voulons que chaque citoyen et citoyenne ait un médecin de famille. Et là, à ce moment-là, il y avait une prise en charge médicale y incluant ce que j'appelle les soins à domicile. Maintenant, pour implanter des groupes de médecine de famille, nous avons eu une vingtaine de groupes sur une base volontaire dans des cabinets privés, ils ont accepté de se regrouper pour implanter les groupes de médecine de famille, mais il faut aussi tenir compte que nous avions à négocier avec la Fédération des omnipraticiens. Et ça, ça implique du temps, quand on est à une table de négociations.

● *(10 h 20)* ●

Nous nous sommes entendus sur l'implantation des groupes de médecine de famille en juin dernier. Maintenant, tout est prêt pour que les 23 groupes puissent lever de terre. Mais il faut regarder aussi dans quel contexte nous sommes actuellement, nous sommes encore en négociation avec les deux fédérations médicales, donc les médecins attendent avant qu'on puisse mettre en place ces 23 groupes. Mais autant, l'informatisation, nous sommes prêts, nous avons aussi dit à ces groupes de médecine de famille que les CLSC vont financer l'infirmière qui va être dans le groupe de médecine de famille pour être l'intervenante pivot, pour faire la continuité de soins avec le CLSC, nous sommes prêts même, comme gouvernement, à payer une partie du loyer, pour que l'infirmière puisse travailler dans le groupe de médecine de famille, à les mettre dans le réseau RTSS pour qu'ils aient plus rapidement les résultats d'analyse, pour les hôpitaux, pour avoir aussi le résultat des radiographies. Nous sommes prêts aussi à financer les équipements informatiques. Donc, ce n'est même pas une question de financement.

Donc, ça, c'est un élément, une des pierres, les groupes de médecine de famille, pour que l'ensemble des citoyens et citoyennes du Québec puissent avoir un médecin de famille, et avoir un suivi, et une prise en charge, parce que le groupe lui-même permet la prise en charge, au niveau des groupes de médecine de famille.

Maintenant, autre chose au niveau des soins à domicile. Au niveau des soins à domicile, nous sommes en train aussi d'établir des critères — quand je parlais de critères de pertinence et de confinement. Le CLSC va donner un certain nombre de services pour les clientèles plus lourdes, mais d'autres services, ce qui est l'aide domestique ou autre, pourront être donnés par d'autres ressources.

Donc, M. le Président, quand on parle de délais, oui, l'outil, le premier outil, c'est l'outil multiclientèle qui va nous permettre une forme de standardisation pour connaître les besoins de services à donner. Et l'outil existe, et il va être implanté. Cependant, ce qui est important pour cet outil, M. le Président, c'est qu'il va falloir former les intervenants qui vont l'utiliser. Or, nous sommes en train de former 300 formateurs, qui vont ensuite, eux, former 14 000 intervenants au Québec. Et cette formation-là va nous coûter 10 millions, et ça va prendre un an pour former 14 000 personnes pour pouvoir utiliser l'outil. Donc, ça aussi, c'est une autre réalité, qui est la face cachée des choses, que nous ne connaissons pas.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Loiselle: Je comprends, mais j'ai beaucoup de difficultés à voir que, de 1993 à 1994, votre outil, là, de multiclientèle — que, je dois dire, là, je l'ai relevé à peu près à toutes les lacunes que le Vérificateur général a mentionnées, vous revenez toujours avec l'implantation de l'outil multiclientèle, c'est comme la réponse, la solution magique. Quand on vous parle, à la page 221, des lacunes pour l'accessibilité, l'accueil, l'évaluation, vous dites: Ça va être la mise en place de l'outil multiclientèle qui va régler ça; quand on vous parle de l'intensité des services, le manque d'intensité de services, ça va être aussi l'outil multiclientèle qui va régler ça; pour les délais d'attente, votre réponse, c'est aussi l'implantation de l'outil multiclientèle qui fournirait les informations nécessaires. Je l'ai relevé à peu près partout, comme si c'était la solution magique.

Mais je me dis: Pourquoi, si c'est la solution magique... Et si, dans le cadre de référence du gouvernement de 1994, c'est marqué, à la page 11, qu'il faut mettre en place... «Il est important de s'assurer que chaque région puisse disposer d'un système d'évaluation unique». Alors, j'imagine qu'il y avait déjà des outils qui existaient à l'époque, je ne peux pas croire qu'il n'y en avait pas! Je me dis: Pourquoi c'est si long, ça a été si long, à répondre aux recommandations du Vérificateur général, de 1993-1994? Vous nous avez dit tantôt que l'outil est là, il est prêt, puis à la toute fin vous avez dit «va être implanté». Je l'ai inscrit, vous avez dit «va être implanté». Moi, j'aimerais savoir: Est-ce qu'il est actuellement implanté ou il va être implanté? Il y a une marge entre les deux.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, actuellement, il s'applique dans tous les CLSC, sauf sur la Côte-Nord et dans quelques CLSC de Gaspésie... Bas-Saint-Laurent — excusez! — du Bas-Saint-Laurent. Maintenant, il est implanté, mais les gens n'ont pas eu la formation. Donc, nous devons leur donner la formation, il y a 14 000 personnes à former. Mais là, actuellement, ils l'appliquent, sauf les restrictions que je vous ai données, quelques CLSC du Bas-Saint-Laurent et de la Côte-Nord. Bon.

Mme Robert: C'est juste pour mieux comprendre ce que vous me dites. Ils l'appliquent, puis ils ne sont pas formés? Là, là, il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans, là.

M. Gabrièle (Pierre): Ils appliquent l'outil. Parce que, nous, il y avait une urgence à ce que cet outil-là puisse s'implanter dans l'ensemble des CLSC.

Mme Robert: Et s'ils l'appliquent, vous voulez dire, ils utilisent... Disons, qu'ils le comprennent.

M. Gabrièle (Pierre): Ils le comprennent...

Mme Robert: Bon.

M. Gabrièle (Pierre): ...mais nous voulons leur donner en plus une formation pour que l'utilisation de l'outil, quand les données vont rentrer dans la banque de données, les données vont être fiables parce que tout le monde l'utilise correctement.

Mme Robert: Parce qu'il pourrait y avoir des écarts dans l'utilisation...

M. Gabrièle (Pierre): Et voilà.

Mme Robert: ...à l'heure actuelle, de l'interprétation de l'outil en question.

M. Gabrièle (Pierre): De l'outil en question. Bon. M. le Président, aussi, on parle beaucoup de l'outil, ce n'est pas la panacée à tous les maux. Il y a aussi une chose qu'on escamote et qu'on oublie de parler, c'est qu'il va falloir établir pour l'ensemble des CLSC un panier uniforme de services. Vous connaissez comme moi ce qui existe. Prenons, par exemple, la région de Montréal. Quand un citoyen change de résidence — il y a 29 CLSC sur l'île de Montréal — il s'en va à quatre ou cinq coins de rues, il n'a plus le même panier de services d'un CLSC à l'autre. Donc, la base, il faut uniformiser le même panier, un panier de services. Et là vous savez que c'était plus difficile, parce que, pour uniformiser un panier de services, il y a deux ingrédients, il y a de donner le même niveau de financement à tous les CLSC... Et vous savez, comme moi, que la première cohorte de CLSC qui sont partis en 1975 ont eu un certain financement, et la deuxième cohorte ont eu un autre, financement, celle des années quatre-vingt, quatre-vingt-cinq. C'est pour ça qu'on parle d'iniquité de ressources en termes de financement entre les établissements et parfois même à l'intérieur des régions mêmes, dépendamment quand un CLSC, la cohorte, s'est mis en place. Donc, il peut même avoir une iniquité intrarégionale. De plus, donc, premier ingrédient, avoir un financement uniforme, et c'est pour ça qu'on vous parlait de revoir le mode d'allocation des ressources. Donc, ce n'est pas juste l'outil multiclientèle.

Deuxièmement, M. le Président, c'était le fait de, chaque CLSC, avec son conseil d'administration, déterminer quels étaient les services à sa population qu'il devait desservir sur son territoire. Donc, il fallait faire un consensus, pour ne pas qu'ils pensent à une centralisation de Québec, pour décider quel était le panier de services uniforme. Et même le Vérificateur général, M. Guy Breton, à l'époque, m'a soutenu, quand

il a rencontré des directeurs généraux de CLSC, en décembre dernier, en décembre 2001, pour véhiculer la notion d'avoir un panier de services uniforme à grandeur du territoire québécois. Alors donc, ce n'est pas juste l'outil multiclientèle.

Mme Loiselle: Bon. L'outil multiclientèle — je reprends vos mots — ce n'est pas la panacée à tous les maux, mais les réponses que vous donnez au questionnement du Vérificateur général, ça revient toujours, c'est ça qui... Ça revient toujours, quant au manque à l'accessibilité, vous précisez très bien que c'est un processus de la mise en place d'un outil multiclientèle qui va régler cette situation-là; quand on vous parle de la nature, de l'intensité des services, vous dites: Pour chaque cas, la nature et l'intensité des services seront déterminées à l'aide de l'outil multiclientèle; quand le Vérificateur vous parle des délais d'attente, des listes d'attente, vous répondez encore au Vérificateur que l'implantation de l'outil multiclientèle fournira les informations nécessaires à l'établissement des standards et aux délais d'attente. Un peu plus loin, quand on vous parle même des besoins des proches aidants, à la page 222, là vous nous dites que ça va être encore l'outil multiclientèle, mais cette fois-ci bonifié, auquel le ministère met la dernière main en vue de son implantation... qui inclura un module permettant d'évaluer les besoins spécifiques des proches aidants... Moi, je me dis, même à la fin, soutien à la prestation de services, page 224, vous répondez encore que l'implantation de l'outil multiclientèle va aussi aider à ça. Et là vous me dites aussi, ce n'est pas la panacée à tous les maux. Vraiment, les réponses m'ont un petit peu surprise, de voir que vous vous servez beaucoup, beaucoup de l'outil multiclientèle pour répondre aux lacunes qui ont été soulevées par le Vérificateur général. Je me demande, il y a sûrement d'autre chose qui s'en vient, ça ne peut pas être seulement cet outil-là, parce que, si ça avait été l'outil tellement extraordinaire, il me semble que vous l'auriez implanté avant ou... en tout cas, actualiser ou aider le processus de l'implantation de ça, depuis 1993-1994.

● *(10 h 30)* ●

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, peut-être que je vais le reprendre. Oui, dans les commentaires qui ont été faits au V.G., ça a été l'outil multiclientèle, mais parce que nous sommes dans certains standards de gestion.

Mais quand je parle d'accessibilité de services, d'intensité de services ou de prestation, comme je vous le disais dans ma présentation du début, il faut le voir dans une certaine globalité. Ce n'est pas... On ne travaille pas en silo ou en sédimentation. Pour donner une accessibilité de services de santé, nous disons: C'est l'implantation des groupes de médecine de famille qui va donner l'accessibilité des soins de santé à la population.

Actuellement, nous avons 7 000 omnipraticiens au Québec, chiffre rond. Il y en a 48 % qui travaillent en établissement; j'en ai 52 % en cabinet privé. Si ce 52 %, disons 3 500 pour faire un chiffre rond, à chaque médecin, inscrivez 2 000 citoyens ou citoyennes, on pourrait couvrir 7 millions d'habitants sur 7,35 millions. Bon. Bien sûr que ça, c'est mathématique. Là il faut regarder la répartition des omnipraticiens sur l'ensemble du territoire québécois.

Et quand je vous parle des groupes de médecine de famille et de cette inscription-là, nous ne sommes pas les seuls au monde qui avons eu cette idée géniale. Au Danemark, j'ai envoyé une équipe de quatre personnes passer une semaine au Danemark, ils ont implanté les groupes de médecine de famille, et chaque médecin — et la mission est revenue, j'ai envoyé deux directeurs de CLSC, un directeur régional et ma sous-ministre adjointe à la Population — donc, et actuellement au Danemark chaque médecin inscrit entre 1 600 à 2 000 patients, et c'est comme ça qu'on donne une accessibilité aux soins médicaux.

Deuxièmement, après l'accessibilité aux soins médicaux, il va falloir s'entendre sur un panier de services commun à tous les CLSC, pas simplement pour les services médicaux, mais aussi pour les services psychosociaux y incluant des soins à domicile, et le niveau de soins à domicile que nous allons donner. Troisièmement, quand ce panier de services sera établi, il va falloir qu'on donne le financement nécessaire, le rehaussement nécessaire pour éviter les iniquités actuellement au niveau du mode d'allocation des ressources; ce ne sera plus le budget historique, comme le soulevait le V.G., plus l'indexation. Et enfin, quatrièmement, l'outil multiclientèle, lui, va nous permettre d'avoir une évaluation standardisée, commune, ce qui nous permettra, avec cet outil-là, de répondre aux besoins d'abord de la personne, pas simplement d'avoir des données de gestion, de répondre aux besoins de la personne pour qui... avec cet outil-là, quels sont ses besoins, et d'y répondre. Et ensuite, les données que nous allons en tirer vont nous servir comme données de gestion. Et nous pouvons faire du benchmark, vous faire des audits de pratique. Mais c'est l'ensemble de tous ces éléments qu'il va falloir mettre en place d'un coup. Bon.

Alors, nous avons commencé, M. le Président, par les groupes de médecine de famille. Je vous ai parlé de l'outil, qui est déjà en opération; il nous reste à former les intervenants qui l'utilisent, mais ils l'utilisent, là-dedans; mais la formation va nous permettre de nous donner un gage de qualité et de fiabilité des données. Nous avons aussi de prête toute la politique sur les soins à domicile. Elle est terminée, la politique; c'est moi qui... actuellement je la retiens. Donc, si vous voulez un coupable, c'est moi, le coupable. Et je la retiens pourquoi, cette politique-là? Parce que, avant de mettre en place une politique et la lancer dans le réseau, il faut d'abord établir la base commune des services de tous les CLSC, sinon je mets, je lance une politique et je mets la pression sur les établissements, qui n'ont pas les ressources voulues pour donner les services. Nous, là, nous sommes en train de compléter la politique sur les soins palliatifs, elle sera terminée en février 2003. Les discussions pour avoir un panier de services uniforme se font avec l'Association des CLSC et des centres d'hébergement, et nous allons compléter le panier de services uniforme, les travaux, en décembre 2003.

Le modèle d'allocation de ressources, M. le Président — parce que c'est important de voir l'ensemble des chantiers qui sont en cours — le modèle d'allocation des ressources, M. Bédard a rendu son rapport, nous a déposé son rapport cet été, en juin. Nous mettons en

place une table, nous l'avons annoncé aux partenaires, une table avec l'Association, l'AHQ, l'Association des CLSC et des centres d'hébergement, les centres de réadaptation, et nous, et cette table-là va définir un nouveau modèle d'allocation de ressources, qui ne sera plus un modèle de type historique avec indexation, mais qui va tenir compte du volume, de l'intensité, de la population, de mettre à niveau l'équité entre les disparités qu'il y a au niveau du financement, surtout pour les CLSC, et qui va aussi tenir compte de l'éloignement.

Parce qu'en région éloignée il faut que vous teniez compte des distances; quand on donne des services, ça peut coûter plus cher en région éloignée, et quand on calcule les per capita nets et qu'on les regarde et qu'on les analyse nets, on va dire: Comment se fait-il que dans telle région le per capita est de l'ordre de 80 $ et qu'il se retrouve à 114 dans une autre région? Mais, si c'est une région éloignée, c'est normal, il y a les distances, pour donner les services. Donc, ces travaux sur le modèle d'allocation de ressources vont se terminer aussi, vont prendre une année, à la fin de 2004.

Donc, actuellement, tout concourt, par tout ce que nous faisons, à réorganiser l'ensemble des services de première ligne. On a toujours parlé qu'il fallait consolider les services de première ligne, mais nous n'avons pas pris les moyens pour le faire. Alors, nous sommes en train de prendre les moyens pour le faire, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Peut-être, parce que c'est le sujet, je pense qu'on est tous dans le même sujet, alors on peut revenir, mais je vais passer la parole à Mme la députée de Deux-Montagnes, mais on peut poursuivre, madame, je pense que, comme d'habitude, vous êtes dans le vif du sujet.

Allocation des ressources et équité interrégionale

Mme Robert: Oui, effectivement. Bon, là, on parle, vous mettez toute la question des iniquités, de toute la réorganisation comme telle. Ce qui est difficile là-dedans, comme députée et comme citoyenne, parce qu'on se retrouve facilement comme citoyens là-dedans, c'est que c'est toujours en organisation.

Vous avez amené un aspect... Parce que, durant que c'est en organisation, t'attends. O.K.? Mais, durant que c'est en organisation, tu vis, tu vis des problèmes, tu vis des iniquités, tu vis des difficultés. Ça fait que, moi, quand je suis en vie, ces réponses-là, ça ne me fait pas vivre. Bon, je veux bien croire qu'on vous questionne sur votre gestion ici, là, je ne suis pas ici... mais je sens... Puis c'est un peu la perception qu'on a des citoyens à l'heure actuelle qui, face à notre organisation en santé, qui est quand même une belle organisation, qu'il y a du monde qui y travaillent d'une façon formidable, qui donnent d'excellents services, et tout ça, et qui ont la perception que nous avons une très mauvaise organisation, qu'on n'est des pas bons, puis etc. Comprenez-vous? C'est un peu cette chose-là.

● *(10 h 40)* ●

Alors, est-ce que c'est la culture? On sait fort bien — il ne faut pas se le cacher — qu'on sera toujours en organisation, parce qu'il y a toujours de l'évolution, il y a toujours du changement, il y a toujours des populations qui évoluent, les technologies, et tout ce que tu veux. Mais il reste qu'à l'heure actuelle, dans notre vie... Moi, je veux bien croire qu'on va avoir les multiclientèles, qu'on va avoir toutes les données nécessaires puis pour tout le monde. Vous avez mentionné au départ — ça m'a frappée — dans notre mise en place, dans notre fonctionnement, il n'y a pas juste le ministère, il n'y a pas juste... il y a toute la communauté qui prend part, puis etc. Et ça, ce n'est pas véhiculé, ce n'est pas véhiculé à l'intérieur de nos façons de travailler, ce n'est pas véhiculé au niveau médiatique, parce que si quelqu'un... S'il y a une «affrosité» qui se passe quelque part, c'est toujours dû à toutes sortes de trucs bien précis, de dernière minute, de très courte vue. Alors, à ce moment-là, on n'a pas cette espèce de gens qui font partie intégrante de leur système de santé et que, oui, comme la vie... Il y a des journées que ça va très bien puis il y a des journées que ça va moins bien, puis qu'il y a des choses qui sont très bien, qui vont moins bien.

Bon. Je veux attirer l'attention sur la question de fait qu'ils vivent aujourd'hui: les écarts. Vous avez mentionné tout à l'heure, c'est bien clair, l'écart entre la Côte-Nord, dû au transport, et tout ça... mais je vois bien que, entre les Laurentides, la région d'où je viens, 45,11 et 81,67 à Montréal... Bon. On peut aller chercher le fameux critère, qu'il a toujours augmenté par... Bon. Mais est-ce que ça veut dire qu'à Montréal, parce qu'ils ont augmenté comme tel, ils ont des services chromés, chromés à un point qu'ils ont le double de services que dans Les Laurentides? Je sais fort bien que ce n'est pas vrai. Ce n'est pas ça. Ils n'ont sûrement pas des services chromés à Montréal, puis on ne commencera pas à se pitcher des roches de chaque bord. Et ce n'est pas parce que... des services à domicile que nos gens des Laurentides vont à Montréal puis qu'ils... Bon.

Alors, il y a une iniquité, là, qui est à peu près inexplicable, et, d'une certaine façon aussi, on ne sait pas trop, trop ce qui entre là-dedans. Il y a la question du panier de services, que ça a l'air que ce n'est pas le même partout, mais il reste qu'il y a un service de base qui est quand même donné, disponible, etc. Et on n'aura pas non plus... Parce que vous avez dit: Ce n'est pas une liste d'épicerie, là, O.K.? La part de la communauté, aussi... Alors, si on monte le panier de services puis que la part de la communauté ou, etc., il n'est pas dedans, ou quoi que ce soit, ou il n'est pas mis en collaboration, on va se ramasser encore avec un truc, une liste d'épicerie ou quelque chose du genre.

Moi, en tout cas, j'aimerais savoir qu'est-ce qui est, dans les dépenses... Il y a cette colonne-là, c'est à la page... c'est le tableau 3, à la page 209, dans le... Quand ces données-là, par tête d'habitant, de 81,67, Montréal-Centre, 45,11 pour les Laurentides, on tient compte de quoi? C'est quoi qui entre là-dedans? Puis, quand on va avoir tous nos beaux tableaux, là, puis notre multiclientèle puis notre panier de services, tout ce que tu veux, ça va ajouter quoi, ça? Parce que c'est toute la notion, là... Vous allez avoir toutes vos colonnes? Il y a une question de financement aussi, mais, le financement, on va le trouver où? Par exemple, si je suis ici aujourd'hui, j'ai mon panier de services, j'ai mon outil multiclientèle, j'ai tout ça, là... Puis, vous parlez toujours de la ressource financière, et tout, bien, je vais régler

quoi? Les ressources financières, ça ne pousse pas dans les arbres ni dans le panier multiclientèle, et etc. Comprenez-vous, là? Moi, c'est ça.

M. Gabrièle (Pierre): Ah! je comprends très bien!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Loiselle: ...à votre secours?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Loiselle: Non, hein?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Non, non. Je ne veux pas faire de dissension au niveau de la table, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): La question est posée, M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Et regardez... Vous avez raison, Mme la députée. Quand, M. le Président... Oui, je comprends, comme députée, ce que vous visez quand une personne — vous l'avez dit d'entrée de jeu — vienne frapper à votre porte pour vous dire, bon: Appelez votre député, parce que le CLSC ne répond pas ou ne retourne pas les appels. Donc, oui, vous vivez ça au quotidien. Cependant, vous vous souvenez que nous avons voulu mettre les services de première ligne... Normalement, si on avait investi dans les services de première ligne, nous allions répondre à 80 % des besoins de la population. Cependant, ce que nous avons fait — et ça, ce n'est pas un blâme à aucun gouvernement, mais c'est une réalité, puis il faut aussi se la dire, comme on échange sur des réalités — ce que nous avons fait, nous avons toujours plus investi dans les établissements hospitaliers que dans la première ligne. Et la porte d'entrée actuellement du réseau, c'est toujours l'établissement hospitalier. Alors, si nous voulons changer, transformer ce service, il faut ce que j'appelle, moi, renverser la pyramide pour que la porte d'entrée et les investissements se fassent au niveau de la première ligne, parce que c'est là où je vais répondre le plus près possible des besoins de la population, et c'est là où je vais répondre à 80 % de ces besoins, et que ça nous coûtera moins cher.

Parce que c'est clair que lorsqu'une personne âgée occupe un lit de courte durée dans un hôpital, et peu importe l'hôpital, ça coûte 600 $ par jour; s'il occupe le lit pendant 100 jours, ça coûte 60 000 $. Alors que, s'il est à domicile, on peut lui donner des services, d'abord, pour 20, 25 000 $, et, en plus, on lui maintien ses acquis et on le laisse dans la communauté. Donc, au-delà des économies, ça a un avantage. Et quand on l'envoie — on en parlera le 6 novembre — quand on l'envoie en centre d'hébergement, ça, ça devrait être le dernier recours, le centre d'hébergement. Et, là encore, quand il est en centre d'hébergement, il coûte à peu près 40 à 45 000 $ par année.

Donc, l'objectif, c'est — je prends une image — de renverser la pyramide ou que la porte d'entrée ne soit pas l'urgence ou l'hôpital, mais que les services se donnent en première ligne, à proximité. Bon. Et ce n'est pas faire de l'organisation pour l'organisation, c'est d'avoir une vision: comment je peux mieux desservir ma population, et, à ce moment-là: comment je fais les investissements. Mais c'est vrai que, si nous investissons toujours en établissement, ça va de soi que ces transformations, on ne peut pas les faire.

Maintenant, quand vous parlez d'iniquités, quand vous regardez les per capita de votre... des Laurentides par rapport à Montréal, ce que j'essaie d'expliquer, ça se justifie, ces per capita, à cause de ce que j'appelle un financement historique. En 1975, quand les premiers CLSC sont partis, ils ont été financés selon les besoins actuels, puis après on a gardé la même enveloppe et on l'a indexée. Ceux qui ont été partis en 1980-1985, il y avait moins d'argent, on les a implantés, mais avec un financement qui n'était pas comparable à la première cohorte. Donc, on a déjà créé un écart. Et, M. le Président, Mme la députée a raison, les gens des Laurentides ne vont pas aller chercher des services à domicile à Montréal. Ils peuvent peut-être aller en hébergement à Montréal, mais ils n'iront pas chercher des services à domicile à Montréal. D'où l'importance que ce soit proche de la communauté.

Et quand on vous dit qu'on veut revoir le modèle d'allocation de ressources, ce modèle d'allocation de ressources va nous permettre de rétablir l'équité à l'intérieur des régions, et c'est pour ça que le ministre de la Santé, cette année, a dit oui, il a constaté cette iniquité-là et il a investi 50 millions dans ce que j'appelle... surtout, la grande majorité sont allés au 450, c'est-à-dire Montérégie, Laurentides, Lanaudière. Rien que la Montérégie, à cause des facteurs qu'on avait, d'iniquité, sur le 50 millions, la Montérégie en a eu 50 %, autour de 24 millions et quelque.

● *(10 h 50)* ●

Mme Robert: Mais j'avais un exemple là-dessus. Ça, c'est dans nos vies de tous les jours. Je veux bien qu'on parle de 50 millions de tout. Bon. Par exemple, pour les services de base à domicile qui sont donnés, là, le ministère affecte des sous. Bon. A Montréal, ça va être plus de 10 $ de l'heure; mais, chez nous, c'est au salaire minimum. Bon. Ce n'est pas parce que ça coûte plus cher vivre à Montréal que de vivre... ce sont des gens qui ont... Alors, il me semble que c'est des iniquités, ça, qui sont faciles à corriger. Je veux bien croire qu'il y a du transfert, mais c'est clair, là: Pourquoi mon travailleur à domicile à Montréal va gagner 10, ou je ne sais pas quoi, en tout cas, c'est plus de 10 $ de l'heure, et que, si je m'en viens à Saint-Eustache, il est au salaire minimum?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président...

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Ce dont parle Mme la députée, c'est l'allocation directe, c'est un autre programme. C'est pour les...

Mme Robert: Mais, en tout cas, qui a une incidence.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, oui, je comprends, mais c'est l'allocation directe qui est donnée, et les gens

qui, avec l'allocation directe, paient eux-mêmes leurs personnes, donc la personne, on peut la payer à 7 $ ou à 11 $. Mais, quand c'est le CLSC qui donne les services, les travailleurs du CLSC sont payés de la même façon, qu'ils soient dans les Laurentides ou à Montréal ou sur la Côte-Nord, parce qu'ils sont régis par une convention collective qui est unique et uniforme. Ça, c'est au niveau de l'allocation directe. Quand chaque personne paie, à ce moment, qu'elle reçoit l'allocation et qu'elle paie la personne qui lui rend le service, ils peuvent lui donner 7 $. Mais, ça aussi, il faut que... je sais que nous avons des représentations qui nous sont faites pour corriger cette forme d'iniquité.

Le Président (M. Kelley): Ça va, Mme la députée? Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Je veux revenir à vos propos tantôt, quand vous avez dit que pour la politique des soins à domicile vous étiez celui qui retenait l'annonce de la politique. Je trouve ça bien, comme sous-ministre, que vous protégiez votre ministre, mais je pense que, si vous la retenez, cette politique-là, parce qu'on sait qu'elle est prête depuis un certain temps, c'est qu'on ne vous donne pas les sous nécessaires pour la mettre en application, le financement n'est pas là puis il n'y a pas la priorité et la volonté politique de mettre l'argent dans la politique des soins à domicile, parce qu'on parle ici d'environ 300 millions.

M. Gabrièle (Pierre): 300 millions.

Mme Loiselle: 300 millions. C'est ça environ, hein? 300 millions. Et quand madame ma collègue dit qu'elle croit aussi que les services, je reprends son expression, ne sont pas aussi chromés à Montréal que dans sa région, elle a tout à fait raison, parce que je vous rappelle le document qui a été produit l'année dernière par les 29 CLSC de Montréal, qui s'appelait *Bienvenue à bord du Titanic*, et on disait que seulement pour le mois de — non, mais c'est le titre, hein, je ne l'ai pas inventé, ha, ha, ha! — seulement pour le mois de janvier 2001, seulement pour un mois, ce sont 2 698 nouveaux appels à l'aide qui ont été reçus par les 29 CLSC de la région de Montréal, et près de 10 % de ces appels, de ces demandes n'ont pas été traités, même pas de retour d'appel ou d'aide. Et l'investissement que vous avez fait, du 50 millions, au printemps dernier, Montréal n'a rien eu, ce sont la région, comme vous avez dit tantôt, la région qu'on appelle 450 qui ont eu les argents, alors ça vous démontre que le sous-financement a un impact très, très important, même dans la grande région de Montréal. Même quand on regarde le tableau et qui dit que, bon, la région de Montréal reçoit per capita, là, par habitant peut-être plus que d'autres régions, la situation reste quand même dramatique un peu partout sur le territoire du Québec.

Et si c'est comme ça, votre politique des soins à domicile, vous allez, M. le sous-ministre, la retenir encore longtemps, parce que quand on regarde les dépenses provinciales par territoire et par habitant pour les soins à domicile au niveau du Canada, nous sommes les bons derniers — c'est à la page 6 du rapport: le Québec donne 65 $ par habitant, par personne, à comparer... Nouveau-Brunswick, 108 $; Manitoba, 129 $; la moyenne canadienne, 83 $; et, nous, on est les bons derniers à cet égard-là. Alors, c'est clair que, s'il n'y a pas une volonté politique d'investir les argents nécessaires dans la politique des soins à domicile, votre politique qui est prête va rester sur les tablettes pour un certain temps encore.

Soutien aux aidants naturels

Mais je veux revenir sur les économies qui sont faites par le biais du soutien aux aidants naturels. Dans le rapport... Je pense que c'est le rapport de M. Anctil qui avait soulevé ça en tout premier lieu, qu'on faisait des économies de 4 milliards de dollars avec l'aide qui est donnée par les aidants naturels, soit la famille immédiate, les amis, les voisins, et que les proches aidants fournissent environ 75 % de l'aide requise, en grande majorité des femmes.

Vous vous souviendrez surtout des deux rapports du Conseil du statut de la femme... Et on doit dire que ce n'est pas des jeunes femmes, c'est des femmes qui ont en haut de 65 ans, qui doivent faire des efforts majeurs et investir beaucoup de leur temps et de leur santé, et on voit le cercle vicieux, que ces femmes-là qui sont des aidantes naturelles deviennent, avec les années, des personnes qui se retrouvent et qui ont besoin d'aide. Alors, c'est un cercle vicieux qui se fait sur le dos en grande majorité des femmes. Vous vous souviendrez sûrement des deux rapports du Conseil du statut de la femme qui ont été déposés: le premier s'appelle *Le prix caché pour les femmes*, et le deuxième, *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. Et on disait dans ce rapport-là, le Conseil du statut de la femme, qu'il y a certaines femmes au Québec qui ont abandonné leur emploi pour devenir des aides, des aidantes naturelles à temps plein, d'autres mettent un bémol sur la carrière, certaines refusent des promotions, plusieurs doivent jumeler ce travail d'aidante-soignante avec les responsabilités de mère. Il y a des conséquences importantes sur la vie des femmes à cet égard-là au Québec.

Moi, je veux savoir: Est-ce que vous avez l'intention de mettre en place un créneau, vous allez développer un créneau pour voir, un, c'est quoi, les besoins des aidants naturels, et qu'est-ce que vous avez l'intention de faire, de leur donner comme appui pour les aider à traverser cette période difficile?

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, il y a toute une série de questions, je vais essayer de les ramasser. D'abord, pour faire un rectificatif, le 4 milliards, ce n'est pas au Québec, c'est au Canada. C'est 1 milliard au Québec, donc nous avons l'équivalent de la proportion de la population...

Mme Loiselle: Parce que, ici, c'est marqué, pour ce qui est de l'aide à domicile «...est évaluée au Québec à 4 milliards de dollars par année», c'est dans le document.

M. Gabrièle (Pierre): On m'a dit 4 milliards de dollars. M. Anctil est là, M. le Président, vous permettez?

Le Président (M. Kelley): Oui, oui, exactement, parce que ça regarde 6.95 du rapport.

Mme Loiselle: C'est le chiffre qui est inscrit ici.

Le Président (M. Kelley): M. Anctil.

M. Anctil (Hervé): Oui. Je dois simplement préciser qu'il y avait une erreur, enfin j'espère qu'il y en avait seulement une, dans le rapport, et c'était celle-là, et là, je m'excuse auprès de nos amis du Vérificateur, ils l'ont reprise telle quelle. Alors, on a écrit 4 milliards pour le Québec, mais, en fin de compte, il manquait la partie 4 milliards pour le Canada, dont 1 milliard pour le Québec, évidemment.

Une voix: C'est déjà beaucoup.

M. Anctil (Hervé): Et l'erreur a été reprise par le Vérificateur, je m'en excuse, là, on ne s'est pas parlé depuis ce temps-là.

M. Gabrièle (Pierre): Donc, vous voyez, pour l'ensemble du Canada, c'est 4 milliards, mais nous avons l'équivalent du 25 %, ça représente 1 milliard, c'est vrai que c'est énorme, c'est beaucoup, mais...

Pour la politique, M. le Président, oui, elle est prête. Ce que Mme la députée a dit, oui, c'est de l'ordre de grandeur de 300 millions. Mais vous comprenez très bien que si nous lancions ici, autant comme ministre, le ministre d'État responsable et moi comme sous-ministre responsable, si on lance la politique et qu'on ne donne pas l'investissement nécessaire, c'est comme si nous mettons juste la pression sur les établissements. Bon.

Cependant, ce qui est important, il y a la politique, mais les orientations de 1994 sont encore là. Et l'esprit de la politique, M. le Président... Parce que la politique n'a pas été faite en vase clos par le ministère, la politique a été faite en collaboration avec les partenaires. Donc, c'est même des partenaires de CLSC qui ont travaillé à la politique. Donc, le milieu connaît les fondements de la politique. Parce qu'il y a des fondements de la politique qui sont connus par le milieu. Ce qu'il y avait, l'autre élément, c'était tout le volet de la gratuité de certains services et avec les investissements qui vont avec. Et ça, bien sûr, nous ne pouvons pas l'appliquer tant que nous n'ayons pas les investissements. Bon.

Pour les données statistiques, quand on les retrouve actualisées — je savais que le 65 $ per capita allait sortir — je vous annonce qu'actuellement, en 2001-2002, nous sommes rendus à 82,35, bon, le per capita. Quand je vous dis ça, ce n'est pas une justification, bien sûr que les besoins sont plus grands et qu'il faudrait investir plus, mais nous sommes quand même rendus à 80,35 $ parce que au cours des années nous avons aussi encore investi au niveau des soins à domicile.

● *(11 heures)* ●

Pour Montréal, M. le Président, oui, c'est vrai qu'il y a le Titanic, les besoins et les appels sont grands. Cependant, ce qui est important aussi de voir à Montréal — et j'ai rencontré personnellement, avec la sous-ministre adjointe à la Population, l'ensemble des DG de la région de Montréal... C'est que Montréal, dans son approche, parce que c'était culturel, et ce n'est pas d'hier, c'est plus d'hébergement que de soins à domicile. Ils n'ont pas pris le virage de soins à domicile.

Quand vous regardez le taux moyen au niveau d'hébergement en soins de longue durée, il est de... une moyenne de deux heures-soins, alors qu'ailleurs il est de trois heures et demie-soins. Donc, ce que j'ai dit aux DG — et surtout que certains DG, en plus, M. le Président, sont à la fois DG du CLSC et DG du centre d'hébergement — ce que je leur ai dit, et je l'ai dit aussi à la régie régionale de l'époque, je leur ai dit: Écoutez, vous devez changer la culture de dispensation de services. Plutôt que faire de l'hébergement, vous pouvez faire des soins à domicile et utiliser les sommes que vous mettez en hébergement pour des soins à domicile.

Cependant, et je ne veux pas qu'on m'en fasse un reproche... bien sûr que les personnes qui sont hébergées actuellement à deux heures-soins, tu ne peux pas les sortir du centre d'hébergement pour dire: Bon, maintenant, tu t'en retournes à soins à domicile. Il faut attendre l'attrition pour utiliser, à ce moment-là, ces sommes-là pour investir dans les soins à domicile. Donc, si Montréal nous demande 70 millions au niveau des soins à domicile, il faut aussi qu'ils agissent face aux moyens, aux façons de faire, comment ils dispensent les services. Parce que, ailleurs, en région, dans les autres régies régionales, nous sommes à trois heures et demie-soins par jour, en moyenne. C'est-à-dire, c'est les cas les plus lourds qui ont besoin d'heures-soins par jour qui vont en centre d'hébergement.

Pour les proches aidants, M. le Président, oui, nous allons faire des travaux sur les proches aidants, d'abord pour connaître leurs besoins, y incluant le répit, y incluant le répit pour les proches aidants, et d'investir dans le répit pour les proches aidants. Mais c'est très clair que nous ne pourrons jamais — quand je vous disais que c'est une responsabilité partagée — nous ne pourrons jamais nous dispenser de l'aide des proches aidants. L'État ne peut pas prendre l'ensemble de tous les services. Et dans d'autres sociétés comme la nôtre — c'était clair quand je vous parlais du Danemark — il y a aussi la communauté et les proches aidants qui en font une partie.

Le Président (M. Kelley): Mais juste, si je peux... parce que la question des proches aidants a frappé mon comté au moment de... Et c'est toujours les cas très exceptionnels qui font les manchettes, mais la famille Craig, à Pointe-Claire, où il y avait la mère d'une jeune fille qui était gardée par sa mère... Mais, en grattant ça un petit peu, il y avait des programmes que, surtout, les organismes communautaires ont dû annuler faute de fonds. Et les fonds en question étaient très minimes. De mémoire, c'était l'Association de l'Ouest-de-l'Île de Montréal pour les déficiences intellectuelles, c'est un programme de 45 000, qui offrait ce genre de répit.

Moi, j'ai eu des présentations, aussi, des personnes qui doivent composer avec un proche qui souffre d'Alzheimer. Il y a tout un devoir... Mais le dévouement des conjoints et les conjointes au Québec pour, le mieux possible, le plus longtemps possible garder ces personnes dans leur milieu avant... Parce que tôt ou tard ça devient une question pour un hébergement. Et je trouve la demande de répit fort légitime, et je

trouve, oui, il y a des centres de jour, des CLSC qui offrent un certain service, et ça, c'est très important. Mais je pense qu'on a beaucoup à faire pour préserver notre atout, qui est le... à bien identifier.

Et ce sont les personnes qui m'ont dit: M. le député, juste peut-être, un matin par deux semaines, si je peux aller juste prendre un thé, quelque chose de pas plus complexe que ça, mais ils veulent juste aller au salon de coiffure, ils veulent faire des petites activités comme ça. Alors, ils ne demandent pas la lune, ils ne demandent pas un répit extraordinaire, mais les petits moments comme ça. Parce que, quelque chose surtout comme l'Alzheimer, qui est un 24 heures par jour, c'est vraiment, pour les familles touchées par ça, c'est vraiment dévastateur. Alors, je ne sais pas qu'est-ce qu'on peut faire directement par les CLSC via les programmes du jour, ou peut-être un soutien accru des organismes communautaires qui peuvent aider aussi. Mais, quand nous avons regardé... Suite à la tragédie de la famille Craig, à Pointe-Claire, les contacts que j'ai eus avec la société d'Alzheimer, je trouve, on a quand même... Dans l'optique, comme j'ai dit, de préserver le milliard d'atout, que M. Anctil a bien identifié, on a du chemin à faire.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, c'est vrai que nous allons être confrontés, autant que vous... Puis moi, ici, des fois, mon quotidien, c'est le cas d'espèce qui nous sort à chaque fois, vous comme députés, et moi comme sous-ministre, et c'est le cas d'espèce qui des fois devient la généralité.

Vous savez, parfois on nous dit que notre réseau est mal géré. Parfois encore, on nous dit aussi: Nous avons... les coûts de système ou les coûts de gestion sont trop élevés, dans le réseau. Alors, un moment donné, j'étudie pour savoir qu'est-ce qui arrive. Vous savez, les coûts de gestion, en définitive, représentent 20 %, et, quand on ajoute les bâtisses et les équipements, parfois ça peut monter jusqu'à 23 %, dépendamment des établissements. Donc, tout le reste va en services directs. Donc, les écarts, quand on nous parle soit de l'administration ou des régies régionales ou de l'administration des établissements, il n'y a pas de coûts exorbitants. C'est à peu près ce que nous voyons ailleurs, et, au contraire, quand il y a eu les compressions budgétaires, un bon nombre de compressions budgétaires se sont appliquées plus sur le personnel d'encadrement que sur le personnel directement, qui donnait des services à la population. Il va aussi de soi que, au niveau de la qualité des services qu'on donne, du dévouement des personnes qui sont là, dans ces établissements, oui, ils font des fois avec peu beaucoup.

Et, malheureusement aussi, ce que nous avions comme approche, c'est que, chaque fois qu'il y a un cas d'espèce, nous ajoutons une couche. Et ça, c'est presque, j'allais dire, culturel, quand on fait ça, parce qu'on veut régler une situation, et on pense que cette situation-là réglera tous les problèmes. Et après, c'est la suite au prochain numéro, au prochain cas d'espèce, on ajoute une couche. Et un peu... Moi, quand je suis arrivé, il y a un an et demi, comme sous-ministre à la Santé, c'est un peu cette vision-là que j'avais. C'est comme si on travaillait, vous savez, comme en silo, par étape. En plus, c'est très fragile, le fait que, quand une personne est atteinte soit dans son intégrité physique ou même dans son intégrité psychique, c'est une personne vulnérable. Quand j'étais Curateur public, que je regardais... Moi-même, quand j'accompagnais quelqu'un dans un établissement, la personne était vulnérable, elle se mettait pieds et mains liés auprès des gens qui devaient la soigner, alors... Et, bien sûr, ça nous touche aussi émotivement, et c'est pour ça qu'on réagit à chaque cas d'espèce. Mais, cependant, si nous voulons vraiment consolider notre système de santé et de services sociaux et même le transformer, comme je le disais, pour pouvoir donner des services de proximité, autant... Et peut-être que je peux aller loin avec ce que je vais vous dire: Peu importe la couleur des partis politiques au gouvernement, ce qui est important, c'est que nous prenons une décision. On dit: Oui, nous allons investir dans la première ligne. Et tant et aussi longtemps que nous ne prenons pas cette décision d'investissement dans la première ligne, il va de soi que nous allons continuer toujours à travailler avec un budget historique et à régler des cas ad hoc, d'espèce, et qui vous interpellent, vous, comme députés, qui interpellent les gestionnaires dans les établissements.

● *(11 h 10)* ●

Alors, regardez: à un moment donné, sur la... quand on va avoir à mettre en place le panier de services pour les CLSC, vous savez que vous allez être interpellés comme députés, parce que, comme on va harmoniser et uniformiser, il y en a certains qui ont plus de services que d'autres, mais, compte tenu des ressources que nous allons avoir, nous ne pouvons pas prendre le plus haut, donc nous allons prendre un panier de services moyen en tenant compte des ressources qui sont à notre disposition. Alors, ceux qui vont perdre des services vont être dans vos bureaux, puis ça va devenir le cas d'espèce.

Vous voyez, il y a certaines résidences pour personnes privées qui donnent de l'aide au bain. La semaine dernière, dans une région donnée, le CLSC avait dit: Je ne finance plus l'aide au bain, c'est la résidence. Eh bien, ça a fait un tollé, ça a fait les manchettes des journaux, et c'est tout à fait normal. Mais, à un moment donné, quand on établit, vous savez... parce que, quand le V.G. nous demande de standardiser et de normaliser, il va de soi que cette standardisation-là va avoir un impact, et l'impact, ça va être que nous allons normaliser quels sont les types de services que nous donnons.

Bien sûr, si, demain matin, on me donne 1 milliard de plus pour le mettre dans les soins à domicile, je vais prendre le panier de services... ou celui qui donne même des services que d'autres CLSC ne donnent. Mais, si je suis avec les mêmes ressources, nous allons normaliser le panier de services, avec les 555 millions que j'ai pour les soins à domicile. Vous me comprenez, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): ...et avant de retourner la parole à ma collègue de Saint-Henri—Sainte-Anne, juste... Moi, je n'ai jamais la prétention que la clientèle qu'on voit dans nos bureaux de comté, c'est un échantillon scientifique, parce que, règle générale, le monde n'appelle pas le député pour dire que tout va bien. Alors, ça, c'est...

Mais, pendant huit ans... et on va être prochainement appelés à retourner, faisant le porte-à-porte... Et juste une anecdote, ou l'évidence «anecdotale», que, moi, ça me surprend, à chaque fois qu'on fait une élection générale ou partielle et que je fais le porte-à-porte, le

nombre de personnes au Québec qui sont les prochains aidants, qu'on rencontre en faisant nos devoirs démocratiques et électoraux. Et je trouve, dans les réflexions, dans la planification des politiques, et tout le reste, si je peux offrir, comme député, un constat, que ça, c'est une ressource précieuse pour le réseau, et si elles sont épuisées, vous êtes pris avec ces personnes à l'hôpital avant tout, parce que s'il n'y a pas une place dans un centre d'hébergement, on va les stationner, entre guillemets, dans vos hôpitaux, et ça cause un débordement aux salles d'urgence, et tout le reste, le phénomène qu'on connaît très bien.

Alors, comme président, j'ai toujours le loisir et le plaisir de faire mes petites plaidoiries, et, dans huit ans comme député, j'ai beaucoup de respect pour le travail de ces proches aidants dans nos sociétés, en collaboration avec les organismes communautaires, et je pense, dans nos réflexions sur cette question, leur condition, c'est très important.

Alors, fin de l'annonce publicitaire de la présidence, et je retourne la parole à ma collègue de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie dans la région de Montréal

Mme Loiselle: Merci. M. le sous-ministre, vous avez précisé tantôt, pour ce qui a trait aux CLSC de Montréal, vous avez dit que les CLSC de Montréal n'ont pas pris le virage des soins à domicile. Je dois vous dire que si, pour vous, ils n'ont pas pris le virage des soins à domicile, c'est qu'on ne leur a pas donné les outils nécessaires pour prendre le virage des soins à domicile.

Ce qu'on a fait, on a augmenté leurs responsabilités avec le virage ambulatoire, et les plus grandes perdantes de cette responsabilité-là qui s'est ajoutée sans les outils nécessaires pour pouvoir donner un bon service, ce sont les personnes en perte d'autonomie.

Je reviens toujours au rapport *Bienvenue à bord du Titanic*, du Regroupement des CLSC de Montréal, il y a des chiffres importants. Les nouvelles demandes en maintien à domicile à Montréal, voici quelques chiffres: dans les 2 698 nouvelles demandes de services à domicile durant le mois de janvier, il y en avait 1 247 qui venaient des centres hospitaliers, alors des gens qui sortaient de l'hôpital, qu'on retournait à la maison — en sachant que les CLSC de Montréal sont sous-financés, comme tous les CLSC à travers le Québec. Alors, ils ont cette pression-là nouvelle du virage ambulatoire. Ils sont obligés de faire des choix, parce que, bon, tu as quelqu'un qui sort de l'hôpital, qui revient à la maison, l'hôpital dit: Il faut que tu envoies un infirmier prendre soin de cette personne-là, alors, à un moment donné, tu n'as pas les ressources nécessaires pour répondre aux gens qui sont en perte d'autonomie et qui sont dans leur milieu naturel tout le temps et pour répondre à ceux qui viennent de débarquer cette journée-là, qui sortent de l'hôpital.

Alors, si les CLSC, vous, vous déterminez qu'ils n'ont pas pris le virage des soins à domicile, je dois plaider pour leur cause, parce que ce n'est pas de leur faute. On leur a ajouté des tâches supplémentaires, on leur a ajouté des responsabilités supplémentaires, qu'elles n'avaient pas avant, avec le virage ambulatoire, qui a été précipité, mal fait, mal bâclé — ça, je l'ai dit, là, vous le savez, je l'ai répété à plusieurs reprises, et la plupart des gens sont en accord avec ces propos-là — mais le prix à payer, c'est les personnes en perte d'autonomie qui paient le manque de ressources qui est donné aux CLSC.

Un peu plus loin, on dit: L'origine des demandes — toujours pour... — 46 % des personnes qui ont fait une demande de services au CLSC sortaient de l'hôpital. Alors, vous voyez la pression qu'on met sur les CLSC: 46 %. Puis ils doivent en même temps s'occuper des gens qui sont en perte d'autonomie dans leur milieu. On sait tous que, à Montréal, c'est là qu'est le plus grand nombre de personnes seules et le plus grand nombre de personnes âgées au Québec. Alors, sachant qu'il y a un plus grand nombre de personnes seules, âgées, dans leur milieu naturel, et ils ne reçoivent pas... les demandes d'aide auxquelles elles ont droit, toujours d'après votre cadre de référence de 1994: gratuits, disponibles et publics. Alors, il y a un autre chiffre aussi qui est important: les principales raisons de demandes de services au CLSC pour les besoins des personnes — c'est les personnes âgées en perte d'autonomie qui ont fait appel au CLSC mais qui, en grande partie, ont reçu des services soit de base, très minimaux, ou d'autres, comme je vous ai dit tantôt, qui n'ont même pas reçu d'aide complètement — un 10 %, juste pour le mois de janvier.

Alors, je trouve ça un petit peu, je vous l'avoue franchement, un petit peu facile de dire que les CLSC de Montréal n'ont pas pris le virage des soins à domicile. Je pense que c'est plutôt: ils subissent l'impact — ce n'est pas vous que je cible — mais des priorités que le gouvernement a décidé de faire, choix politiques. Mais ils subissent l'impact de ça. Et quand vous parlez qu'il y a d'autres régions, les 3,5 heures, il faut dire aussi que c'est le gouvernement actuel qui a changé les heures-soins d'admissibilité dans les centres de soins de longue durée. Alors, ça, on en reparlera à l'autre session, du 6 novembre, mais il y a un impact important là aussi.

Mais je veux revenir pour les aidants naturels — je voulais absolument faire cette rectification pour les CLSC de Montréal. Pour les soins...

Le Président (M. Kelley): Peut-être...

Mme Loiselle: Oui?

Le Président (M. Kelley): ...avant de continuer, si vous voulez réagir, M. Gabrièle?

M. Gabrièle (Pierre): ...j'aimerais quand même réagir, parce que autrement si je ne réagis pas, là, c'est comme si j'accepte telle quelle la réflexion.

Regardez, M. le Président, quand j'ai dit qu'ils n'ont pas fait le virage... Si le CLSC fait juste de dire: J'ai du volume qui augmente, et j'attends, dans le budget historique, qu'on me donne l'argent pour le volume... Le volume augmente de partout. Au niveau des services ambulatoires et les besoins d'aide en post-op, ce n'est pas juste à Montréal, je l'ai aussi en Montérégie. Dès le moment qu'un hôpital est général et de soins spécialisés et que les gens vont en chirurgie d'un jour, normalement, quand ils reviennent à la maison, ils ont besoin d'aide. Donc, ce n'est pas une spécificité particulière de Montréal.

Quand je disais qu'ils n'ont pas pris le virage soins à domicile, quand j'ai encore des listes d'attente d'hébergement à deux heures-soins, je trouve ça inadmissible. C'est-à-dire qu'on pourrait, à ce moment-là, leur donner des soins à domicile plutôt que les mettre, les placer en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Et ça, en plus, M. le Président, ce n'est pas uniquement une vision technocratique ou gouvernementale, de dire: Le gouvernement a augmenté à 3,5 heures-soins par jour, c'est une vision que j'appelle, moi, au niveau de certaines valeurs... Plus je laisse une personne dans sa communauté, dans son milieu naturel, plus je maintiens ses acquis, et le centre d'hébergement doit être le dernier recours.

Et quand, dans d'autres vies professionnelles, quand j'ai été Curateur public, je n'acceptais pas que, lorsque j'avais une personne inapte qui avait besoin de deux heures-soins par jour, qu'on me règle le problème de le mettre en hébergement, parce que là on donne une sorte de sécurité à tout le monde, un confort à tout le monde. On le place en centre d'hébergement, là il est en sécurité. Puis, c'est plus facile de donner des soins en centre d'hébergement que les donner à domicile, parce qu'il y a une masse critique, un volume. Mais, en même temps, ça coûte plus cher.

● *(11 h 20)* ●

Alors, c'est ça simplement que je disais, M. le Président. Là, peut-être que je l'explique un peu plus en détail.

Le Président (M. Kelley): Ça nous amène au deuxième volet de la question de ma collègue...

Mme Loiselle: Oui, mais je veux juste...

Le Président (M. Kelley): ...le débat se poursuit.

Mme Loiselle: On est tous d'accord, on est tous d'accord que le dernier geste à poser pour une personne, c'est de la sortir de son milieu naturel, de sa famille, puis de l'envoyer en centre de soins de longue durée. S'il y a quelqu'un qui est en désaccord avec ça, là, il y a un problème humain en quelque part. Je dis que si, actuellement, on a décidé, avec le virage ambulatoire, de donner des responsabilités supplémentaires qui avant appartenaient au réseau du centre hospitalier — on gardait les gens plus longtemps à l'hôpital suite à une opération — on a décidé, comme gouvernement, de tout changer ça et de les sortir le plus tôt, le plus rapidement possible, de les envoyer dans leur milieu naturel, dans leur résidence. Mais, pour faire ça, on avait promis un financement adéquat qui répondrait à la lourdeur de tâches qu'on donne aux professionnels de la santé des CLSC.

Alors, ce que je dis, là, on s'entend, bon, c'est ça, ils n'ont pas eu le financement qui devait aller avec le virage ambulatoire, et les personnes qui paient le plus le prix de ce manquement-là de la part du gouvernement, ce sont les personnes en perte d'autonomie qui sont dans leur milieu naturel. Ça, je pense que les rapports le disent.

Soutien aux aidants naturels (suite)

Alors, pour revenir aux aidants naturels, de ma question initiale d'il y a environ une demi-heure, je veux savoir, parce que dans le rapport de la vérificatrice générale on parle qu'il y a beaucoup d'inquiétude au niveau du manque de formation, qu'on ne donne pas aux aidants naturels et qui doivent poser des gestes que, actuellement, ça devait être des infirmiers ou des professionnels de la santé qui posent. On disait ici: Il n'existe pas de balises qui précisent ce qui peut être enseigné aux proches aidants et de façon à faire le suivi des actes posés. Puis il y a même un vide juridique concernant la responsabilité légale qui incombe au professionnel qui fait l'enseignement aux proches aidants qui posent les gestes.

On parle qu'il y a une étude... «Une récente étude indique qu'une bonne partie des soins que l'on demande aux proches aidants de prodiguer peuvent entraîner des risques pour la santé du patient s'ils sont donnés incorrectement». On a discuté lors de nos échanges, la semaine dernière, une situation où un aidant naturel aide un ami ou un parent qui est en phase terminale d'un cancer, et qu'il doit, lui, lui donner le dosage de sa morphine. Écoutez, ça fait une grosse, grosse pression. Même moi, mon père est mort du cancer, mais je pense que je n'aurais été jamais capable de décider si la dose de morphine, dans les derniers jours de sa vie, je lui donnais la bonne dose. Parce qu'on sait très bien que si tu donnes la mauvaise dose, tu peux écourter sa vie assez rapidement. Alors, moi, je trouve, au niveau des soins palliatifs, là, il y a un danger, puis on met une grosse, grosse pression aussi, encore une fois, sur les aidants naturels, qui reprennent en quelque part le manque de responsabilités du gouvernement. Parce qu'il ne faut pas se le cacher, si le nombre d'aidants naturels et les efforts qu'ils doivent investir auprès de leurs parents malades, c'est que le gouvernement s'est délesté de ses propres responsabilités en sous-finançant le réseau de la santé.

Alors, moi, je vous demande qu'est-ce que vous allez faire pour vous assurer dorénavant que les aidants naturels soient mieux encadrés et qu'ils reçoivent de l'aide ou de la formation, particulièrement dans les dossiers de soins palliatifs.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, on va y aller en deux parties. Une partie, c'est M. Anctil qui va répondre; la première partie, je vais y répondre.

Vous savez, au niveau des soins palliatifs, M. le Président, bon, quand quelqu'un est en phase terminale, normalement le CLSC, nous avons un service de médecins et même de médecins à domicile, y incluant aussi d'une infirmière. Et je vous en parle en connaissance de cause, j'ai vécu cette situation-là auprès de mon épouse, et je l'ai gardée, je m'en suis occupé pendant 40 jours, et j'ai eu les services du CLSC qui m'a fourni et le médecin et l'infirmière, et qui étaient disponibles 24 heures sur 24. Le médecin vous prescrit, par exemple, de la morphine, ce qui m'est arrivé. Alors, mais elle est prescrite, et, à la fin, sur les derniers jours, comme la personne n'est même pas capable de parler, ce que le médecin vous dit: Si elle grimace — et comme elle ne pouvait plus avaler — vous pouvez lui mettre des gouttes sur la langue.

Alors, vous savez, quand vous êtes en phase terminale, il ne faut pas aussi faire peur au monde en

disant qu'on abrège la vie de quelqu'un, surtout quand vous avez un suivi médical à domicile. Donc, ce qui est important, oui, au niveau des proches aidants, il faut leur donner de l'aide, de la formation et du répit. Mais, M. le Président, je ne voudrais pas que, au sortir de cette commission-là, on nous donne une impression que même on met en danger la vie de certaines personnes.

Mme Loiselle: Actuellement, M. le sous-ministre, est-ce qu'il y a de la formation qui est donnée aux proches aidants qui prennent soin des gens?

M. Gabrièle (Pierre): Normalement, il y a une certaine formation qui est donnée, mais, bien sûr, la formation est donnée en tenant compte — ce n'est pas un plan de formation générale — en tenant compte du cas d'espèce que... Normalement, quand quelqu'un est en soins palliatifs, vous avez d'abord une infirmière qui vient à la maison et qui regarde avec vous, le proche aidant, c'est quoi les besoins et qui fait une analyse. Et ça, ça se fait cas par cas. Ensuite, vous avez le médecin qui s'occupe de soins palliatifs, puis, quand il arrive, le médecin qui s'occupe de soins palliatifs, il vous donne certaines instructions. Mais bien sûr que ce n'est pas une formation médicale que nous recevons; il vous donne certaines instructions, et vous avez toujours un numéro de téléphone — quand on parle des soins palliatifs — un numéro de téléphone sur lequel vous pouvez appeler 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Et, à partir de là, vous pouvez avoir au téléphone tout de suite ou l'infirmière qui connaît le dossier et qui a le dossier de la personne impliquée et qui vous guide, où ensuite c'est l'infirmière elle-même qui appelle le médecin et qui peut venir même en pleine nuit, se déplacer, le médecin qui a la responsabilité des soins palliatifs au CLSC.

Alors, c'est-à-dire, une formation... Si vous me demandez: Y a-tu un plan de formation mur à mur, généralisé, pour les soins palliatifs? Non, M. le Président. Mais, de toute façon, ce qui est important, c'est que la formation se donne, mais bien sûr une formation minimale, en fonction d'un cas d'espèce. C'est quoi, la finalité? La finalité est justement qu'on permette à une personne de décéder à son domicile, entourée de sa famille. C'est ça, la finalité.

Mme Loiselle: Qu'est-ce que vous répondez au Vérificateur général quand il fait la constatation, il dit ceci: On demande aux proches aidants de devenir des soignants et on les sollicite pour des actes qui, en milieu institutionnel, sont réservés aux infirmières?

Le Président (M. Kelley): C'est quel paragraphe, madame?

Mme Loiselle: La page 208. Le paragraphe 6.112, en haut de page.

Le Président (M. Kelley): M. Anctil.

M. Anctil (Hervé): Merci. Pour compléter ce que M. Gabrièle disait, effectivement, je pense qu'il faut tenir compte du fait que chaque cas est un cas d'espèce. Mais il faut à tout le moins se donner un protocole souple, mais un protocole où les étapes sont rigoureusement suivies par les intervenants qui interviennent à domicile. Alors, bon, dans ce protocole, il y a certainement... La première étape est l'information; deuxième étape, le consentement; le libre-choix, est-ce que la personne est en mesure et veut bien faire ce geste; troisièmement, la formation, avec, quatrièmement, l'expérimentation, et après, bon, simulation, vérification, et tout ça. Et tout ça tenant compte du fait que chaque cas est un cas d'espèce.

Dernier élément, je pense qu'il faut aussi se rappeler toujours qu'on ne doit jamais répéter le modèle d'organisation de services des établissements à domicile. Nous sommes dans des lieux privés, et il ne faut pas répéter une organisation du travail. Il y a un équilibre à trouver entre le modèle professionnaliste qu'on a développé pour un établissement. Si on transporte tout ce monde-là à domicile, bon, ce ne sera pas très bien pour les personnes ni pour la collectivité parce que ce serait très cher. Et, par ailleurs, il faut éviter de faire du pushing auprès des proches, et avec un protocole qui est rigoureusement suivi, et chaque cas, encore une fois, est un cas d'espèce.

Mme Loiselle: Est-ce que ce serait possible d'obtenir l'étude dont le Vérificateur général parle dans son rapport? «Une récente étude qui indique qu'une bonne partie des soins que l'on demande aux proches aidants de prodiguer peuvent entraîner des risques pour la santé du patient s'ils sont donnés incorrectement.» Est-ce qu'on peut avoir une copie de cette étude-là, s'il vous plaît?

M. Anctil (Hervé): On va vérifier. C'est l'étude de l'AETMIS, je crois, ça.

Mme Loiselle: C'est dans le rapport du Vérificateur général.

M. Anctil (Hervé): On va vous envoyer ça.

Une voix: On va l'envoyer au secrétaire de la commission.

● *(11 h 30)* ●

Mme Loiselle: Merci. Est-ce que vous avez l'intention, M. le sous-ministre, de mettre en application la recommandation du Vérificateur général qui recommande au ministère de la Santé et aux régies régionales d'établir des mécanismes de contrôle de la qualité des actes posés, notamment pour les proches aidants, de s'assurer que les CLSC, en tant que coordonnateurs des services à domicile, les appliquent? Si oui, quand?

M. Gabrièle (Pierre): Oui.

Mme Loiselle: Quand?

M. Gabrièle (Pierre): Et nous allons les mettre en place avec... ça va faire partie de ce que j'appelle les ententes de gestion qui vont être signées. Et ces mécanismes de contrôle, c'est la régie régionale qui doit les mettre en place et c'est elle qui a la responsabilité de l'organisation des services dans son territoire. Ça fait... des ententes de gestion avec chacun des établissements.

Mme Loiselle: Est-ce qu'on peut avoir un délai de temps ou...

M. Gabrièle (Pierre): Normalement, écoutez... les ententes de gestion doivent se concrétiser au 1er avril 2003.

Le Président (M. Kelley): Je vais maintenant souligner la patience de ma collègue la députée de Laviolette qui a demandé la parole il y a quelques minutes. J'ai également une demande de ma collègue de Deux-Montagnes. Alors, je vais céder la parole à Mme la députée de Laviolette en premier lieu, après ça Mme la députée de Deux-Montagnes.

Disponibilités des ressources en région

Mme Boulet: Alors, merci messieurs, dames, d'êtres présents. Alors, on vous écoute, M. Gabrièle, depuis tantôt puis on a l'impression à vous écouter que tout va bien, qu'on nage dans le meilleur des mondes au niveau du service à domicile, des soins à domicile. Il semble y avoir une grande inéquation entre ce que vous dites et ce que le Vérificateur général a relevé. Alors, moi, j'ai un problème. Eux sont allés sur le terrain, puis vous, vous êtes dans un bureau à Québec. Alors, je trouve ça un peu spécial qu'on semble nous laisser croire que tout va bien puis qu'on semble remettre un peu en doute tout ce qui a été soulevé par le Vérificateur général. Moi, je pense qu'il y a des choses qui sont très pertinentes là-dedans et qu'on aurait intérêt là à mettre la main à la pâte puis à travailler à faire en sorte que ça se corrige pour les mois et les années qui viennent.

Alors, vous nous dites depuis tantôt: Les services de première ligne sont les moins dispendieux, et il faudrait travailler... C'est pas nouveau, ça, M. le sous-ministre. On nous dit ça ça fait plusieurs, plusieurs années. Et je pense qu'on n'a pas progressé énormément dans ce sens-là pour ce qui est de l'organisation des services. Et, à juste titre, vous nous parlez de tout plein votre outil multiclientèle, votre panier de services uniforme qu'on va avoir en 2003, votre politique des soins à domicile qui est à venir, les GMF qui vont faire des miracles. Moi, j'aimerais ça que vous me parliez spécifiquement des GMF parce que j'ai un problème, moi, chez moi, il n'y en a pas, de médecin. Il n'y en a pas aucun dans le CLSC puis il n'y en a pas aucun sur le territoire. Alors, je veux bien croire que les GMF vont être une solution miraculeuse. Il faudrait m'expliquer comment vous allez faire ça dans les régions éloignées, quand il n'y a même pas suffisamment de médecins pour faire du 8 à 4 puis qu'on n'a même pas de médecins qui assurent les services d'urgence au CLSC.

Il ne faudrait pas nous prendre... On vit tous des réalités sur le terrain. Nous autres, on est vraiment sur le terrain, nous autres, on est là quand les gens ont des problèmes. Je peux vous dire qu'entre ce que vous dites puis ce qu'on vit il y a une réalité qui est là, puis on est peut-être très loin de la réalité. Alors, expliquez-moi, là, vos GMF, là, M. Gabrièle, comment vous pensez qu'en région ça va rendre service puis ça va faire des miracles, quand on est en bas du per capita puis quand on n'a même pas suffisamment de médecins pour assurer l'urgence à l'hôpital.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, c'est toujours le même jugement de valeur à l'égard des fonctionnaires, qui sont au bureau à Québec et qui ne sont pas sur le terrain. Il faudrait que je rappelle à la députée de Laviolette que, comme Curateur public, j'ai peut-être visité plus d'établissements que la députée elle-même en a visité... sur le territoire, madame, établissement par établissement. Je me calme.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Ceci étant dit... Bon. Écoutez, M. le Président, je ne dis pas que tout est beau, mais je ne fais pas peur au monde, que tout est noir. Il y a une juste milieu qu'il faut établir. Et quand on parle des GMF, puis qu'il y a eu l'urgence de Shawinigan où il manque de médecins, qui a été fermée... Le gouvernement est un gouvernement responsable, il a été obligé de passer une loi spéciale. Et je n'ai pas pris de vacances tout l'été, justement pour m'occuper des urgences. Et nous avons agi en conséquence. Donc, ça aussi, c'est une autre réalité qu'il faut dire.

Deuxièmement, on nous dit que nous ne connaissons pas... Le VG est allé, mais le VG n'a pas parlé, n'a pas interrogé, je pense, des clients.

Une voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): Il en a interrogé? Combien? 170 clients?

Une voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): Ou il a regardé des dossiers. C'est ça que je me posais comme question: Est-ce qu'il a parlé à des clients, a-t-il interrogé, ou vu les dossiers?

Le Président (M. Kelley): ...avoir une clarification à ce sujet? Au niveau de la vérification, est-ce qu'on a parlé aux personnes qui fournissent les services, ou les clients mêmes?

M. Ouellet (Normand): On a parlé aux personnes qui fournissent les services...

Le Président (M. Kelley): Peut-être, si vous pouvez vous identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

M. Ouellet (Normand): Oui, bonjour. Mon nom est Normand Ouellet. Par rapport à la question, nous, on a fait des entrevues, au-delà de 250 personnes, donc à peu près 60 % de ces personnes-là étaient dans la prestation de services en services à domicile, et une bonne partie de ces personnes-là donnaient des soins directs, là, des auxiliaires familiales qui vont faire les soins d'hygiène de base. On a aussi parlé aux infirmières, aux travailleurs sociaux, on a parlé à des ergothérapeutes, à des physiothérapeutes, à toutes les catégories de personnes qui donnent des services. On n'a pas été spécifiquement poser des questions aux clients, en tant que tel.

Le Président (M. Kelley): La précision est faite, merci beaucoup.

M. Gabrièle (Pierre): La précision est faite, merci. Justement, M. le Président, quand on parle de services directs à la population, il faut qu'on sache, qu'on connaisse ce que la population en pense, de ces services. Vous vous souvenez qu'on a fait des bulletins de santé pour les centres hospitaliers, et nous sommes allés sonder ceux qui recevaient les services pour savoir qu'est-ce qu'ils pensaient de leur centre hospitalier, des types de services qu'ils ont reçus, bon. Et je vous informe qu'on a fait la même chose pour les CLSC; le sondage va sortir quelque part en décembre.

M. le Président, nous avons fait... une firme de sondeurs, donc ce n'est pas le ministère de la Santé et des Services sociaux, où on pourrait nous dire que nous sommes partiaux, une firme de sondeurs a fait 576 000 appels sur tout le territoire québécois, pour les 147 CLSC du territoire québécois, pour avoir un échantillonnage de 43 200 usagers. Et, là-dessus, on sondait, pas sur la gestion, pas sur les indicateurs financiers, on sondait sur l'accessibilité, la continuité des services, la qualité des services, puis ce qu'il en pensait, le client qui a reçu le service du CLSC, la dignité des personnes, comment elles sont reçues au CLSC, et la qualité de l'information qu'on leur donnait.

Alors, j'attends les résultats du sondage, et là on peut vous dire exactement. Ce n'est pas nécessaire peut-être que le sous-ministre sorte de Québec, mais, au moins, le ministre et le sous-ministre ont pris une décision. Ils ont dit: On veut savoir quel est le type de qualité, comment ceux qui reçoivent les services pensent de la qualité des services qu'ils ont, et pas uniquement de qualité, mais tout ce qui touche l'accessibilité et la continuité, ce dont on parle actuellement. Et ça, ces sondages, ce n'est pas juste pour faire de la politique, ça va nous permettre d'être dans un processus d'amélioration continue, pour dire: Voilà! Qu'est-ce que nous faisons avec? Bon.

On me parle des GMF, M. le Président. Quand je vous ai parlé des 300 GMF, je vous ai dit aussi que nous avons un problème de répartition. C'est normal, les médecins ne se répartissent pas de la même façon sur tout le territoire québécois. Je ne vous ai pas dit que dans la région de la Mauricie, Bois-Francs, Centre-du-Québec, nous avons un grand... les problèmes seront réglés pour la répartition. C'est des régions qui sont intermédiaires où nous avons certains problèmes de répartition, comme on les a pour les régions éloignées, et c'est pour ça que nous sommes en train de négocier avec... Nous sommes présentement en négociation avec les deux fédérations de médecins, autant la FMOQ que la Fédération des médecins spécialistes. Ce que mon ministre a annoncé, quand on a passé la loi spéciale, quand la Chambre est revenue, au mois de juillet, mon ministre a annoncé quoi? Qu'il présenterait un projet de loi à l'automne pour corriger certains éléments, soit sur la répartition ou encore sur ce que j'appelle les activités médicales prioritaires.

● *(11 h 40)* ●

Au niveau des activités médicales prioritaires, M. le Président, nous avons même un rapport du Collège et qui nous donne dans l'ordre quelles sont les cinq activités médicales prioritaires, pour lesquelles, de ces activités-là, c'est un incontournable. Il y a d'abord l'urgence, qui est la première activité médical. Mais on s'entend bien, on ne parle pas de l'urgence de CLSC, l'urgence d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé, vous savez, où il y a des lits d'hospitalisation. Deuxième activité médicale prioritaire, c'est l'hospitalisation, qu'un médecin soit, mettons, à l'hôpital, courte et longue durée; troisième, c'est l'obstétrique; quatrième, c'est les maladies chroniques, les malades chroniques; et cinquième, c'est les soins à domicile. Le Collège met les soins à domicile en cinquième priorité.

Donc, actuellement, les négociateurs du ministère sont en train de négocier avec les deux fédérations pour qu'on trouve un moyen pour que nous puissions assurer des services à la population même dans les territoires de régions intermédiaires, dont celui de Mme la députée, ou de régions éloignées. Cependant, il est clair que, si on voulait faire une répartition mathématique, à ce moment-là, on change le statut des médecins, que, d'entrepreneurs autonomes qu'ils sont, il faudrait même, pour faire une répartition mathématique, en faire des travailleurs, des salariés. Et, encore là, même si on en fait des salariés du réseau, vous connaissez les règles de convention collective, avec la sécurité d'emploi, on ne peut pas déménager quelqu'un au-delà de 50 km.

Donc, il va falloir qu'on trouve des mesures, qu'elles soient des mesures négociées, d'une part, plus des incitatifs qui vont permettre, à ce moment-là, que nous puissions avoir plus de médecins qui vont s'installer dans ces régions éloignées ou dans des régions intermédiaires. Et, des fois, un des incitatifs n'est pas simplement un incitatif financier, c'est-à-dire, si on fait ce qu'on appelle, nous, dans notre jargon, un PREM, c'est-à-dire une planification de répartition des effectifs médicaux, et qu'on le regarde région par région, on peut dire: On ferme le PREM, mettons, dans telle région. À ce moment-là, les finissants ne peuvent plus s'installer dans une région donnée et n'ont pas d'autre choix que d'aller s'installer dans une région où nous avons encore des besoins. Mais ça, ça ne se fait pas... ça se fait en négociant avec les deux fédérations.

Alors, quand Mme la députée me pose la question: Qu'est-ce que vous allez faire? oui, on en est conscients, M. le Président. Autant moi personnellement que les deux ministres qui sont à Santé et Services sociaux sommes conscients de cette problématique-là. On en est d'autant plus conscients qu'une rupture dans une urgence, pour nous, c'était inadmissible, parce que c'est un service essentiel puis qu'on ne peut pas permettre la rupture.

Au niveau des GMF, nous allons fonctionner avec les cabinets privés qui sont sur place. Maintenant, ce qui est important, c'est que dans la planification des effectifs médicaux, avant on la regardait juste... Tout d'abord, il n'y en avait pas, de planification des effectifs médicaux de négociée avec les omnipraticiens, ce que nous sommes en train de négocier. Il y en avait une pour les spécialistes, et vous le saviez. Et, pour les omnipraticiens, nous allons inclure, à ce moment-là, les cabinets privés là-dedans, et parce que la régie régionale doit connaître l'offre de service médical sur son territoire. Voilà, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Considérations d'ordre général sur le réseau et sur la mise en place de mesures correctives

Mme Boulet: Oui. Alors, M. le sous-ministre, il y a deux rapports du Vérificateur général puis un

rapport d'exploitation sur les personnes âgées, et ça ne doit pas être parce que tout va si bien que ça. Est-ce que vos GMF, est-ce qu'il y en a qui sont en application à l'heure actuelle, est-ce qu'il y en a qui fonctionnent?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, j'ai peut-être répondu déjà à la question. Je rapporte ce que je vous ai dit précédemment. Je vous ai dit que nous avons une entente avec la FMOQ, qui a été conclue en juin dernier, pour qu'on puisse partir les 23 premiers GMF. Compte tenu des problématiques des urgences que nous avons eues et que nous sommes en négociation, nous, on est prêts, mais bien sûr les médecins qui devaient se mettre en GMF attendent le résultat des négociations. Alors, si la députée veut entendre qu'il n'y en a pas une qui a levé de terre, c'est: Oui, pour l'instant, il n'y en a pas une qui fonctionne, mais tout est prêt. Quant nos négociations seront terminées, on est prêt. Je vous ai même parlé que ce n'est pas une question de financement, qu'on est prêt à financer les équipements informatiques, qu'on est prêt à les relier, même l'appel d'offres a été fini, donc on peut les relier informatiquement au réseau, que nous nous sommes entendus même sur le forfaitaire qu'on leur doit pour la prise en charge, les CLSC sont prêts à mettre les infirmières, donc, et même le formulaire d'inscription est fait, on a même testé le formulaire d'inscription.

Mme Robert: Qu'est-ce qui reste?

M. Gabrièle (Pierre): Ce qui reste... M. le Président, peut-être que je m'exprime mal. Actuellement, comme nous sommes en négociation avec les médecins, ce qui reste, ils attendent la fin des négociations pour que ça opère.

Mme Robert: ...qui reste à négocier?

M. Gabrièle (Pierre): Rien! Là, pour l'instant, les négociations ne portent plus, M. le Président, sur les GMF, les négociations portent sur...

Mme Robert: Les sous?

M. Gabrièle (Pierre): Non, même pas. Elles portent pour l'instant sur la répartition des médecins, sur les activités médicales particulières. C'est un autre objet, mais compte tenu que, après la loi n° 114, ils attendent la fin de ces négociations-là pour dire: On embarque. Même, notre formulaire d'inscription a été validé par la Commission d'accès à l'information, tout est prêt.

Mme Boulet: Je voudrais juste dire à M. le sous-ministre que quand on parle de problèmes de soins à domicile puis quand on parle de tout ce qu'on parle depuis le matin, ce n'est pas des choses qui... c'est tellement long. Les gens, ce n'est pas dans deux ans, ce n'est pas à la fin de 2003, puis ce n'est pas en 2005 qu'ils ont besoin de soins à domicile, c'est tout de suite, c'est tout de suite qu'ils ont besoin. Vos paperasses puis vos ententes puis tout ça, tout ce processus-là, cette procédurite aiguë ne fait qu'irriter les gens qui ont besoin de services sur le terrain.

Et je tiens à vous dire que la loi n° 114 a été... moi, j'ai quatre médecins dans ma localité, il y en a deux qui vont quitter parce qu'ils ne veulent pas être soumis à cette loi-là. Alors, quand on pense qu'on a réglé un problème en en créant d'autres, je ne crois pas que ce soit la solution qu'on devrait envisager au ministère pour régler le problème des régions qui ont de la difficulté à recruter des médecins. Au lieu d'isoler les régions qui ont déjà des problèmes de recrutement de médecins et de rétention, aurait peut-être fallu partager ce problème-là avec l'ensemble des médecins du Québec qui pouvaient dépanner. Ce que vous avez fait, vous nous avez isolés avec un problème, et là les médecins quittent cette région-là parce qu'elle est devenue une région marquée au fer rouge, une région malade, et les gens, les médecins ne veulent pas qu'on leur impose ces contraintes-là.

Le Président (M. Kelley): On voit une difficulté de cibler un élément dans un réseau, et très rapidement nos débats débordent du maintien à domicile à d'autres sujets. Peut-être en conclusion, parce qu'il y a... Non, non, mais je comprends fort bien, c'est à la fois dans les réponses du sous-ministre et les questions qui ont été posées par ma collègue de Laviolette, le point de départ est les soins à domicile, le destin final souvent peut-être dépasse le mandat de la commission aujourd'hui, mais qui sera sur l'ordre du jour prochainement, si j'ai bien compris la réponse du sous-ministre quant à la fin des négociations avec les médecins et d'autres projets de loi qui vont venir. Mais, sur ce, je vais vous laisser répondre, M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, ça ne me dérange pas qu'on déborde.

Mme Loiselle: C'est vous qui l'avez soulevée, vous avez fait la diversion vers la loi n° 114, ce n'est pas nous.

M. Gabrièle (Pierre): Non, non, ça ne nous dérange pas qu'on déborde. Regardez, quand on dit de la bureaucratie... Regardez, c'est toujours le même cliché qui revient, mais, que voulez-vous, je le subis au nom de mes confrères sous-ministres et au nom de tous les fonctionnaires du gouvernement.

M. le Président, ces commissions parlementaires là fonctionnaient très bien, il y avait un respect mutuel des parties, et je pense, M. le Président, que ça commence à dévier. Vous avez une immunité parlementaire, je ne l'ai pas. Je pourrais dire des choses à Mme la députée, mais je ne suis pas protégé par l'immunité parlementaire. Donc, c'est comme si la députée ambitionne sur le sous-ministre et les fonctionnaires en faisant des clichés, et des clichés même méprisants pour la bureaucratie, alors que la permanence de l'État, c'est justement la fonction publique, en sachant très bien que je n'ai pas l'immunité parlementaire pour y répliquer. Peu importe, M. le Président. Peu importe.

● *(11 h 50)* ●

Ce qui est important, quand on me dit: Vous avez isolé ma région. Le ministère, ni le ministre de la Santé et des Services sociaux n'a pas isolé la région de la Mauricie—Bois-Francs. Au contraire, M. le Président. Il faut que je rappelle à Mme la députée que nous avions négocié une entente, le 13 juin 2002, avec la Fédération des omnipraticiens, même pour donner un montant

majoré de 110 % aux médecins de l'hôpital de Shawinigan pour qu'ils gardent l'urgence ouverte, entente qui a été refusée par les médecins même si la Fédération elle-même l'avait acceptée. Et ça, M. le Président, on n'en parle pas. On passe directement en disant: On a isolé la région.

Quand nous avons passé la loi n° 114, dans la région de Mme la députée, le Dr Dutil a appelé tous les médecins un à un pour essayer qu'ils dépannent à l'urgence, et on n'y est pas arrivé, M. le Président. Alors, je peux arrêter, parce que je pourrais vous raconter l'historique au complet.

Le Président (M. Kelley): Je pense que — surtout ce matin — j'essaie de toujours donner la plus grande latitude possible dans les échanges, parce que, pour moi, c'est un forum privilégié pour les députés de questionner le sous-ministre sur sa gestion, et ça, c'est notre mandat initial. Ce matin, ce que je vois... Parce que c'est très difficile d'isoler un élément de réseau, d'une gamme de services, qu'on a parfois aujourd'hui peut-être débordé. Je veux ramener un petit peu la discussion sur qu'est-ce qui est sur la table ce matin, c'est-à-dire un rapport du Vérificateur général. Mais tout en rappelant aussi que peut-être que l'impatience de certains des membres de la commission est due au fait qu'il y avait des recommandations, il y a huit ans maintenant, et sept sur 11 n'étaient pas mises en application, selon le rapport de la vérificatrice; il y en a deux autres qui ont été partiellement mises en application; ce sont des sujets qui sont soulevés dans nos bureaux de comté.

Alors, s'il y a un certain reflet d'impatience de la population, d'une certaine façon, on est les messagers. Et on peut toujours tirer sur les messagers, mais je pense que c'est à faire l'évaluation ensemble de la validité des commentaires qui sont soumis... Et je veux faire écho du grand respect des membres de la commission envers la fonction publique. Et la loi que notre collègue le député de Verdun a mise en place il y a 10 ans était effectivement pour favoriser un échange entre les gestionnaires.

Comme président, il y a toujours une ligne très difficile à tracer entre les choix politiques, et c'est le salon bleu qui est le lieu privilégié pour faire un débat. C'est au moment du dépôt du livre des crédits où on voit les choix, et on va questionner les membres du Conseil des ministres sur les choix qui ont été effectués à ce moment. Et à partir des choix qui ont été faits, dans ce cas précis aujourd'hui, dans le 555 millions de dollars qui sont sur la table, je suis confiant que, si je double le budget, vous serez capable de faire d'autres choses, avec le double du budget. Mais ça, ce n'est pas une hypothèse qui est sur la table ce matin; qu'est-ce qu'on regarde aujourd'hui, c'est le 555 millions de dollars.

Alors, si on peut peut-être ramener, à la fois dans nos questions et également dans nos réponses, sur l'essentiel qui est le rapport de la vérificatrice, mais tout en rappelant qu'on est souvent interpellés comme députés à la fois sur le sujet d'aujourd'hui, également sur le sujet pour le 6 novembre prochain. Je peux parler de... Ça, c'est des choses qui sont souvent soulevées au moins au bureau de comté du député de Jacques-Cartier, et donc, je pense, l'intérêt du sujet, et peut-être que ça déborde sur des sujets qui sont d'ordre peut-être plus politique qu'administratif, mais ce n'est pas une science exacte, de présider la commission de l'administration publique; et vous tracer la ligne entre le politique et l'administratif, dans une année électorale où tous les sondages ont indiqué que c'est la priorité numéro un dans la tête des électeurs au Québec, est une mission — on peut convenir — difficile.

Alors, sur ça, je vais donner la parole à ma collègue la députée de Deux-Montagnes.

Mme Robert: Merci, M. le Président. Je vous remercie d'avoir un peu replacé. Effectivement, c'est des sujets où il est facile de chercher les bons et les méchants, de chercher les bourreaux et les victimes, et qu'avec ça de tourner en rond finalement, de se lancer des roches et de ne pas aller beaucoup plus rapidement.

Je répète un peu ce que j'ai mentionné au départ. Je crois fondément que nous avons un système de santé fort intéressant, pour la simple raison que d'abord c'est nous qui l'avons mis en place; là je n'ai aucune notion partisane, c'est dans le sens que c'est nous, les Québécois puis les Québécoises, on l'a mis en place, on l'a suivi, on lui a permis d'évoluer. Et s'il est, pour ceux qui pensent et celles qui pensent qu'il est si horrible aujourd'hui... bien, c'est comme on dit souvent, on se tire dans le pied.

Alors, c'est pour ça que j'ai toujours de la misère. On peut s'amuser, mais c'est un jeu dangereux. On peut s'amuser à se trouver des horreurs, à se trouver dans la question de ce qu'on appelle politique partisane, et autre. C'est un jeu de... Mais il ne faudrait quand même pas en rester à ce niveau-là, et que les vraies choses, la véritable gestion... Et je pense que c'est ce qu'on a mis... La culture qui a été mise en place, un peu, à la commission de l'administration publique... Et d'ailleurs, nos séances de préparation aident énormément à prendre, avec l'équipe de la vérification générale, à prendre les données, à connaître l'information, parce que les choses, c'est des informations qui nous permettent de vérifier, de connaître où on s'en va, etc. Et c'est pour ça qu'il est très important de participer à ces séances d'information comme députés avant de venir ensuite à la commission. On est beaucoup mieux outillé pour faire un véritable travail de fond, et je pense qu'ensuite ailleurs on peut faire le jeu du parlementarisme comme on l'entend, des choses, des partis, comme on l'entend, mais là aussi il y a une culture qui avance, et je pense que, quand près de 50 % d'un budget de la population est entre les mains de la santé et qu'il y a une de ces petites parties de ça qui est au niveau des soins à domicile — on sait que ce n'est pas assez, il en manque au moins 300 millions... Je pense que, pour moi, c'est assez clair que le virage ambulatoire s'est fait, mais avec peut-être pas suffisamment d'investissements, ou à peu près pas, au niveau des soins à domicile, et que le soin à domicile est un élément-clé du virage ambulatoire. On sait qu'il y a des problèmes, et c'est bien clair pour moi que la question de la gestion des données, etc., s'il n'y a pas de ressources financières là, on va continuer à gérer et à trouver des erreurs puis à n'être pas satisfait de ce que l'on est.

Alors, je vais revenir au rôle de coordonnateur de services, plus sur le plancher, en rapport avec le Vérificateur. Moi, quand j'en ai parlé un petit peu à mon CLSC, ils ont dit: Écoutez, le rôle de... Parce que le

Vérificateur dit: Ce sont des choses qui... absence d'information relative à cette fonction; il n'y a aucune donnée à cet égard; l'analyse des dossiers a révélé que l'utilisation des plans d'intervention n'est pas très répandue, et tout ça.

Quand j'en ai parlé à mon CLSC, ils ont dit: Mais c'est certain. Ils ont dit: Nous, à l'heure actuelle, on fait un peu de la gestion d'urgences, d'une certaine façon, et c'est bien clair que cette fonction de coordonnateur, etc., ça va nous prendre des ressources et ça va nous prendre aussi... Je ne sais pas. J'aimerais... Est-ce qu'on va y arriver? Vous pouvez mettre une approximation de date, de mois, de je ne sais pas quoi vis-à-vis ça? Parce que, selon moi... Vous me direz si j'ai raison ou pas. Parce que plus ils pourront faire une gestion intéressante, selon moi, plus on va éviter que ça coûte cher dans les hôpitaux, puis dans des trucs comme ça. Alors, j'aimerais que...

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, oui, nous, dans nos orientations, on veut implanter des gestionnaires locaux, dans chaque CLSC, qui deviennent les coordonnateurs de services, un peu comme on l'a fait pour les jeunes, l'intervenant pivot au niveau de la jeunesse. Mais, comme vous le dites, ça prend des investissements. Donc, ça prend des choix politiques qu'il faut faire.

● *(12 heures)* ●

M. le Président, si vous voulez savoir où on en est, c'est quoi, et avec des dates précises, je peux être très court, très simple. Le reste, ce qui va arriver, c'est de dire, comme vous l'avez dit: Si vous donnez 300 millions, si vous m'en donnez 600, bien sûr que les choses vont avancer plus rapidement que dans les... que j'ai au niveau... à l'intérieur de 555 millions. Quand je dis: La politique de services soins à domicile, elle est faite, elle est terminée — je vous ai dit que je la retiens en attendant des ressources. Mes orientations en soins palliatifs, c'est en février 2003.

Ce que le VG demandait, des critères de priorisation, nous sommes en train de les faire, pour avoir, comme avec les jeunes, de dire, bon: Les services ambulatoires, ça va être priorité un. Si une personne a besoin d'être tout de suite protégée parce qu'elle a des abus ou parce qu'elle est seule à domicile, c'est un peu comme on le fait avec les jeunes, ça va être code un, priorisé. Mais, après que je fais la priorisation, si je n'ai pas les ressources financières pour les mettre dans les CLSC, c'est une priorisation qui risque de ne pas s'appliquer. Et, comme dit Mme la députée, on va faire du cas-à-cas ou de l'urgence de cas. Puis, en même temps, quand je parlais du panier de services, oui, nos travaux sont en cours avec l'Association des CLSC, on s'est dit que d'ici un an on les finit.

Le modèle d'allocation des ressources, ce qu'il peut faire s'il n'y a pas d'ajout de ressources additionnelles, c'est de répartir différemment les ressources, mais c'est toujours le même niveau que j'aurais. Vous me comprenez? Mais, au moins, je donnerais plus d'équité. Mais la décision qu'on doit prendre, c'est de savoir qu'est-ce qu'on priorise: Est-ce que c'est les personnes âgées ou pas?

L'établissement des besoins financiers. Nous l'avons fait. Mon ministre les a, mais ce n'est pas à moi à vous dire quel est l'établissement, c'est l'annonce que le ministre doit faire lui-même. Donc, nos besoins financiers, nous les connaissons, nous avons travaillé, nous avons fait un plan de cinq ans, avec des priorisations. Mais ça appartient au ministre de vous le rendre public, pas à moi.

Nous avons l'outil multiclientèle. Et j'aimerais qu'on prenne, M. le Président, peut-être 10, 15 minutes, qu'on vous le dépose puis qu'on vous l'explique, parce qu'on en parle en théorie, de cet outil, et vous ne le visualisez pas, voyez? Si vous l'avez en main... Et j'ai fait des copies exprès... que vous voyez, parce que, quand je dis: Ce n'est pas la panacée... Mais, avec cet outil-là, en plus de savoir quels sont les vrais besoins de la personne, ça va nous donner aussi des informations de gestion dont le VG disait: Les CLSC, les régies régionales et le ministère n'avaient pas ces informations de gestion. Bien oui, parce que nous n'avions pas d'évaluation. Et l'outil multiclientèle nous permet aussi, à l'établissement, de faire un plan de services individualisé. Et, là encore, quand je vous parle de plan de services individualisé, M. le Président, il n'y aura pas de plan de services individualisé mur à mur. Ça dépendra, quand on va faire l'évaluation. Il y a un plan de services qui peut être individualisé à un certain niveau, compte tenu des besoins de la personne, et d'autres qui peuvent être plus élaborés parce que la personne a des problèmes plus complexes et des besoins plus complexes. Mais ça ne sera pas un plan de services normalisé, parce qu'il faut que je donne... C'est vraiment un plan de services individualisé.

Le Président (M. Kelley): Peut-être on peut déposer l'outil, si vous avez les copies, peut-être c'est bon que les membres peuvent prendre connaissance et peut-être, aussi, ça va nous aider à alimenter la discussion de l'après-midi, aussi.

M. Gabrièle (Pierre): Oui.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): Alors, on accepte le dépôt, et ça va permettre aux membres de la commission de prendre connaissance.

M. Gabrièle (Pierre): Sur les 15 régions du Québec, M. le Président — la réponse de Mme la députée — il y a neuf régions qui sont en train d'implanter des gestionnaires de cas. Ils sont en place. Il reste six régions; ils sont en voie d'implantation. Donc, le gestionnaire de cas, dans les CLSC, n'est pas implanté de partout. Mais, dans neuf régions, ils sont déjà là. Les six régions qui sont en voie d'implantation, bien sûr, ils l'implantent avec leurs propres ressources. Alors, c'est pour ça, que c'est plus long.

Mme Robert: Et aussi, c'est parce qu'ils ont des priorités, des urgences ailleurs.

M. Gabrièle (Pierre): Exact.

Mme Robert: Quand le manque de ressources est trop grand.

Le Président (M. Kelley): Ça va, pour...

Mme Robert: Oui, ça va.

Le Président (M. Kelley): Je peux peut-être faire une autre de mes annonces publicitaires avant de passer la parole à ma collègue de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Quand vous avez parlé des soins palliatifs... ça va me permettre de faire deux annonces publicitaires. Premièrement, chez nous, au moins, également, c'est le soutien des organismes communautaires, notamment l'Ordre de Victoria des infirmières, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, qui font un travail en collaboration avec les CLSC. Ce n'est pas une concurrence, mais ils font avec des budgets très modestes du travail extraordinaire pour aider ces familles. Et, deuxièmement, avec l'appui de la régie régionale et du ministère, j'ai assisté à l'ouverture du centre des soins palliatifs, que mon collègue le député de Nelligan était vraiment... avec Teresa Dellar, et depuis quatre ans ils ont fait une campagne de levée de fonds extraordinaire. C'est une très belle maison, alors, si le sous-ministre, la prochaine fois qu'il est Kirkland, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, à cinq minutes, ça vaut vraiment la peine de visiter. On en a déjà d'autres; ici, à Québec, la maison Michel Sarrazin, et la maison Victor Gadbois sur la Rive-Sud de Montréal. C'est un petit peu inspiré, ce genre d'établissement, pour aider les familles aux derniers moments dans la vie de quelqu'un. Et il y avait un témoignage qui était tout à fait extraordinaire, fait par un père qui a perdu son enfant de 27 ans, qui est décédé d'un cancer à l'Hôpital général de Lakeshore, et juste à quel point c'est difficile, dans le va-et-vient d'un hôpital général, de composer avec ça.

Alors, c'est une autre annonce publicitaire, mais je veux souligner le travail d'un de nos collègues, le député de Nelligan, qui a fait vraiment un travail extraordinaire, je pense, de 1,8 millions de dollars, la campagne, capital pour financer la maison, des activités prévues un petit peu partout pour le financement, avec l'aide de la régie régionale. Le nouveau président-directeur général était sur place, il a pris un grand engagement d'assurer la survie... qui a augmenté sa popularité avec la foule.

Alors, sur ça, je donne la parole à Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Peut-être revenir sur un incident de tantôt. M. le sous-ministre, je regrette que vous ayez senti une attaque de la part de ma collègue, ce n'était pas du tout le but des propos. Ce que ma collègue voulait faire ressortir, c'était... Elle vous a demandé, au niveau de l'implantation, le cadre d'échéancier de l'implantation des GMF, vous avez parlé de la loi n° 114. Elle, c'est sûr que, dans sa région, elle vit toutes les difficultés puis les conséquences. Alors, l'échange est venu, mais il ne faudrait pas penser qu'elle vous attaquait personnellement, au niveau de la loi n° 114, ce n'était pas du tout le but des propos. On est ici pour échanger, et, quand ma collègue dit qu'on n'est pas ici pour se lancer des roches, il ne faut pas non plus se fermer les yeux et s'autoféliciter. Il y a trois rapports qui existent, il y en a eu deux du Vérificateur général, qui démontrent clairement qu'il y a des grandes lacunes dans le système, au niveau des personnes âgées, des conditions de vie des personnes âgées puis au niveau des soins à domicile, et le troisième rapport qu'on va discuter le 6 novembre. Quand on dit: *L'exploitation des personnes âgées*, on ne peut pas faire ici, alentour de la table, comme si ce rapport-là n'existait pas.

● *(12 h 10)* ●

Alors, si des fois on est peu plus émotif quand on parle, c'est que nous, c'est vrai, dans nos comtés, on vit des situations puis on voit des gens puis on va visiter des gens, dans leur milieu, qui sont en manque de service. Alors, on ne peut plus... peut-être quand on s'exprime... Peut-être que vous, vous le prenez personnellement, mais ce n'est pas dirigé vers vous. Parce que les choix qui sont faits, M. le sous-ministre, vous, vous devez appliquer les choix que le gouvernement fait et décide. Quand le gouvernement décide de mettre ses priorités ailleurs que dans la santé, de sous-financer la santé pour en mettre ailleurs, vous, vous n'avez que le choix d'appliquer le budget que vous avez et de faire les choix. Alors, prenez-le pas personnel, mais, nous, on travaille avec trois rapports qui démontrent clairement que les conditions de vie des personnes âgées sont très graves, sont désastreuses, et on ne veut qu'essayer, avec nos échanges aujourd'hui, d'améliorer cette situation-là puis voir les pistes de solution que le gouvernement et le ministère sont en train de mettre en place. Et jamais, au grand jamais, de ce côté-ci de la table, on ne remet en cause le côté professionnalisme des gens du ministère. Et je veux que ce soit très clair, on met plutôt en cause l'irresponsabilité du gouvernement en poste.

Abolition du Système d'information sur les services de maintien à domicile

Alors, j'aimerais revenir sur un programme que la vérificatrice, ou le Vérificateur général, mentionne à la page 215, qui avait été expérimenté par une région universitaire qui a été visitée par le Vérificateur général, et le programme, je pense que ça se dit SISMAD, Système d'information sur les services de maintien à domicile. On me dit, moi, que c'est un système qui n'était pas coûteux à mettre en place, qui était grandement apprécié par les CLSC, et ce système-là, on dit dans le rapport, «était conçu pour rendre possible l'utilisation de la grille d'évaluation des besoins multiclientèle et l'élaboration d'un plan d'intervention. Selon une étude de 1997, ce système aurait donné la possibilité — ça, c'est intéressant pour un gouvernement — d'économiser 12 % des heures travaillées. L'étude indique aussi que le SISMAD offrait un soutien aux intervenants et aux gestionnaires en permettant, entre autres, de diminuer les actes répétitifs, de réduire le nombre d'erreurs, d'avoir une meilleure connaissance des cas en attente et de produire de nombreux rapports avec des données en temps réel».

Pourquoi on a décidé d'abolir le programme SISMAD?

M. Gabrièle (Pierre): Écoutez, M. le Président, je ne suis pas au courant pourquoi on a décidé d'abolir ce programme-là, pour la bonne et simple raison que c'était avant mon arrivée. Je suis là depuis un an et demi, donc... Ce n'est pas une excuse, mais, je vous dis,

exactement, je ne sais pas pourquoi il a été aboli. Ce que je peux pressentir des discussions qu'on m'a données au ministère est que ce programme-là, le soutien à la prestation des services, a été remplacé par l'outil multiclientèle qui a été fait. Et ce qu'on me disait, quand vous me posiez la question: Pourquoi ça a été si long? les consensus pour avoir un seul outil commun à tout le monde ont duré trois ans et demi de discussions, avec les CLSC, les partenaires du réseau, jusqu'à ce qu'on arrive à un consensus sur cet outil-là.

Alors, est-ce que cet outil-là, qui était dans la région — c'est dans la région de Sherbrooke, je pense... Montréal...

Une voix: Montréal.

M. Gabrièle (Pierre): ...celui-là, qui était dans la région de Montréal, peut-être n'a pas fait le consensus pour les autres CLSC ou partenaires, et c'est pour ça que... Allez-y, madame...

Le Président (M. Kelley): Veuillez vous identifier pour...

M. Gabrièle (Pierre): ...Rachel....

Mme Ruest (Rachel): Moi, l'information que je...

Le Président (M. Kelley): Pardon. Si vous pouvez vous identifier, pour les fins de l'enregistrement.

Mme Ruest (Rachel): Rachel Ruest. Je suis du ministère, à la Direction des personnes âgées, handicapées et activités communautaires. Selon les informations dont je crois disposer, je crois que c'est au niveau d'un système d'information et que c'était davantage au niveau de compatibilité de technologies de l'information exportables dans d'autres régions.

Mme Loiselle: C'est parce que — excusez — je me dis: Si, à l'époque, c'était dans les années quatre-vingt-dix, il était en fonction... C'est en 1997, je pense, qu'on a fait l'étude, alors ça existait toujours. Je me dis: Au moment où il y a eu le dépôt — je reviens sur les recommandations qui n'ont pas été mises en pratique il y a sept ans, huit ans — je me dis: Si l'étude a démontré que c'était une façon d'évaluation qui était très performante, qui donnait plein, plein d'informations, je me dis: En attendant qu'on mette l'autre outil, multiclientèle — qui n'est pas encore établi partout, partout, parce que les gens ne sont pas formés, puis on en a encore pour un an — pourquoi on n'a pas conservé cet outil-là, au moins, puis peut-être l'élargir à d'autres régions en attendant de passer à l'action avec l'autre, au lieu d'être dans une espèce de trou béant?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, au retour, en début d'après-midi, je vais vérifier qu'est-ce qui s'est passé, pourquoi en 1990 il a été abandonné, et je vous reviendrai cet après-midi sur cet objet-là.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Alors, peut-être qu'on peut fixer... si on peut avoir un complément de réponse sur la question qui a été posée par ma collègue, peut-être, en revenant, on peut passer, parce qu'on vient de... nous donner c'est quoi, cet outil multiclientèle. Moi, je suis le premier à admettre que je ne comprends pas très bien qu'est-ce que vous avez présenté. Alors, peut-être, on peut débuter la séance de l'après-midi avec une courte présentation sur c'est quoi ces outils, c'est l'état de leur mise en application aujourd'hui. Il y avait une question sur la formation qui a été soulevée ce matin, alors peut-être, si on peut faire le point sur cet outil en revenant à... moi, je propose, à 15 h 30, cet après-midi. Parce qu'il y a toujours les débordements de la période de questions, il y a au moins une couple de motions sans préavis, cet après-midi.

Alors, on va suspendre nos travaux jusqu'à 15 h 30, cet après-midi. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 12 h 16)

(Reprise à 16 h 11)

Le Président (M. Kelley): On va juste recommencer nos travaux cet après-midi.

Premièrement, mes excuses. On sait toujours que la période des affaires courantes commence vers 14 heures, mais la fin est moins prévisible. Il y avait un vote, et je pense quatre ou cinq motions différentes à débattre après la période de questions. Alors, au moins, le président indique trois heures et demie, alors j'ai coupé à moitié le problème. Je sais que ma collègue la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne va descendre dans quelques instants, alors peut-être qu'on peut mettre de côté la question d'une présentation sur l'outil multiculturel.

Mais, au niveau... il y avait une question en suspens sur le SISMAD; peut-être qu'on peut vider cette question en premier lieu et attendre l'arrivée de Mme la députée pour discuter des documents.

Document déposé

Il y a également un dépôt que Mme la vérificatrice aimerait déposer pour clarifier une référence qu'on a trouvé dans un article ce matin. Alors peut-être... Dans quel ordre est-ce qu'on va... Peut-être le complément d'information sur SISMAD, après ça on va recevoir le dépôt par Mme Paradis.

Alors, M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je vous remercie. Alors, Mme Ruest a fait la recherche sur SISMAD et elle va vous donner l'information.

Mme Ruest (Rachel): O.K. Un peu tel que je le mentionnais ce matin, après vérification, les gens des technologies de l'information me disent que c'était une incompatibilité en fait avec le système d'information de gestion pour les CLSC, qui se mettait en place, et que ça demandait aux CLSC d'avoir une double saisie, alors que les représentants des CLSC ne souhaitaient pas cette double saisie, et c'est qui aurait fait que l'outil ou le système d'information n'a pas été retenu.

M. Gabrièle (Pierre): Et c'était juste pour Montréal, donc pour tous les autres ça demandait une double saisie.

Le Président (M. Kelley): Peut-être maintenant, Mme Paradis, vous avez le... on peut accepter le dépôt du document qui traitait de la question qui a été soulevée ce matin. Alors, si le page peut le prendre.

Une voix: Je l'ai déjà.

Le Président (M. Kelley): O.K. On l'a déjà déposé, mais avez-vous des clarifications ou des commentaires, Mme Paradis?

Mme Paradis (Doris): Merci. Peut-être préciser que c'est en référence au paragraphe 6.113, où on indiquait qu'une étude récente et indiquait qu'«une bonne partie des soins que l'on demande aux proches aidants de prodiguer peuvent entraîner des risques pour la santé du patient s'ils sont donnés incorrectement». Donc, on faisait référence à un rapport qui a été produit le 31 mars 1999. Ça a été préparé par Mme Nancy Guberman, du Département de travail social à l'Université du Québec à Montréal, dont copie vous est remise.

Le Président (M. Kelley): Parfait. On a une copie, c'est assez volumineux. Alors, peut-être...

Mme Paradis (Doris): Je peux vous indiquer peut-être que c'est aux pages 32 et 33.

Le Président (M. Kelley): O.K., parfait, merci beaucoup. C'est assez difficile, en diagonale, de prendre connaissance d'un rapport de 95 pages, mais on va s'assurer que les copies vont être disponibles pour les personnes qui aimeraient en prendre connaissance, et merci beaucoup pour cette précision.

Critères de financement

Je veux revenir... Nous avons abordé la question ce matin, mais... On a parlé d'un nouveau modèle de financement. On a discuté longuement des problèmes, d'avoir uniquement les bases historiques, et les problèmes, le tableau 3 qui relève un certain problème entre les régions, et tout le reste, et j'aimerais juste... Vous avez mentionné quelques-uns des critères qu'on va utiliser, parce que ce n'est pas purement per capita non plus, parce que les populations d'une région varient à l'autre... Ma collègue de Saint-Henri—Sainte-Anne a mentionné que, je pense, la population de Montréal est plus vieille que la moyenne québécoise — est-ce que c'est exact? — alors, c'est quoi les déterminants, à l'intérieur, pour prendre en considération la population croissante de certaines régions, notamment la Montérégie, la couronne Nord de Montréal? Mais également, c'est quoi les autres facteurs qu'il faut mettre en compte pour calculer le modèle de financement?

M. Gabrièle (Pierre): Le comité Bédard avait retenu un certain nombre de facteurs, que nous faisons nôtres, là-dessus. Il y avait le volume, M. le Président. Donc, s'il y a une région qui est en croissance de population, nous allons tenir compte du volume, donc le facteur populationnel, au niveau du volume. Il avait retenu aussi un autre facteur, qui était l'intensité des services. Donc, un peu ce que vous disiez, lorsque, dans la région de Montréal, la clientèle est plus lourde donc, on tient compte de la lourdeur de clientèle, par l'intensité des services. Il avait aussi retenu un autre facteur, qui était l'éloignement, les distances. Bien sûr que, dans une région où la population est concentrée, par rapport à un territoire plus dispersé, il faut tenir compte de l'éloignement, parce que ça implique aussi, pour donner des soins à domicile, que les professionnels, les travailleurs sociaux, les infirmiers aient du temps de déplacement à faire.

Alors, c'étaient les principaux... je parlais donc: volume, intensité et éloignement; ça, c'étaient les principaux facteurs que le comité Bédard retenait. Maintenant, nous, ce que nous faisons, bien sûr, l'étude de M. Bédard, et autant l'Association des CLSC et des centres d'hébergement que les fédérations de centres de réadaptation, ou l'AHQ, ce qu'ils nous disent, tout le monde... On a un large consensus sur les deux rapports de Bédard — parce qu'il y a Bédard I, qui était pour les hôpitaux, et Bédard II, pour les CLSC et les centres d'hébergement. Mais ce qu'on dit: Il faut le rendre perfectible et opérationnel.

Et c'est pour ça que nous avons dit... Bédard nous recommandait de mettre une table de travail, c'était la recommandation 19 du rapport I de Bédard, mettre une table de travail pour élaborer un nouveau mode d'allocation de ressources qui ne soit plus le mode historique que nous connaissons. Le ministre a été d'accord avec les recommandations, on a fait un communiqué de presse pour dire: Oui, on est d'accord avec ces recommandations, et nous mettons en place la table. Donc, la table va être en place à la fin d'octobre, et cette table est composée à la fois des gens des régies régionales, des PDG, des représentants des PDG, représentants de l'AHQ, de l'Association des CLSC et des centres d'hébergement, et bien sûr des gens du ministère, surtout le sous-ministériat au financement, et ça va être présidé par le sous-ministre associé au financement, qui est M. Pierre Malouin, qui va la présider. Et, en-dessous de cette table-là, il y aura des comités techniques de travail qui tiendront compte des spécificités, par exemple CLSC, centres d'hébergement ou hôpitaux généraux, et même hôpitaux universitaires, parce que vous savez que les paramètres s'appliquent, mais il faut tenir compte de certaines surspécialités, par exemple, quand je suis dans des hôpitaux universitaires, par rapport à des hôpitaux généraux. Et là j'ai un large consensus. Bon.

● *(16 h 20)* ●

Mais, le modèle que nous allons créer, d'allocation de ressources, c'est-à-dire que nous allons répartir les ressources que nous avons, ça va changer la répartition historique. Alors, c'est pour ça. Et, comme on savait à l'avance que déjà il y avait une iniquité, comme je l'ai expliqué ce matin... que mon ministre a énoncée et qui était de l'ordre de 311 millions, entre les régions. Pour éviter l'effet systémique d'un modèle qui fait qu'on en enlève à des régions pour en donner à d'autres, quand vous le faites, le ministre a pris comme décision de dire: Je mets déjà un certain financement additionnel pour réduire l'inéquité. Et il a annoncé que, d'ici trois ans, on réduirait cette inéquité-là. Sinon, il faudrait prendre... Il y aurait des régions... Il va y avoir des transferts, et ce n'est pas l'objectif que nous avons, qu'il y aurait des transferts d'une région par rapport à une autre. Et vous

comprenez que ça créerait même des problèmes, je dirais, très importants au niveau des ressources humaines. Parce que, comme 80 %, c'est du personnel, au niveau des services qui sont donnés à la population, ce n'est pas des coûts de système, donc, si on fait des transferts, on crée à ce moment-là déjà un surplus, puisqu'ils ont la sécurité d'emploi et qu'il faut les payer de toute façon, quand ils sont en sécurité d'emploi. Donc, c'est pour ça qu'on dit: Nous revoyons le modèle d'allocation de ressources, mais entre-temps nous agissons aussi sur l'équité pour réduire cet écart de 311 millions. Et, si nous sommes à financement constant, à ce moment-là il n'y a pas d'argent qui passe d'une région à l'autre.

Est-ce que je suis clair?

Mme Robert: Mais... C'est clair pour vous?

Le Président (M. Kelley): Oui. Bon, clair...

Mme Robert: Oui. O.K. Moi, je...

Le Président (M. Kelley): C'est les grands paramètres. Il faut voir comment ça va fonctionner.

Mme Robert: O.K. Mais... Parce que, moi, si je veux en revenir aux soins en domicile, puis quelques remarques qu'on a faites ce matin, la question du 311 millions d'iniquité, moi, je l'ai pris... Ce n'est pas 311 millions de dollars d'iniquité que j'ai pris, moi, j'ai pris, c'est 311 millions qui manqueraient pour ajuster le...

M. Gabrièle (Pierre): C'est deux choses, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Il y a 311...

Mme Robert: Ah bon!

M. Gabrièle (Pierre): Malheureusement, il y a 300 et 311.

Mme Robert: Mais le chiffre trois est très significatif.

M. Gabrièle (Pierre): Et ça peut être confondant. Mais, c'est deux choses différentes, M. le Président. Alors, la politique elle-même, la mise en oeuvre de la politique des soins à domicile, ça demanderait un investissement de 300 millions. Ça, ce n'est pas l'équité, c'est l'analyse que nous avons faite: pour la mise en oeuvre de la politique de soins à domicile, il faut faire un investissement de 300 millions, cet investissement peut être fait en un an ou sur un horizon de deux, ou de trois, ou de cinq ans, mais après c'est un 300 millions récurrent.

Mme Robert: Ça, c'est pour un service de première ligne, de base.

M. Gabrièle (Pierre): De soins à domicile.

Mme Robert: De base.

M. Gabrièle (Pierre): De base. Pas tous les services de soins à domicile... C'est-à-dire que, si on prend, actuellement, le montant que nous avons, 555 millions pour les soins à domicile, avec l'application de la politique, ça passerait à 855 millions, donc c'est un 300 millions additionnel et récurrent pour l'application de la politique.

Mme Robert: ...vous n'avez pas pu évaluer sûrement...

Mme Loiselle: Juste présentement.

Incidence des investissements en maintien à domicile sur l'ensemble du réseau

Mme Robert: Mais vous n'avez pas pu évaluer, sûrement — des fois, on peut faire des projections, et tout ça — ce que ça peut faire épargner au système, par exemple des institutions tels que les hôpitaux ou les centres d'hébergement?

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire, dans la politique, normalement... Au niveau des centres d'hébergement, comme je vous disais, la politique elle-même, quand elle va être mise en place, n'éliminera pas de places en centres d'hébergement, parce que, lorsque la personne s'alourdit, on ne peut plus lui donner des soins à domicile, donc il faut qu'elle sorte de son domicile. Quand je parlais ce matin du dernier recours pour aller en hébergement... et comme notre population devient vieillissante, il va de soi qu'à un moment donné, il faut aussi créer des places d'hébergement.

Mme Robert: Écoutez, je veux bien croire. Moi, je prends la population à l'heure actuelle, elle est là, je veux bien croire qu'elle vieillit. Oui, elle va vieillir, oui, les places en hébergement devront augmenter, tout ce que tu veux. Mais on sait fort bien que des soins à domicile... Ce matin, vous aviez parlé de l'exemple de Montréal, qu'il y a des gens sur la liste d'attente de soins II — c'est un peu un jargon — ça veut dire que ces gens-là pourraient très bien être desservis à domicile, et on les met sur les listes d'attente des hébergements. Donc, à l'heure actuelle, même les gens qui sont en hébergement pourraient peut-être éventuellement, dans d'autres conditions et dans une autre organisation, ou je ne sais pas quoi... En tout cas, dans certaines régions, ces gens-là ne sont pas dans les centres d'hébergement, ils sont à domicile.

C'est ça que je veux qu'on évalue, en termes de coûts. Est-ce que ça, par exemple, dans les coûts, d'une région à l'autre... c'est quoi la différence? Puis je ne veux même pas comparer les régions en termes «vous travaillez mal», «vous ne travaillez pas mal», ou quoi que ce soit, ce n'est pas du tout... mais est-ce qu'on peut l'évaluer, ça? Moi, écoutez, j'ai à m'acheter, je ne sais pas, quelque chose, puis j'évalue le rapport qualité-prix, c'est quoi qui... C'est ça, comme payeurs de taxes, qu'on veut savoir, c'est les bons choix.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Oui, on l'a évalué, madame.

Mme Robert: Bon.

M. Gabrièle (Pierre): On l'a évalué. Normalement, la personne qui... Bon, il y a certaines personnes, actuellement, certains CLSC jouent sur l'offre de services, c'est-à-dire, ils ne créent de listes d'attente, mais ils donnent une offre de services: si la personne, mettons, a besoin de 15 heures, ils en donnent peut-être 12 ou 10. Bon. Donc, ça, c'est un manque à gagner, que la politique va compléter. Bon.

Il y a aussi dans certains centres d'hébergement... Parce que quand on parle... Il y a des soins à domicile et il y a aussi, pour les personnes en perte d'autonomie qui sont dans les centres d'hébergement, il y a certaines personnes qui auraient besoin d'une augmentation de certains niveaux de soins, dans les centres d'hébergement, et ça aussi, on l'a évalué. En plus, on a évalué aussi que, quand vous donnez à une personne qui a besoin de deux heures-soins par jour des soins à domicile, elle va vous coûter, en moyenne, de 20 à 25 000 $ par année, ces types de soins. Si je le donne en hébergement, elle me coûte de 45 à 50 000 $ par année. Ça, on le sait, combien ça nous coûte, on a toutes ces données, on les a évaluées.

Au même titre que nous avons évalué qu'en mettant en place la politique je vais aussi... et pas la politique toute seule, mais en mettant aussi les services en réseau, je vais désengorger certaines urgences. Ou la personne âgée, par exemple, qui a besoin de soins, si elle n'a pas de services, soit de services médicaux, dont on parlait ce matin, qu'on veut mettre en place avec les groupes de médecine de famille, va à l'urgence, et là ça peut... ça engorge certaines urgences, et quelquefois, en plus, si physiquement elle est malade, donc on la monte à l'étage, mais après, à l'étage, si elle ne peut plus avoir de place... Parce que, si je n'ai pas de soins à domicile et si je n'ai pas de places d'hébergement, elle reste à l'étage sur un lit de courte durée. Et on sait combien coûte un lit de courte durée, il coûte à peu près entre 180 et 200 000 $ par année, parce que c'est 600 $ par jour.

Donc, vous comprenez que, si je lui donne des soins à domicile, si je la retourne à domicile, même si je fais un investissement de 25 000 $ ou 20 000 $ de soins à domicile, je dégage un lit, mais ce n'est pas une économie nette, le jeu de dégager un lit; parce qu'il y a des gens qui sont à l'urgence et qui attendent d'être remontés à l'étage, je monte les gens à l'étage. Alors, il y a certaines économies qui sont nettes, et d'autres qui ne le sont pas, qui vous permettent de réorganiser le service. Vous me saisissez?

Mme Robert: Oui. C'est qu'à l'heure actuelle les économies sont faites un petit peu... bien, enfin, les économies... Les économies qu'on ferait, c'est comme si vous nous disiez: C'est parce que c'est des services qu'on ne donne pas à l'heure actuelle puis qu'on sera obligé de donner une fois qu'on aura fait le travail. C'est...

● *(16 h 30)* ●

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire, non, ce que je vous dis, c'est que je vais augmenter certaines intensités de services pour certains besoins.

En plus, ce que je vais faire aussi, c'est que, si actuellement j'ai, mettons, un engorgement dans les urgences ou si j'ai des listes d'attente parce qu'il y a des lits qui sont occupés à l'étage d'un hôpital par une personne âgée, le fait que je retourne à domicile la personne, je peux réduire plus rapidement mes listes d'attente en chirurgie élective ou je peux réduire mon engorgement à l'urgence, c'est ça que je vous dis.

Mme Robert: ...ça coûte des sous, parce que la liste d'attente, c'est des opérations, et tout ça, dans ce sens-là?

M. Gabrièle (Pierre): Oui, mais, de toute façon, excusez-moi, c'est ça, le système de santé, madame! C'est-à-dire, actuellement, vous avez bien sûr certaines listes d'attente, qui sont les chirurgies électives, où le délai d'attente, il faut bien comprendre, le délai d'attente, c'était un délai d'attente mais qui est l'attente médicalement requise. Quand c'est une urgence pour une opération, les gens n'attendent pas, l'opération se fait, vous voyez. Mais quand, par exemple, pour un délai d'attente, vous avez, mettons, une cataracte, vous pouvez attendre, mettons, six mois pour une opération d'une cataracte, mais quand c'est une intervention cardiaque, que là c'est urgent, elle passe en priorité.

Mais le fait que je désengorge certains lits qui sont occupés en haut par des personnes, ou soit en attente d'hébergement ou de soins à domicile, me dégage plus de disponibilité — pas à moi personnellement, mais à l'établissement — pour pouvoir soit désengorger l'urgence ou réduire ces listes d'attente électives qui ne sont pas des urgences, pour les opérations.

Mme Robert: C'est une façon de penser, c'est une façon de gérer, j'entends, comme telle. Mais, si je me place devant la situation du patient comme telle, c'est toute la question de la capacité de payer qui est là comme telle, bon, puis c'est que nos fameuses listes d'attente apparaissent comme un moyen... Pas parce que... On dit: Il manque d'infirmières, il manque ci, il manque ça, mais aussi il manque d'argent, c'est toujours ça au bout de la ligne. Ce n'est pas que...

Mais là on se promène d'une place à l'autre puis on a de la misère à évaluer ça, aussi, comme portrait. Moi, si la population... puis je pense qu'elle est capable de le faire. La population est capable d'évaluer les services qu'elle veut et qu'elle peut se donner, puis combien coûtent les services. Je sais que dernièrement il est sorti des coûts, par exemple, pour...

M. Gabrièle (Pierre): ...ou une hanche, une cataracte; toutes ces données-là, nous les avons, madame.

Mme Robert: Bon, mais non seulement on les a, mais je pense que la population doit savoir ce que ça coûte, là. Ce n'est pas tout du monde qui empile des petits sous dans leur coin, ou qui ne font rien, ou etc., puis que... ces mystères-là, d'une certaine façon. Mais, à l'intérieur de ça, je pense que pour en arriver à développer chez nos gens une façon d'utiliser le plus... d'une façon plus qualitative leur système, il faut être capable de leur montrer, et ils vont savoir le meilleur chemin. Moi, quand je décide d'aller à Montréal ou que je décide de traverser, je cherche quel pont qui va le mieux me servir pour aller, et je pense qu'à l'intérieur de notre système de santé, c'est la même chose. Il faut que les gens voient le meilleur moyen pour y passer.

Moi, j'ai un fait, là, qui me vient à l'esprit: traitements à l'hôpital, à l'urgence, ensuite traitements au CLSC; je me suis aperçue que les CLSC fonctionnent très bien, parce que j'avais à faire changer des pansements tous les jours; là j'avais exigence d'aller voir un médecin à toutes les semaines; je me suis aperçue en cours de route que ce n'est pas nécessaire d'aller voir le médecin à toutes les semaines, je l'ai appris comme tel, bon, parce que ce n'était pas nécessaire dans le cas présent, puis je n'étais pas capable de le faire, là, bon. Alors, il y en a-tu, des chinoiseries qu'on pourrait peut-être simplifier! À l'heure actuelle, les gens attendent. Puis, les gens, je pense que si on peut montrer un tableau des choses, de ce qui marche en réalité, ce qui... des coins qui sont arrondis, ce qu'on attend aussi du patient, etc., je pense qu'on va arrêter de se lancer des roches et on va travailler tous ensemble.

M. Gabrièle (Pierre): Mme la députée a raison. Tout ça, madame, le ministre d'État à la Santé et Services sociaux à un moment donné m'a annoncé son plan, et c'est tout ça que vous allez retrouver dans le plan: les analyses, les priorités que nous avons faites, les besoins, la capacité de payer. Donc, c'est ça que le ministre... c'est à lui à l'annoncer. Et ce qui est aussi important, vous avez raison, Mme la députée, c'est que, les listes d'attente, les gens s'imaginent que, dans un système de santé et services sociaux... même dans d'autres pays, vous avez des listes d'attente. Il n'y a pas de système où il n'y a pas de listes d'attente, parce que dans des listes d'attente, c'est des chirurgies électives. Mais là il faut s'entendre sur le délai raisonnable ou médicalement requis par les spécialistes qui sont les médecins.

Parce que, quand on regarde les listes d'attente que nous avons, on n'explique en même temps à la population que c'est des chirurgies électives et que, quand c'est urgent, de toute façon le médecin ou le spécialiste a une responsabilité et il fait passer la personne en urgence en opération. Donc, la liste d'attente, c'est le cas qui peut attendre, le mot même le dit. Maintenant, il faudrait qu'on s'entende, en termes de société, quel est le délai médicalement raisonnable d'attente. Mais il ne faut pas laisser accroire à la population qu'on n'aura plus de listes d'attente. Même dans les société où vous avez un système privé, c'est-à-dire ceux qui ont de l'argent peut-être n'attendent pas, ou ils le font en tenant compte qu'il y a un certain délai d'attente, mais ceux qui n'ont pas d'argent attendent. Et même, nous avons vu, parce qu'on pensait que c'était juste au Québec, dans les autres provinces il y a des listes d'attente. Quand on va en Europe, on s'aperçoit aussi qu'il y a des listes d'attente.

Maintenant, ce qu'il faut décider comme société, c'est quoi le délai médicalement requis, de liste d'attente. Mais il faut aussi expliquer à la population que ceux qui sont les cas urgents passent. On ne laisse pas quelqu'un... vous avez même... je vois, je constate... Poser un coeur mécanique en attendant une transplantation, vous savez, ça coûte 120 000 $, et ça ne peut être utilisé qu'une seule fois. Mais, quand le cas arrive et qu'on sait que la personne est en attente d'une transplantation, même si ça coûte 120 000 $, on ne le met pas sur une liste d'attente, on pose le coeur mécanique. Et actuellement, bien sûr, ce n'est pas dans tous les hôpitaux que ça se fait, mais c'est dans certains hôpitaux spécialisés, on en pose à peu près 32 par année, même si les coûts sont exorbitants — c'est 120 000 $, et sans compter, après, les coûts de la transplantation. Mais ça, c'est urgent, on ne peut pas le mettre sur une liste d'attente, on n'a pas le choix.

Outil multiclientèle

Le Président (M. Kelley): ...je sais que ce n'est pas une panacée. Mais on avait une discussion ce matin sur l'outil multiclientèle, et une des préoccupations de la vérificatrice était d'avoir les données, d'avoir l'information pour une meilleure planification, si je peux résumer, entre autres, les observations, à deux reprises, du bureau du Vérificateur, en 1993-1994. Et de nouveau, c'est comment est-ce qu'on peut avoir un meilleur portrait des besoins? Parce que, quand il y a une proposition de changement d'un mode de financement, il y a toujours une période transitoire qui risque d'être difficile. Alors, c'est pourquoi on veut s'assurer que la science derrière un nouveau mode de financement, c'est le meilleur possible.

Alors, peut-être ouvrir maintenant la possibilité, on a des grandes «charts» qui ont été déposées pour nous expliquer cet outil, les beaux feuillets en vert et bleu et orange et rose, et tout le reste, je n'ai pas eu l'occasion encore de vraiment en prendre connaissance. Alors, je ne sais pas si vous, ou Mme Ruest, ou quelqu'un peut un petit peu peut-être faire un bref résumé des documents qui ont été déposés à l'intention des membres de la commission ce matin.

● *(16 h 40)* ●

M. Gabrièle (Pierre): Je vais laisser à notre directrice le soin de vous faire la présentation.

Mme Ruest (Rachel): En fait, peut-être que je vous amènerais au premier tableau, à la première... ou à l'élément relativement aux objectifs de l'outil multiclientèles. En fait, c'est quoi, l'outil multiclientèles? C'est un peu comme un médecin qui a des outils pour établir un diagnostic, identifier les besoins au niveau biologique, ou psychologique, ou social, il n'a pas toujours... Je pense qu'il faut se donner des outils aussi pour faire cette même évaluation des besoins. Il existe actuellement différents outils, mais le fait d'avoir un même outil pour un ensemble d'intervenants facilite l'échange d'informations et évite la multiplication de fois où on demande à la personne les mêmes informations.

Or donc, on parle beaucoup de services intégrés à ce moment-ci, or donc, un des objectifs c'est d'avoir un langage commun, les mêmes méthodes d'évaluation, c'est d'avoir un outil qui nous permet d'évaluer de façon rigoureuse les capacités des personnes. Or donc, si on va à l'élément sur l'objectif clinique de l'évaluation, ça nous permet, l'outil multiclientèle, de recueillir les données sur la personne au niveau biologique, psychologique ou social et de voir ainsi, pour chacune des personnes, c'est quoi en termes d'attentes exprimées par la personne et par son entourage aussi. Or donc, ce matin, on parlait de proche aidant, donc de voir aussi c'est quoi les besoins et les attentes du proche aidant, et de pouvoir les considérer au niveau de l'évaluation de ses besoins. Ça permet aussi d'avoir un portrait, un point de départ, et de pouvoir suivre son évolution. Or donc, ça aussi, c'est un

élément que nous permet l'outil. Tout à l'heure, on pourra regarder chacune des grilles, ce qu'elle permet de faire.

L'outil aussi permet d'établir les objectifs d'intervention. Or donc, lors de la préparation d'un plan d'intervention, à partir des besoins qu'on a identifiés, à partir de l'évaluation de la personne, de ce qu'elle est, en termes de capacités ou d'incapacités, et de ce qu'elle a comme entourage, comme support, et de différents éléments qu'on pourra voir tout à l'heure. Ça permet d'identifier, en termes de plan d'intervention, c'est quoi ses besoins au niveau du réseau, des différents types d'intervention qui sont souhaités. Ça permet aussi de déterminer la nature et l'intensité des services et des interventions qui sont nécessaires pour répondre le mieux possible à la personne et ça permet aussi d'identifier les ressources les plus aptes à répondre aussi aux besoins de la personne.

Alors, ça, ça situe en gros les grands objectifs par rapport à l'outil d'évaluation. Mais, le fait d'avoir choisi un outil commun, d'avoir identifié, au réseau, que nous convenions d'un outil d'évaluation permet entre autres, au niveau des avantages organisationnels et au niveau des avantages de la personne — je vous amènerai à la petite case un peu plus bas, au niveau des avantages organisationnels de l'évaluation — ça permet, d'une part, d'uniformiser les communications par un langage commun. Alors, on a une base diagnostic, une base d'établissement de besoins commune et aussi une base qui permet un échange d'informations plus facilement. Elle évite, comme je disais tout à l'heure, la multiplication des évaluations avec des outils différents. Elle évite aussi de répéter l'information à différents intervenants qui pourraient reposer la même évaluation aussi. Elle permet d'affecter les ressources nécessaires et pertinentes; elle permet de mesurer aussi les écarts entre les interventions qui sont requises et les interventions qui vont être possiblement... ou potentiellement pouvant être réalisées. Elle permet aussi de se créer un peu, éventuellement, dans le sens... L'objectif, aussi, ultime, c'est d'avoir une banque d'information qui permet de servir à la gestion et appuyer les décisions qui sont prises par les dirigeants en matière de ressources humaines, un peu comme on le mentionnait tout à l'heure, en termes de ressources humaines et matérielles et financières. Or donc, on est plus en mesure d'identifier les types de besoins qui sont requis, les types d'intervention requis et le coût que nécessitent les interventions. Donc, c'est beaucoup plus précis comme mode, en termes de type d'information.

Quels sont, maintenant... Je vous ramènerais à ce moment-ci à l'utilisation de l'outil multiclientèle, la case à gauche, qui l'utilise, et, à partir de... Ce matin, on a posé la question: À quel moment l'ensemble de ce que je vais vous présenter tout à l'heure? À partir du 1er avril 2003. On a fixé une date à laquelle les intervenants qui se retrouvent dans les services de première ligne, principalement en CLSC, ceux qui se retrouvent, aussi, au niveau du travail des réseaux des services intégrés au niveau personnes âgées, donc on parle de CLSC, CHSLD et autres établissements qui desservent les personnes âgées et les personnes, aussi, qui font les mécanismes d'orientation-admission au niveau des centres d'hébergement de longue durée...

Or donc, l'ensemble des intervenants, intervenantes du CLSC utiliseront ce même outil, peu importe où on est dans le Québec. Les CHSLD aussi utiliseront cet outil et les centres hospitaliers au niveau de la gériatrie, les centres de réadaptation au niveau de la réadaptation fonctionnelle intensive; c'est la première étape. Et dans un deuxième temps, aussi, on est en discussion actuellement pour aussi que cet outil-là soit avec les groupes de médecine de famille et les cabinets de médecins et les cliniques médicales. Alors ça, c'est dans une deuxième phase où, dans le fond, on recherche à avoir un même outil d'évaluation, pas nécessairement qu'elle annule les outils diagnostiques du médecin, mais dans le sens que, pour un même besoin qui sont les éléments qu'on évalue, que ce soit la même information qui puisse être utilisée par les différents intervenants.

En termes de processus d'évaluation, il y a différentes grilles qui permettent l'évaluation de la personne, alors donc il y a une grille qui est au niveau de l'accueil, qui permet une évaluation sommaire de la personne et qui permet aussi d'orienter la personne selon les interventions qui sont les plus appropriées.

Je vous amènerais peut-être à la deuxième page où, dans le fond, l'outil multiclientèle, qu'est-ce que c'est? c'est six grilles d'évaluation qui permettent d'aller chercher un ensemble d'informations sur la personne. La première grille, c'est une grille qu'on appelle de prise de contact, qui recueille les données de l'usager pour décider de son admissibilité à un programme et de sa priorité d'évaluation. Alors donc, est-ce qu'on doit intervenir très rapidement? Est-ce que c'est urgent, c'est immédiat? Est-ce que c'est dans les 24 heures, 48 heures? Or donc, c'est des éléments comme ça qui peuvent être déterminés. Ça comprend aussi des informations requises pour une référence à un autre établissement; or donc ça permet d'identifier l'usager, c'est quoi sa demande, d'identifier ses problèmes, ses informations à différents niveaux, ses incapacités, ses différents problèmes de santé, sa situation de vulnérabilité, la situation, aussi, de la vulnérabilité du proche, s'il y a lieu. Et une demande si, une fois qu'on a l'ensemble de l'information au niveau de la prise de contact, c'est à ce moment-là qu'on décide si, oui ou non, si vraiment il y a une vulnérabilité plus importante, l'à-propos d'aller plus loin au niveau des autres grilles d'évaluation.

Dans les autres grilles d'évaluation, la grille n° 2, or donc, si la personne a un besoin, une incapacité plus importante, à ce moment-là on utilise la grille 2, qui s'appelle la grille d'évaluation de l'autonomie, où on va plus loin à ce moment-là en termes de cueillette d'information. Cette grille-là a comme objectif d'évaluer l'autonomie de la personne et comprend une mesure du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle qui permet de voir l'état de santé de la personne, ses habitudes de vie, or donc, au niveau de son alimentation, comment ça se passe, les consommations, sommeil, au niveau de sa situation psychosociale aussi, comment est-elle entourée, est-ce qu'elle a des proches, est-ce qu'elle a un réseau social, c'est quoi son état affectif, c'est quoi sa perception, aussi, de ses besoins, sa condition économique et son environnement physique. Ça permet aussi, cet outil-là qu'on appelle le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, de mesurer, au niveau des activités de la vie quotidienne et des habitudes de vie de la personne, son autonomie.

Or donc, on est en mesure de mesurer comment est-ce qu'elle est autonome ou qu'elle est dépendante et qu'elle a vraiment une situation importante qui fait en sorte qu'elle a des besoins beaucoup plus importants. Je vous dirais que cette deuxième grille actuellement fait l'objet... intéresse d'autres pays, la France et la Belgique, qui ont sollicité l'Institut de gériatrie de Sherbrooke, qui est l'instigateur de cette deuxième grille, de façon à pouvoir, eux aussi, utiliser ce type d'évaluation.

● *(16 h 50)* ●

La troisième grille, elle, qui est un profil évolutif de l'autonomie, qui est beaucoup... l'évaluation de l'autonomie de clientèle de soins à court terme — excusez-moi — qui, elle, est davantage pour les personnes qui ont les besoins temporaires ou à court terme, qui sont davantage les personne qui, après une opération, après une hospitalisation... qui ont les besoins plus temporaires, si je peux dire.

Le Président (M. Kelley): ...pourcentage de clientèle total pour les soins à domicile qui sont les besoins à court terme? Est-ce qu'on a une idée? On a discuté ça un petit peu...

M. Anctil (Hervé): ...autour de 30 %, je crois.

Mme Ruest (Rachel): 30 %?

M. Anctil (Hervé): Oui, mais sous toute réserve.

Le Président (M. Kelley): O.K. C'est juste «ballpark», au moins.

M. Anctil (Hervé): C'est en augmentation.

Une voix: ...

M. Anctil (Hervé): Au niveau des services.

Le Président (M. Kelley): À l'intérieur de la clientèle, pour les soins à domicile, quel pourcentage est le résultat du virage ambulatoire, c'est-à-dire les personnes qui viennent de sortir de l'hôpital, et quel pourcentage sont les clientèles que je peux traiter, de plus chroniques ou qui sont là...

Mme Loiselle: ...Montréal de ce matin, c'était plus élevé que 30%, c'était 46.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, ça, c'est la moyenne québécoise. Bien sûr, à Montréal, ça peut être 46, moindre dans une autre région, mais en moyenne nous le chiffrons à 30 %.

Mme Loiselle: Ah oui?

M. Gabrièle (Pierre): Mais, après, il faut le faire région par région. Ça se peut qu'à Montréal, c'est vrai, que c'est 46.

Le Président (M. Kelley): ...c'était soulevé dans la séance de travail, et ce n'était pas clair... cette mixité de clientèles.

Mme Loiselle: Ça serait peut-être intéressant si on pouvait obtenir peut-être le tableau avec la répartition puis la moyenne. Est-ce que ce serait possible de nous transmettre ça, s'il vous plaît?

M. Gabrièle (Pierre): Oui.

Le Président (M. Kelley): C'est possible, je pense. C'est juste parce que c'était soulevé préalablement. Ça peut être une donnée intéressante pour mieux comprendre la mixité des clientèles. Parce qu'on a... Moi, en premier, j'avais très vite la conclusion qu'on va regarder les besoins des personnes âgées. Mais, soins à domicile, c'est... Parce que c'était jumelé avec la question des centres d'hébergement... Mais il faut voir ça d'une optique plus large, parce qu'effectivement vous avez à la fois les... comme je dis, une clientèle chronique ou à long terme, mais la grille n° 3, ici, nous fait rappeler qu'il y a également... Avec le virage ambulatoire, avec les nouveaux traitements pharmacologiques, une des idées était de prendre soin des personnes à la maison. Mais c'est quoi, qu'est-ce que ça représente comme défi pour les CLSC et pour le réseau? Alors, si les chiffres ne sont pas disponibles aujourd'hui et si on peut les trouver, je pense que ce serait intéressant.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, ce que j'ai actuellement, c'est par dépenses, pourcentage des dépenses. Mais nous allons vous le trouver par pourcentage de personnes desservies. Vous voyez, en déficience physique, c'est 124 millions; en déficience intellectuelle, c'est, toujours dans le programme clientèle, 19 405 000; pour personnes âgées en perte d'autonomie, c'est 283 millions; en santé mentale, c'est 7 millions, et en santé physique, donc c'est là où se retrouve une partie de post-opératoire, la très grande partie, c'est 120 millions. Sur 555 millions, vous voyez, c'est 120 millions.

Mme Robert: Pour les personnes en perte d'autonomie?

M. Gabrièle (Pierre): Non, en postopératoire. C'est après qu'ils sortent d'une opération et qu'ils ont besoin de soins à domicile de courte durée.

Mme Robert: C'est ça. Mais, je voulais vérifier. Il paraît que — il paraît que! — les services à domicile, il y a une variante «avant 65 ans» et «après 65 ans». Bon, je ne sais pas, moi, il paraît que, si tu as un accident avant 65 ans, ce n'est pas pareil qu'après; si tu es handicapé avant 65 ans, ce n'est pas pareil après 65 ans.

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire que ce n'est pas l'âge, c'est des programmes clientèle. Nous fonctionnons par programme clientèle, pas selon l'âge.

Le Président (M. Kelley): On peut continuer avec la présentation, mais juste...

M. Gabrièle (Pierre): Oui. Après, je reviendrai...

Le Président (M. Kelley): Je comprends, l'argent, c'est un indice, mais les patients aussi, parce

que les besoins sont différents. Et je trouve... Si on peut faire un petit portrait...

M. Gabrièle (Pierre): On peut vous donner un tableau avec...

Le Président (M. Kelley): ...ça va nous aider de peut-être mieux comprendre les revendications de nos CLSC dans nos comtés. Mme Ruest.

M. Gabrièle (Pierre): Généralement, vous savez, M. le Président, plus en santé physique, 120 millions, comme c'est des soins, des services de courte durée, donc il y a plus de volume là que vous avez, par exemple, pour les personnes en perte d'autonomie, où c'est à l'année longue. Alors, on va vous transmettre le tableau.

Le Président (M. Kelley): Le portrait, s'il vous plaît. Mme Ruest.

Mme Ruest (Rachel): Donc, cette grille qui permet de s'adresser aux personnes qui ont des besoins à court terme, donne ou mesure... disons qu'elle reprend quelques éléments de l'évaluation de l'autonomie de la grille n° 2 et, comme je le disais tout à l'heure, elle est utilisée pour évaluer les personnes qui ont des besoins sur une courte période et mesure, elle aussi, la question de comment la personne se situe au niveau de ses activités de la vie quotidienne, au niveau de la mobilité, au niveau de la communication et au niveau des tâches domestiques, ce qui peut être le cas aussi dans le court terme.

La troisième grille, elle, est davantage au niveau... permet de suivre en fait l'évolution de la mesure de la capacité fonctionnelle. Or donc, pour la deuxième ou troisième grille, selon le besoin de la personne, l'intervenant va situer à quel moment environ il va avoir un besoin de faire une réévaluation, si on peut dire. Or donc, cette grille-là permet d'avoir un certain nombre d'éléments sur lesquels la personne est déficitaire, si on peut dire, pour réévaluer la capacité de la personne et où elle en est rendue.

La quatrième grille, elle, permet de faire un plan d'intervention et d'allocation de services. Alors donc, le but, c'est d'identifier c'est quoi les problèmes que la personne vit, c'est quoi les objectifs qu'on vise et les interventions qui sont souhaitées au niveau des services qui devront être alloués, aussi.

Et la dernière grille est un tableau de soins qui est imagé, qu'on voit de façon très succincte à l'extrême droite de votre tableau. Ça permet de visualiser rapidement la capacité fonctionnelle de la personne. C'est un outil qui est davantage utilisé en centre d'hébergement, selon la consentement de la personne puisque c'est quelque chose qui peut être affiché dans la chambre de la personne, qui fait en sorte que rapidement les intervenants, les bénévoles ou les membres de la famille aussi peuvent identifier rapidement les besoins de la personne et d'identifier les éléments sur lesquels on doit apporter une attention pour lui venir en aide.

Or donc, ça fait le tour un peu des six grilles d'évaluation qui sont actuellement, qui seront mises en place ou qui seront actives, utilisées par l'ensemble des intervenants de façon officielle en avril 2003. Toutefois, ces grilles d'évaluation sont, pour la majorité, comme le disait M. Gabrièle ce matin, utilisées dans la majorité des CLSC. Nous avons fait une bonification de cette grille, de ces grilles d'évaluation, elles sont donc une version qui est bonifiée, qu'on appelle, qui sera mise à la disposition des intervenants. Nous, comme disait M. Gabrièle ce matin, on a fait un programme de formation spécifique pour l'ensemble des formateurs-multiplicateurs, et ces formateurs-multiplicateurs seront accrédités de façon à pouvoir, eux, à leur tour donner une formation au niveau de régions et de chacun des établissements qui sont au Québec.

Le troisième tableau présente en fait... c'est pour démontrer que l'outil multiclientèle, l'information qu'on va retrouver, nous sommes en train de faire les démarches pour qu'elle soit informatisée et aussi qu'éventuellement elle puisse être en interrelation avec l'ensemble des systèmes d'information qui sont utilisés pour ces clientèles-là, de façon à pouvoir, je vous dirais, avoir des bases d'information communes, mais aussi permettre la collecte d'informations, d'une part, grâce à l'outil, mais aussi le mettre en interrelation avec d'autres systèmes d'information.

Le Président (M. Kelley): Y a-t-il des questions sur... Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Une voix: ...

Mme Boulet: Est-ce que ça va être réévalué, mettons, à tous les six mois? Est-ce que l'autonomie d'un client, est-ce qu'elle va être réévaluée?

● *(17 heures)* ●

Mme Ruest (Rachel): Ça, c'est l'intervenant qui décide selon l'ensemble des besoins qu'il soulève puis le cas de la personne. Dans le fond, l'outil ne se situe pas au jugement clinique de l'intervenant, mais elle fait en sorte de lui donner des points de repère sur lesquels elle doit se prononcer, d'une part, et, selon les besoins et le type de cas, il aura à se prononcer sur la réévaluation à faire.

Mme Loiselle: Parce que c'était un point qui était soulevé, qu'il y avait un grand manquement au niveau de l'évaluation de la personne. Alors, ça, ça ne peut pas garantir, c'est vraiment le côté professionnel de l'intervenant. Ça ne peut pas garantir qu'il va y avoir automatiquement une évaluation qui va se faire aux six mois ou...

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle. M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Ce que l'outil... C'est pour ça que je vous disais que ce n'est pas la panacée à tout. L'outil est un outil. C'est le rôle de l'outil de nous permettre de faire l'évaluation des besoins de la personne, de nous permettre aussi de déterminer, avec ça, le plan d'intervention individualisé, le plan de services individualisé pour chacun. Maintenant, ce qu'il faut faire, ce n'est pas l'outil qui le garantit, c'est le gestionnaire de cas qui doit s'assurer, au niveau de chaque CLSC, que, les intervenants, ce plan d'intervention individualisé, il y ait un suivi pour nous permettre de faire les ajustements

nécessaires si la personne s'alourdit et qu'il faut lui donner d'autres types de services.

Et c'est dans ce sens-là où on disait: Si on a un outil commun qui nous permet de faire des plans d'intervention individualisés qui sont communs, donc qu'on parle tous le même langage, ça va nous permettre de faire la continuité des services et la mise en réseau. Parce que ce n'est pas simplement une évaluation du plan en soi; l'importance de l'évaluation, c'est qu'on donne des services à la personne qui s'alourdit et qu'on la prenne en charge dans le continuum de services qu'on doit lui donner. Oui. Mais ce n'est pas l'outil.

Mme Loiselle: Alors, suite au rapport du Vérificateur général, est-ce qu'il y a des mesures concrètes qui ont été dites aux gestionnaires pour s'assurer du suivi? Parce que, si l'outil ne garantit pas le suivi quant à l'évolution de la maladie de la personne, tout ça, est-ce que vous avez fait des démarches auprès des CLSC pour assurer ça?

M. Gabrièle (Pierre): Non, parce que c'est dans la loi, madame. Normalement...

Mme Loiselle: C'est dans la loi, mais...

M. Gabrièle (Pierre): C'est dans la loi, mais il faut...

Mme Loiselle: Le Vérificateur démontre que ce n'est pas appliqué.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Mais ça, à ce moment-là, moi, ce que je vous dis, comment ça va être appliqué, c'est que ça va être appliqué par la reddition de comptes qu'on va avoir à faire, les gestionnaires; dans le sens que, dans les ententes de gestion, nous allons leur dire: Vous devez faire un suivi des évaluations. Bon. Je peux leur envoyer une directive. Mais je pourrais être redondant, parce que la loi est d'ordre public; l'évaluation, il faut qu'ils fassent le suivi. Nous, on pense que c'est par les ententes de gestion qu'ils vont le faire.

Et je ne vous dis pas que je suis contre, tout au contraire. Et je tiens à ce qu'ils aient des plans d'intervention individualisés et je tiens aussi à ce qu'on fasse l'évaluation. Parce que, si ces plans d'intervention restent dans une filière, ça ne donne rien aux patients. Alors, justement, il ne faut pas que vous preniez mon intervention pour dire que je suis contre; tout au contraire. Normalement, c'est la responsabilité professionnelle de l'intervenant de faire le suivi.

Le Président (M. Kelley): Vous voulez ajouter, Mme Ruest?

Mme Ruest (Rachel): Par ailleurs, ce qu'on peut voir: plus les gens vont travailler, aussi, en réseau de services intégrés, plus les gens vont utiliser ces outils-là, plus ça va être, aussi, un incitatif à l'utilisation des évaluations qui sont faites et sont à faire. Parce que les gens vont ensemble... Comme les différents intervenants vont travailler ensemble. Et le gestionnaire de cas, comme disait M. Gabrièle, a aussi une responsabilité de s'assurer que l'ensemble des intervenants fassent ces bouts. Donc, il y a comme différents mécanismes qui vont inciter, d'une part, à la faire au point de départ, parce qu'elle va permettre, exemple, à l'intervenant puis au gestionnaire de cas de faire cette évaluation-là, à s'assurer de se donner un plan d'intervention qui rejoint l'ensemble des intervenants qui ont besoin d'intervenir auprès de la personne, mais aussi que chacun puisse indiquer l'évolution de la personne par rapport aux interventions qu'il fait. Or donc, il y a plus... Plus cet ensemble d'éléments là va être mis en place, plus il y a comme un effet incitatif en soi, là. Et les intervenants deviennent moins isolés, font davantage partie d'un ensemble d'intervenants qui ont à intervenir avec un même outil, aussi. Puis il y a quelqu'un qui coordonne les cas, pour les personnes qui ont des cas de longue durée davantage. Donc, il y a comme différents mécanismes qui vont davantage...

Le Président (M. Kelley): Et pour la gestion... parce que je revoyais, sur la page 3, l'organigramme, avec les systèmes informatiques, me fait peur un petit peu parce que ça a l'air un petit peu compliqué, mais sans doute c'est moins clair que ça paraît. Mais ça va, au bout de la ligne, donner un meilleur portrait des besoins, par exemple, région par région. Alors, quand il faut examiner la proposition du nouveau mode de financement, j'aurai un meilleur portrait, CLSC par CLSC ou région administrative par région administrative, des besoins, les tendances, les évaluations dans les besoins. Parce que, encore une fois, en lisant le rapport de la vérificatrice générale, je sens que je n'ai pas même les données de base suffisantes.

Moi, je regarde le tableau 3 que nous avons fait référence à maintes reprises. Moi, honnêtement, je n'ai pas vraiment un moyen intelligent d'évaluer ce tableau. Je regarde ça, c'est divisé en «déficiences physiques», «intellectuelles», «âgées», «santé mentale», «personnes physiques», «toutes clientèles», les variations d'une région à l'autre sont énormes. Alors, les conclusions que, comme député qui n'est pas expert, qui n'est pas impliqué dans le système à tous les jours, je dois avouer, je trouve que c'est un tableau fort difficile à interpréter.

Et c'est fort difficile pour comprendre au niveau de la gestion. Dans tout ça, est-ce qu'il y a certaines «best practices» qui émergent? Est-ce que le fait que peut-être, à Laval, pour, je ne sais pas, la déficience intellectuelle, ils mettent 251, est-ce que le résultat est nettement meilleur que Laurentides, à 0,90 $? Je ne sais pas. Et un tableau comme ça, ce n'est pas une critique de personne, mais je trouve un petit peu frustrant, dans cette analyse, qu'on n'a pas les données qu'il faut, que, si on veut embarquer dans un nouveau mode de financement, si on veut s'assurer que... et chaque député va faire son devoir de défendre sa région. Ma collègue à ma droite, ici, défend les Laurentides avec beaucoup de ferveur aujourd'hui. Je compte sur ma collègue de Laviolette qui va défendre la Mauricie avec beaucoup de ferveur aussi. Au moins deux de l'île de Montréal qui vont faire leur travail aussi. Alors, je suis convaincu... Mais est-ce que... et ce n'est pas pour demain matin, parce qu'il faut mettre tout ça, les systèmes informatiques, en place, il y a toujours la formation qu'on est en train de faire. Mais, au bout de la ligne, est-ce qu'on va être capables d'avoir des

meilleurs portraits, des meilleures bases de données pour que, moi, je peuve évaluer un tableau comme le tableau 3 ou un autre format? Je dis, pas nécessairement comme ça, qu'il y aura un moyen, à l'intérieur du réseau qui est fort complexe, de reconnaître les «best practices» et dire que oui, effectivement, dans la région x ou y, ils ont réussi, ils font des choses formidables. La santé mentale, j'ai souvent les pressions des groupes communautaires de mon comté qui disent: On ne fait pas assez pour la santé mentale.

À travers le tableau ici, est-ce qu'il y a une région qui fait des choses extraordinaires que, nous autres, on peut exporter dans les autres régions? Et on peut les souligner. Alors, je pense, ce serait un petit peu la conclusion. La vérificatrice, c'était... On n'est même pas bien équipé pour faire ce genre d'examen, on a misé beaucoup sur mettre tout le monde sur la même base. Je comprends fort bien, c'est difficile de comparer les pommes et les oranges. Est-ce que, au bout de la ligne, on aura un outil pour les parlementaires, pour les gestionnaires — plus important — mais également pour les parlementaires, qui peuvent mieux comprendre le portrait de la situation?

M. Gabrièle (Pierre): Oui, M. le Président. J'ai déjà — moi, je bénéficie de certains avantages — j'ai déjà certaines données. J'ai barbouillé, mais je pourrais vous l'envoyer non barbouillé, parce que c'est...

Mme Loiselle: Non, non, barbouillé, c'est bon!

Des voix: Ha, ha, ha!

● *(17 h 10)* ●

M. Gabrièle (Pierre): En plus de lire mes pensées... M. le Président, quand vous regardez dans la petite case, là, Système d'information et de gestion sur les clientèles et Intégration CLSC, nous avons mis en place, et nous avons eu les premières bases de données, 2000-2001, puis on les a exploitées. C'est à la page 3, à gauche. Et, bien sûr, le Vérificateur général, au moment où il est venu, il ne les a pas vues, parce que nous venons de les exploiter, on les a reçues, ces bases de données, 2000-2001. Vous savez ce que ça me donne déjà comme portrait? Je peux savoir, par exemple, pour les soins infirmiers à domicile, dans l'exploitation de ces bases de données, en plus de l'argent, du coût — ça, on l'avait par les contours financiers des états financiers, ce n'est pas ça qui était le plus important dans la gestion de l'information — je peux savoir le nombre d'interventions qu'on a eues. Je peux vous dire qu'en soins infirmiers à domicile on a fait 1 980 090 interventions, qu'on a touché 195 681 usagers — maintenant, on peut le répartir même par CLSC — que le coût de chaque intervention a coûté 64 $, en moyenne — alors là je peux faire du «benchmark» — que le coût par usager, ça a coûté 650 $, qu'il y a une moyenne de 10 interventions par usager, 10,1 — vous voyez, c'est aussi simple que ça — et que je touche 28,1 habitants par 1 000 sur le territoire du Québec, juste pour les soins infirmiers à domicile, et ça, je n'ai pu l'avoir que grâce à cette banque de données.

Je peux vous dire, en inhalothérapie à domicile, combien il y a eu... le même modèle, vous savez: le nombre d'interventions, le nombre d'usagers, combien ça a coûté et combien j'ai touché de population, d'habitants par 1 000 de population. J'ai l'aide à domicile, autant aide domestique qu'aide à la personne, les deux gros morceaux sont dans l'aide à domicile et dans soins infirmiers. Dans l'aide à domicile, on fait 2 486 000 interventions, mais ça touchait moins d'usagers, parce que les interventions sont plus longues: 56 377. Alors, toutes ces données, nous les avons eues et on les a exploitées grâce à la banque de données, et nous pouvons même encore plus les améliorer.

Et c'est vrai que quand le VG est venu, en 1993-1994, nous ne les avions pas, ces banques de données. Mais...

Le Président (M. Kelley): On en avait en 2001?

M. Gabrièle (Pierre): Là, on les a eues... La première banque, c'est la banque 2000-2001, que nous avons exploitée...

Mme Robert: Elle couvre toutes les régions? Et, ce matin, vous n'avez pas mentionné...

M. Gabrièle (Pierre): Pour tous les CLSC.

Mme Robert: Tous les CLSC.

M. Gabrièle (Pierre): Les 147 CLSC, sauf...

Le Président (M. Kelley): Sauf les dissidents que nous avons identifiés ce matin!

M. Gabrièle (Pierre): ...sauf six que nous n'avons pas, mais que nous continuons avec eux à travailler, les six, pour ne pas que... C'est ça. On me rappelle que les six de ce matin...

Alors, ces six-là, nous essayons d'avoir ces banques de données. Mais là nous l'aurions pour les 147 CLSC du Québec, donc pour...

Mme Robert: Donc, vous êtes capable déjà de percevoir les disparités qui sont d'un CLSC à l'autre, par rapport au nombre de...

M. Gabrièle (Pierre): Oui, et qui sont justifiables, M. le Président, à cause des per capita et des revenus qu'on leur a donnés. Comme, vous savez, nous pouvons même savoir...

Le Président (M. Kelley): Et le profil démographique de chaque CLSC...

M. Gabrièle (Pierre): Et le profil démographique.

Le Président (M. Kelley): ...parce que leurs besoins ne sont pas identiques, non plus.

M. Gabrièle (Pierre): Et, vous savez, même ce que nous savons par cette banque de données? Aussi les coûts administratifs, y incluant les coûts d'entretien des bâtisses, des CLSC. Donc, tout est là. C'est un gain et un avantage que nous avons.

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

M. Gabrièle (Pierre): Je pourrai vous transmettre ce...

Le Président (M. Kelley): Oui. S'il vous plaît, parce que je trouve que c'est dans le meilleur intérêt...

Mme Loiselle: Oui, ce serait intéressant, mais... Vous dites: Tout est là, mais il manque un élément majeur. Les personnes qui sont sur les listes d'attente, les personnes qui ont fait appel à des soins et qui ne reçoivent pas les soins, c'est surtout ceux-là, moi, qui m'inquiètent, comprenez-vous?

Là vous me donnez ceux qui sont traités, mais, moi, ceux pour qui je parle, c'est ceux qui sont seuls à la maison, qui sont en attente de soins, qui n'en reçoivent pas, ou ceux qui devraient en recevoir beaucoup et qui reçoivent juste une base minimum et ceux qui sont sur les listes d'attente. C'est plus ça, mon inquiétude. Ça, votre système actuellement ne nous le donne pas, puis c'est là qu'est la problématique.

M. Gabrièle (Pierre): Écoutez...

Mme Loiselle: Non, mais, je ne veux pas être défaitiste, mais...

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je comprends Mme la députée, et c'est pour ça que je vous disais ce matin — c'est ce qui est important — ceux qui sont en attente de services ne sont pas là, le système ne vous les donne pas, parce que le système donne les services qui ont été reçus et les interventions qui ont été reçues, d'où l'importance de la politique et l'importance aussi de ce que je disais: Pour clarifier qui est en attente deux et pour avoir des vraies listes d'attente, c'est d'établir le panier de base. Et là, à partir de ce panier de base, on dit: Voilà le niveau de services qu'il faut qu'on donne, voilà combien ça coûte. Si nous avons à la fois et le panier de base et le financement, là, à ce moment-là, nous voyons de ce qu'il reste et ce qui va être en liste d'attente. Parce qu'il risque d'avoir toutes des listes d'attente, parce que nous allons mettre des critères de priorisation, comme... Parce que, dans les critères de priorisation — oui, ils existent déjà — mais nous allons en plus, par rapport à un panier de base, harmoniser ces critères de priorisation, pour dire: Voilà, par exemple, la personne qui sort, par exemple, de l'hôpital, en postop, et qui doit avoir des services, peut-être que ce sera priorité un.

Actuellement, ces critères-là sont définis par chaque CLSC.

Mme Robert: En tout cas, chez nous, c'est au niveau de la région des Laurentides.

M. Gabrièle (Pierre): La Régie des Laurentides. Mais ce n'est pas des critères de priorisation nationaux.

Mme Robert: Pas loin.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Saint-Henri.

Mme Loiselle: Bien, il y a peut-être des bouts, je ne comprends pas. Je l'avoue, là, parce que je regarde tout ça, je ne l'ai pas tout assimilé. Mais, dans les réponses que vous donnez au Vérificateur général, ce que j'ai parlé ce matin, tous les éléments, les lacunes dans le système, les délais d'attente, l'intensité des services, l'accessibilité, le plan d'organisation, vous répondez toujours que c'est la mise en place de l'outil qui va comme régler un peu la situation. Là vous me dites, votre outil, là, la première portion que vous nous avez expliquée, ça démontre clairement que les personnes qui sont sur les listes d'attente, les personnes qui ne reçoivent pas de l'aide à laquelle elles ont droit n'apparaissent pas dans ces données-là. Est-ce que vous me donnez la garantie qu'en avril 2003, quand tout le monde va être formé, que tout le monde va se parler, que ça, ça va être mis en fonction partout au Québec, qu'on va être capable de dire il y a combien de personnes âgées en perte d'autonomie dans le comté de Saint-Henri—Sainte-Anne, dans le CLSC, disons, la Clinique communautaire de la Petite Bourgogne, de Pointe Saint-Charles — parce qu'ils vous demandent des fonds depuis longtemps — il y a combien de personnes âgées qui sont en liste d'attente? Il y a combien de personnes âgées qui ont fait appel au CLSC au cours des six derniers mois puis qui n'ont pas reçu d'aide ou...

Moi, c'est ça que je veux savoir. Parce que, si cet outil-là ne règle pas toutes les lacunes — depuis sept ans qu'ils n'ont pas été réglées — qu'on retrouve dans la rapport du Vérificateur général, moi, je ne suis pas rassurée, je ne ressortirai pas d'ici rassurée du tout. Moi, c'est cette garantie-là que j'aimerais que vous me donniez.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Je pense qu'on a peut-être un problème de compréhension. Le rapport du VG, comment, moi, je l'interprète — à moins que je l'interprète mal, c'est peut-être moi qui comprends mal, à moins que je l'interprète mal — le rapport du VG me fait rapport qui fait des constats en 1993-1994, mais sans avoir lu d'abord... avoir eu la connaissance... C'est un constat, je vais vérifier des dossiers, je constate ça. Mais il n'a pas eu à constater: est-ce que j'ai des ressources financières adéquates, dans les CLSC, pour donner les services? Bien sûr, si le CLSC a telles ressources, le rapport du VG vient constater des actes de gestion qui sont faits. Bon. Et c'est correct, ce que le VG a fait, je ne le mets pas en cause. Ce que la députée me demande: Je veux avoir des listes d'attente, la liste des listes d'attente... Elle me dit: Ça ne me rassure pas. Mais ce qui est le plus important — et c'est ça que j'essaie de dire à la commission parlementaire — ce qui est le plus important, c'est, un, il faut, au-delà de vérifier comment le CLSC gère, qu'on donne les moyens au CLSC de répondre aux besoins. Et après, nous verrons, si, après lui avoir donné les moyens de répondre aux besoins, pourquoi il y a des listes d'attente. Je ne sais pas si je m'explique bien.

● *(17 h 20)* ●

Le Président (M. Kelley): Je comprends la réponse, mais aussi, dans l'optique... Parce que je reviens toujours à la proposition d'un changement d'un mode de financement. Les questions qui sont soulevées

par ma collègue de Saint-Henri—Sainte-Anne sont très importantes, parce que, si je n'ai pas le portrait des lacunes, avant qu'on va répartir autrement les fonds, c'est un élément essentiel à mon analyse. Et je comprends fort bien qu'il y a des régions qui ont été sous-financées. Il y avait le 50 millions que nous avons discuté ce matin, parce que, d'une façon historique, on a reconnu qu'avec la population croissante des quatre régions autour de Montréal, si j'ai bien compris, il y avait les besoins importants. Je ne mets pas ça en cause, mais, quand on parle d'un portrait, qu'est-ce qui se passe dans les CLSC, c'est très important, parce que ça va nous identifier, comme je dis, les «best practices» et s'il y a certains CLSC qui avec le même montant d'argent peuvent voir plus de clients ou préfèrent organiser le travail autrement et que c'est le genre de bonne idée qu'on peut exporter dans un autre CLSC, ça, c'est un volet.

Et les démarches qui ont été faites et les tableaux qui sont ici sont importants. Mais comment, comme parlementaire, pour participer d'une façon éclairée dans le débat sur le nouveau mode de finalement, est-ce que j'aurais un portrait de qu'est-ce que les CLSC en ce moment ne sont pas capables de fournir comme services? Sans rentrer dans le débat politique sur les choix, que nous avons évoqué ce matin, et ce n'est pas le lieu ici. Ce n'est pas le lieu ici. Mais, si je parle d'un portrait du CLSC Lac-Saint-Louis, en comparaison avec le CLSC Saint-Charles ou le CLSC dans le comté de Laviolette ou Labelle, comment est-ce que, moi, comme parlementaire, au moment qu'on va financer autrement tous nos CLSC dans les soins à domicile, ce qui est très important, comment est-ce que je peux avoir un portrait de qu'est-ce qu'ils ne sont pas capables de faire encore, ou il y a des listes d'attente, parce qu'on n'a pas les moyens aujourd'hui? Et je pense que c'est important d'avoir ces renseignements, avant que je donne mon approbation pour un abandon d'un système de financement historique vers quelque chose d'autre.

M. Gabrièle (Pierre): D'accord. Ça, M. le Président, oui, nous pouvons l'avoir, dans le sens où les personnes qui ont besoin de services, l'outil va permettre l'évaluation de ces besoins. Si le CLSC n'a pas les ressources pour donner, la conséquence, c'est que la personne va être dans liste d'attente, ou la conséquence va être que le CLSC, si la personne a besoin peut-être de 10 heures, elle va en donner huit, mais ne laissera pas la personne sans services, et ça, on connaîtra les écarts. Oui, ça, on va le connaître, ce type d'écart là.

Alors, ça, oui, je peux répondre que cette garantie-là, nous pouvons l'avoir, mais si on évalue toutes les personnes qui ont des besoins de services; et à ce moment-là les listes d'attente vont sortir. Actuellement, elles ne sortent pas, les listes d'attente, parce qu'il n'y a pas d'outil qui fait une évaluation des besoins. Ils en font en partie. Certains font des plans d'intervention. D'autres, comme le VG l'a vu, ne sont pas suivis dans les plans d'intervention. Mais, quand tout ça va être mis en place, oui, à ce moment-là la liste d'attente va ressortir, et là on va estimer c'est quoi, les investissements qu'il faut faire pour les services.

Maintenant, au niveau aussi de certains... quand on parle de meilleures pratiques, bien sûr, peut-être qu'on n'a pas eu le temps de vous expliquer qu'il y a aussi des sites-pilotes que nous faisons, où il y a aussi du travail — quand on parle de mise en réseau — qui se fait, et on fait circuler ces meilleures pratiques. Par exemple, à l'hôpital Anna-Laberge — justement je l'ai expliqué au VG — Anna-Laberg, à l'hôpital, l'ensemble des CLSC se sont mis ensemble pour, eux, mettre des travailleurs sociaux à l'hôpital. Alors, quand une personne âgée arrive à l'hôpital et qu'à un moment donné elle doit sortir parce qu'elle est guérie ou consolidée, et qu'il faut donner des services à domicile, c'est la travailleuse sociale qui fait l'intervention auprès du CLSC pour qu'on la prenne en charge. Et si, en plus, dans le même site-pilote que nous avons fait écho, on véhicule, mettons — on l'a véhiculé déjà dans toute la Montérégie, il y a d'autres sites-pilotes dans l'Estrie, on en a eu aussi à Québec, semblables — ...et si, à ce moment-là, dans le même exemple que je vous donne, si la personne âgée dit: Je ne veux plus, mettons, rester tout seul même à la maison, là, la travailleuse sociale appelle la famille, et, même, ils connaissent le réseau de résidences privées, dans les petits villages, que le CLSC a visitées et qui ne sont pas des résidences clandestines, et la travailleuse sociale recommande à la famille en disant, si la famille ne veut pas être proche aidante: Voulez-vous accompagner? Et c'est elle-même même qui téléphone à la résidence privée pour dire: Avez-vous une chambre de libre? Ils vont visiter. Et puis le CLSC va donner des services en résidence privée. Et ça, ces meilleures pratiques là ces sites-pilotes là, on les fait, elles existent et on les échange.

Et, ça aussi, ça s'appelle aussi la mise en réseau, M. le Président, de services. Si le CLSC travaille tout seul, sans travailler avec l'hôpital... Et, même quand on a passé la loi — peut-être qu'il ne faudrait pas que je dise qu'on a passé une loi — mais la loi 101, sur le registre pour les résidences privées, on avait deux objectifs: un premier objectif, c'est de dire d'éviter les résidences clandestines, et le registre est tenu par la régie régionale, et les CLSC doivent aller dans ces résidences-là, et ensuite c'était aussi de nous permettre, puis je le disais aussi, il y a une responsabilité partagée. La responsabilité partagée, c'est aussi une responsabilité. Si des résidences privées pour des personnes qui sont semi-autonomes peuvent donner des services, pourquoi pas? De toute façon, la personne paie le gîte et le couvert, qu'elle aurait payés chez elle et qu'elle paierait aussi en centre d'hébergement. Mais, en même temps, elle reste encore, pas dans un centre d'hébergement, mais elle reste dans le milieu de sa communauté. Alors, c'est tout ça.

Le Président (M. Kelley): ...les débats du 6 novembre, si j'ai bien compris sur les centres d'hébergement, alors peut-être on va... Oui, madame.

Mme Loiselle: Moi, je suis encore inquiète, je vous avoue, là. Je sais que peut-être... Je reviens à mon rapport du Regroupement des CLSC, ce matin, quand ils disaient, pour le mois de janvier 2001 — disons que le réseau était implanté partout au Québec — pour le mois de janvier2001, ils nous disent qu'ils ont reçu 2 698 appels; sur ça, il y a 10 % de ces appels-là qui n'ont pas pu être traités. Alors, si, mettons, le système est en place, ce 10 % là, avec votre nouveau système...

M. Gabrièle (Pierre): Ils vont être inscrits.

Mme Loiselle: Ils vont être inscrits, ils ne seront pas perdus dans le système.

M. Gabrièle (Pierre): Non. Parce qu'il faut que la personne...

Mme Loiselle: Mais ils n'ont même pas été traités.

M. Gabrièle (Pierre): Il faut qu'ils voient la personne, qu'ils fassent une première... Quand vous regardez dans l'outil, il faut qu'ils fassent l'accueil, le premier accueil, la prise de contact avec la personne pour évaluer ses besoins. Après, s'ils en les traitent pas, c'est peut-être parce qu'ils n'ont pas les ressources voulues pour les traiter, mais au moins...

Mme Loiselle: Ça, c'est sûr.

M. Gabrièle (Pierre): ...cet accueil-là, il faut qu'ils le fassent.

M. le Président, il y a aussi un document que je vous déposerais...

Une voix: On ne peut pas le déposer, il est en validation.

● *(17 h 30)* ●

M. Gabrièle (Pierre): Il est en validation. Les meilleures pratiques, que nous faisons circuler dans tout le réseau, il date d'août 2002, sur les services en réseau au niveau des personnes en perte d'autonomie et personnes âgées. Donc, nous les avons visités, on est en train de le valider, mais, après qu'il sera validé, je le déposerai à la secrétaire de la commission parlementaire. Donc, nous les avons, ces meilleures pratiques.

Arrimage des programmes d'aménagement et d'aide technique au maintien à domicile

Le Président (M. Kelley): Moi, je ne sais pas, parce qu'il faut laisser un petit peu de remarques finales, mais il y a au moins une question que j'aimerais soulever, et ce serait la question des aides techniques. Parce que vous avez soulevé, ce matin ou cet après-midi, tout le débat que, à un certain moment, nous devrons décider dans ce système public c'est quoi, un délai raisonnable pour avoir accès aux services. Et ça, c'est un autre dossier où souvent les bureaux de comté sont interpellés, parce que quelqu'un sort de l'hôpital et sont victimes de «stroke», alors ils ne peuvent pas marcher. Alors, ils cherchent ces genres d'aménagement à leur maison, qui fait partie de la logique du virage ambulatoire, plutôt que de les garder à 45 ou 50 000 $ dans un centre d'hébergement; on a la chance que la famille est prête à s'en occuper, de prendre la personne qui sort de l'hôpital qui est paralysée sur un côté, ou quelque chose comme ça, mais aimerait avoir la rampe ou avoir les aménagements faits aux salles de bain, nécessaires pour accommoder et les aider à être les proches aidants. Mais la réalité, c'est que les listes d'attente sont de un an, deux ans et en augmentant, et... Est-ce que ça, c'est un délai raisonnable pour avoir l'accès? Parce que les familles, si elles vont de l'avant et l'installent eux-mêmes, ils ne sont plus admissibles au programme. Mais le mari sort de l'hôpital vendredi de la semaine prochaine, pas dans 18 mois, pas dans 24 mois. Et dans votre article et dans votre vision globale, si on peut aider les proches aidants — et souvent, l'aide, c'est le répit, souvent, l'aide, c'est de la formation — mais souvent, l'aide, ils ont besoin de rampes, ils ont besoin de certains changements, et, surtout pour les personnes âgées, ce genre de dépenses de capitaux sur une rampe qui est fixe n'est pas toujours évidente.

Et je trouve aussi, si on veut dire qu'on offre ces programmes, il faut avoir un délai raisonnable ou carrément les abolir parce qu'on n'a pas les moyens de les fournir. Mais je trouve, le système qu'on a maintenant, on crée une promesse. Le CLSC va prendre le temps de remplir tous les formulaires, le monde va voir un architecte ou quelqu'un pour les aménagements nécessaires, puis après on arrive avec: Il faut attendre 18 mois avant qu'on puisse procéder, parce que la liste d'attente pour ce genre de programmes est longue. Je lance des chiffres, c'est 12 mois, c'est 13 mois, je n'ai pas le chiffre précis, mais c'est très long pour une famille qui va recevoir... et qui a eu un changement souvent abrupt dans les circonstances d'une personne.

Comment est-ce que vous réagissez à ça?

M. Gabrièle (Pierre): On a commencé à aborder ce sujet-là, M. le Président, on n'a pas été indifférent. Regardez, le programme dont vous parlez, c'est le programme de la Société d'habitation du Québec. Bon. Nous avons et le programme de la Société d'habitation du Québec, nous avons les programmes d'aide technique au niveau d'aides auditives ou visuelles de la RAMQ, nous avons aussi certains programmes de la CSST pour certaines personnes, de la Société de l'assurance automobile, et, généralement, quand c'est le programme de la CSST et de l'assurance automobile, ils passent directement par les deux commissions, bon, et nous avons aussi le programme de l'OPHQ, qui a été transféré et que nous sommes en train d'évaluer, le rendement de ce programme transféré, avec l'OPHQ.

Quand je vous disais ce matin que, pour le client, l'usager de ces programmes-là, parfois il ne se reconnaît pas dans l'ensemble, à toutes les portes qu'il doit frapper... Donc, nous, on se disait: Il va falloir avoir le guichet unique qui passe par le CLSC, mais, même à l'intérieur du CLSC, il fallait regarder tous les irritants qu'il y avait pour amoindrir les irritants, pour donner un meilleur service, parce que, oui, quand vous savez que chaque commission ou société ou autre a sa propre réglementation, et... et c'est correct, je ne les mets pas en cause, mais à un moment donné il faut qu'on se parle et qu'on regarde comment, à l'intérieur de la réglementation ou autre, nous pouvons amoindrir les irritants pour améliorer la qualité du service au client.

Donc, nous avons déjà fait un travail où on a assis tout ce monde, le ministère de la Santé, on a assis les CLSC et les CHSLD, la RAMQ, l'OPHQ, la CSST, la SAAQ et la Société d'habitation, pour qu'on puisse d'abord leur faire part de ce que les CLSC avaient comme type d'irritants, bon. Et à partir de là, on se dit: Bon, maintenant qu'on connaît les irritants, comment, ensemble, dans un comité interministériel, nous pouvons

faire les corrections à ces irritants, soit au niveau des pratiques ou au niveau, par exemple... Et si ça demande, mettons, même des amendements réglementaires — parce que des fois c'est surtout par voie de règlement — pour que l'organisme puisse présenter à son ministre de tutelle les amendements réglementaires... Mais ça, ça ne corrige pas les listes d'attente. Nous travaillons juste au niveau déjà des façons de faire pour permettre, si je mets le CLSC comme guichet unique, de pouvoir à ce moment-là, lui, le CLSC, s'y retrouver, comme fiduciaire au nom de la personne qui doit recevoir ça, dans les dédales des différents programmes que nous avons.

Maintenant, les listes d'attente, ce que nous regardons avec la Société d'habitation du Québec, c'est, des fois, par exemple, c'est juste une barre de bain, vous savez. Ou, si c'est, bien sûr, un aménagement important d'adaptation de la maison, ça, c'est eux et, vous savez, dépendamment du nombre qu'ils ont, oui, ça risque de mettre des listes d'attente. Mais ça, M. le Président, bien ça, je ne peux pas m'immiscer dans la gestion de la Société d'habitation. Pour le reste, là, si c'est, par exemple, des marchettes ou des aides pour maintenir... par exemple, éviter les chutes, pour une personne âgée ou autre, ça, ces types d'équipements là ne passent pas par la Société d'habitation. Et ça, nous pouvons avoir une intervention, comme ministère de la Santé et des Services sociaux, plus facilement, à ce moment-là, comme support technique que nous devons donner. Mais, quand c'est un aménagement, une adaptation du domicile, on n'a pas le choix, il faut passer par la Société d'habitation.

Alors, moi, ce que je peux vous donner comme garantie, nous allons essayer de simplifier, vous savez, avoir un guichet unique pour que, quand l'usager demande des aides techniques, on puisse, le CLSC, le supporter et en même temps enlever des irritants entre les organismes.

Le Président (M. Kelley): ...pense à un autre type de dossier où les CLSC — au moins mon CLSC — encouragent les personnes à appeler leur député. Mais on parle d'éviter de penser en silo. Et, si on est un petit peu plus généreux dans un programme, même si ce n'est pas à l'intérieur du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais, il y a des économies importantes chez vous parce qu'il y a moins de monde dans les centres d'hébergement. Il faut trouver un moyen qu'on peut penser comme ça. Et, je comprends, chaque fois qu'un commettant arrive dans mon bureau avec un dossier qui tombe entre deux ministères, je dis: Le pauvre monsieur, ou madame. Parce que, ça, c'est toujours très difficile d'avoir un dossier qui tombe entre deux ministères, peu importe l'identité des ministères. Mais il faut trouver un moyen de voir...

Vous avez présenté une vision plus large des choses ce matin; mais je pense que c'est le genre d'exemple où même il y a des personnes qui sont prêtes à défrayer de leur poche certains coûts et disent... Peut-être que le maximum pour une rampe, c'est 5 000 — je n'ai pas la moindre idée — et même de le faire avec une garantie que peut-être un jour, il va être compensé. Mais, maintenant, c'est fait d'une façon: Bah! oublie ça; parce que, si vous dépensez l'argent préalablement, vous n'avez pas accès au programme. Et peut-être qu'ils vont décider: Oh! c'est trop de trouble de garder ma mère chez nous, on va l'envoyer au centre d'hébergement. Et, au niveau de la qualité de la vie pour la personne en question, mais également sur la gestion du système, on n'est pas gagnants en faisant ça.

M. Gabrièle (Pierre): Mais je peux vous assurer, M. le Président, que nous en sommes conscients. Et la SHQ ne refuse pas de s'asseoir à la table, donc elle est venue s'asseoir à la table avec nous. Même, il y a une autre table aussi, interministérielle, que nous avons mise en place, c'est sur le transport adapté, avec le ministère des Transports, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'OPHQ, et le Curateur public est là, en plus. Alors donc... Et on essaie vraiment de fonctionner pas simplement en silo pour trouver à ce moment-là des approches, disons, ou des pratiques gagnantes pour donner un meilleur service à la population.

Le Président (M. Kelley): Et, de mémoire, c'était suite à un reproche du Vérificateur général, ce transport adapté. Et, quand nous avons fait l'échange avec M. Trudeau, à l'époque, je pense que c'était une recommandation de la commission de l'administration publique de voir... Parce que M. Trudeau a dit: Moi, je gère à peu près le tiers du budget sur le transport adapté — il était à l'époque sous-ministre des Transports, mais il y avait également, chez vous et également au ministère de l'Éducation, des montants importants... Et, dans l'optique que peut-être on travaille ensemble, il y aura d'autres possibilités qui peuvent, dans l'ensemble, offrir un meilleur service à la population, que, en fin de compte, c'est ça qu'on cherche; c'est, à l'intérieur des budgets existants, avec des pratiques de gestion, «get the most bang for our buck».

● *(17 h 40)* ●

Alors, si je peux conclure comme ça. Je vois que le temps file, je veux réserver les enveloppes à la fois pour Mme Paradis et pour M. Gabrièle. Alors, peut-être, je vais clore la période des échanges maintenant et je vais passer la parole à Mme Paradis pour quelques mots en guise de conclusion.

Conclusions

Mme Doris Paradis, vérificatrice générale par intérim

Mme Paradis (Doris): Merci, M. le Président. D'abord, une précision que j'aimerais apporter. Il a été question ce matin de la part qui est évaluée par les proches aidants, par leur contribution à tous les services des soins à domicile. On indiquait 4 milliards, dans notre rapport. C'est une donnée qui provenait d'une étude du ministère. Évidemment, dans le cadre de notre vérification, on a vérifié l'étude, on s'est assuré de la raisonnabilité des données et des chiffres qui étaient publiés; de plus, on a validé le projet de rapport avec plusieurs personnes au ministère, et il n'y a personne qui a contesté ou qui a remis en doute l'estimation qui avait été publiée.

Ce matin, les représentants du ministère ont mentionné qu'il y avait une erreur dans le rapport du ministère et également dans le rapport du Vérificateur général, et qu'on devrait parler plutôt de 1 milliard au

lieu de 4 milliards. On a tenté de valider, avec les représentants du ministère, entre les deux sessions parlementaires, ce midi, par contre, il a été impossible d'arriver à une conclusion sur l'heure du midi. On n'a pas suffisamment d'informations actuellement pour conclure ni que le 4 milliards est une référence pour l'ensemble du Canada ni que le 1 milliard représenterait un chiffre approximatif pour le Québec, qui serait raisonnable. Donc, je veux assurer les membres de la commission que nous allons faire un suivi, et nous allons faire les recherches requises, puis que nous allons pouvoir vous transmettre une information à propos de ce sujet.

Et, en conclusion, on avait émis une vingtaine de recommandations sur le service des soins à domicile lors de la dernière vérification — je n'additionne pas celles qui avaient été incluses dans 1993-1994. Il y a plusieurs sujets qui ont été abordés, et le sous-ministre nous a informés aussi de plusieurs mesures qui ont été implantées, ou qui le seront sous peu, ou qui seront annoncées sous peu. Entre autres, on parle beaucoup de l'outil multiclientèle, qui devrait permettre au moins d'évaluer les besoins puis de savoir l'ampleur des besoins qu'on a à combler; on a parlé du panier de services uniforme, des critères de priorité, de la répartition des ressources plus équitables, et j'en saute. Il aurait peut-être été intéressant, pour avoir une bonne vue d'ensemble, d'avoir un plan d'action avec des dates d'échéance sur l'ensemble de ces mesures.

Et, en terminant, je trouve important de rappeler l'importance d'avoir une bonne information de gestion pour pouvoir bien gérer. On voit de la nouvelle information de gestion qui arrive, des nouvelles statistiques sur l'ensemble des services qui sont offerts à tout le monde, et c'est important justement de pouvoir comparer quels sont les besoins, quels sont les services qu'on offre, quel est l'écart qui est entre les deux, pour ensuite pouvoir prendre les décisions qui s'imposent. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme Paradis. M. Gabrièle.

M. Pierre Gabrièle, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, moi, je veux remercier la commission de l'opportunité, au moins, qu'on m'a donnée pas de refaire le passé, parce que je ne peux pas le refaire, malheureusement, mais au moins de vous dire vers où nous nous en allons, comme ministère de la Santé et des Services sociaux, quant aux soins à domicile et aux services à donner pas simplement aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais à toutes les clientèles qui ont besoin de soins à domicile.

Et c'est peut-être une opportunité que nous avons, comme sous-ministre, de pouvoir dire publiquement l'état de la gestion. Bien sûr, le levier, c'est le rapport du Vérificateur général, mais c'est important que ce levier existe pour nous permettre de réagir. Et, en plus, dans un processus d'amélioration continue, c'est tout à fait normal qu'un rapport de Vérificateur général nous permette de cheminer et d'améliorer la gestion. Alors, je vous remercie, et nous allons avoir le plaisir de nous revoir.

M. Geoffrey Kelley, président

Le Président (M. Kelley): Exactement. Et si, en guise de conclusion, de temps en temps, le débat a été vif aujourd'hui, parce que ce sont des sujets qui sont très importants... L'autre chose qui est difficile à gérer, c'est le fait qu'on est dans la question des vases communicants, alors on peut aborder la question des soins à domicile, mais nécessairement on va déborder sur d'autres sujets. Sans doute, ça va être le même phénomène dans deux semaines, quand nous allons regarder les centres d'hébergement, parce que c'est un morceau du puzzle, mais c'est un puzzle qui est beaucoup plus large. Alors, il y a toujours les liens entre les dossiers qui sont sur les tables et les autres, mais c'est de là la complexité de notre système de santé et sa gestion, et également la complexité des enjeux pour les gouvernements de répondre aux besoins de la population. Alors, on va ajourner, mais c'est plutôt suspendre nos discussions, parce qu'on va revenir dans deux semaines avec un autre volet qui est très complémentaire au débat que nous avons eu aujourd'hui.

Peut-être un petit point final, sur la précision que Mme Paradis a apportée, soit 1 milliard ou 4 milliards de dollars, je peux constater, comme citoyen et député, l'apport et la contribution de ces proches aidants, c'est précieux pour notre société. Et quand, comme je dis, quand je fais du porte-à-porte surtout — c'est un exercice que nous autres on fait, vous autres n'êtes pas obligés de le faire, mais on frappe sur les portes dans les partielles aussi, ce n'est pas uniquement dans mon comté, je pense, je suis rendu à une vingtaine ou une trentaine de comtés où j'ai fait le porte-à-porte au Québec — et je suis toujours étonné par le nombre de personnes qui vivent des situations de prendre soin d'un parent ou un conjoint, une conjointe. Peu importe le chiffre, ce sont des personnes qui font une contribution quotidienne extraordinaire à notre société, et je pense qu'on a tout intérêt à se rappeler de leurs besoins, dans toute l'optique de revoir nos façons de faire dans la question des soins à domicile.

Sur ça, je vais ajourner nos travaux. Merci beaucoup. Si les membres peuvent rester pour quelques instants pour faire un genre de debriefing. Mais, merci beaucoup, merci beaucoup, Mme Paradis.

(Fin de la séance à 17 h 46)