

ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

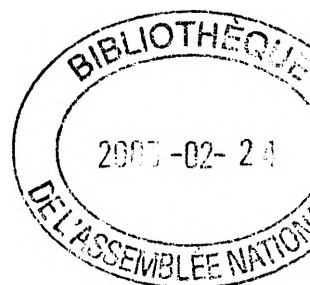
Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'administration publique**

Le mercredi 6 novembre 2002 — Vol. 37 N° 23

**Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
concernant les services d'hébergement offerts
aux personnes en perte d'autonomie**

**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 6 novembre 2002

Table des matières

Exposé de la vérificatrice générale par intérim Mme Doris Paradis	2
Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux M. Pierre Gabrièle	3
Discussion générale	6
Actions du ministère en vue d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans les CHSLD	6
Répartition des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux	10
Diffusion de l'information sur les services disponibles pour les personnes âgées	10
Répartition des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux (suite)	11
Évolution du réseau de la santé et des services sociaux	11
Diffusion de l'information sur les services disponibles pour les personnes âgées (suite)	12
Évaluation du réseau de la santé et des services sociaux du Danemark	12
Sommes requises pour le financement des CHSLD	15
Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie	16
Soins professionnels prodigués dans les CHSLD	18
Personnes en attente d'une place en CHSLD	19
Services fournis aux personnes âgées en résidence privée et en attente d'une place en CHSLD	20
Échéancier de réalisation des orientations ministérielles concernant les résidences privées pour personnes âgées	21
Services fournis aux personnes âgées en résidence privée et en attente d'une place en CHSLD (suite)	21
Installation d'unités prothétiques dans les résidences pour personnes âgées	22
Évaluation de la contribution des proches aidants dans les services à domicile	23
Documents déposés	24
Taux de satisfaction à l'égard des services rendus dans les résidences pour personnes âgées dans Beauce-Nord	24
Recours prévus en cas d'abus des personnes âgées en résidence privée	26
Centralisation des demandes d'hébergement des personnes âgées	28
Planification à long terme en matière d'hébergement des personnes âgées	28
Encaissement des crédits d'impôt pour personnes âgées par les propriétaires des maisons d'hébergement	30
Remarques finales	31
Mme Doris Paradis, vérificatrice générale par intérim	31
M. Pierre Gabrièle, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux	31
M. Geoffrey Kelley, président	31

Autres intervenants

Mme Nicole Loisel
Mme Hélène Robert
M. Sylvain Pagé
Mme Madeleine Bélanger
M. Jean-Guy Paré
M. Normand Poulin

- * Mme Renée Lamontagne, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Rachel Ruest, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 6 novembre 2002

Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux concernant les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie

(Neuf heures quarante-deux minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, 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 2 du rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale, tome I, 2001-2002, portant sur les services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie, et ce, en vertu de la Loi sur l'administration publique.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements pour aujourd'hui?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Bélanger (Mégantic-Compton) en remplacement de M. Chagnon (Westmount—Saint-Louis); Mme Loiseleur (Saint-Henri—Sainte-Anne) en remplacement de M. Després (Limoilou); et M. Poulin (Beauce-Nord) en remplacement de M. Marsan (Robert-Baldwin).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je vais donner une lecture très rapide d'un ordre du jour qu'on va légèrement modifier: il y aura des remarques préliminaires, l'exposé de Mme la vérificatrice générale suivi par un exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux durant environ une vingtaine de minutes, une période d'échange; on va suspendre vers midi vingt à peu près, parce qu'il y a un caucus dans cette salle à midi trente, alors pour nous donner le temps de dégager la salle; on va recommencer vers 15 h 15 cet après-midi, après la période des questions, jusqu'à 16 h 30 parce que, à ce moment, il y en a certainement de la commission qui ont une autre activité qu'ils doivent assister. Alors, on va mettre fin à nos échanges à environ 16 h 15 à 16 h 30 cet après-midi. Est-ce que ça va pour les membres de la commission?

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Mais je pense... On dit que c'est un autre rendez-vous aujourd'hui, mais c'est vraiment une suite du rendez-vous que nous avons fait il y a deux semaines. Je veux prendre le crédit que c'est une planification stratégique de la commission, mais c'est presque le pur hasard qu'on ne peut pas faire une des séances ce printemps, alors les deux sont mises ensembles. Et je vais prendre le crédit quand même parce que ça tombe très bien. Et je pense que, comme j'ai mentionné il y a deux semaines, c'est une gamme de services qu'on est en train de regarder, un continuum des soins qui est très important. Et là, il y a deux semaines, nous avons regardé les soins à domicile, qui est un élément très important surtout pour la clientèle

plus âgée et les personnes en perte d'autonomie. Aujourd'hui, on va regarder un autre volet du même problème, c'est-à-dire les personnes dans les divers types de centre d'hébergement. Je pense qu'une des choses que les membres de la commission ont apprises en regardant le rapport de la vérificatrice générale, c'est effectivement la gamme des services qui existent sous la rubrique de centres d'hébergement. Il y a beaucoup de questions qui découlent des différents modèles, la question du déploiement des ressources et l'efficacité dans la gestion.

Avant de passer la parole à Mme Paradis, juste un rappel aux membres de la commission. La commission de l'administration publique vise avant tout la gestion des ressources existantes dans le réseau. On peut faire les longs débats de qu'est-ce que le sous-ministre peut faire avec 1 milliard de dollars de plus ou de moins, ça, c'est les choses qui sont les débats, surtout pour le salon rouge et les autres commissions parlementaires, mais, vraiment, ici le mandat, entre autres, de la vérificatrice générale et de la commission de l'administration publique, c'est, à l'intérieur d'une enveloppe d'environ 2,5 milliards de dollars qui est consacrée aux centres d'hébergement, qu'est-ce qu'on peut améliorer, bonifier, changer dans le style de gestion et les choix qui sont faits à l'intérieur de cette enveloppe. Alors, c'est difficile de tracer la ligne, et, de toute évidence, ça va nous amener très près d'une question d'un ajout des ressources, mais ce n'est pas vraiment aujourd'hui un exercice budgétaire, mais c'est plutôt une question d'un examen de la gestion des sommes existantes qui sont allouées dans ce programme.

À partir de cette fois-ci, encore une fois, pas un mais deux rapports du Vérificateur, ou vérificatrice, dans le sens qu'il y avait un rapport il y a huit ans qui a été déposé, il y a un rappel dans le chapitre en question, ce matin, de l'application, ou de non-application, ou l'application partielle de certaines des recommandations que M. Breton, à l'époque, à formulées en 1994, de mémoire. Alors, ça va faire partie également de nos échanges. Mais, juste en terminant, je réitère encore que ça, c'est un dossier très important pour l'ensemble des députés. Moi, je peux parler juste comme député d'un comté à l'Assemblée nationale. On est souvent appelés par les familles qui ont une très grande détresse parce que la recherche des places en centre d'hébergement qui est approprié aux besoins de leurs proches est toujours un moment très difficile dans la vie. Donc, la question qu'on examine aujourd'hui est de très grande importance parce que, on le répète souvent, mais on a une grande dette envers nos aînés. Ce sont des personnes, nos bâtisseurs, les personnes qui ont fondé la communauté, souvent, ou les familles, et je pense que le débat d'aujourd'hui doit se situer à l'intérieur d'une reconnaissance de l'importance des personnes aînées et... de s'assurer qu'elles sont hébergées d'une façon plus qu'adéquante mais qui reflète la contribution qu'elles ont faite dans leur vie.

Alors, sur ça, je vais céder la parole à Mme Paradis.

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 grand 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 d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie.

Au cours du siècle dernier, l'amélioration marquée de l'ensemble des conditions de vie a amené une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Bien que les répercussions de ce vieillissement démographique sur notre système de santé aient déjà commencé à se faire sentir, elles seront encore plus palpables dans une dizaine d'années, lorsque les baby-boomers atteindront l'âge de 65 ans. Une étude du ministère de la Santé et des Services sociaux notait que, en 1998, 27 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient atteintes d'au moins une incapacité suffisamment importante pour entraîner une demande de services soit à domicile ou en établissement.

Actuellement, le ministère consacre annuellement 2,5 milliards de dollars aux services offerts aux personnes en perte d'autonomie répartis principalement entre l'hébergement et le maintien à domicile. Les services d'hébergement ont pour but de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus possible. Les établissements offrent principalement des soins infirmiers et des services d'assistance, médicaux, de réadaptation et d'adaptation, psychosociaux, de pharmacie et de nutrition, en plus du gîte et du couvert.

L'étude que j'ai conduite visait à obtenir l'assurance que le ministère s'est doté d'un cadre de gestion qui permet de répondre aux besoins en hébergement des personnes en perte d'autonomie. Elle avait également pour but d'évaluer dans quelle mesure le processus d'allocation des ressources et l'organisation des services favorisent leur accessibilité et leur continuité et à quel point les moyens mis en place permettent la qualité des services. Aussi, j'ai examiné l'information de gestion qui soutient la prise de décision et le processus de reddition de comptes.

● (9 h 50) ●

Enfin, j'ai procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet hébergement permanent 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 offerts aux personnes âgées.

J'ai mené mes travaux de vérification auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et de quatre régions régionales qui reflètent la situation des régions universitaires, périphériques et éloignées et qui représentent 55 % des dépenses québécoises en matière d'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Dans chacune de ces régions, les activités d'au moins deux CHSLD, soit des centres hospitaliers de soins de longue durée publics ou privés conventionnés, ont été scrutées en fonction de nos objectifs de vérification. Au total, j'ai

évalué les pratiques de 11 établissements qui ensemble engagent 8 % des dépenses de fonctionnement du ministère à ce chapitre. J'ai également analysé 143 dossiers de personnes hébergées dans ces établissements pour m'assurer qu'elles reçoivent une évaluation de leurs besoins et un plan d'intervention. De plus, un sondage auprès de toutes les autres régions régionales m'a permis de recueillir de l'information notamment sur l'organisation des services à l'égard des établissements du réseau, sur le secteur privé et sur les délais d'attente relatifs à l'hébergement.

Pour ce qui est des CHSLD privés non conventionnés et des résidences privées, mes travaux ont consisté à examiner dans quelle mesure le ministère et les régions régionales s'assurent que les dispositions de la loi s'y appliquant sont bien respectées. J'ai effectué un travail similaire pour les ressources intermédiaires et de type familial, en plus d'examiner le rôle joué à leur égard par les CHSLD publics concernés.

Je constate que, bien que les orientations ministérielles précisent les conditions d'évolution des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, elles comportent certaines faiblesses, dont l'absence quasi totale d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats. À l'heure actuelle, le ministère n'a pas déterminé d'échancier précis pour actualiser ses orientations, notamment pour l'implantation des réseaux intégrés de services en région. Il existe une norme quant au nombre de lits d'hébergement par région, mais aucune à l'égard des services minimums à offrir aux usagers pour l'ensemble des soins prodigués. De plus, le budget est alloué par reconduction et non en fonction des clientèles et des besoins.

Nous observons que le nombre de personnes en attente par lit et les délais correspondants varient de façon marquée d'une région à l'autre ou d'un territoire à l'autre dans une même région. Ainsi, une personne peut attendre deux mois avant d'être hébergée dans une région alors que, dans une autre, ce délai est de plus de six mois. De plus, le ministère et certaines régions régionales ne disposent pas d'une information fiable et comparable à l'égard de l'accessibilité aux services d'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Par exemple, le nombre de personnes décédées ou déjà hébergées se retrouve sur les listes d'attente, ce qui surévalue de 20 % le nombre de personnes en attente pour l'ensemble du Québec.

L'analyse de 143 dossiers dans 11 établissements visités révèle des lacunes relatives à l'évaluation des besoins des personnes hébergées ainsi qu'à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'intervention interdisciplinaires qui devraient découler de cette évaluation. Parmi les dossiers analysés, 57 % des usagers n'avaient pas fait l'objet d'un plan d'intervention dans les deux mois suivant leur admission, alors que, dans 13 % des cas, aucun plan d'intervention n'a été élaboré même si certains usagers étaient hébergés depuis plusieurs années. Ainsi, la concertation sur les services à offrir peut être déficiente, les actions des différents intervenants peuvent être divergentes et les objectifs du plan peuvent être inappropriés à la situation de l'usager ou être désuets.

Dans le réseau, l'indicateur le plus utilisé, soit le taux de réponse aux besoins, ne tient pas compte des besoins liés aux problèmes cognitifs des usagers, de même qu'à la physiothérapie, à l'ergothérapie et aux

services psychosociaux. Il ne permet donc qu'une vision partielle de la réponse aux besoins de la personne. Selon les dernières données disponibles, le taux de réponse moyen aux besoins des personnes hébergées serait de 76 %. De plus, au cours de nos travaux, nous n'avons pas retracé d'indicateurs permettant de mesurer la qualité du milieu de vie, la qualité des services ou la satisfaction des usagers, éléments sur lesquels le ministère est d'ailleurs peu informé.

Au regard de certains services professionnels — physiothérapie, ergothérapie et services psychosociaux — force est de constater que les gens n'ont pas accès aux mêmes services d'un établissement à l'autre, tant au niveau de leur disponibilité que de leur intensité. Ainsi, sur les 135 CHSLD qui ont comme unique mission d'offrir des services d'hébergement de longue durée, 27 % n'ont pas d'ergothérapeute, 15 % n'ont pas de physiothérapeute, tandis que 44 % n'auraient pas de services psychosociaux.

Malgré l'exigence de la loi, huit des 11 établissements visités n'ont pas été en mesure de nous fournir un plan d'action pour le développement de leur personnel. Par ailleurs, seuls trois établissements effectuaient une évaluation de leur personnel.

En ce qui concerne les ressources intermédiaires et de type familial, même si la loi modifiée est entrée en vigueur en avril 2001 pour définir leur rôle, nos travaux font ressortir que beaucoup de travail reste à accomplir pour bien les encadrer. Par exemple, sept régions régionales n'ont pu nous fournir leurs critères de reconnaissance pour ces types de ressources, et les CHSLD publics ne font pas tous une évaluation périodique des ressources sous leur responsabilité. De plus, le ministère ne dispose pas d'un inventaire des ressources de type familial.

Au moment de nos travaux, nous n'avons pu établir si l'écart entre la nouvelle échelle de rétribution des ressources intermédiaires, entrée en vigueur le 1er avril 2001, et la rétribution payée sera effectivement comblé pour le 1er avril 2004, faute d'informations complètes.

Quant aux résidences privées sans permis, il est étonnant que l'inventaire ministériel n'ait jamais été remis à jour depuis 1994 et qu'au niveau régional il date souvent de plusieurs années. Ainsi, le ministère et les régions régionales ne sont pas en mesure d'identifier toutes les résidences privées qui dispensent des services professionnels aux personnes en perte d'autonomie sans détenir le permis requis. En plus, plusieurs régions régionales n'ont pas mis en place tous les mécanismes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie hébergées en résidence privée reçoivent les services requis par leur condition.

Pour ce qui est des CHSLD privés non conventionnés, nous avons constaté que les contrôles effectués par le ministère et par les régions régionales n'assurent pas que les permis sont émis à des résidences respectant les conditions requises. De plus, une fois le permis obtenu, les contrôles sont variables et parfois inexistantes.

Par ailleurs, la reddition de comptes effectuée par certaines régions régionales et le ministère est incomplète et ne permet pas de déterminer si le réseau répond aux besoins des personnes hébergées ni d'informer sur l'atteinte des objectifs et la performance des différents intervenants.

Au regard du suivi des recommandations formulé dans le volet services d'hébergement permanent du mandat de vérification effectué en 1993-1994, mes travaux révèlent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à remédier aux problèmes soulevés. Le ministère poursuit activement des travaux à cet effet. Des neuf recommandations formulées en 1993-1994 à l'égard des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, trois ont été appliquées, quatre l'ont été partiellement alors que deux ne l'ont pas encore été.

En terminant, j'aimerais souligner l'excellente collaboration obtenue du ministère, des régions 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, encore une fois, la parole est à vous, M. Gabrièle.

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

M. Pierre Gabrièle

M. Gabrièle (Pierre): Merci, M. le Président. Permettez-moi de vous présenter les personnes qui m'accompagnent: à ma droite, j'ai Mme Renée Lamontagne, qui est sous-ministre adjointe, services à la population, M. Vital Simard, qui la suit, qui est le chef de service pour les personnes âgées en perte d'autonomie, et Mme Rachel Ruest, que vous connaissez, qui est la directrice de la Direction des personnes âgées.

● (10 heures) ●

Donc, M. le Président, Mmes et MM. les députés, Mme la vérificatrice générale, c'est avec un plaisir renouvelé que je compare à nouveau 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 d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, et tout cela, en marge du rapport du Vérificateur général, parce que nous allons aller plus loin que le suivi des recommandations du Vérificateur général. Au cours de la dernière année, notre organisation et nos modes de prestation des services aux personnes âgées ont été questionnés par plusieurs instances. Les rapports produits interpellent autant le ministère que les régions régionales et les établissements. L'accessibilité, la qualité et le financement des services, l'hébergement public et l'hébergement privé, les systèmes d'information, la gestion et la reddition de comptes sont autant d'aspects sur lesquels il nous est demandé d'agir et sur lesquels nous agissons. Or, il importe de vous mentionner qu'en février 2001 des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été adoptées et transmises à tout le réseau. Je pense que vous les avez ici, et le VG aussi.

Elles reposent, ces orientations, sur de nombreux études, enquêtes et rapports. Bien sûr, nous ne l'avons pas fait en cercle fermé, ce qui implique qu'il faut certains délais. Mais tous convergent sur la nécessité d'abord de pouvoir disposer d'une gamme de services flexibles adaptés à la complexité des besoins et qui sont

en mesure de faire face à l'accroissement de la demande lié à l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées — donc, d'abord, flexibilité de services, donc il ne faudrait pas qu'on parle juste d'hébergement — de mieux répondre aux besoins des aînés atteints d'incapacité en révisant l'organisation des services offerts et en adaptant les pratiques et de pouvoir disposer d'un cadre permettant d'assurer la cohérence entre les différentes mesures organisationnelles et administratives adoptées dans ce secteur. Vous comprendrez donc que le rapport de la vérificatrice générale nous incite à poursuivre dans la mise en oeuvre de ces orientations qui convergent autour de trois grands thèmes: d'abord, l'intégration des services; deuxièmement, l'accès à une gamme de services répondant à la volonté d'agir précocement et mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins; et, troisièmement, la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux de prestation de soins. Il m'apparaît donc important, en réponse au rapport de la vérificatrice générale, de vous faire part aujourd'hui à la fois du contenu de ces orientations et du plan d'action qui vise à mettre en oeuvre ces orientations et les principaux travaux déjà qui sont réalisés ou en cours de réalisation.

Dans la première orientation, qui était la mise en place de réseaux de services intégrés afin d'assurer aux personnes âgées des services qui soient de qualité et continus, pour mettre en place ces réseaux, nous sommes en train de transformer notre façon de gérer les ressources et l'intervention clinique. Au cours des prochaines années, nos efforts seront donc centrés sur le développement ou la consolidation sur une base territoriale de chacune des composantes que pareils réseaux supposent. Et nous référons à quoi principalement? D'abord, à un guichet unique, au niveau d'un territoire, qui facilite l'accès au service en permettant à la personne âgée, à ses proches et aux intervenants de première ligne de savoir où diriger une demande de services et d'obtenir facilement une réponse. Deuxièmement, à la constitution d'un budget personnes âgées en perte d'autonomie, budget basé sur un budget clientèle, programme clientèle. Pas un budget morcelé, services d'hébergement, soins à domicile; budget global pour personnes âgées en perte d'autonomie. Et ce serait la condition essentielle, à ce moment-là, pour permettre aux intervenants de choisir plus facilement la meilleure ressource afin de répondre aux besoins de la personne. Est-ce que c'est l'hébergement, les soins à domicile ou un substitut?

Aussi, à l'identification d'un établissement responsable au niveau local pour assurer les services aux personnes en perte d'autonomie, à la constitution d'une équipe de gériatrie devant assurer une intervention ponctuelle et spécialisée sur une base régionale ou sous-régionale — c'est-à-dire, c'est cette équipe-là qui va dans les établissements — à la mise en place aussi d'une équipe locale responsable de l'évaluation des besoins et de la prestation et du suivi des services, et enfin à la consolidation des mécanismes de concertation à l'intérieur d'un réseau intégré.

Et à cela nous avons un certain nombre d'outils dont on vous a déjà parlé à la dernière audition: d'abord, l'outil d'évaluation multiclientèle qui va nous permettre d'évaluer pour chacune des personnes leurs besoins, l'identification d'un responsable qui assure la gestion de l'ensemble des interventions destinées à une même

personne et à son entourage, ce qu'on a appelé le gestionnaire de cas, l'opérationnalisation de nos systèmes d'information, dont on avait parlé aussi la semaine dernière, et aussi l'identification des médecins de famille oeuvrant auprès des personnes âgées. Et là-dessus je vous avais déjà parlé de l'instauration des groupes de médecine de famille qui viendrait favoriser l'implantation de cette mesure, et aussi, vous allez le voir quand la tournée sera finie de la FMOQ, l'entente que nous avons faite avec eux sur les négociations que nous avons eues. Nous mettons un certain forfaitaire pour le médecin de cabinet privé pour être responsable justement au niveau de la lourdeur de personnes âgées — 70 ans et plus — et de certaines pathologies pour qu'il fasse un suivi donc en attendant l'instauration des groupes de médecine de famille, parce que la vie continue. Pendant que j'implante les groupes de médecine de famille, il faut qu'il y ait une forme de prise en charge pour ce groupe de personnes âgées.

Deuxième orientation: l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins. Les nombreuses expériences en matière d'intégration des services démontrent que, lorsqu'une organisation est structurée en fonction de paramètres qui permettent l'accès des services... est d'autant plus facile, et le service dispensé au bon moment, et la ressource la plus efficace et efficiente est utilisée. Donc, le recours au milieu d'hébergement substitut est alors d'autant retardé, et, de facto, la pression sur l'hébergement est diminuée. C'est-à-dire, si on tient compte des besoins de la personne et qu'il y a une certaine diversification au niveau des services, le recours à l'hébergement doit être le dernier recours. Un réseau intégré doit donc reposer sur gamme de services complets et accessibles. Il faut donc rendre accessible un continuum de services. Actuellement, nous reconnaissons que tous nos services sont inégalement accessibles d'un territoire à l'autre, notamment parce que les ressources humaines et financières ne sont pas en nombre suffisant même si nous avons ajouté plus de 400 millions afin d'améliorer la situation depuis 1994. Nous sommes conscients que, pour procéder au réaménagement des services proposés, des ajouts financiers importants seront requis.

Troisième orientation: elle, elle touche la qualité des pratiques, des interventions et des milieux qui doivent évoluer au rythme des connaissances et s'appuyer sur une meilleure compréhension des besoins. Il a également été démontré dans les expériences menées et en cours que la mise en place de réseaux intégrés de services a un impact direct sur la qualité des services. Par ailleurs, peu importent les structures mises en place, il faut assurer que l'intervention effectuée auprès d'une personne âgée est réalisée selon des paramètres de pratique reconnus, que, lorsque la personne requiert un milieu substitut, ce dernier est organisé de façon à assurer sa sécurité, son bien-être, et faciliter l'intervention requise.

Les gestionnaires et intervenants sont les premiers responsables de mettre en oeuvre les moyens qui vont assurer la qualité des services aux personnes. Conséquemment, au cours des prochaines années, nous entendons accentuer nos efforts en matière de formation du personnel et des gestionnaires. La mise en place de cette troisième orientation est également limitée par les ressources financières disponibles. Par ailleurs, seuls les

ajouts financiers ne sauraient soutenir les changements définis dans nos orientations.

● (10 h 10) ●

En matière d'hébergement, un questionnement en profondeur est nécessaire avant de circonscrire la manière dont doivent évoluer ces milieux, et ce, afin d'assurer à toutes les personnes hébergées le respect de cinq notions fondamentales devant guider toutes nos interventions: d'abord, le respect de son identité, c'est-à-dire sa spécificité, le contrôle par la personne elle-même, l'intimité, la sécurité et le confort, et ce questionnement est en cours. Donc, malgré le modèle de centre d'hébergement et de soins de longue durée, nous nous questionnons sur ce modèle-là: Est-ce que nous devons le continuer? Parce que, dans d'autres pays que nous sommes à... Par exemple, je vous ai parlé, la semaine dernière, le Danemark, et madame y est allée voir. Il n'y a pas de centres d'hébergement, mais il y a des milieux substitués où on donne des services dans la communauté à la personne.

Enfin, quant aux services offerts aux personnes âgées par le secteur privé, ils sont nombreux et variés. Cette situation, plus marquée depuis quelques années, exige une vigilance quant à la qualité des services et l'existence de liens plus formels avec les partenaires des réseaux à la fois gouvernementaux et communautaires.

La mise en oeuvre de nos orientations. Je vous ai donc présenté succinctement les objectifs que nous poursuivons et les actions que nous entendons prendre afin d'assurer aux personnes âgées les services auxquels elles ont droit. La mise en oeuvre implique de nombreuses modifications, tant dans le plan des modes administratif et organisationnel que sur le plan des mentalités. Leur implantation se fait de manière graduelle de façon à respecter le rythme des changements et permettre la conception des outils et des perspectives d'intervention et de gestion. Quand je dis «graduelle», ce n'est pas pour tenir le temps, M. le Président. C'est-à-dire, compte tenu que dans chaque région les gens ne sont pas au même niveau à la fois et de ressources et de services, il faut que je tienne compte de cette réalité-là pour y faire évoluer l'ensemble des réseaux selon leur niveau de ressources et de personnel qu'ils ont — autant financières qu'humaines.

Je trouve important aujourd'hui de souligner que les modalités de cette implantation sont définies dans un plan d'action qui sera officialisé d'ici peu. Ce plan prend assise sur cinq grands domaines, d'abord sur un état de situation que précise, que précise l'état d'avancement dans chacune des régions des modalités d'organisation et de prestation des services. Alors, nous avons déjà fait le bilan, c'est quoi, dans chacune des régions, l'état d'avancement de l'organisation des services. Donc, avant de faire un plan d'action, il faut savoir d'où on part. Deuxièmement, nous avons mis en place des chantiers thématiques qui étaient responsables de réaliser des travaux pour soutenir et faciliter l'implantation des différentes mesures prévues dans les orientations. Et, dans ces chantiers thématiques, bien sûr, nous avons associé le réseau. Ça ne se fait pas simplement avec le ministère si nous voulons que ces orientations s'appliquent dans le territoire donné. Par la suite, dans le plan d'action, on aura la planification nationale de mise en oeuvre des activités à être réalisées. Cette planification est sur cinq ans, d'ici 2007. Et nous allons avoir aussi des mécanismes de suivi et d'évaluation qui nous permettent de rendre des comptes.

Donc, quel est l'état de la situation? Donc, au niveau de l'état de la situation, ça a été réalisé à l'automne 2001 et ça nous a permis de procéder à un bilan complet permettant de situer où en était chaque région dans l'implantation des objectifs poursuivis par les orientations, d'ajuster notre planification de la mise en oeuvre des orientations ministérielles en fonction des états d'avancement dans chacune des régions et d'identifier aussi le soutien requis eu égard aux difficultés et aux attentes communes signifiées par les régies régionales et les partenaires.

Les chantiers thématiques nous ont permis... Il y en avait trois, chantiers. Il y en avait un chantier sur les réseaux des services intégrés qui était responsable de développer et soutenir la mise en place du réseau intégré. Ce chantier a produit l'outil d'évaluation multiclientèle qui va être déployé au 1er avril 2003. Présentement, des travaux sont en cours pour notamment l'intégration et le développement des systèmes d'information, pour le budget unifié des personnes âgées en perte d'autonomie, pour le gestionnaire de cas et les mécanismes de concertation. Nous avons aussi un chantier sur les milieux de vie substitués, qui, lui, a déjà produit un document qui s'appelle *Philosophie et pratiques de gestion devant prévaloir en CHSLD*. Ce document, on va le rendre public d'ici quelques semaines aussi. Ce document, c'est le consensus de l'ensemble des partenaires concernés. Il pose les jalons d'une philosophie globale qui guidera les modalités d'intervention et de gestion à privilégier. Il énonce aussi plusieurs principes, dont celui du droit à un milieu de vie qui respecte l'identité, la dignité, l'intimité, la sécurité et le confort. De plus, ce chantier-là sur les milieux substitués a collaboré à l'élaboration d'orientations concernant les mesures de contention, et nous allons rendre publiques sous peu les orientations du ministère sur les mesures de contention. Il nous a permis aussi de faire la réalisation du portrait de notre parc immobilier.

Le chantier... on avait un troisième chantier qui était le chantier sur l'appréciation de la qualité et de la complémentarité des secteurs public, privé. Participent à ce chantier, en plus des représentants de régie régionale, des CLSC, de l'Association des CLSC et des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec, deux des plus importantes associations de résidences privées, l'Association des résidences pour retraités du Québec et l'Association des centres d'accueil privés autofinancés, l'ACAPA, ainsi que le Conseil des aînés. Des travaux menés par ce chantier sont arrimés à ceux qui ont été conduits et se poursuivent au Conseil des aînés. Les résidences privées constituent un lieu où l'on retrouve de plus en plus de personnes dont la situation est fragile ou requérant des services de santé ou services sociaux. Au cours des dernières années, notre contribution aux travaux menés par le Secrétariat des aînés a été majeure.

Dans le cadre du chantier mentionné, nous sommes à donner suite aux engagements que nous avons pris au niveau du plan d'action du Conseil des aînés, et ainsi les modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux requises ont été apportées afin d'assurer l'identification de chacune des résidences privées — donc, le fameux registre dont on parle, c'est par la loi n° 101 — d'exiger de l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées avec services la production d'une déclaration aux régies régionales, de confier aux régies

régionales la responsabilité de constituer et tenir à jour un registre de ces résidences sur leur territoire. Le registre est terminé, vous aviez jusqu'au 21 septembre, les régions régionales, pour le faire. La loi a été adoptée en juin dernier. Et nous avons même exploité le registre pour connaître l'état, le nombre de résidences et le nombre de personnes âgées qui sont dans ces résidences.

Le chantier poursuit aussi ses travaux de manière à ce qu'au printemps prochain soient identifiés les modalités ou mécanismes à être privilégiés afin de réguler la situation. Notre objectif, c'est d'assurer le bien-être et la sécurité des personnes qui y habitent et les services auxquels elles ont droit. Cette démarche devrait se concrétiser par l'adoption d'orientations ministérielles spécifiques à l'encadrement des résidences privées de façon à déterminer les balises et les exigences — est-ce que ce sera un agrément, est-ce que ce sera une reconnaissance ou un permis — devant permettre de s'assurer de la qualité du milieu et des services dispensés lorsque ces résidences privées accueillent des gens en perte d'autonomie importante — donc, quand je parle: est-ce que ça va être un agrément, une reconnaissance ou un permis? c'est pour les résidences privées qui accueillent des personnes en perte d'autonomie importante; pas pour les résidences privées pour personnes autonomes, elles sont libres de choisir la résidence qu'elles désirent — à établir les rôles ou responsabilités de chacun des acteurs concernés — régions régionales, établissements, résidences privées, les personnes âgées elles-mêmes, parce qu'elles ont leur mot à dire; c'est elles qui choisissent la résidence — et les proches, à identifier et à préciser les mécanismes de collaboration et de concertation public-privé et à définir les mécanismes de suivi requis.

Quant à la planification nationale, elle va être dans notre plan d'action que nous allons déposer et elle est pour les cinq prochaines années. Et, pour les mécanismes de suivi, d'évaluation, eux, ces mécanismes, visent à quoi? À rendre compte de l'état d'avancement des travaux d'implantation des orientations, d'en évaluer les impacts et d'apporter les ajustements nécessaires afin d'apporter les ajustements nécessaires... au rythme des besoins que la réalisation de l'ensemble de ces actions sera guidée par un processus biannuel de suivi portant sur l'état d'avancement des travaux d'implantation du plan d'action.

● (10 h 20) ●

Bon, nous sommes aussi actuellement à compléter les indicateurs de gestion nécessaires et à préciser, dans le cadre des ententes de gestion, les redditions de comptes attendues. Vous savez que, dans la loi n° 28 de juin 2001, les régions régionales doivent signer des ententes de gestion avec le ministère et elles doivent aussi elles-mêmes avoir des ententes de gestion avec les établissements. Et enfin, nous avons mis sur pied un comité consultatif qui doit nous assurer... ou qui est composé à la fois d'associations de personnes âgées, d'associations d'aidants naturels et d'associations d'établissements et de résidences privées. Ce comité nous conseille, et nous supporte, et nous donne des avis sur l'évolution de l'implantation du plan d'action.

En conclusion, M. le Président, bien, j'aimerais vous laisser le message suivant: nous connaissons les objectifs que nous poursuivons, nous connaissons aussi l'état actuel de notre réseau, autant ses forces que ses faiblesses. Nous nous sommes donné un plan d'action et

des mécanismes de suivi et de reddition de comptes. Nous savons également que ce processus va s'échelonner sur plusieurs années, car il faut tenir compte de deux réalités, l'organisation actuelle et sa transformation, en tenant compte qu'il faut que la vie continue quand même pendant que nous faisons la transformation, et des limites des ressources qui vont m'être disponibles. Quant aux travaux que nous exécutons tant au niveau du plan d'action national et régional que de son suivi, je puis vous assurer que nous ne le faisons que dans un seul et unique profit, qui est celui de la personne âgée et de ses proches. Ce n'est pas juste du travail clérical, administratif. Merci, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le sous-ministre. On est prêts maintenant de passer à la période des échanges, et je vais reconnaître Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Actions du ministère en vue d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans les CHSLD

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. M. le sous-ministre, bonjour. Mme Paradis, bonjour. Messieurs, mesdames, bienvenue à cette commission. Le dossier des personnes âgées en perte d'autonomie, particulièrement celles qui vivent en centre de soins de longue durée, je pense que personne ici autour de la table ne peut pas dire que c'est... Leur sort actuellement qui leur est réservé est assez triste. Leur condition de vie au cours des dernières années n'a fait que se détériorer, et ce, de façon très inquiétante.

Vous avez tantôt mentionné, M. le sous-ministre, qu'il y a eu des rapports qui vous ont interpellé, au ministère de la Santé. Je vais peut-être donner peut-être un bref historique depuis l'an 2000. Au tout début de l'an 2000, les rapports se sont multipliés. Dans chacun des rapports, on énonçait les graves lacunes du système et aussi les effets pervers du sous-financement, particulièrement — on en a parlé la semaine dernière — dans les soins à domicile, mais particulièrement au détriment des personnes hébergées dans les centres de soins de longue durée.

Je vous rappelle un des rapports qui finalement a été l'élément déclencheur et que les gens ont oublié facilement, ça a été le rapport de mars 2000 qui a été déposé et produit par des intervenants de la santé, des gens qui travaillent auprès des personnes hébergées dans les centres de soins de longue durée. Ces gens-là ont eu le courage de produire un rapport qui dénonçait et démontrait les pratiques particulières et insidieuses qui de façon quotidienne, à cause du manque de ressources dans les centres de soins de longue durée, à cause du sous-financement, se passent maintenant dans les centres de soins de longue durée. Je veux seulement rappeler, M. le Président, ce rapport-là qui a été fait par le Regroupement des CHSLD de Montréal, vous vous souviendrez sûrement, que j'avais déposé à l'Assemblée nationale, qui parle...

À cause de l'alourdissement de la clientèle et de la difficulté à répondre à tous les besoins des personnes hébergées, il y a des pratiques qui s'implantent. On a

parlé du port obligatoire de la culotte d'incontinence. Quand les gens arrivent dans les centres de soins de longue durée, qu'ils n'ont pas besoin de porter de culotte d'incontinence, ils ont besoin d'aide pour se rendre à la toilette, maintenant, à cause des ressources, du manque de ressources, on impose ce port de culotte d'incontinence. On a parlé, dans ça, du gavage — ça, je vous ramène, c'est presque il y a trois ans, là, hein, c'est en 2000 — du gavage où on installe les personnes âgées une à côté de l'autre, et on a environ 47 secondes pour les nourrir, qu'on profite qu'un résident soit, excusez l'expression, mais à la toilette pour le laver. Pour éviter des déplacements, on pousse un fauteuil roulant par en avant pendant qu'on en pousse un autre à reculons. Alors, écoutez, on mélange les aliments, le potage et la purée, pour donner les repas plus rapidement. Il y en a pour deux pages dans ce rapport.

Ça, ça a été l'élément déclencheur qui a fait qu'à un moment donné les gens se sont dit: Il se passe des choses dans les centres de soins de longue durée, et c'est fait par des intervenants qui... Leur but n'était pas de mettre le gouvernement dans l'embarras; leur but était d'aider les personnes hébergées parce que, eux, ça leur crevait le cœur d'avoir à utiliser ce genre de pratiques là.

Ensuite est venu le rapport en décembre 2000, le rapport de la commission Clair. Il faut tous se le dire, le rapport de la commission Clair démontre vraiment qu'il faut redonner dignité et respect aux personnes hébergées dans les centres de soins de longue durée. Et le rapport de la commission Clair disait que le gouvernement devait mettre en place un plan de rattrapage budgétaire dans les centres de soins de longue durée afin d'augmenter le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées.

Est venu ensuite, en décembre 2001, le rapport sur la Commission des droits de la personne qui s'intitule *L'exploitation des personnes âgées*, et, dans ce rapport-là, on parle de l'exploitation physique, psychologique, morale, financière des personnes âgées. On dit dans le rapport qu'il y a atteinte à leur intégrité, à leur dignité, à la sécurité et à la liberté des personnes âgées qui vivent dans les centres de soins de longue durée publics et privés. Les participations à la consultation, qui sont en grande majorité des intervenants de la santé, ont dénoncé l'implantation des pratiques. On revient aux pratiques qui avaient été dénoncées l'année d'avant en raison des coupures du personnel dans le réseau et de l'organisation caduque du système, qui contreviennent aux droits fondamentaux des personnes âgées. Et, dans le rapport de l'exploitation des personnes âgées, on reprend encore toutes les mesures de contention physique et chimique où on donne des médicaments supplémentaires aux personnes pour les tenir plus tranquilles, on repare du port de la culotte d'incontinence, du gavage, des carences dans les soins d'hygiène, dans la qualité de vie, des plaies de lit parce qu'on ne retourne pas les gens assez rapidement. La loi dit, si j'ai bonne mémoire, qu'il faut les retourner aux 90 minutes ou quelque chose comme ça. Quand ce n'est pas fait, les gens développent des plaies de lit. Il y a des chutes, il y a des blessures. En tout cas, je pense que vous connaissez très bien le rapport sur l'exploitation des personnes âgées.

Il y a eu les cris d'alarme qui ont été faits aussi par l'Ordre des infirmières, la Direction de la santé publique, le Conseil de la protection des malades, le

Conseil des aînés, et aujourd'hui on se retrouve ensemble pour échanger, à quelques semaines de l'an 2003, à échanger sur le rapport de la vérificatrice générale qui, elle, constate les mêmes lacunes, des lacunes graves au niveau de l'accessibilité, de la disponibilité, l'intensité des services offerts, du manque de contrôle sur la qualité des services. Et, quand on regarde le rapport de la vérificatrice générale, on se rend compte que, dans l'autre rapport qui avait eu lieu en 1993-1994, sur les neuf recommandations qui avaient été faites à cette époque-là, il y en a seulement trois qui ont été mises en application et d'autres qui ont été mises en application de façon partielle mais très insatisfaisantes. C'est bien indiqué dans le rapport, «de façon insatisfaisante».

Alors, vous nous avez fait mention des orientations, des objectifs de votre plan d'action, des orientations ministérielles. Le plan d'action, il va être déposé sous peu. Vous nous parlez, bon, d'un objectif d'ici 2007. Moi, je dis, là: Devant autant de détresse — puis on est au courant, tout le monde est au courant, le ministère est au courant, le gouvernement est au courant, il y a eu tellement de rapports — devant le constat de détresse que vivent des personnes âgées, plus on attend, plus leur vie se détériore, plus leurs conditions de vie ne sont pas améliorées.

Moi, je vous demande quelles actions concrètes et rapides... Je comprends qu'il y a les orientations ministérielles, mais ça, là, c'est sur de longues périodes d'années. On ne peut pas attendre en 2007. Déjà, ces personnes-là attendent depuis déjà plusieurs années. Quelles actions concrètes le ministère va-t-il prendre ou a-t-il prises pour au moins améliorer les conditions de vie des personnes âgées qui vivent actuellement dans les centres de soins de longue durée publics?

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

• (10 h 30) •

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, quelles actions concrètes? Je connais tous ces rapports, M. le Président, et, ce qui est important aussi, bien sûr, un bon nombre de ces rapports dénoncent des situations, mais il y a aussi d'autres centres d'hébergement ou des rapports où il y a une certaine qualité de vie. Parce que, si on banalise et qu'on me dit que tous les centres d'hébergement du Québec, c'est ce que représentent ces rapports, ce n'est pas ça, la vraie vie et la réalité. La réalité, M. le Président: nous avons, oui, des centres d'hébergement, et je pourrais vous en citer, où la qualité de vie, et même à Montréal même... Vous pouvez avoir des centres d'hébergement à Montréal où c'est un mouroir, et je suis d'accord avec Mme la députée, et vous pouvez avoir d'autres centres d'hébergement sur l'île où c'est d'excellents centres d'hébergement, où la qualité de vie est excellente. Et pourtant, M. le Président, c'est le même financement.

Je me suis promené, et on avait une grille d'évaluation, à l'époque, et je prenais un centre d'hébergement qui avait une intensité d'heures-soins de, par exemple, trois heures-soins par rapport à un autre centre d'hébergement. Alors, la régie régionale donnait le même financement à cause des heures-soins d'intensité. Et, quand je dis que la moyenne du financement en centre d'hébergement est de 40 000 \$ par personne sans compter ce que la personne verse elle-même, qui est une moyenne de 10 000 \$ par année pour son hébergement...

Eh oui, il y a certains centres d'hébergement où, moi-même, je disais, à l'époque, comme Curateur public: Je n'enverrai plus de personnes représentées par le Curateur public là-dedans, et il a fallu intervenir, mais d'autres où j'aurais mis mon père et ma mère, où la qualité de vie est excellente. Bon. À ce moment-là, qu'est-ce qui fait la différence? La différence, c'est soit l'organisation des services... La différence, c'est aussi ce qu'on parlait au niveau des pratiques. Et, quand nous avons complété un guide sur la philosophie et les pratiques pour les milieux de vie de qualité et la formation qu'on veut faire, ça, oui, pour changer des pratiques, nous allons le faire. Ça, c'est une action concrète.

Deuxièmement, au niveau des actions concrètes, bien sûr, si on le voit juste sur le volet des actions concrètes, le centre d'hébergement, il faut le voir dans une vision plus large de réseau de services intégrés. Et, dans la vision plus large de réseau de services intégrés, Mme la députée m'a parlé du rapport Clair, la commission Clair. Ce que disait la commission Clair, justement, c'est de consolider la première ligne, c'est de mettre au niveau de la première... autant pour les personnes âgées que pour les services à la population, que, si nous pouvions renforcer la première ligne et avoir un réseau fort de première ligne, nous allons répondre à 80 % des besoins de la population. Et, pour faire ça, nous, oui, des actions concrètes, nous avons commencé. On a commencé, au niveau de la santé physique, à mettre en place le réseau de groupes de médecine de famille pour que surtout ces personnes âgées qui ont besoin d'un suivi médical ont un médecin de famille. Deuxièmement, en attendant l'implantation de ce réseau de groupes de médecins de famille, quand on négociait avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, nous avons mis en place un forfait de prise en charge. Le médecin de cabinet privé peut, à ce moment-là, prendre en charge des personnes et faire le suivi des personnes de 70 ans et plus. Bon.

Là, il nous reste à compléter ce réseau intégré — il y a déjà des expériences qui se font, et je vais pouvoir vous en citer — compléter ce réseau intégré avec la mise en réseau entre le CLSC, le centre d'hébergement et l'hôpital pour que la personne soit prise, excusez l'expression — je n'aime pas le mot «prise en charge» — pour que la personne puisse, à ce moment-là, avoir un continuum de services. Bon. Et enfin, quand, la semaine dernière, je vous disais: Oui, il y a aussi un investissement à faire, nous avons une politique sur les soins à domicile, j'attends l'investissement nécessaire pour la mettre et pour augmenter le niveau de soins à domicile. Donc, M. le Président, ce n'est pas juste de dire: Nous avons un plan d'action, une planification, il y a déjà des gestes concrets qui sont posés. Et j'attends un document que je vous distribuerai. C'est-à-dire, au lieu de voir la vision des services aux personnes âgées en perte d'autonomie sur des... si vous pouviez... Et je l'ai fait exprès pour vous le déposer, pour que vous puissiez voir comment le réseau complet des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, autant les services à domicile que les services dispensés par les groupes communautaires, par l'économie sociale, l'hébergement dans des résidences autant privées que publiques ou privées conventionnées, pour voir que c'est tout un réseau. Il faut le voir à l'intérieur de ce réseau-là pas simplement par le bout ou la lorgnette des services d'hébergement.

Maintenant, l'ensemble de ces rapports qui ont été listés... Vous savez, quand on parle, par exemple, de culottes d'incontinence, bon, c'est vous-même, à un moment donné... Quand je parle de pratiques, c'est qu'on n'utilisait pas les culottes jetables, mais on utilisait ce qu'on appelle des culottes qui étaient lavables, des couches. Mais pourquoi on les utilisait? Parce qu'on ne voulait pas fermer la buanderie, alors que c'était plus simple d'avoir des culottes jetables, alors que, si on avait des couches qui étaient souillées, ça sentait l'urine dans le centre d'hébergement. Et j'ai dû recommander moi-même à un centre d'hébergement: Je ne veux plus que vous utilisiez — pour les personnes que je représentais à l'époque — des couches lavables, prenez des culottes jetables. Et ça, ça ne coûte pas plus cher. Cependant, c'est une question pratique. Alors on n'était pas capable peut-être de faire le choix de dire: Je ferme la buanderie. Et c'est arrivé dans un centre d'hébergement de l'île de Montréal, ils ont fermé la buanderie.

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

Mme Loiselle: Le point n'est pas à savoir si, excusez, là, la couche d'incontinence, elle est jetable ou lavable; c'est qu'on touche à la dignité des personnes âgées. Quand une personne entre dans un centre de soins de longue durée, on lui impose le port de la culotte d'incontinence quand cette personne-là n'en a pas de besoin. Ça, c'est une question de dignité et de respect de la personne. C'est ce que rapportent les rapports. Mais vous nous avez dit tantôt qu'il ne faut pas banaliser les rapports. Vous m'inquiétez parce que vous semblez banaliser, vous, comme sous-ministre, les rapports de l'exploitation des personnes âgées, le rapport de la vérificatrice générale et le rapport de la commission Clair.

C'est sûr que, si tous les centres de soins de longue durée avaient une qualité de vie excellente, on n'aurait pas ces rapports-là devant nous. Je n'ai pas dit que tous les centres de soins de longue durée du Québec étaient tous sur le même pied au niveau des rapports qui sont déposés, mais on a des rapports devant nous qui démontrent clairement que les personnes âgées hébergées dans les centres de soins de longue durée n'ont pas une belle qualité de vie. On ne respecte pas leur dignité. Moi, c'est dans ce sens-là.

Vous me parlez que vous allez mettre en place les groupes de famille, les familles médicales, que vous allez compléter le réseau de services intégrés, que vous avez une politique de soins à domicile, mais on sait tous que votre politique, elle dort actuellement sur les tablettes. Je vous demande: Comme mesures concrètes, il y a sûrement possibilité, dans votre ministère, de mettre en place, je ne peux pas croire, des mesures concrètes qui vont améliorer dès demain la condition de vie des personnes âgées. Je ne peux pas croire qu'on va attendre encore des années avant que les personnes hébergées au Québec reçoivent des meilleurs soins, une meilleure qualité de services. Il me semble que ça ne se peut pas.

Que vous nous parliez des orientations ministérielles, M. le sous-ministre, c'est important d'avoir des orientations ministérielles, c'est important d'avoir des plans d'action, mais il y a une situation de vie de gens en détresse. Et puis, il faut se le dire, là, ce n'est pas des

gens qui peuvent se lever le matin puis aller manifester dans les rues, hein, c'est des personnes en perte d'autonomie, âgées, malades, et sans voix. Alors, moi, je me dis: On a des rapports devant nous, et on les a depuis tout près de trois ans. On fait quoi pour améliorer leur qualité de vie? Il y a sûrement une possibilité de poser des gestes rapides et concrets au ministère pour améliorer la qualité de vie de ces personnes-là.

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

● (10 h 40) ●

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, oui, on a posé des gestes. Il y a un certain nombre de gestes qui ont été faits. D'abord, il faut vous dire que, quand ces rapports sont sortis, par exemple, à un moment donné, au niveau du plan de services individualisés, et quand le VG nous a dit qu'il n'y avait pas de plan de services pour chacune de ces personnes-là, on a posé un geste. On a fait même signer la lettre par le ministre pour écrire aux régies régionales pour leur dire: Nous voulons des plans individualisés de services et nous voulons qu'ils soient révisés dans la prescription du 90 jours prévu par la loi. Et ça, je pourrais vous la déposer. Ça, ça a été un geste qui a été fait le 25 juin 2002. Bon. Donc, là, nous voulons des plans d'intervention et nous voulons que ces plans soient révisés. Alors, premier geste.

Si t'as un plan d'intervention de services pour la personne, individualisé, ça va nous permettre de savoir quels sont ses besoins et comment nous pouvons y répondre. Alors, ça, c'est un geste, moi, je pense, qui est majeur, même s'il était dans la loi. Et, comme on nous a dit qu'il n'était pas... Le VG nous dit, en allant voir dans les établissements, qu'il n'a pas retrouvé 57 %. Alors, je pourrais vous le déposer. Ça, c'est un geste concret, et nous allons nous assurer, avec les régies régionales, que ces plans d'intervention soient faits. Bon.

Maintenant, dès le moment que ces plans d'intervention sont faits, il est de la responsabilité de l'établissement de fournir le service, parce que, le ministère, ce n'est pas lui qui fournit les services, c'est à l'établissement de fournir le service, et c'est de la responsabilité aussi au niveau de la régie régionale de voir à ce que le service soit fourni. Bien sûr, à l'intérieur des contraintes que nous avons de ressources, alors... Et je reviens toujours, M. le Président, au fait de dire: Dans une même région à mêmes ressources, nous avons des centres d'hébergement qui sont de très haute qualité et d'autres qui le sont moins. Donc, ce n'est pas juste les ressources.

Madame, vous pourriez, si vous permettez, Mme Lamontagne, me montrer un document. Et, comme elle vient du Curateur public, je préfère que ce soit elle qui en parle plutôt que moi comme ancien Curateur public.

Le Président (M. Kelley): Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne (Renée): Bon, écoutez, c'est une information complémentaire à vous fournir sur... Ce que disait M. le sous-ministre, c'est que les éléments de qualité de vie, de qualité de services... Sans nier, sans vouloir réduire l'importance d'améliorer le niveau des ressources, on a pu observer... On a eu une information parce qu'on est régulièrement informés des visites de la curatrice publique dans les établissements, et, effectivement, au rapport dont vous parliez on pourrait aussi ajouter

cette information d'une synthèse de rapports d'évaluation qui ont été effectués par la curatrice publique entre avril 2002 et septembre 2002, qui nous indique que, sur un nombre d'établissements qui ont été évalués, au nombre de 18, dans différentes régions, on observe que, sur la qualité de vie, il y a eu une note de 83 % et plus pour l'ensemble des établissements qui ont été visités, une note excellente de 95 % dans six des 18 établissements évalués et très bonne dans 12 des 18 établissements visités.

Sur la qualité des services, maintenant, donc cet élément de qualité de vie, ça a comme confirmé aussi la connaissance qu'on en avait, c'est-à-dire que, dans la qualité de vie, il y a des éléments de niveau de ressources, mais, comme le disait M. le sous-ministre, ça tient aussi à la façon dont l'établissement organise son environnement et donne les services. Sur la qualité maintenant des services, on observe une note de 81 % et plus pour 16 des 18 établissements, soit très bonne et excellente.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme Lamontagne. Mme la députée, peut-être un dernier complément pour cet échange, d'autres demandent là...

Mme Loiselle: Est-ce que c'est possible d'avoir une copie de ce que madame... une copie du tableau?

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

Mme Loiselle: Oui? Je veux revenir...

M. Gabrièle (Pierre): Il y a des évaluations que nous transmet le Curateur public. Si vous voulez les avoir, il faudrait les demander au Curateur public. Nous, on peut vous donner le tableau consolidé.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. Dernière question complémentaire à ce sujet; on peut revenir après.

Mme Loiselle: Oui. Bien, je veux seulement revenir sur... Bon, vous avez dit que vous avez écrit une lettre. J'imagine... C'est aux régies régionales ou aux D.G.? Tantôt, je n'ai pas saisi. Aux D.G. des centres de soins de longue durée, au mois de juin? Aux régies?

M. Gabrièle (Pierre): Des régies régionales.

Mme Loiselle: Avez-vous mis en place... Parce que, bon, vous écrivez une lettre, vous avez fait un geste concret suite à un des éléments du rapport de la vérificatrice générale. Mais avez-vous mis en place un suivi? Parce qu'on sait des fois que, bon, on écrit des lettres, mais, s'il n'y a pas de suivi qui se fait, peut-être que nos recommandations, nos directives dans la lettre vont passer à côté. Est-ce que vous avez un mécanisme de suivi?

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, oui, nous avons mis un mécanisme de suivi, puisque, en plus, je vous informe qu'avec la nouvelle gouverne maintenant les P.D.G. siègent avec moi une fois par mois, et on

appelle ça le Comité de gestion du réseau. Donc, c'est des sous-ministres adjoints avec les P.D.G. Nous formons le Comité de gestion du réseau et nous avons des rencontres statutaires une fois par mois. Alors, nous avons donc un suivi. Nous avons dit aux P.D.G. que nous voulons avoir un suivi annuel, et, si eux peuvent... Comme ministère, nous, nous voulons un suivi annuel, mais eux peuvent mettre en place un suivi trimestriel, parce que c'est aux 90 jours, pour savoir si les plans d'intervention sont et faits et aussi, en plus, révisés aux 90 jours.

Maintenant, ce que nous leur avons dit: si l'état de la situation de la personne ne change pas où ne s'alourdit pas, on ne recommence pas le processus. Cependant, on doit s'assurer qu'il n'y a pas eu d'alourdissement ou changement dans l'état de la personne, et il ne faut pas que tout le processus de révision ou de composition du plan d'action individualisé, qui est assez complexe, s'applique pour tout le monde aux 90 jours. Ce qu'il faut voir aux 90 jours: Est-ce que le plan d'intervention doit être révisé en tenant compte de l'alourdissement ou pas de la personne?

Mme Loiselle: Est-ce que ça, ça comprend, dans votre lettre, que l'examen médical, l'évaluation soit faite dans le premier mois de l'admission de la personne dans les centres de soins de longue durée ou si c'est seulement sur le plan d'intervention?

M. Gabrièle (Pierre): On leur a demandé dans la lettre, M. le Président... Nous leur avons dit ceci.

Le Président (M. Kelley): ...Mme la députée, que les copies sont en train d'être faites. Alors, vous aurez une copie de la lettre sous peu.

Mme Loiselle: O.K.

Le Président (M. Kelley): Alors, peut-être qu'on peut revenir sur le sujet, parce que j'ai d'autres demandes d'intervention. On va attendre la copie.

Mme Loiselle: Oui, vas-y, je reviendrai sur...

Le Président (M. Kelley): Et je vais passer la parole à Mme la députée de Deux-Montagnes.

Mme Robert: Bien, bonjour.

M. Gabrièle (Pierre): Bonjour, madame.

Répartition des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux

Mme Robert: Bon, un autre très, très gros sujet qui nous touche tous de très près. Je vais essayer de le voir d'une façon... de vous l'aborder d'une façon vue de la communauté, un peu à partir des téléphones, des questionnements qu'on peut avoir dans nos bureaux de comté. Ça va se résumer probablement à des questions justement qui ont été posées par la Vérificateur général et qui n'ont pas été appliquées, qu'il y en a partiellement appliquées et qu'il y en a qui n'ont pas été répondues du tout. Ça, ça va être plutôt la répartition équitable des

ressources, qui est une problématique dans la région des Laurentides — on sait pour quelles raisons — mais qui d'autre part a des répercussions, je trouve, intéressantes. On dit que, quand on est dans des situations où il faut être imaginatif pour trouver des solutions, on le fait. Je dis souvent aux gens que je rencontre et aux groupes communautaires ou aux aidants que nous avons développé dans nos communautés des formes d'entraide, des formes de réponses aux besoins qui sont très intéressantes et qui vont être probablement des réponses à notre sous-financement comme il a été élaboré. Alors, répartition équitable des ressources.

Diffusion de l'information sur les services disponibles pour les personnes âgées

Je vais aussi regarder l'information sur les services disponibles pour les personnes âgées. La problématique des gens, c'est les familles encore, c'est les personnes âgées elles-mêmes. Dernièrement, j'ai eu un cas. Suite à une opération, une intervention chirurgicale, la personne a été placée dans un centre d'hébergement. Elle s'attendait, elle, et la famille, à demeurer au centre d'hébergement pour une très, très longue période. Mais, vu la pression, dès qu'elle a été rétablie, on lui a demandé de s'en aller dans un autre centre qui demande moins de soins lourds. La personne ne comprenait absolument pas. La famille était totalement affolée parce que, justement, comme la personne de 80 ans passés avait repris du mieux, et qu'elle venait de s'adapter à son nouveau centre, et qu'on lui demandait, là, de la déplacer encore, pour eux c'était, bon: on veut la faire mourir puis très vite, d'une certaine façon. Alors, c'est tout aussi l'information pour que les gens puissent se préparer ou planifier avec les familles ce qu'il faut faire ou ce qu'il faut entreprendre, et tout ça. ● (10 h 50) ●

L'information, je trouve qu'il n'y en a pas assez. C'est combien, 2,5 millions qui est consacré à nos centres d'hébergement, mais, si on regarde toute la question des soins à domicile, et tout ça, c'est beaucoup plus large que ça. C'est une très, très grosse entreprise. On fait quoi dans nos milieux pour que ces gens soient informés là-dessus? Et l'information, selon moi, peut développer des attitudes différentes. C'est un peu là-dessus que j'interviens. Je pose des questions... des actions à faire parce que, oui, le gouvernement a donné des réponses. Vous nous avez donné des plans, vous nous avez donné... mais c'est comme si dans la communauté on devrait prendre l'attitude: Qu'est-ce que je peux faire pour aider à ce que mes aînés aient de meilleurs soins, aient une plus grande sécurité et, en tout cas, un meilleur milieu de vie? Qu'est-ce que je peux faire, moi, en tant que citoyenne, moi, en tant que famille, moi, en tant que communauté? Dans ce sens, est-ce que ce n'est pas quelque chose qui pourrait être fait rapidement, continuellement? C'est une forme d'animation du milieu, et, selon moi, quand vous nous parlez de la question de la santé physique, c'est inclus là-dedans. Il n'y a à peu près rien qui se passe. Ce qui se passe, c'est des horreurs de cas ou de... qui ressortent.

Il y a un exemple tout à l'heure qui m'est venu. Vous nous parlez du fameux réseau intégré qui pourrait donner des solutions, et tout ça. Et là vous nous expliquez le réseau intégré comme si c'était quelque chose qui

était très, très, très difficile à comprendre, en tout cas très difficile à réaliser, comprenez-vous, dans le sens que, comme on était habitué dans des espèces de silos, et tout ça, tout ce monde-là peuvent avoir certaines difficultés à penser ou à agir plus globalement. Mais, d'un autre côté, c'est: oui, le gouvernement dispense un service, mais c'est la communauté qui demande le service. Et qu'est-ce que la communauté peut faire? Alors, j'aimerais que vous élaboriez là-dessus et que vous nous donniez des réponses plus précises sur la question de la répartition équitable des ressources et l'information sur les services disponibles.

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

Répartition des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux (suite)

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, oui, ça, c'est une recommandation que le VG nous avait faite en 1994 et pour laquelle... la recommandation a été non appliquée. Bon. Pourquoi elle a été non appliquée? Parce que justement à l'époque on était encore — et on l'est encore aujourd'hui — au niveau d'un budget... la reconduction des budgets historiques. Et, quand on veut parler de répartition équitable des ressources, bien sûr, c'est la suite aux travaux du comité Bédard.

Les travaux du comité Bédard sur les centres d'hébergement et CLSC se sont terminés en juin 2002. Nous avons mis... Bien sûr, peut-être que, Mmes et MM. les députés, vous n'aimez pas quand je vous dis: Nous avons mis en place une table de travail pour revoir le modèle d'allocation de ressources, mais j'ai été tributaire des rapports du comité Bédard. Là, on met une table de travail pour revoir le modèle d'allocation de ressources, comment on le répartit, et il va falloir le répartir bien sûr avec une enveloppe populationnelle pour les personnes en perte d'autonomie et pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Même si le modèle d'allocation de ressources était prêt demain matin, il faut que vous compreniez que ou j'ajoute des ressources additionnelles ou, s'il faut que je répartisse le budget, il va y avoir des plus et des moins par rapport à ceux qui en ont plus dans certaines régions et à ceux qui en ont moins. Et, si on devait y aller avec des plus et des moins, il faut avoir une période de transition. Ça ne se fait pas dans une seule année.

Mais, pour l'instant, ce que nous avons fait, en fait, en termes d'équité, c'est que nous avons constaté, dans la répartition des ressources, qu'il y avait un écart, par rapport aux ressources disponibles, de 311 millions, et, cette année, le ministre de la Santé et des Services sociaux, lui, a injecté 50 millions d'argent neuf pour réduire cet écart-là qui sont allés dans les régions où il y avait une disparité, une inéquité de ressources, et plus particulièrement dans les régions qu'on appelle du 450, qui sont la région de Mme la députée, la Montérégie, bon. Mais ça ne règle pas tout. Il faut, c'est vrai, revoir le modèle d'allocation de ressources pour sortir du modèle historique. C'est dans ce sens-là où nous allons répondre à la recommandation du VG. Mais, à l'époque, on ne pouvait pas y répondre parce qu'on n'avait pas les instruments voulus pour revoir le modèle d'allocation sur une base populationnelle.

Évolution du réseau de la santé et des services sociaux

Mme Robert: Là-dessus, les gens, face à notre système de santé, ont beaucoup la tentation, il y a beaucoup de questionnements de dire: Bien, écoutez, on va privatiser, on va aller davantage vers le privé parce que le privé travaille plus vite et se tourne de bord plus vite, et tout ça. Il reste qu'avec l'exemple que vous venez un peu de me donner — nous avons tel modèle, et là il a fallu passer à tel modèle, bon, ça fait 10 ans que ça dure, et tout ça — c'est une grosse entreprise, ça, la santé. C'est une entreprise. La société du Québec se paie des soins de santé en commun. C'est une immense entreprise. Nos entreprises modernes, elles évoluent continuellement. Elles n'attendent pas 10 ans pour faire un rapport, et ci, et ça. Sans arrêt elles sont sur la dernière modernité, et tout ça. Tout à l'heure, madame nous a parlé qu'elle est allée au Danemark; ils font ça différemment. C'est des choses qui bougent tout le temps. Et vous savez que ces entreprises-là, les patrons, et tout ça, sont toujours au courant. Et les patrons de la santé à l'heure actuelle au Québec, c'est notre population. Quand madame va au Danemark et qu'il y a des idées intéressantes qui sont là, il faut que la population le sache tout de suite.

L'évolution que vous pouvez faire à l'intérieur de vos bureaux par les contacts, par les choses que vous voyez, par toute l'information que vous avez, si on attend cinq ans pour en parler à la population puis que, elle, elle prend cinq ans pour évoluer là-dedans... C'est pour ça que c'est si long, puis on est toujours désuet, puis ça coûte très cher avant... En tout cas, remarquez bien que ce n'est pas... Et c'est un peu dans ce sens-là que... Je charrie un peu et même beaucoup, mais c'est peut-être l'exemple... Quand la population nous parle du privé et qu'elle rêve à ce que, au niveau du privé, ça irait plus vite, parce qu'elle fait le rapport avec l'entreprise... Si elle ne veut pas mourir, elle doit aller très, très vite dans ses transformations et dans ses évolutions. C'est un peu dans ce sens-là que je pose cette question.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je comprends Mme la députée. D'abord, nous ne sommes pas statiques, dans le sens que nous attendons 10 ans; nous évoluons. Mais l'évolution, quand je parle de l'évolution, changer demain matin sans transition le régime d'allocation des ressources par le modèle historique, vous risquez, madame, d'avoir une... M. le Président — excusez-moi, c'est au président que je m'adresse — vous risquez d'avoir une révolution.

Je vais juste vous signaler, M. le Président: lorsque le ministre Legault a dit: Bon, j'injecte, au niveau de l'équité, 50 millions, et qu'on a commencé à dire, par rapport aux ressources qu'on avait, qu'il y avait des régions qui avaient une forme de surfinancement par rapport à la répartition, il y a eu une mobilisation de ces régions pour dire: Je ne voudrais pas que vous nous enleviez des sommes pour les transférer à d'autres, parce que chacun reste sur ses acquis. Et il faut, pour faire évoluer le système...

● (11 heures) ●

Ce n'est pas parce que nous voulons être statiques. Comme Mme la députée le disait, c'est une grosse machine, c'est une machine de 17,5 milliards que l'État investit, c'est 40 % du budget de l'État. Mais chacun a des acquis, et il faut travailler avec les partenaires pour les faire évoluer.

Maintenant, quand on parle de réseau de services intégrés, ce n'est pas si complexe que ça. Vous savez, quand nous sommes ici, nous parlons toujours de ce qui va mal, et, moi, j'ai toujours l'opportunité de vous parler de ce qui va bien, parce qu'on n'en parle jamais, de ce qui va bien, malheureusement. C'est toujours l'aspect de ce qui va mal. Au niveau des réseaux intégrés, personne ne vous parle de ce qui va bien dans les réseaux intégrés. Je vais vous parler de ce qui se fait en Arthabaska. J'ai pris exprès certaines régions différentes sur le territoire du Québec. En Arthabaska, ils l'ont mis en place, le réseau intégré, sans ajout de ressources additionnelles. Mais c'est quoi? C'est-à-dire que les CLSC, le centre hospitalier plus les centres d'hébergement, ils se sont mis en réseau. Et, pour vous donner un exemple comment ça fonctionne, Arthabaska, dès qu'une personne âgée, y incluant les cliniques privées de médecins aussi que j'ai oubliées, dès qu'une personne âgée elle-même rentre, mettons, à l'urgence d'un établissement hospitalier, à l'urgence on informe le CLSC que cette personne âgée est à l'urgence, et, quand elle sort, elle va être prise en charge. Mais ça, il y a eu une volonté où ils se sont mis ensemble pour le mettre en place, le réseau intégré.

À Sherbrooke, avec l'Institut de gériatrie et le Dr Réjean Hébert, qui est à l'Institut de gériatrie, qui est là, ils sont en train de développer l'ensemble du réseau intégré dans tout le territoire de l'Estrie, même avant notre plan d'action. Dans la région de Châteauguay, la région de Châteauguay, Anna-Laberge, l'hôpital Anna-Laberge, les CLSC se sont mis ensemble d'accord pour mettre des travailleurs sociaux de CLSC à l'hôpital. Lorsque la personne âgée arrive à l'hôpital pour des soins de santé, après qu'elle ait consolidé, et tout ça, la personne âgée ne reste pas dans un lit d'Anna-Laberge. La travailleuse sociale parle à la personne âgée, elle la prend en charge, essaie de voir si elle est capable de retourner toute seule à son domicile. Sinon, si elle n'est pas capable, à ce moment-là elle appelle la famille, qui vient à l'hôpital parler à la travailleuse sociale. Et là même dans le réseau intégré d'Anna-Laberge ils ont intégré les résidences privées.

Comme Anna-Laberge dessert un territoire qui est semi-urbain et rural, quand les personnes âgées habitent dans un petit village et elles veulent rester dans leur communauté, s'il y a une résidence privée dans leur communauté, donc ils disent à la famille: Allez visiter la résidence privée, et déjà le CLSC l'a visitée, sait quels sont les services qui se donnent à cette résidence privée. Même, ils ont des ententes pour certaines chambres qui sont des chambres de convalescence en attendant que la personne reprenne du mieux, qu'elle puisse retourner chez elle, et ça, c'est ça que j'appelle le réseau intégré, et ça se fait. Et ça se fait, pas avec des ajouts de ressources extraordinaires. Vous voyez, je vous donne ces quelques exemples là, ils sont là. En Abitibi, à Ville-Marie, ils ont fait la même chose. Donc, quand, moi, je parle d'implanter le réseau intégré et qu'on me dit: Quels sont les gestes que vous posez? oui, on a fait ces projets-pilotes, ça se

fait, et nous voulons les développer. Et plus vite nous allons quadriller le territoire québécois, plus vite, à ce moment-là, les personnes en perte d'autonomie n'auront plus à magasiner.

Diffusion de l'information sur les services disponibles pour les personnes âgées (suite)

Vous savez, quand on parle d'information à la population, il y a deux choses. Je pourrais être bête et méchant, dire: Je vais faire des brochures, je distribue des brochures. Ce n'est pas ça, donner de l'information. Donner de l'information, c'est de dire: Il y a une porte d'entrée unique: tu vas au CLSC, et là t'as le gestionnaire de cas qui prend en charge les démarches. Ça vaut mieux que l'investissement dans 1 million de brochures que je pourrais faire, parce que la personne n'a plus à magasiner ni les proches aidants. Alors, vous comprenez, ma vision et ma philosophie, c'est ça. Et, quand on dit: Ça vous prend beaucoup de temps, non. Il y a des gestes concrets, mais, ces gestes-là concrets, on n'en parle pas parce qu'on est peut-être ici pour ne pas en parler. Ce qu'on parle, c'est des cas qui sont des cas d'espèce, puis il va y en avoir toujours, des cas d'espèce. Et je compatis avec vous que dans vos bureaux de comté vous allez toujours avoir des cas d'espèce parce que nous desservons une population de 7,5 millions. Alors, des fois il va arriver un cas d'espèce. Je ne pourrais pas vous donner de garantie qu'il n'y aura pas de cas d'espèce.

Le Président (M. Kelley): Je vous donne la parole maintenant, M. le député de Labelle.

Évaluation du réseau de la santé et des services sociaux du Danemark

M. Pagé: Oui. M. le sous-ministre, mesdames, messieurs, avant ma question, je vais me permettre aussi un petit commentaire. Mon père a 88 ans, il est dans un centre d'hébergement pour personnes âgées depuis quelques mois et, pour avoir visité également d'autres centres, je vous dirais qu'il vit quand même une situation qui est bien. Effectivement, à certains endroits, on constate qu'il manque peut-être des ressources, il manque peut-être du financement, mais, bon, je pense que l'opposition et tout le monde le sait, il y a un problème de financement, il y a un problème de déséquilibre fiscal et, tant qu'on ne l'aura réglé, on sera aux prises avec cette problématique-là. Donc, cette parenthèse-là, c'est surtout pour rendre hommage quand même aux gens — on ne l'a pas fait encore — mais aux gens qui quotidiennement, sept jours sur sept, jour et nuit, font un travail absolument magnifique — et depuis quelques mois j'ai l'occasion de le constater — et des gens qui sont compétents, consciencieux et très motivés. Alors, je pense que ça vaut la peine de le dire.

Là, où vous m'avez allumé, tantôt, et ma collègue en a parlé un peu, mais je trouve qu'on n'a pas suffisamment abordé le sujet encore, c'est l'expérience du Danemark. J'aimerais que vous m'en parliez. J'aimerais que me disiez... Ça semble être bien différent de ce que l'on vit ici. Si c'est bien, s'il y a des bons résultats, quels sont les contacts que vous avez avec eux? Alors, j'aimerais en entendre parler un peu, s'il vous plaît.

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

M. Gabrièle (Pierre): Je souris d'aise, j'ai au moins dans la salle deux personnes sur quatre qui sont allées au Danemark. Ha, ha, ha! C'est la sous-ministre adjointe à la population, Mme Renée Lamontagne, et Mme Savard, des...

Une voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): Non? Toi, tu devais, tu n'es pas allée. Alors donc, Mme Lamontagne pourra vous en parler, puisqu'elle y est allée. Donc, si vous permettez, Mme Lamontagne.

Le Président (M. Kelley): Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne (Renée): M. le Président, écoutez, ce qu'on a... Effectivement, ça a été une observation, on allait sur le terrain pour observer. La littérature internationale nous indiquait que l'expérience du Danemark est reconnue comme étant une expérience qui est heureuse en termes de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Donc, on est allés sur place pour observer, je vous dirais, les clés du succès et on est revenus avec des convictions encore plus ancrées qu'avant notre départ.

J'aimerais d'abord vous dire que cette mission qui a été réalisée à la demande du ministre... J'étais accompagnée par... Comme on voulait que ce ne soit pas... ce n'était pas une mission d'étude, d'analyse qui était vraiment une observation afin de pouvoir faire des transferts, j'étais accompagnée par un P.D.G. de régie régionale de même que deux directeurs généraux, un de CLSC-CHSLD et un de CLSC.

Les convictions qu'on en a rapportées sont les suivantes: il y a des clés effectivement à de bons services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Une de ces premières clés est l'inscription de tout le monde, de toute la population, je vous dirais, mais plus particulièrement des personnes qui sont en grande vulnérabilité, auprès d'un médecin de famille. On aura beau vouloir faire les meilleurs services intégrés au monde, si on ne peut pas garantir l'accessibilité à un médecin de famille en tout temps, la personne, effectivement, risque que se retrouver dans des services inappropriés, c'est-à-dire l'urgence de l'hôpital. Alors, ça, c'est une des premières clés.

● (11 h 10) ●

Une deuxième clé — et là on parle effectivement d'un modèle un peu différent, mais on est capable de faire des transferts — une deuxième clé est l'importance qu'il y ait un acteur, je vous dirais, un acteur responsable, une autorité qui a à la fois l'autorité et la responsabilité, donc l'imputabilité sur un plan local, une institution locale qui a la responsabilité de la personne, des personnes où qu'elles soient dans le système lorsqu'elles sont en état de vulnérabilité.

M. le sous-ministre, dans sa présentation d'ouverture, faisait référence aux travaux qui sont en cours, dont on souhaite voir l'opérationnalisation au cours de 2003-2004 — donc, c'est à nos portes — dont le gestionnaire du réseau. Ce que ça signifie, le gestionnaire du réseau, c'est effectivement — et là certains éléments y seront attachés — un budget unique, hein, passer de

cette modalité historique, budget historique des CLSC et des CHSLD, à une budgétisation populationnelle personnes âgées sur une base territoriale locale qui permette effectivement l'aménagement des services au gré des besoins, de l'évolution des besoins des personnes, qui permette aussi cette grande responsabilité.

Mme la députée faisait référence tout à l'heure à la difficulté pour les personnes et pour les proches... Je crois que vous avez très, très bien illustré la complexité de notre système. Il est gros et il est complexe, notre système, puis ça fait partie des observations qu'on fait, qu'on connaît, de nos lacunes, hein, de nos difficultés qu'on souhaite corriger. C'est compliqué pour la personne, comme vous dites, de savoir où s'adresser quand... Donc, je me retrouve à l'hôpital, mon père se retrouve à l'urgence. Qu'est-ce qui lui arrive après? Il est dans une phase de transition. Qui va s'en occuper? Donc, une de ces clés est de dire: Il y a un gestionnaire, il y a un établissement local qui a une responsabilité sur la base territoriale locale, donc la personne a vraiment cette — M. le sous-ministre disait qu'il n'aimait pas l'expression «prise en charge»; moi non plus, ça fait un peu trop condescendant — mais vraiment une bonne prise en charge de sa situation, plus que de la personne, ce qui veut dire que, la personne, qu'importe où elle est dans nos mécanismes ou dans nos établissements, c'est toujours la même responsabilité.

On pourrait l'illustrer de la façon suivante, selon qu'elle est dans un établissement ou un autre, ce qui veut dire que cette responsable locale demeure toujours responsable locale. Si la personne se retrouve effectivement à l'urgence... Hein, c'est souvent comme ça que les situations se déclenchent: une situation se détériore, la personne se retrouve à l'urgence, et c'est comme ça que ça démarre. Alors là, présentement, de la façon dont on fonctionne, c'est le client de l'hôpital. Si la personne est hospitalisée, c'est un client de l'hôpital. Ça ne devrait plus être un client de l'hôpital; ça devrait être le client du responsable local qui a la responsabilité de s'assurer, si la personne, elle est à l'urgence parce qu'elle a besoin de soins, qu'elle soit hospitalisée. Si elle est à l'urgence et que ce n'est pas là qu'elle devrait être, qu'elle devrait avoir une prise en charge à domicile, qu'elle sorte le plus rapidement possible de l'urgence. Il ne devrait pas y avoir donc ce long temps d'attente à l'urgence. Alors, ça, ça fait partie effectivement des clés qu'on a pu observer et qu'on estime...

Donc, dans le modèle danois, ce sont les municipalités qui sont responsables des services locaux. Bon, on se dit: On n'est pas dans ce système-là, mais on a un système effectivement où on a développé, dans notre système de services sociosanitaires, des responsabilités locales que sont les CLSC, nos équivalents. On pourrait très bien travailler avec ces modèles-là. Et ce qui nous a un peu rassurés... Je vous le dis, on a eu un peu peur d'aller observer un modèle qui était tellement loin de notre réalité qu'on mettrait effectivement 10 ans ou 20 ans à transformer les mentalités et à pouvoir faire les changements. Mais on estime qu'avec ce qu'on a déjà en place on est capables de faire des changements assez rapides, d'autant plus que ces clés sont tout à fait cohérentes avec les orientations ministérielles. On parlait tout à l'heure des orientations ministérielles en matière de services aux personnes âgées qui ont été

publiées en février dernier, et on est en cohérence. Donc, ce qu'on est en train de regarder, c'est la partie plus opérationnelle de ces éléments-là.

M. Gabrièle (Pierre): ...parler des centres d'hébergement au Danemark.

Mme Lamontagne (Renée): Ah! Oui. Ha, ha, ha! Écoutez, une autre clé, je vous dirais — merci, c'est une troisième clé — c'est que les services, contrairement au système qu'on observe présentement au Québec où le panier de services est offert en fonction de l'endroit où loge la personne... Hein, je l'illustrerais de la façon suivante: on est à domicile, on a droit à une certaine gamme de services à domicile. On se retrouve en ressources intermédiaires, on a droit à une autre gamme de services. On se retrouve en CHSLD, on a droit... Parfois certains services, parfois non — ha, ha, ha! — selon le CHSLD dans lequel on se retrouve. Alors donc, le panier de services présentement est établi en fonction du lieu où on réside.

Au Danemark, ce qu'on a observé, c'est que, à la suite... ils ont transformé le système de la façon suivante: il y a d'abord eu un embargo en 1988, une décision que le modèle qu'on appelle là-bas des «nursing homes» — mais c'est tout à fait assimilable à notre modèle actuel de CHSLD — n'était pas un modèle qui garantissait la meilleure qualité de vie pour les personnes. Alors, il y a eu une décision d'embargo: on cesse complètement de construire ce type de ressources et on commence à penser à des modèles différents. Alors, c'est ce qui a été fait, qui a amené une variété de résidences pour les personnes, donc. Et aujourd'hui ce qu'on retrouve, c'est ce qu'ils appellent, eux, le «dwelling housing» mais qui pourrait tout à fait être de l'adaptation de nos CHSLD si on fait évoluer le modèle. Mais ce qui est important, c'est que la personne dans ce type d'endroit, ce n'est pas un établissement, ce n'est pas une institution. On considère d'abord et avant tout que la personne, c'est son lieu de résidence. Et qu'importe où est la personne, les services que la personne reçoit sont basés sur deux éléments majeurs: un, l'appréciation de ses besoins, l'évaluation de ses besoins — donc, la personne devrait pouvoir recevoir des services dans un milieu, je vous dirais, plus protégé, de type CHSLD, non pas sur la base du service disponible dans le CHSLD, mais sur la base de ses besoins, donc qu'importe où elle est — deuxièmement, sur la décision de la personne et de ses proches, son choix.

Par exemple, si on décrète de façon normative qu'une personne devrait avoir un bain, deux bains, trois bains, quatre bains, et etc., par semaine, la personne va pouvoir faire le choix aussi de dire: Bien, moi, je n'ai pas été élevée comme ça, j'ai été élevée à prendre un bain par semaine, et, le reste de la semaine, j'aime bien être lavée autrement. Alors, ça appartient à la personne. La personne fait le choix aussi de ça, de son horaire de vie, hein? C'est un grand changement, ce n'est pas: tout le monde, on se lève à telle heure, tout le monde mange à telle heure. La personne fait le choix de son horaire de vie. Mais, pour être capable effectivement d'arriver à ce modèle-là, notre clé à nous, c'est le gestionnaire local, de s'assurer que ce gestionnaire s'assure que la personne reçoit les bons services, qu'importe le lieu où elle est.

Ça devient donc une fausse question de se dire: Est-ce qu'on devrait avoir un panier de services de base communs dans les CHSLD? Est-ce que tous les CHSLD devraient avoir des services de nutrition, tant d'heures de réadaptation en physiothérapie, tant d'heures de services de réadaptation en ergothérapie? Ce n'est pas l'établissement qui doit avoir des ressources et des services, c'est la personne. Et le gestionnaire local doit s'assurer que Mme Tremblay a besoin de services de nutrition tant d'heures par semaine si elle est dans ce CHSLD là. Peut-être que son voisin, M. Caron, n'en a pas besoin. On doit s'assurer que le service se rend à la personne et non pas que la personne doit être là où on a des services.

M. Pagé: Quand êtes-vous allée au Danemark?

Mme Lamontagne (Renée): Il y a deux semaines.

M. Pagé: Il y a deux semaines?

Des voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Robert: Les coûts?

Mme Lamontagne (Renée): Je n'ai pas eu le temps.

Mme Robert: Est-ce qu'il y a une évaluation des coûts? Le coût, le coût de ce type de services.

Mme Lamontagne (Renée): Bien, écoutez, ce qui nous a... c'est que, de façon générale, le Danemark n'investit pas plus dans son système de santé que le Québec.

M. Pagé: On a l'intention de faire quoi avec cette expérience que l'on constate, qui, semble-t-il, est très intéressante?

• (11 h 20) •

M. Gabrièle (Pierre): Justement, oui, c'est pour ça que nous sommes allés voir, l'intérêt. C'est que, dans ma vision et mon approche, un centre d'hébergement n'est pas un hôpital de longue durée — et je l'ai clairomné depuis longtemps — c'est un lieu de résidence pour la personne, et parfois on l'oublie parce qu'on le considère comme un hôpital de longue durée. C'est d'abord et avant tout un centre d'hébergement. Elle paie son loyer. Bien sûr, chaque personne paie. Je vous dis, en moyenne ils paient 10 000 \$ par année. Donc, c'est d'abord son hébergement. Et on lui donne des services à proximité, c'est-à-dire des services à domicile presque, mais dans un centre d'hébergement. Et c'est pour ça qu'on a toujours parlé de milieu de vie.

Cependant, la transformation... Et c'est là, quand je parle d'organisation des services... Il y a certains qui n'ont pas compris que c'est un centre. Vous savez, vous pouvez vous promener dans certains centres d'hébergement, ils ont une belle charte du résident qui est affichée au mur, mais, dans le quotidien, il vaudrait mieux qu'ils la fassent vivre dans les étages plutôt que l'afficher dans le mur de l'entrée, parce que, s'ils sont

conscients que la personne est chez elle à loyer, donc ils doivent respecter... Comme le disait Mme Lamontagne, si elle veut avoir un bain par semaine et pas trois bains par semaine, c'est son choix, à moins qu'elle est incapable, incapable de décider. Et, là encore, ce n'est pas à l'établissement à décider pour elle, c'est aux proches aidants ou ceux qui en ont la responsabilité.

Donc, nous, ce que nous voulons dans les services intégrés: d'abord et avant tout, revoir l'organisation pour laisser la personne le plus longtemps possible dans son milieu. Et c'est pour ça, quand je vous disais: Au lieu d'investir dans le béton tout de suite... Parce qu'on investit dans le béton. Oui, c'est sécurisant. C'est sécurisant pour tout le monde. Autant c'est sécurisant pour la famille... Et ce n'est pas négatif, péjoratif, ce que je dis là, parce que les gens sont derrière... Dans la brique, ils sont en sécurité. C'est sécurisant pour vous ou pour le gouvernement comme pour le sous-ministre à la Santé. Tout le monde se conforte avec ça, alors que, nous, on dit: Non, ce qu'il faudrait, c'est que l'hébergement, le centre d'hébergement et de longue durée, c'est lorsque, tous les autres moyens de maintenir la personne dans la communauté, on ne peut plus les fournir à cause, par exemple, que la personne s'est aggravée, qu'elle est devenue Alzheimer et qu'elle ne peut pas rester dans la communauté. Alors là, bien sûr qu'il faut lui donner un milieu plus sécurisant, et ça pourrait être donc le centre d'hébergement. Donc, la transformation que nous voulons faire, c'est ça. Alors, plutôt qu'investir dans les places ou les listes d'attente, pouvons-nous d'abord transformer les choses pour qu'on donne plus de services à domicile?

Comme exemple, à la Régie de la Montérégie, à un moment donné ils viennent me voir. Tout le long du littoral, le Vieux-Longueuil, Brossard et Saint-Lambert, ils avaient 300 noms sur une liste d'attente pour l'hébergement. Alors, ils me disaient: Il faudrait construire 300 places. À un moment donné, on leur a dit, j'ai dit: Écoutez, avez-vous visité, dans les centres d'hébergement de courte durée sur les territoires, combien il y a de personnes qui sont en perte d'autonomie mais qui ne sont pas des personnes âgées et qui devraient sortir de ce centre d'hébergement pour avoir un milieu de vie différent? Donc, si c'est quelqu'un qui a 40 ans, et qui a la sclérose en plaques, et qui est en perte d'autonomie, et qui est au centre d'hébergement, si elle est là avec des personnes âgées qui ont des problèmes de sénilité, ce n'est pas un milieu de vie pour elle. Et là vous savez combien on en a découvertes, de ces personnes adultes qui avaient des problèmes d'autonomie mais pas des problèmes des personnes âgées? On en a trouvé 130. Et, en trouvant des milieux substitués pour ces 130 là, je venais de faire baisser la liste d'attente de 30 %. Et nous n'avons rien fait de plus et, au contraire, nous avons amélioré la qualité de vie de ces personnes-là.

C'est pour ça que je suis en désaccord, avec tout le respect que j'ai pour le Vérificateur général, sur une des recommandations d'avoir un minimum de services dans tous les centres d'hébergement de base, parce que, quand je donne un minimum de services, c'est comme si le centre d'hébergement devient un hôpital de longue durée.

Oui, je suis d'accord à ce que... Comme Mme la députée tout à l'heure a dit, il faut évaluer les besoins de ces personnes et avoir un plan d'intervention individualisé.

Et, si la personne a besoin de physiothérapie, c'est au centre d'hébergement à aller chercher la ressource pour la lui donner. Mais il ne faut pas que tout le monde ait de la physiothérapie et qu'il y ait un minimum... ou des gens qui sont à l'intérieur, qu'on donne un panier minimum à tout le monde. C'est selon les besoins. Et c'est ça un peu, la transformation que nous voulons faire, et maintenant aussi... de regarder de l'hébergement alternatif ou substitut.

Et, quand je parle d'hébergement alternatif et substitut, au début, vous savez, on avait certains clichés au niveau des résidences privées. Bon. Oui, il y avait des résidences privées qui étaient ce qu'on appelle des résidences clandestines, mais il y a des bonnes résidences privées qui ne sont pas clandestines.

Le Président (M. Kelley): ...parce qu'on a plus de demandes d'intervention. Alors, peut-être si on peut accélérer.

M. Gabrièle (Pierre): O.K.

Le Président (M. Kelley): Si on peut clore, ou un dernier commentaire, M. le député, parce que je veux donner la parole à Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne après. Alors, dernier commentaire?

M. Pagé: Oui. D'accord. Oui. Rapidement, les résidences au Danemark, c'est essentiellement du privé ou du public?

Mme Lamontagne (Renée): On est dans un système bien différent où l'organisation du logement des personnes et l'organisation des soins est distincte. O.K.? Alors, on a de tout, effectivement. Il y a ce qui pourrait être assimilable ici à ce qu'on appelle, nous, un HLM, mais il y a aussi des résidences qui appartiennent à des OSBL. Certaines appartiennent à des communautés religieuses, certaines sont publiques également. Il y a toute la variété, puis il y a le public, puis il y a du privé. Il y a toute la... Oui, il y a du privé aussi.

Peut-être une dernière remarque pour répondre, M. le Président, parce que ça m'apparaît important, puisqu'on parle de l'hébergement, qu'on me demandait si l'investissement était à la même hauteur. Dans les clés, j'ai oublié d'en mentionner une qui est majeure, c'est que le premier geste qui a été posé a été l'inversion de la pyramide, c'est-à-dire d'investir, parce qu'on sait que, présentement, dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie au Québec, on investit beaucoup plus en milieu d'hébergement CHSLD que dans la communauté. Et le premier geste qui a été posé, effectivement, ça a été de consolider, c'est-à-dire d'accentuer les services à domicile à partir de ces...

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

Sommes requises pour le financement des CHSLD

Mme Loiselle: Merci, M. le Président. Peut-être revenir un petit peu en arrière sur certains de vos propos que vous avez faits tantôt, sur lesquels je suis en

désaccord. Quand vous avez dit qu'on fait un peu des cas d'espèce, je ne considère pas que deux rapports du Vérificateur général, c'est un cas d'espèce. Je ne considère pas non plus que *L'exploitation des personnes âgées*, c'est un rapport qui fait des cas d'espèce. Je pense que ça établit qu'il y a un malaise profond dans le système et de graves lacunes dans le système à corriger.

Et vous avez dit tantôt que vous aimez bien parler des choses qui vont bien et que, nous, on met un petit peu plus l'emphase sur ce qui va mal. C'est sûr que, si on met l'emphase sur ce qui va mal, M. le sous-ministre, c'est parce que, en bout de piste, il y a des personnes malades et âgées qui en paient le prix et qui subissent les conséquences de ce qui va mal dans le système. Alors, on est ici, nous, pour essayer de trouver des avenues pour justement remédier à ce qui va mal dans le système de la santé, et particulièrement dans les centres de soins de longue durée, pour aider les personnes hébergées qui ne reçoivent pas les soins auxquels elles ont droit.

Vous avez aussi mentionné, au niveau de la distribution de l'information, que des fois on dit que vous êtes lent, mais il y a quand même une recommandation de 1993 et 1994 qui n'est même pas encore appliquée. Elle est appliquée de façon partielle. Et la vérificatrice générale dit qu'au niveau du service d'information qui est donné aux personnes âgées c'est très insatisfaisant, ce que vous avez fait à date, et ça fait huit ans. Alors, il y a une certaine lenteur à mettre en place ce service d'information là.

● (11 h 30) ●

Vous avez admis aussi, au niveau du financement, tantôt, que vous aviez un manque d'argent pour les centres de soins de longue durée. Je pense que vous l'avez fait à une ou deux reprises. Lors de notre dernière rencontre pour la Politique des soins à domicile, vous avez dit: Oui, ma politique, elle est prête, mais vous avez besoin de 300 millions. Et l'Association des CLSC et des CHSLD demande depuis les deux dernières années, pour répondre de façon minimale aux besoins de base... On s'entend, là, qu'il n'y a pas ici de services professionnels comme l'ergothérapie, la physio et les services psychosociaux. Seulement pour les besoins de base dans les centres de soins de longue durée, il faut un investissement de 60 millions par année pendant cinq ans, 300 millions. Est-ce que vous considérez que vous avez besoin, vous, de 300 millions pour donner une qualité de vie et améliorer la qualité de vie des personnes en centre de soins de longue durée? C'est un montant qui pourrait vous aider à mettre en place des centres de soins de longue durée de qualité?

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je ne reviendrai pas... je n'ai pas parlé que les rapports présentés, c'étaient des cas d'espèce. On pourra relire le verbatim.

Mme Loiselle: Ici, on parle de cas d'espèce.

M. Gabrièle (Pierre): Mais, quand on parle de...

Mme Loiselle: On parle, ici, de deux rapports de la vérificatrice générale, alors je ne considère pas ça, moi, comme des cas d'espèce.

M. Gabrièle (Pierre): Non. Moi non plus.

Mme Loiselle: Bon. D'accord. On s'entend.

M. Gabrièle (Pierre): On s'entend. Bon. Comme ici, M. le Président, je considère que le Vérificateur général fait des recommandations, et, bien sûr, c'est au ministère à les appliquer. Les recommandations ne sont pas décisionnelles, il faut que je les applique. Vous êtes d'accord avec moi, Mme la vérificatrice générale?

Mme Paradis (Doris): Tout à fait.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Alors donc, aussi c'est important que ça, ce soit clarifié, parce que, autrement, bon, c'est le Vérificateur général qui vient gérer au ministère. Donc, ici aussi, ça, il faut le clarifier. Bon.

Donc, ceci étant dit, M. le Président, quand on me dit: Si on me donnait 300 millions pour les centres d'hébergement, bien sûr que, si j'ai des ressources additionnelles, je ne dirai pas que je n'en ai pas besoin. Ha, ha, ha! Cependant, ce que je vous dirais: peut-être que mes choix de priorités seront différents, parce que, depuis tout à l'heure, je vous dis que le renversement de la pyramide, l'organisation des services que je veux mettre en place... C'est peut-être plus que j'investirais dans les soins à domicile ou dans des modèles substituts. Mais bien sûr que, pendant une période de transition, s'il y a des centres d'hébergement, par exemple, qui ont des personnes qui ont besoin de trois heures et demie de soins par jour et qu'actuellement on ne leur en donne que trois heures ou deux heures et demie, pendant cette période de transition, bien sûr qu'il faudrait de l'argent pour les ramener à ce niveau-là. Mais, si j'avais un budget de l'ordre, comme parlait Mme la députée, de 300 millions pour les soins à domicile et 300 millions pour les centres d'hébergement, il se peut que je ferais peut-être certains choix budgétaires différents, parce que, autrement, regardez, c'est toujours la même problématique.

Prenez un exemple, l'exemple de la personne qui se présente toujours dans les urgences. Alors, quand j'ai un engorgement dans les urgences et que j'investis pour désengorger l'urgence, pour acheter des places temporaires, pendant que je fais cet investissement-là, je ne l'investis pas dans les soins à domicile. Donc, il faut à un moment donné qu'il y ait certains choix qui se fassent. Et c'est pour ça que je vous dis: Oui, si on avait des crédits en conséquence, ce serait intéressant pour les centres d'hébergement pour une période transitoire, pour mettre à niveau le niveau de services dans certains centres d'hébergement. Mais pour d'autres on devrait leur dire: C'est plus dans l'investissement dans les soins à domicile qu'on le ferait, à cause des orientations qui sont là-dedans et que nous voulons mettre de l'avant.

Services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie

Le Président (M. Kelley): Est-ce que je peux poser une petite question, ma chère collègue? D'une

certain façon, est-ce qu'il y a une limite quand même aux soins à domicile comme recette? Je regarde le tableau sur la page 31 du rapport du Vérificateur général puis j'ai trouvé fort inquiétant... dans le sens qu'on voit que l'alourdissement des dossiers qui se présentent maintenant... Il y a quelques critères qui sont ici pour voir qui sont les personnes qui sont de plus en plus dans une très grande perte d'autonomie. Et je comprends tout l'argument qu'on présente les soins à domicile... Au début, dans la perte d'autonomie, au début de la perte d'autonomie, peut-être qu'il y a des choses qu'on peut faire; mais, la première fois qu'on a quelqu'un qui a un diagnostic d'Alzheimer, on n'est pas obligé le lendemain de les mettre dans un centre d'hébergement. Je le comprends.

Le phénomène se produit d'une façon, pas naturelle, mais je regarde le tableau ici et, si je l'interprète bien, ça me démontre que déjà les cas qui arrivent dans nos centres d'hébergement sont de plus en plus lourds, et je ne suis pas certain que ça, c'est une clientèle idéale pour les soins à domicile. Et c'est toujours dans le continuum qu'on essaie de décrire ici. Avec le profil démographique, il demeure quand même que les soins à domicile, ce n'est pas la recette magique à tout. Et, quand je regarde les clientèles et les changements dans juste 15 ans dans le tableau ici, si je l'interprète bien, les personnes qui arrivent dans vos centres d'hébergement aujourd'hui ont des besoins beaucoup plus importants qu'il y a 15 ans, et, moi, je vois que c'est une tendance qui va juste continuer. Est-ce que la recette soins à domicile...

Il demeure quand même qu'il y a un noyau important ici des personnes que les soins à domicile, ce n'est pas... Même avec tout le soutien pour les proches aidants et toutes les autres questions que nous avons soulevées il y a deux semaines, on arrive à un certain moment que le proche aidant ne peut plus faire... La communauté et la famille, tout le reste, est débordée ou épuisée. Juste les commentaires sur ça, parce qu'on a toujours cette impression de renverser la pyramide, mais il demeure quand même qu'on aura besoin... Parce que la clientèle a des besoins de plus en plus importants, il y aura toujours un modèle de... Si ce n'est pas un hôpital, ce n'est pas loin d'un hôpital, quand même, parce que les besoins de la clientèle sont très importants.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je ne vous ai pas dit que les soins à domicile, c'est la recette. Je vous dis qu'au bout, à un moment donné, vers la fin de l'espérance de vie de la personne, bien sûr qu'il faut lui donner une forme de sécurité.

Quand vous regardez le tableau, M. le Président, de la page 31, il y a, par exemple, des personnes qui ont besoin d'aide pour les soins d'hygiène. Vous voyez qu'ils ont augmenté de 50 à... Si elles n'avaient que des besoins d'aide pour les soins d'hygiène, ce n'est pas nécessaire qu'elles soient dans un centre d'hébergement, nous pourrions le donner à domicile. La personne qui est incontinente et qu'elle n'a que cette problématique-là, ce n'est pas nécessaire qu'elle soit en hébergement. Mais, si elle a d'autres facteurs qui s'ajoutent, oui, là nous savons la lourdeur de cette personne-là, et peut-être qu'on ne peut pas la laisser à domicile. Bien sûr, si la personne a des problèmes physiques, qu'elle est alitée, qu'elle est en plus incontinente, qu'elle a besoin d'être

alimentée complètement, elle ne pourra pas se faire à domicile. Alors, vous comprenez, il faut justement moduler ça. Et ce que je vous dis: oui, il y aura encore des centres d'hébergement. Mais je n'aurais peut-être...

De moins en moins, si je mets en place les soins à domicile... j'aurais de moins en moins de personnes qui ont besoin peut-être de deux heures-soins par jour qui se retrouvent en centre d'hébergement. Actuellement, de plus en plus, quand on regarde par la pratique la lourdeur, ce qui rentre dans les soins d'hébergement, c'est les personnes qui ont besoin de 3,5 heures par jour de soins, et les autres devraient avoir d'autres services ailleurs. Mais, entre-temps, ceux qui sont déjà là à deux heures, je ne peux pas les sortir pour dire: Je vous ramène à domicile, et vous allez avoir des soins à domicile. Donc, il faut que j'attende que ces personnes nous quittent, comme on dit, et que, à ce moment-là, ne rentre dans la place laissée vacante que quelqu'un qui aurait besoin de trois heures, trois heures et demie ou quatre heures-soins par jour, c'est-à-dire des clientèles plus lourdes.

Le Président (M. Kelley): Je vais retourner la parole à Mme la députée...

Mme Loiselle: ...sur le même tableau, au niveau de l'alourdissement de la clientèle, vous dites: Les personnes qui sont — comme le tableau, là — personnes qui sont incontinentes — si on regarde le tableau, là — c'est des gens qui sont dans une unité de CHSLD. Elle n'est pas seulement en centre de soins de longue durée parce qu'elle a un problème d'incontinence, là. On se comprend. Votre tableau, ce n'est pas juste ça, qu'il dit, là. C'est une personne qui est en lourde perte d'autonomie, mais qui a un problème aussi d'incontinence. Parce que vous avez augmenté le nombre d'heures-soins pour être admissible à entrer dans un centre de soins de longue durée. Alors, c'est des cas qui ne sont pas en légère perte d'autonomie, ce sont des cas en lourde perte d'autonomie. Alors, le tableau ici nous donne une idée, mais la personne qui est incontinente, elle n'est pas juste là parce qu'elle est incontinente, c'est parce qu'elle est... Bon. Je faisais juste peut-être cette distinction-là, dans votre tableau, de ce que vous venez de nous dire. Si elle est en centre de soins de longue durée, c'est parce qu'elle a des problèmes beaucoup plus graves que seulement l'incontinence.

• (11 h 40) •

Mais je veux revenir sur les services professionnels.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je ne sais pas si on ne se comprend pas. Je n'ai pas dit que la personne qui était là... J'ai pris un exemple d'un élément. Si la personne a besoin de soins d'hygiène tout simplement, je les lui donnerais à domicile. Mais je ne disais pas que dans ce tableau-là les gens n'avaient... Je disais: Si elle a d'autres facteurs cumulés, bien sûr qu'elle a besoin d'aller en centre d'hébergement.

Mme Loiselle: Le tableau parle des gens qui sont en centre de soins de longue durée. On s'entend?

M. Gabrièle (Pierre): Oui.

Soins professionnels prodigués dans les CHSLD

Mme Loiselle: O.K. La vérificatrice générale, dans son rapport, au niveau des services professionnels... Parce qu'on revient à ce tableau-là où on se rend compte, là... Regardez, les personnes hébergées pour une perte d'autonomie cognitive, d'autres, des personnes qui sont alitées, personnes qui ne peuvent plus communiquer précisément leurs besoins, ça a augmenté de façon effarante. Personnes Alzheimer, en 1985, c'était 12 %; aujourd'hui, en 2000, c'est 68 %. Les personnes qui sont alitées 24 heures par jour, en 1985, c'était 25 %; c'est rendu à 44 %. Les personnes qui ne peuvent plus communiquer leurs besoins, en 1985, c'était 25 %; c'est rendu à 62 %. Et on nous dit dans le rapport de la vérificatrice générale qu'il y a un manque flagrant de services professionnels, que, dans l'ensemble des régions, 27 % de ces établissements n'ont pas d'ergothérapeute, 15 % des établissements n'ont pas de physiothérapeute, puis la situation est pire en regard des services psychosociaux, puisque 44 % de ces établissements n'en ont pas.

Qu'est-ce que vous allez faire pour essayer d'augmenter les services professionnels dans les centres de soins de longue durée, où on se rend compte qu'il y a un manque flagrant de ces services-là dans une grande majorité de ces centres?

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, regardez, établir l'approche, c'est que je l'ai dit tout à l'heure, c'est là où je diffère avec le VG. L'approche du VG... c'est une approche, je dirais, normative où il me dit: Je veux avoir, pour des services professionnels, un minimum de base, le même dans tous les établissements. C'est comme ça que je le comprends, moi, le rapport. Moi, je vous dis: Ce n'est pas comme ça que, nous, nous allons, dans la mise en place de nos orientations, le faire. Nous allons regarder d'abord... mettre en place les PSI pour chacune des personnes, les plans individuels de services. Nous allons regarder les besoins.

Et là, quand on parlait que nous allons donner une enveloppe clientèle par région, à partir d'une enveloppe clientèle par région, compte tenu des besoins identifiés de chacune des personnes, là on verra à allouer des services de travailleurs sociaux, ergothérapeutes et autres. Mais on n'aura pas... de dire: Dans chaque établissement, je vais retrouver tant de personnes, parce que là on s'en va encore avec une approche normée, et c'est avec une approche normée comme ça que nous sommes tombés dans l'écueil des budgets historiques. Vous voyez, c'est ça, ma réponse.

Le Président (M. Kelley): Pardon, Mme Paradis voulait peut-être nuancer le propos. Alors, Mme Paradis.

Mme Paradis (Doris): Oui. Merci, M. le Président. Peut-être effectivement une précision pour faciliter la compréhension du message. Lorsqu'on parle d'un minimum de services, on parle d'un minimum de services à offrir. Puis, effectivement, le fait que certains établissements n'aient aucun physiothérapeute, ou psychothérapeute, ou ergothérapeute, c'est difficile ensuite de répondre aux

besoins du patient. Mais, à la base, c'est évident qu'il faut commencer par une évaluation des besoins de la personne. Puis jamais on n'a voulu laisser entendre qu'on donnerait les services qui dépasseraient, par exemple, les besoins de la personne ou qui n'étaient pas requis par la personne.

Mme Loiselle: C'est-à-dire que, dans un avenir rapproché, il n'y aura pas d'amélioration au niveau des services professionnels qui sont donnés dans les centres?

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire?

Mme Loiselle: Au niveau des ergothérapeutes, des physios, tout ça, dans un avenir rapproché, là, il n'y aura aucune amélioration à cet égard-là?

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

M. Gabrièle (Pierre): Dans un avenir rapproché, la priorité est d'abord d'évaluer — et, comme le disait Mme la députée, c'était important — d'évaluer, et de faire le suivi, quels sont les besoins de ces personnes. Et, en fonction de ce que nous allons établir, quels sont les besoins, nous allons, à ce moment-là, voir où dans les établissements il y a un manque d'ergothérapeutes ou de physiothérapeutes, et là, avec les ressources que nous allons avoir de disponibles, nous allons investir là-dedans. Mais je ne peux pas vous dire tout de suite: Oui, demain matin je vais mettre 100 ergothérapeutes ou 200 physiothérapeutes. De toute façon, il faut savoir d'abord quels sont les besoins.

Nous avons fait l'inventaire de ce qui existe dans le réseau, ce que je vous dis qui est terminé. Maintenant, ce qu'il s'agit de voir, c'est d'évaluer les besoins des personnes et de déterminer, au niveau de chaque établissement, la clientèle qu'il a et quels sont ses besoins en ergo ou en physio. Autrement, on retombe toujours dans le même modèle, vous savez, du budget historique et on veut en sortir, du budget historique, pour donner un budget populationnel.

Mme Loiselle: Est-ce que c'est possible que vous avez dit, à la dernière rencontre, que le rapport Bédard 2 était sorti depuis juin? Est-ce que c'est possible d'en obtenir une copie? Parce que j'ai essayé de l'obtenir par votre ministère, puis on m'a dit que c'était sous embargo. Je n'ai pas compris.

M. Gabrièle (Pierre): C'est ça. Il me l'a déposé, et le ministre l'a vu, et c'est au ministre à le rendre public.

Mme Loiselle: Ça va être quand?

M. Gabrièle (Pierre): Alors, dès qu'il va être rendu public, vous aurez la disponibilité...

Mme Loiselle: Pardon?

Le Président (M. Kelley): Question pour le ministre. Est-ce que ça va?

Mme Loiselle: Oui.

Le Président (M. Kelley): Parce que je veux passer la parole à ma collègue de Mégantic-Compton. Bienvenue à Mme la présidente de la commission de l'éducation à la commission de l'administration publique. À vous la parole, Mme la députée.

Personnes en attente d'une place en CHSLD

Mme Bélanger: Merci, M. le Président. On a parlé des personnes hébergées, celles qui sont déjà en centre d'hébergement, mais ici il y a un avis du Conseil de la santé et du bien-être qui parle de vieillir dans la dignité, et on dit dans ce rapport que, en date du 30 juin 2000, selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 976 personnes âgées étaient en attente d'hébergement dans le secteur public, puis ces personnes ont été évaluées par les CLSC, et, en fonction du programme d'évaluation et de coordination des admissions en centre d'hébergement de longue durée, c'étaient des personnes déclarées admissibles. Alors, il y en avait, dans ça, 31 % qui étaient soutenues par leur famille, 19 % qui n'ont pas de services, 12 % qui en ont. Mais, dans tout ça, 68 % des personnes âgées se retrouvent dans les autres ressources, soit des résidences privées ou des centres hospitaliers et de soins généraux et spécialisés.

Alors, est-ce que le fait que, suite à tout le chambardement qu'il y a eu dans le système de santé, le virage ambulatoire, qu'on appelle, où on a déterminé que le taux d'hébergement ciblé dans les régions, c'était de 3,5 personnes par 100 personnes jusqu'à 4,2 %, dépendamment des régions, est-ce que... Puis là, dans l'avis donné par le Conseil de la santé et du bien-être, on dit que cette évaluation doit être révisée. Parce que, moi, je suis surtout... et je vais surtout vous parler des personnes dans les résidences privées, et j'aimerais savoir si cette norme-là de 3,5 à 4,2 par 100 personnes va être réévaluée et changée parce qu'il y a des personnes qui se trouvent en résidences privées qui n'ont pas les services adéquats.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, non, la norme ne va pas être changée de 3,5 à 4,2. Elle reste. Nous avons fait la planification, à partir de cette norme-là, région par région de nos besoins et nous savons, bon, quels sont les besoins en place d'hébergement. Maintenant, les personnes qui se retrouvent en résidence privée, on en parle beaucoup, mais on...

Mme Bélanger: Oui, mais là est-ce que les 3 976 personnes qui ont été évaluées par les CLSC puis qui sont dues pour entrer en centre d'hébergement de longue durée... Alors, qu'est-ce que vous faites de ces 3 976 personnes là?

● (11 h 50) ●

M. Gabrièle (Pierre): Elles vont rentrer. Il y a des listes d'attente, mais elles vont rentrer. Parce que, même si on évalue... Il y a des listes d'attente, M. le Président, même si en soi la norme qui a été réévaluée... On a fait des investissements en immobilisation. L'an dernier, nous avons investi dans les centres d'hébergement... et de longue durée 119 millions. Bon. Mais, malgré ces investissements qu'on a fait, bien sûr qu'il va

y avoir toujours une liste d'attente, parce que, même si je devais construire demain matin un centre d'hébergement de 120 ou 130 places que ça prend de plus, même si on avait les ressources financières, ça peut prendre un an et demi à deux ans avant que le centre d'hébergement puisse accueillir ces personnes-là. Donc, nous, au niveau de la norme, on maintient la même norme.

Cependant, ce qu'il faut s'assurer: que ces personnes qui sont en attente d'hébergement reçoivent des services. Soit qu'elles reçoivent des services par le CLSC dans la communauté, soit qu'on donne du support aux proches aidants ou encore qu'on les mette dans des résidences privées en attente d'hébergement. Et, là encore, nous achetons des places dans les résidences privées et il y a un suivi qui se fait par le CLSC.

Je regarde la région de Québec actuellement, c'est ce qu'ils font. Dans la région de Québec, pour des places en attente d'hébergement, ils achètent ça, des places, dans des résidences privées. Mais ils y vont, dans la résidence privée, avant d'acheter des places et ils savent ce qu'ils achètent comme places en attendant qu'il y ait une place qui se libère dans un centre d'hébergement pour accueillir cette personne-là. Je ne pense pas, M. le Président, et ce serait utopique, qu'il n'y aurait plus de liste d'attente en centre d'hébergement.

Une voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): C'est ça. Ce qu'on me glisse à l'oreille: que le délai d'attente moyen au Québec est de 70 jours, mais il est disparate d'une région à l'autre. Je dis bien le délai moyen.

Le Président (M. Kelley): Parce que le tableau 4 du rapport du Vérificateur général parle de 155 jours. Est-ce qu'on peut faire l'arrimage entre les deux chiffres? Parce que l'écart est de deux pour un.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Page 28. Alors, c'est juste qu'on parle des mêmes choses.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, oui. C'est correct.

(Consultation)

Le Président (M. Kelley): Mme Ruest.

Mme Ruest (Rachel): Ma compréhension, c'est qu'on ne couvre pas la même période. Moi, ce que j'ai comme durée moyenne d'attente, c'est des comparaisons d'années, 1997, 1998, 1999, 2000. On a l'ensemble des régions du Québec et... En tout cas, j'ai le nombre de personnes admissibles et la durée moyenne d'attente pour les centres d'hébergement, et c'est les données que nous avons au ministère.

Le Président (M. Kelley): Mme Paradis, juste pour rendre les choses au clair, moi, j'ai... Et peut-être, Mme Ruest, si ce serait possible de déposer copie du tableau pour mieux éclairer les parlementaires. Mais l'écart est de deux pour un, c'est pourquoi j'interromps. Pardon, Mme Paradis?

Mme Paradis (Doris): Merci, M. le Président. Donc, au tableau 4, nous retrouvons l'ensemble des régions du Québec, à l'exception de la région de Québec. Vous noterez que la moyenne n'a pas été indiquée parce qu'il y avait des problèmes de fiabilité tellement importante avec les données sur l'attente que la régie régionale n'a pas pu les mettre à jour avant la production du rapport. Donc, l'ensemble des autres régions donne une moyenne de 155 jours d'attente qui représente à peu près l'équivalent de cinq mois. Donc, effectivement, c'est loin d'être les mêmes données.

Je signale, au premier astérisque au bas du tableau: «Les données obtenues des régies régionales, entre octobre 2001 et janvier 2002, ont été ajustées pour remédier à certains problèmes de comparabilité.» On avait indiqué dans le rapport qu'il y avait des personnes qui étaient déjà hébergées ou décédées, qui étaient encore sur les listes d'attente. Et, finalement, je voudrais signaler aussi que ce tableau a été validé avec les représentants du ministère, comme on fait dans le processus de validation de chacun de nos rapports.

Je vais devoir comparer les tableaux que nous avons eus de la Direction et les tableaux d'information qu'ils vous ont donnés lorsque vous avez passé, puis retourner à la source pour être en mesure d'apporter des vraies réponses. À vue de nez, comme ça, je pense que c'est difficile de voir les chiffres et les comparaisons. Là, je pense qu'il faut aller à la source des informations.

Le Président (M. Kelley): Mais, étant donné l'écart, si vous pouvez faire une note à l'attention de la commission, parce que je trouve, même avec les cautions que Mme Paradis a mentionnées, que les données pour la région de Québec et les Cris... Les Inuits ne changeraient pas d'une façon de deux pour un la moyenne provinciale. Ça peut légèrement les changer, je comprends, mais le gros des données qui sont là... Les grandes régions sont là, sauf Québec. Alors, j'imagine, ça n'aura pas d'impact si important que ça. Pardon encore une fois, chère collègue. Ha, ha, ha! Mme la députée de Mégantic-Compton.

Services fournis aux personnes âgées en résidence privée et en attente d'une place en CHSLD

Mme Bélanger: Bien, moi, je reviens sur le fait qu'il y a une liste d'attente. Là, vous dites que vous avez acheté des lits ou loué des lits dans des centres, dans des résidences privées, mais la vérificatrice générale nous dit que, dans son étude, ses travaux confirment cette situation et démontrent que les CLSC ne sont pas toujours en mesure d'offrir les services aux personnes hébergées dans les résidences privées. Par exemple, l'information recueillie concernant 21 dossiers de personnes en attente d'hébergement d'un territoire et logées dans des résidences privées sans permis a révélé que, dans une proportion de 75 %, elles ne recevaient pas aucun service du CLSC. Dans les autres cas, les services se limitaient à de l'aide aux bains une fois par semaine, et même on a vu que certaines régies régionales... Je pense que j'ai posé une question au ministre de la Santé en lui disant qu'il y avait 142 patients dans la région de Rimouski qui n'avaient même plus un bain par semaine, là, le CLSC avait coupé

les budgets d'aide — c'est des aides familiales qui vont dans ces résidences-là — et, étant donné le manque de budget, on ne donnerait plus les bains. Mais, heureusement, suite à la question, le ministère a appelé le CLSC pour leur dire de continuer à donner les services. Alors, il faut toujours poser une question pour avoir les services. Ce n'est pas très encourageant.

Puis, la vérificatrice a fait des recommandations aussi, d'abord reconnaître les résidences privées. Puis là je suis au courant que vous avez dit tout à l'heure que, suite à l'adoption de la loi n° 101, l'inventaire des résidences privées est complété depuis le 21 septembre. On n'a pas eu de rapport suite à ça, il y en a combien, de résidences, et puis combien de personnes hébergées dans ces résidences privées là. Et est-ce que vous êtes conscient que les personnes qui sont hébergées souvent dans ces résidences privées là sont en perte d'autonomie grave et qu'elles n'ont pas les services adéquats qu'elles devraient recevoir?

Avec les soins à domicile que vous donnez puis le nombre de personnes limité à 4,2 par 100 personnes pour entrer dans les centres d'hébergement, ce qui arrive, c'est qu'il y a des personnes qui sont en perte d'autonomie, elles sont obligées de s'en aller dans ces résidences privées là, et elles arrivent en grande perte d'autonomie dans les résidences privées, puis elles n'ont pas les soins professionnels adéquats. Moi, j'en ai plusieurs résidences privées dans mon comté, et, justement, là, il y en a quatre qui sont venus puis ils sont épuisés, ils n'ont aucun service du CLSC, et ils se demandent... Ils veulent mettre une pancarte à vendre, mais, par contre, je leur ai dit: Écoutez, si, vous autres, vous êtes épuisés, c'est qui qui va acheter? Étant donné que vous n'avez pas les moyens d'avoir des professionnels... Il faudrait qu'ils paient des professionnels, il faudrait qu'ils paient des gens pour garder la nuit. Alors, évidemment, là, avec les coûts que ces personnes-là sont capables de payer en résidence privée, il y a une grosse problématique.

Alors, quand vous dites que vous louez des lits dans ces centres d'accueil là, peut-être que ces lits-là ont les soins adéquats, mais, les autres résidences privées où les personnes sont en perte d'autonomie et qui n'ont pas de lits loués par le ministère, c'est complètement privé, qu'est-ce que vous avez l'intention de faire pour donner des soins à ces personnes-là, étant donné qu'il y a une liste d'attente pour entrer en CHSLD?

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

● (12 heures) ●

M. Gabrièle (Pierre): Il y a plusieurs questions, M. le Président. Je vais essayer de me ramasser. D'abord, au niveau du registre, en date du 8 octobre 2002 — donc, ce n'est pas loin — on a comptabilisé dans toutes les régies régionales 3 187 résidences pour un total de 99 000, presque 100 000 unités d'habitation. Donc, c'est presque 100 000 places, 99 985. Donc, de ce registre-là, il y a 2 206 résidences privées à but lucratif pour personnes âgées qui ont l'équivalent de 58 851 unités, c'est-à-dire 58 851 places, il y a 614 habitations à loyer modique — HLM — pour personnes âgées qui représentent 21 703 unités, 258 résidences privées à but non lucratif — OSBL — où il y a 13 906 places. On a dénombré aussi 93 communautés religieuses pour personnes âgées où il y a 4 204 unités d'habitation, et on a trouvé aussi

16 coopératives pour personnes âgées qui ont 261 unités. Le taux d'occupation...

Mme Bélanger: Ça, dans les HLM puis dans les OSBL, ce sont des personnes autonomes qui demeurent dans ces résidences-là.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, il y en a qui sont autonomes et même semi-autonomes aussi, et passablement autonomes. Et le taux d'occupation est de 90,4 %, M. le Président. Donc, disons, que, si on faisait un chiffre rond, 100 000, 90 %, c'est 90 000. Donc, dans un premier temps, nous les avons — le registre — nous les avons listés sur l'ensemble du territoire québécois.

Deuxième temps maintenant, il faut que les CLSC, maintenant qu'on a le registre, aillent voir qu'est-ce qui se passe. Quand M. Legault vous avait annoncé pour la loi n° 101 en disant: Dans un premier temps, nous allons établir un registre, là on va voir qu'est-ce qui se passe dans ces résidences privées là.

Maintenant, ce qui est clair, il ne faut pas penser qu'il se passe toutes sortes d'affaires. C'est-à-dire, qu'on ne les compare pas à des résidences clandestines. Si ce sont même des résidences qui sont à but lucratif, vous pouvez même avoir là-dedans des résidences de luxe où les gens vont payer jusqu'à 3 600 \$ par mois pour être en résidence privée, comme vous avez des résidences où la personne paie entre 800 \$ et 1 200 \$ par mois.

Mme Bélanger: Quand vous dites qu'il y a des résidences où les patients paient... les résidents, les pensionnaires paient 3 500, ce sont des résidences où tous les services sont donnés, c'est des résidences à but lucratif, évidemment, puis ce n'est pas n'importe qui qui peut rentrer là. Puis là je ne comprends pas que, dans votre répertoire des résidences privées, vous mettez les HLM puis les OSBL. Moi, j'en ai, des HLM, dans mon comté, puis les personnes qui demeurent dans les HLM, ce sont des personnes complètement autonomes.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, regardez, nous établissons un registre complet. On veut savoir... Parce que, même dans certains HLM, il y a des personnes autonomes, mais il y en a d'autres qui sont semi-autonomes avec une surveillance mais qui demeurent à domicile, et, ceux-là, c'est ceux-là que nous avons listés. Nous n'avons pas listé tous les HLM où il y a des personnes autonomes. Parce qu'on nous reprochait de ne pas savoir où était la clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie, il ne faut pas me reprocher d'avoir fait un inventaire exhaustif. Ha, ha, ha! Maintenant, il faut que nous y allions, comme CLSC, pour voir les types de besoins que ces personnes ont et s'assurer que l'on considère la résidence privée comme étant l'habitation de la personne pour avoir des soins à domicile.

Maintenant, quant aux questions des bains, oui, ça dépend des résidences privées, M. le Président. Nous avons vu des résidences privées qui donnent de l'aide aux bains qui est comprise dans le tarif que la personne âgée paie. Nous avons aussi, pour certains types de résidences privées où les cas sont très lourds, où la

personne est très lourde... À ce moment-là, c'est le CLSC qui fournit ce support-là de l'aide aux bains. Donc, dans le cas de la députée de Rimouski qu'elle soulevait, ce n'est pas tous les...

Une voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): Mégantic, mais à Rimouski... Excusez, à Rimouski. À Rimouski, madame. Excusez-moi, oui, à Rimouski. Dans le cas, à Rimouski, qu'elle soulevait, ce n'est pas tous les CLSC qui fournissent le support sur le territoire du Québec à l'aide aux bains. Ce CLSC le fournissait. Ce CLSC avait à ce moment-là un déficit. Il devait faire — parce que nous avons la loi qui interdit justement de faire des déficits — il devait faire un plan de redressement et il avait trouvé comme solution bien sûr de couper les bains en premier. Ce que nous avons dit à la régie régionale: Regardez son plan de redressement en fonction qu'il trouve d'autres mesures.

Le Président (M. Kelley): Une dernière question parce que j'ai d'autres demandes d'information et le temps file.

Mme Bélanger: Oui, mais une petite question.

Le Président (M. Kelley): O.K., vas-y, une dernière question.

Mme Bélanger: O.K.

Échéancier de réalisation des orientations ministérielles concernant les résidences privées pour personnes âgées

Mme Loiselle: Tantôt, dans vos remarques d'ouverture, si j'ai bien saisi, en ce qui a trait aux résidences privées, vous avez dit que vous êtes en train de mettre en place des orientations ministérielles spécifiques pour les résidences privées. C'est quoi, votre plan d'échéancier sur ça? Ça va être mis en application quand? C'est suite à la loi n° 101, là.

M. Gabrièle (Pierre): C'est ça. Alors, nous avons commencé par... L'inventaire est complété, qu'il va falloir tenir à jour, pas simplement le compléter, parce qu'on en avait fait un en 1994, mais il n'avait pas été tenu à jour. Donc, nous allons le maintenir à jour, et les orientations pour les résidences privées... Nous allons aller les voir, et, en 2003-2004, les orientations vont sortir, M. le Président.

Mme Bélanger: Alors, une petite dernière question.

Le Président (M. Kelley): Une dernière question, et après ça le député de Lotbinière.

Services fournis aux personnes âgées en résidence privée et en attente d'une place en CHSLD (suite)

Mme Bélanger: Lors de l'adoption de la loi n° 101, j'étais la porte-parole et j'avais dit au ministre

que ce n'est pas parce qu'on savait combien qu'il y avait de résidences privées puis combien il y avait de personnes qui étaient en résidence privée... C'était se donner bonne conscience de faire le répertoire de toutes ces résidences-là, mais, par contre, ça ne donnait aucune assurance que ces personnes-là recevraient les soins adéquats. Alors, quelles mesures vous allez prendre pour vérifier si ces personnes-là reçoivent les soins qui sont nécessaires, étant donné que plusieurs de ces personnes-là sont en perte d'autonomie grave et qu'elles n'ont pas de place dans les...

Ah, puis je voudrais juste rajouter, là, que j'ai une patiente qui attend... Quand on parle de la liste d'attente pour rentrer en centre d'hébergement, il y a quelqu'un qui... Bien, elle est dans un lit loué dans une résidence privée, loué par le ministère, mais elle ne peut pas rester là longtemps. Mais, par contre, elle a un an et demi d'attente avant d'avoir une place dans un centre d'hébergement. C'est ce qu'on a dit à la patiente. Alors, c'est dans Laval.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, il y a deux questions à la fois. Première question, face à la loi n° 101, je me souviens, à l'époque, en juin dernier, M. Legault, le ministre d'État, quand il avait présenté la loi n° 101 pour établir le registre, ce qu'il avait dit dans son discours de clôture: que c'était un premier jalon que nous faisons, d'abord d'établir le registre pour identifier quelles étaient ces résidences-là. Il avait dit aussi que nous allons avoir par la suite d'autres choses pour aller vérifier qu'est-ce qui se passe dans ces résidences privées et avoir des orientations pour les résidences privées. Et je viens de répondre tout à l'heure que, en 2003-2004, nous allons avoir ces orientations pour les résidences privées. Et dans mon discours même de présentation je vous disais: Nous sommes en train de jongler avec, pour les... Est-ce que c'est un agrément, un permis ou une reconnaissance? Et c'est pour ça que ça va venir dans les orientations de 2003-2004, mais pas pour toutes les résidences privées. Je vous disais d'entrée de jeu: Pour les résidences privées qui ont des personnes en perte d'autonomie grave.

La personne qui est autonome ou semi-autonome et qu'elle décide, elle, d'aller dans une résidence privée, je n'ai pas à me mêler de son choix ou de sa vie privée. C'est son choix. Bien, c'est elle qui contracte. Mais, pour les autres qui sont en perte d'autonomie grave, oui, comme c'est des personnes fragiles, il faut que je fasse, à ce moment-là, des orientations en conséquence et pour voir les services qu'on leur donne. Donc, on est dans ce que j'appelle la continuité de ce que notre ministre d'État avait dit en commission parlementaire lors de l'adoption de la loi n° 101.

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

Installation d'unités prothétiques dans les résidences pour personnes âgées

M. Paré: Merci, M. le Président. D'entrée de jeu tout à l'heure, lorsque vous avez lu votre texte et vous

nous avez présenté votre réaction, là, au rapport du VG, vous nous avez parlé aussi d'unités prothétiques au niveau de petits ensembles. Parce que, dans un territoire comme le mien, comme Lac-Mégantic aussi, le territoire de Lotbinière, c'est 80 km par 100 km. La population est très dispersée. Donc, nous avons huit foyers — mais c'est entre 25 et 40 lits — et qui aussi, au point de vue de l'âge, ont entre 40 ans et 102 ans. Donc, vous comprendrez qu'ils n'ont jamais été bâtis pour avoir des soins de longue durée.

● (12 h 10) ●

Présentement, on est en train de revoir ces installations-là, puis il y a une philosophie qui dit: Bien, écoutez, sur un territoire donné, on a droit à 115 lits, on va faire seulement qu'une bâtisse de 115 lits — bon, c'est bien sûr que nos petites municipalités ne sont pas d'accord avec ça — et d'autres philosophies qui disent: Bien, écoutez, on est en train de...

Vous avez parlé d'un rapport tout à l'heure que vous déposerez bientôt au niveau des unités prothétiques, c'est-à-dire à peu près de 30 lits, dans lesquelles ont rend les services différemment et où les syndicats justement sont plus souples pour rendre le service. C'est-à-dire, quand il y a un clinique, l'infirmière peut le ramasser, elle, ainsi de suite. Donc, où vous en êtes avec ces modèles-là? Parce que présentement, nous, dans mon comté, on est en plein questionnement là-dessus.

M. Gabrièle (Pierre): Au niveau de l'approche au niveau des pratiques, nous allons, d'ici quelques semaines, sortir ce qu'on appelle philosophie et pratique dans un milieu de vie de qualité. Bon. De plus, au niveau des immobilisations, M. le Président, les investissements que nous faisons — et c'est parce que, justement, les centres d'hébergement qui ont été construits il y a 10 ans, il y a 15 ans, des fois vous retrouvez là-dedans des personnes qui avaient des chambres à quatre lits, même à six lits, où il n'y avait pas d'unité prothétique — alors, là-dessus, bon nombre de nos investissements sont mis plus pour les réaménagements des centres existants, pour les aménager en conformité avec notre nouvelle approche, et on doit à la fois, M. le Président, dans les choix budgétaires que nous avons à faire, faire des réaménagements plus des ajouts de places. Parce que, si je ne faisais que juste des ajouts de places, je laisserais pour compte ces types de clientèle là en perte de qualité de vie.

Alors, juste, si vous me permettez, pour 2001-2002, au niveau des immobilisations, nous avons investi 119 388 000 sur un budget, au niveau des initiatives nouvelles, si j'enlève le maintien d'actif et autres, de 500 millions juste pour les personnes âgées. Dans ce plan d'investissement, il y avait des deux. Il y avait, par exemple, relocaliser un foyer dans une construction neuve parce que c'était tellement désuet. Ça n'a pas ajouté de places additionnelles, mais ça a amélioré la qualité de vie des personnes qui étaient là. Vous voyez, c'était le centre hospitalier de Saint-Joseph de la Malbaie, le foyer Clermont. Ça nous a coûté 6 371 000. Le Carrefour de santé et services sociaux de Val Saint-François, pavillon Valcourt, ça a été un réaménagement et un agrandissement en même temps. Nous en avons eu pour près de 5 millions. Mais nous avons créé des lits.

On a créé, par exemple, au centre Le Gardeur, à Repentigny, une construction neuve, un centre

d'hébergement et de soins de longue durée, 128 lits. C'est autour de 17 millions. Alors, nous faisons à la fois de la création de lits et des réaménagements pour tenir compte justement et de l'amélioration de la qualité de vie et surtout aussi de certaines unités qui peuvent s'adapter à l'alourdissement des clientèles qui sont là plutôt que de les concentrer dans des grands centres de 130, 140 ou 250 lits. Parce que vous avez des centres d'hébergement qui peuvent avoir jusqu'à 250 places, et là ce n'est plus un milieu de vie, parfois, ça devient presque un hôpital de longue durée. Ha, ha, ha!

M. Paré: Mais l'unité la plus efficace avec le minimum de lits, c'est quoi? Je parlais de nos municipalités, là, on a le même cas que la députée de Mégantic-Compton.

M. Gabrièle (Pierre): Au niveau des critères que nous allons sortir, je ne l'ai pas en mémoire, M. le Président, mais bientôt nous allons sortir les critères au niveau de l'unité de lits avec le nombre de lits d'établissement. Mais ça, c'est encore un critère que je dirais idéal, mais je ne pourrai pas détruire les établissements qui... Mettons, si on tombe avec une unité de lits, mettons, de 50, 60 lits, mais si j'en ai à 250 qui ont été bâtis et construits, je ne les redéferai pas, vous comprenez, je maintiens déjà un acquis.

Le Président (M. Kelley): Mme Lamontagne.

Mme Lamontagne (Renée): En termes de normes pour une unité prothétique, quand vous demandiez quelle était la norme, le nombre idéal, c'est 13 sur une unité de 26. C'est 13 de 26.

M. Paré: Treize...

Mme Lamontagne (Renée): Sur 26. Sur une unité de 26, l'unité prothétique est organisée à l'intérieur de cette unité de 26 pour 13 personnes.

M. Paré: Ça veut dire quoi, une unité de 26? Unité de 26, ça veut dire quoi? Expliquez-moi ça. Treize, je comprends, là, mais...

Mme Lamontagne (Renée): Pour 26 personnes.

M. Paré: Pour 26 personnes?

Mme Lamontagne (Renée): C'est ça.

M. Paré: O.K.

Mme Lamontagne (Renée): Pour 26 personnes, à l'intérieur d'une unité de lits où on retrouve 26 personnes, à l'intérieur il y a un îlot, une unité prothétique pour 13 personnes qui est organisée de façon prothétique.

M. Paré: O.K. Merci. Donc, ça peut être... Est-ce que les clientèles, idéalement, sont, excusez l'expression, sont mixtes, dans le sens que est-ce qu'il y peut y avoir des personnes en perte cognitive et d'autres personnes qui sont lourdement physiquement handicapées?

Mme Lamontagne (Renée): C'est ça. L'idée de 13 sur 26 est de regrouper ces 13 personnes là.

M. Paré: Par exemple, les cognitifs dans un îlot?

Mme Lamontagne (Renée): C'est ça. Sur une unité de 26 personnes, on regroupe les 13 personnes qui ont plus ce profil de problèmes là en un îlot, mais de façon justement à favoriser le regroupement sans les ostraciser. C'est la raison pour laquelle c'est 13 de 26.

M. Paré: O.K. Merci.

Mme Lamontagne (Renée): Treize parmi 26.

M. Paré: Merci Mais est-ce que le nombre de 26, c'est le minimum pour un CHSLD? Est-ce que ce serait viable ou pas?

Mme Lamontagne (Renée): C'est une unité.

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

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre veut mettre ça au clair.

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire, on ne construira pas des centres d'hébergement de 26 unités. C'est-à-dire, dans les étages, si j'ai un centre d'hébergement, mettons, de 120 places, dans une unité...

M. Paré: ...c'est entre 25 et 40.

M. Gabrièle (Pierre): C'est ça.

M. Paré: Donc, comment on fonctionne avec ça?

M. Gabrièle (Pierre): Si vous en avez 25 et 40, alors, à ce moment-là, M. le Président, dans un centre de 40, nous allons établir l'unité prothétique de peut-être 13 ou l'équivalent à l'intérieur du centre pour dispenser des services aux personnes qui ont des problèmes cognitifs. Mais, nous, quand on le fait, le 26, c'est par unité, par étage, mettons. S'il y a un étage où vous avez 26 personnes, on réserve une unité de 13. Mais, si on était 40 — tout l'établissement est de 40 — bien sûr, il pourrait y avoir une unité de 13 là-dedans.

Le Président (M. Kelley): Ça va?

M. Paré: Merci. Oui.

Évaluation de la contribution des proches aidants dans les services à domicile

Le Président (M. Kelley): On peut revenir cet après-midi, mais, peut-être avant de suspendre nos travaux, il y avait une question il y a deux semaines sur les proches aidants et leur contribution. Les chiffres entre le ministère et les vérificatrices, on n'était pas sur la même longueur d'onde. Alors, Mme Paradis m'a demandé de faire une courte précision, où on est rendu, deux semaines après, à la recherche de chiffres précis. Alors, Mme Paradis.

Mme Paradis (Doris): Donc, lors de la commission parlementaire du 23 octobre dernier sur les services à domicile, le ministère a mentionné que le chiffre du paragraphe 6.95 de notre rapport était erroné. Selon le ministère, l'évaluation de 4 milliards de dollars de l'apport des proches aidants pour les services à domicile est une valeur canadienne, et l'estimation pour le Québec était plutôt de l'ordre de 1 milliard. Nous avions convenu avec les membres de la commission parlementaire de revenir sur cette nouvelle information ministérielle afin de présenter notre point de vue.

Suite à notre travail de vraisemblance que nous avons effectué depuis la dernière commission parlementaire sur la valeur monétaire de l'apport des proches aidants, nous maintenons que l'estimation de 4 milliards mentionnée dans notre rapport est plausible. Le ministère ne nous a pas convaincus de son évaluation de 1 milliard. Par contre, nous continuons notre démarche afin d'évaluer plus précisément l'apport des proches aidants et nous vous reviendrons sur ce sujet.

Il est important peut-être de rappeler le message de notre rapport en ce qui concerne les proches aidants, qui était d'évaluer leurs besoins et de leur apporter le soutien nécessaire, étant donné qu'ils procuraient 75 % de l'aide requise à domicile. Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup pour cette précision. M. Gabrièle.

M. Gabrièle (Pierre): On s'est parlé, hier, avec le VG, donc on continue nos travaux. On n'est pas encore sur la même longueur d'onde, mais on continue nos travaux.

● (12 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Bien. Avant de suspendre, tout en rappelant que, avant tout, la contribution des proches aidants est précieuse, et je pense que ça, c'est l'essentiel de l'échange, le chiffre est important, mais, avant tout, on rencontre à tous les jours les personnes qui doivent composer avec ces situations, et leur contribution à la société est précieuse et à la santé de leurs proches. Sur ça, je vais suspendre nos travaux jusqu'à 15 h 15, et je vais demander une certaine discipline des collègues. On a toujours plusieurs questions, alors, si on peut avoir les questions et des réponses les plus concises possible, je pense que ça va accélérer nos travaux en après-midi. Je suspends nos travaux.

Une voix: Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 21)

(Reprise à 15 h 45)

Le Président (M. Kelley): Alors, on va continuer nos discussions sur la question des centres d'hébergement. Il nous reste très peu de temps, 45 minutes à peine. Je sais que le sous-ministre avait au moins un document qu'il voulait peut-être partager avec les membres de la commission. Je vais demander aux collègues: S'ils peuvent formuler les questions d'une façon la plus simple possible et également si les réponses peuvent être le plus succinctes possible, on peut passer le plus

grand nombre de questions possible. Voulez-vous les déposer tout de suite, M. le sous-ministre ou Mme Ruest?

M. Gabrièle (Pierre): Je ne sais pas si vous en avez pour tout le monde...

Documents déposés

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait. Ça, c'est un genre de tableau qui donne un genre de vue d'ensemble de l'octroi des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Alors, le dépôt est fait, et je vais maintenant passer la parole à mon collègue le député de Beauce-Nord.

Taux de satisfaction à l'égard des services rendus dans les résidences pour personnes âgées dans Beauce-Nord

M. Poulin: Merci, M. le Président. M. le Président, je sais que ce matin on a parlé des centres de soins de longue durée, mais, moi, plus précisément, j'aimerais qu'on me donne les taux... on appelle ça encore les taux de satisfaction des résidences qui se retrouvent dans mon comté, principalement dans le comté de Beauce-Nord, c'est-à-dire celles qui sont situées dans la MRC Robert-Cliche et d'autres institutions qui sont situées dans La Nouvelle-Beauce. J'aimerais voir c'est quoi, les taux de satisfaction par rapport à la moyenne provinciale.

On le sait, il y a eu beaucoup d'actions qui ont été posées par les administrateurs, par les gens qui s'occupent de ces personnes-là dans notre région, pour manifester leur mécontentement face à un manque de services qu'avaient ces établissements-là, et je voudrais voir si la situation s'est améliorée face à tout ce que ces personnes-là vivaient il y a environ de ça un an.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je l'ai pour la région Chaudière-Appalaches, mais je ne l'ai pas par comté.

M. Poulin: Est-ce que vous l'avez par établissement?

M. Gabrièle (Pierre): Non, pas ici.

M. Poulin: C'est quoi, la région Chaudière-Appalaches? Donnez-moi à tout le moins le...

M. Gabrièle (Pierre): Chaudière-Appalaches, c'est 59 %.

M. Poulin: La moyenne provinciale, c'est quoi?

M. Gabrièle (Pierre): 76 %.

M. Poulin: Qu'est-ce qu'on fait, M. le Président, face à une situation semblable? Il n'y a pas eu encore de budget ajouté pour rejoindre le taux de la moyenne provinciale, face aux directives qui ont été données par le ministre au ministère de la Santé? On parlait d'équilibrer, on va dire, ces taux de satisfaction là. 59 %

versus 76 %, ça fait un écart assez considérable, on parle de 17 % pour rejoindre la moyenne provinciale.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, quand vous parlez au niveau de l'équité des ressources — ce matin, c'était cette problématique-là — lorsque nous allons permettre, à ce moment-là, d'ajouter des sommes pour rééquilibrer l'inéquité entre les régions, nous allons atteindre un taux de réponse proche de la moyenne nationale que nous aurions.

M. Poulin: Quand, M. le Président, on pense atteindre ça, là, face à... Là, on parle de statistiques qui découlent de 2001-2002? Là, on est dans l'année fiscale 2002-2003. Est-ce qu'il y a une amélioration au moment où on se parle? Est-ce qu'il y a des sommes qui ont été allouées pour pouvoir améliorer la situation?

M. Gabrièle (Pierre): M. le ministre Legault, M. le Président, annonçait, annonçait qu'il rétablirait l'équité sur une période de trois ans. Et, la première année, en 2002-2003, nous avons versé 50 millions pour l'ensemble des régions où il y avait inéquité, et, sur les 50 millions, en 2002-2003, la région Chaudière-Appalaches a reçu... Combien?

Mme Lamontagne (Renée): 50 millions... Attendez, je ne voudrais pas me tromper, là. Il me semble que... Mais c'est à vérifier, là. De mémoire, Chaudière-Appalaches, c'est autour de 400 000. Mais, en 2001-2002, pour corriger les problèmes de taux de réponse dans la région Chaudière-Appalaches, il y a eu un investissement de 1,2 million.

M. Poulin: ...on est parti de, je ne sais pas, moi, de 50 à 59, mais la moyenne provinciale est à 76! C'est encore vraiment insuffisant pour... On est une des régions les plus déficitaires au Québec. Est-ce que, M. le Président, il serait possible d'avoir l'ensemble, pour la province, des régions administratives avec les taux de satisfaction, les taux de...

Une voix: Le tableau?

• (15 h 50) •

M. Poulin: ...le tableau, le tableau, autrement dit, qui pourrait nous être déposé, ainsi que le taux par établissement? Moi, j'aimerais ça le voir, ce taux par établissement aussi. C'est que c'est de l'information, je pense, qui est publique, qui se doit, on va dire, d'être véhiculée. J'apprécierais grandement. Puis est-ce qu'on peut me dire quand on pourrait obtenir ces données-là?

M. Gabrièle (Pierre): Pour la semaine prochaine. Je pourrais vous l'envoyer. Le tableau par région, je l'ai sous les yeux. Si quelqu'un veut le photocopier, bien, vous pourriez l'avoir tout de suite.

M. Poulin: Bien, on va le prendre. Je pense ce serait intéressant qu'on l'ait entre les mains. Et j'aimerais l'avoir, moi, par établissement également pour chacune des résidences qui sont CHSLD pour voir c'est quoi, là, la différence d'un milieu à l'autre par région administrative.

Le Président (M. Kelley): Alors, les demandes sont...

M. Gabrièle (Pierre): Les demandes donc par établissement?

M. Poulin: Par établissement, par région administrative.

M. Gabrièle (Pierre): Pour votre région administrative ou toutes?

M. Poulin: Pour toutes les régions administratives...

M. Gabrièle (Pierre): Toutes les régions administratives. Correct.

M. Poulin: ...pour être en mesure de comparer comment que ça se passe aussi ailleurs par rapport à ce que, nous, on vit.

M. Gabrièle (Pierre): Et, si vous permettez aussi, M. le Président, je vais aussi donner les investissements qui sont faits en soins à domicile parce que, dans la région de Chaudière-Appalaches, on oublie de mentionner qu'on investit plus en soins à domicile qu'en hébergement.

M. Poulin: Mais là je ne vois pas pourquoi on devrait accepter que le taux de satisfaction de ces résidences-là soit 59 %, M. le Président.

M. Gabrièle (Pierre): Bien, il se peut qu'à ce moment-là... Comme la Régie régionale reçoit un budget global et qu'elle investit plus en soins à domicile, peut-être qu'elle investit moins dans le relèvement du taux.

Mais, si vous permettez, puisqu'on compare des choses, aussi je remettrai, au niveau des soins à domicile, l'investissement que nous faisons et que fait la Régie régionale de Chaudière-Appalaches par rapport aux autres régions.

Le Président (M. Kelley): Je pense qu'il n'y a pas d'objection du député. Et, si je peux ajouter à ça, c'est parce que j'ai reçu une demande d'un membre, suite à la séance précédente sur les soins à domicile, parce que vous avez fait référence il y a deux semaines à deux choses, premièrement, le tableau régional pour les investissements de soins à domicile à jour, parce qu'il y avait le 50 millions que nous avons abordé à ce moment. Également, vous avez évoqué une comparaison avec les autres provinces, et, de mémoire, Québec est maintenant rendu à 83 \$. Je pense que c'est le chiffre que vous avez avancé.

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): 82?

M. Gabrièle (Pierre): On va finir l'année.

Le Président (M. Kelley): Oui. Et si on peut voir le tableau comparatif avec les autres provinces

aussi pour compléter le portrait. Ce sont les données qui étaient dans le rapport de la vérificatrice de 2000-2001 environ. Il y avait l'ajout du 50 millions. Alors, peut-être, pour les membres de la commission, que d'avoir les chiffres les plus récents peut nous donner un tableau complet de valorisation de l'investissement à la fois, parce que nous avons toujours vu que, le sujet d'il y a deux semaines et le sujet d'aujourd'hui, il y a un lien entre les deux. Mais également je pense qu'on a bien compris l'inquiétude ou le souci du député de Beauce-Nord d'avoir un portrait quant au taux de satisfaction qui est un problème, entre autres, préoccupant pour sa région.

Recours prévus en cas d'abus des personnes âgées en résidence privée

M. Poulin: Oui, M. le Président. J'ai d'autres interventions à faire, M. le Président. Il existe un paquet de... ou plusieurs endroits où on peut consulter lorsqu'on peut vivre certaines situations de santé dans certains milieux, puis, moi, là, j'en arrive à vous exposer une situation, si on veut, sans identifier personne, mais qui pourrait, à mon avis...

J'aimerais savoir si j'aurais des réponses face à la situation qui se vit dans mon milieu vis-à-vis des personnes qui vivent dans un établissement privé. On le sait, les établissements privés, je pense que vous en avez parlé ce matin, il y a un recensement qui a été fait au niveau des institutions. C'est seulement qu'un recensement. Ces établissements-là qui fonctionnent n'ont pas de permis, ils ont seulement qu'un permis souvent de la municipalité pour pouvoir, on va dire, tenir une résidence semblable, mais il n'y a aucun permis qui est délivré par la régie régionale et aucun permis qui est délivré par le CLSC. Il n'y a vraiment rien, ni plus ni moins, qui les amène à tenir certaines règles de base au niveau, on va dire, de l'administration de ces résidences-là.

Moi, j'ai eu vent, dans une de mes résidences privées, que ces personnes-là subissaient bien souvent un peu de pressions de la part, on va dire, des propriétaires pour, ni plus ni moins, répondre aux exigences des propriétaires, ou bien on augmentait leur loyer de façon considérable. Il y a eu même un comité de personnes qui s'est formé, qui sont les enfants de ces personnes qui résident à cette résidence-là, pour chercher à avoir de l'aide de la part de nos institutions. On a fait appel à peu près à tout ce qui existe, mais on n'est pas capable d'avoir de l'aide.

Est-ce qu'il y a une ressource qui peut soutenir les personnes? O.K. On le sait, c'est des résidences, c'est supposé être des personnes qui n'ont pas besoin, on va dire, de soins appropriés, c'est des personnes qui sont libres, qui ont leurs propres moyens, mais, on sait, au fur et à mesure qu'elles vieillissent aussi, que certaines d'entre elles perdent de leurs moyens. Elles deviennent, ni plus ni moins, sous l'aile des gens, on va dire, qui administrent cette résidence-là. Mais, lorsqu'on détecte du harcèlement, par exemple, psychologique auprès de ces gens-là, lorsqu'on décele que les augmentations qu'ils subissent, c'est exagéré, à qui peut-on faire appel dans le système pour leur venir en aide? Je ne sais pas si ma question est claire?

M. Gabrièle (Pierre): Oui, oui, très claire. M. le Président.

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

M. Gabrièle (Pierre): Ces établissements privés... Ce matin, pour la question du permis, l'accréditation, et tout ça, nous disions: Dans les orientations ministérielles qui s'en viennent, 2003-2004, on est en train de jongler sur une forme d'accréditation. Maintenant, il va de soi que l'accréditation qui va être faite va être faite pour ceux qui sont en perte d'autonomie grave, parce que les autres, quand ils sont dans une résidence privée, c'est comme n'importe quel individu qui va prendre le gîte et le couvert, et c'est une transaction qui se fait, vous savez... une forme de pension. Donc, on ne pourra pas accréditer toutes les résidences privées pour personnes autonomes ou semi-autonomes. De toute façon, il faut que je respecte la décision de la personne qui décide d'aller là.

Maintenant, quand il y a des abus, au niveau des abus, normalement, on passe par le CLSC, qui envoie une personne visiter pour voir quels sont les types d'abus. Et, si, à ce moment-là, la personne en perte d'autonomie est abusée, il a même le devoir et le pouvoir de la sortir de là. Quand c'est l'augmentation de loyer, là, ça, le CLSC n'a pas de pouvoir sur une augmentation de loyer. Et je vais vérifier si ce n'est pas la Régie du logement qui a ce pouvoir-là sur le loyer, mais pas sur le... Le CLSC ne peut pas avoir de prise sur une augmentation de loyer parce que c'est une transaction entre la famille ou la personne... et c'est le bail qu'ils ont entre deux personnes. Mais, pour tout ce qui est des abus soit au niveau de la qualité de vie ou de services qu'on ne leur donne pas, oui, en passant par le CLSC, il y a une intervenante, un travailleur social qui va y aller et qui va voir qu'est-ce qui se passe.

Nous avons même... Et je vais vous donner aussi un autre lien que j'avais mis, moi, personnellement, en place. Quand j'étais Curateur public, j'avais une ligne 1-800, et qui existe encore, où, quand il y a une personne qui est fragile, inapte, et qui subit des abus, des gens peuvent téléphoner là-dedans, et, à l'intérieur de 48 heures, les gens du Curateur vont visiter.

M. Poulin: Le Curateur, vous me dites? Le Curateur public?

M. Gabrièle (Pierre): Le Curateur public. Mais il faut que ce ne soit pas le loyer, que ce soient vraiment des abus en termes de qualité de vie, de soins à donner, de manque de nourriture.

● (16 heures) ●

M. Poulin: Bien souvent, le tout est interrelié, hein? Il y a des pressions, on va dire, pour faire augmenter le loyer, bien souvent il y a des services qu'il manque à d'autres niveaux. Bien souvent, on va dire: C'est des gens qui exploitent une résidence et qui n'ont peut-être pas toutes les compétences pour travailler avec des personnes de cette nature-là. Entre parenthèses, là, je fais cet état de situation là.

Mais, moi, on a vécu une situation, on a appelé au CLSC, on a appelé à la régie régionale. Le CLSC, il disait: Bien, t'appelles à la régie régionale, la régie

régionale, elle disait: T'appelles au CLSC, on l'a fait. On s'est ramassés aux Droits de la personne. Là, on est rendus au responsable des plaintes, Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, puis là, lui, il recommence, il dit: Moi, je vais le reprendre, je vais parler avec celui qui s'occupe du CLSC, de la régie...

Où qu'il s'en va, la personne pour se faire aider? On sait qu'il y a des abus, des abus de nature psychologique. Ça peut être de nature pécuniaire, peu importe, mais on n'est pas capable d'aller prendre un morceau puis se prendre après quelque chose pour dire qui la défend, cette personne-là, même si c'est de nature privée, là. Est-ce que c'est les Droits de la personne qui en tout dernier lieu devient celui, on va dire, qui doit traiter un dossier de cette nature-là? Le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, son mandat, me semble, devrait être assez large face à une situation semblable. Tu sais, on veut avoir quelqu'un qui puisse coordonner l'ensemble de toute la problématique que vivent ces personnes-là.

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

M. Gabrièle (Pierre): Écoutez, M. le Président, la porte d'entrée, moi, je pense que c'est le CLSC. Alors, pour terminer, comme le temps est serré, voulez-vous me donner le dossier?

M. Poulin: Ah oui, ça va me faire plaisir.

M. Gabrièle (Pierre): Et là on va s'en occuper. Nous allons voir comment... dans quel... Parce qu'il se peut que les gens sont allés, qu'il y a eu une enquête ou quoi que ce soit. Mais alors, donnez-moi la résidence, je vais parler à la régie régionale et nous allons faire intervenir le CLSC.

M. Poulin: Mais, je vous dis, il y en a des intervenants de rendus dedans, là. Je vous les ai tous nommés: le Protecteur des usagers, le CLSC, la régie régionale, la Commission des droits de la personne.

M. Gabrièle (Pierre): Et vous n'avez pas eu de réponse?

M. Poulin: Là, ils sont tous en train de savoir sur quoi ils vont prendre leurs responsabilités. Puis là, finalement, le comité des enfants de ces parents-là ne savent plus où donner de la tête. Ils disent: Mais ça n'a plus de bon sens! Ils ont fait des plaintes à la Sûreté du Québec, il n'y a rien qui avance. Me semble que c'est insensé.

Le Président (M. Kelley): Bien, l'offre est sur la table, je pense...

M. Poulin: Mais je la prends.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): ...qui va être acceptée.

M. Gabrièle (Pierre): Vous m'en voyez... Je le sais, on va s'arrêter. On va regarder qu'est-ce qui se

passé là-dedans. Mais, comme je vous disais ce matin, c'est ça que nous voulons quand on parlait... C'est l'exemple le plus frappant. Quand je parlais de la réorganisation de la première ligne et du guichet unique, c'est que nous voulions une porte d'entrée unique où la personne n'ait pas à magasiner. Même s'il y a une multitude d'intervenants qui doivent s'en occuper, mais il ne faut pas qu'ils se lancent la balle.

M. Poulin: Puis pas seulement que ça. C'est bien beau, tout le monde veut l'avoir, le dossier, mais après ça ils te le retournent puis ils disent: Ce n'est pas de ma responsabilité. Mais on fait quoi? Faut que quelqu'un, autrement dit, le prenne puis qu'il règle les problèmes qui sont vécus.

M. Gabrièle (Pierre): Alors, vous me l'envoyez, on va l'analyser. On va vous revenir rapidement.

M. Poulin: Puis j'espère que vous allez intervenir aussi auprès de cette situation-là.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, oui.

M. Poulin: J'attends vos coordonnées.

Le Président (M. Kelley): On va régler ça à la fin de la séance.

Mme Bélanger: J'ai une petite question sur ce que M. le sous-ministre a dit.

Le Président (M. Kelley): Très rapidement, parce que le député de Labelle est...

Mme Bélanger: C'est très, très rapide. Vous avez dit que... Bon, là, vous dites à un monsieur, mon collègue, d'aller au CLSC. Moi, j'ai déjà eu des plaintes pour un foyer privé qui avait du harcèlement psychologique. Les patrons étaient très sévères envers les résidents, ils les traitaient comme des enfants, etc., et j'ai fait une plainte à la régie régionale. La régie régionale est allée, ils ont vérifié les faits, ils ont dit qu'ils avaient juste un pouvoir de recommandation et non de pouvoir coercitif. Alors là vous me dites que, en appelant au CLSC, vous dites à mon collègue que, eux autres, ils peuvent intervenir de manière coercitive.

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

M. Gabrièle (Pierre): Ça dépend des raisons. Par exemple...

Mme Bélanger: ...psychologique.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, mais quel est, vous savez, quel est le niveau d'abus? Parce que c'est des fois de l'abus psychologique, des fois c'est une perception. J'ai vu des cas, M. le Président, où, dans une résidence privée dans la région de Waterloo, je suis allé même, à l'époque, comme Curateur public, et avec la Sûreté du Québec, et on a sorti la personne, et avec le CLSC. Mais là il y avait vraiment des abus en termes, pas psychologiques, en termes de qualité de services qui étaient

donnés, et la personne ne pouvait pas rester là. Et elle-même, la personne, pourquoi on a amené la Sûreté du Québec? Parce qu'elle voulait rester là. Il a fallu qu'on la sorte avec la Sûreté du Québec pour la placer ailleurs et aller faire une requête en cour, parce que c'était contre sa volonté, pour la placer dans un autre établissement. Parce qu'il y a ça aussi qu'il est important que vous saisissiez. D'après le Code civil, si la personne décide qu'elle est apte, qu'elle ne veut pas sortir, je ne peux pas manu militari la sortir, c'est un citoyen à part entière. Donc, il faut aller faire une requête à la Cour provinciale... supérieure, excusez, pour la faire sortir et montrer qu'elle est en danger ou que sa qualité de vie et ses soins sont mis en cause. Mais, quand le cas est vraiment patent suite à l'enquête, oui, on peut se rendre jusque-là.

Quand vous faites cette requête-là, bien sûr, c'est une requête judiciaire, et même il y a des coûts et frais. Mais ce n'est pas ces coûts et ces frais-là qui nous empêchent de le faire. Mais il faut qu'on ait la preuve, parce que, quand on sort la personne contre son gré, vous ne pouvez pas la sortir pour des futilités. Alors, vous comprenez, des fois c'est tenu, ce qu'on appelle les abus psychologiques. Mais ce que je ne trouve peut-être pas normal, c'est que chacun s'envoie la balle. Qu'on fasse l'enquête et qu'on dise: Bon, écoute, il n'y a pas matière ou il y a matière.

Centralisation des demandes d'hébergement des personnes âgées

Le Président (M. Kelley): Avant de passer la parole au député de Labelle, juste également un autre exemple, mais au niveau de l'importance d'un guichet unique ou d'avoir une personne en charge d'un dossier, parce que j'ai eu un fax hier d'une commettante. Sa mère est en perte d'autonomie à cause de l'Alzheimer. C'est la travailleuse sociale à l'hôpital qui l'a encouragée de briser son bail dans son appartement. Alors, elle a brisé le bail, mais maintenant, au niveau du placement dans un centre d'hébergement, elle est moins prioritaire parce qu'elle ne vient pas d'un appartement. Mais c'était le même système qui a avisé de briser le bail au départ. Alors, c'est quelqu'un qui maintenant est pris dans un hôpital. Alors, ça, c'est les soins les plus coûteux chez vous. Elle reste là en attendant qu'on trouve une place. Les listes d'attente à travers l'Ouest-de-l'Île de Montréal sont très longues. Si on ajoute à ça un facteur linguistique, parce que ça, c'est une madame d'expression anglaise, alors c'est important d'avoir un point de services bilingue pour s'assurer qu'elle peut avoir des soins dans la langue anglaise.

Tout ça mis ensemble, on faisait l'exemple de qu'est-ce que vous voulez éviter, mais on est maintenant une personne qui est prise, ça fait deux mois déjà, aux places de services les plus coûteuses. Il n'y a pas de place pour... Mais elle est moins prioritaire, selon vos propres critères, parce qu'elle n'est plus dans un appartement parce c'est la travailleuse sociale dans le même système qui a dit de briser votre bail. Alors, pour la simple madame qui essaie de comprendre notre système, qui n'a pas accès direct au sous-ministre, ce n'est pas toujours évident.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, votre exemple illustre bien justement... C'est ça, le guichet.

Parce que, si elle était restée chez elle, normalement, elle devenait un cas urgent et elle passait en priorité parce qu'elle ne pouvait pas demeurer chez elle. Donc, sur la liste d'attente, elle passait en cas d'urgence, priorité.

J'ai les mêmes problèmes quand on parle des listes d'attente. Il y a des délais qui nous sont imputables à nous bien sûr par le manque de places, mais il y a des délais qui sont imputables à des choix que les personnes font, mais parce qu'elles se font conseiller dans ces choix-là, parce qu'il n'y a pas un guichet unique.

Alors, mettons, si la personne est à l'hôpital, à un moment donné le travailleur social de l'hôpital peut lui dire: N'allez pas dans cette résidence, elle est désuète, mais l'autre, elle vient d'être construite, elle est toute neuve, elle est flambant neuve. Alors, toute la famille et tout le monde veut avoir cette résidence-là. Mais tout le monde veut aller dans cette résidence-là. Donc, la liste d'attente s'allonge, alors que j'ai une résidence à côté où peut-être c'est vrai qu'elle n'est pas refaite à neuf, mais les services sont bons et la durée d'attente est moindre. Alors, ça aussi, ça nous fait des écarts là-dedans, alors que, avec un guichet unique, quand la famille arrive, on peut... Et avec la personne on peut leur expliquer: Bon, regardez, voilà les durées d'attente qu'il y a dans les centres d'hébergement du territoire, et on peut leur faire faire leur choix.

C'est vrai que le choix demeurera toujours à la famille et à la personne, mais elle va savoir à un moment donné que dans tel centre d'hébergement du territoire donné la liste d'attente est à 30 jours ou 40 jours, dans l'autre, elle est à six mois ou un an. Mais ils feront un choix éclairé.

• (16 h 10) •

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

Planification à long terme en matière d'hébergement des personnes âgées

M. Pagé: Oui. M. le Président. Quand je regarde les différents tableaux, j'ai le même réflexe que tout le monde, hein, on se promène, on regarde les tableaux, on regarde notre région, où est-ce qu'on se situe. Mais j'ai accroché particulièrement, moi, sur le tableau 1, tableau 1 à la page 18, puis je ne veux pas faire de science-fiction, là, mais le tableau 1 qui... On parle de 1971, 2001, 2031. Et, quand je vous dis, là, que je me sens interpellé personnellement, c'est que je suis un jeune député, et je sais qu'en 2031 je serai peut-être dans le début...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Pagé: Je serai certainement moins jeune. Mais, en ce qui me concerne, je serai dans le début d'une certaine catégorie.

Une voix: ...

M. Pagé: Ha, ha, ha! Bon, on est mieux d'arrêter ça là. Et, je vais vous dire, je trouve ça drôlement inquiétant, drôlement inquiétant. J'ai l'impression qu'on est assis sur une bombe. On dit: D'ici 10 ans, là, la majorité des baby-boomers vont arriver à l'âge de 65 ans.

Le Président (M. Kelley): Commencer.

M. Pagé: Commencer. On sait que, tout ça, quand on parle de 2001 à 2031, on a des chiffres en 2031, mais, entre les deux, tout ça arrive. Quand je vois, dans les 30 dernières années, que la population a augmenté de 20 % au Québec et que je vois les augmentations de 65 ans et plus, c'est plus du double. La population du Québec va augmenter de 5 % en l'espace de 30 ans et plus du double encore, plus de 100 % des gens auront 65 ans et plus.

Comment vous voyez la situation? Comment vous entrevoyez ça? Est-ce qu'il y a des scénarios qui sont imaginés? Je trouve ça inquiétant.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, oui, on en est conscients et, nous aussi, on s'en inquiète. Il y a des scénarios. Les chiffres sont corrects, qui sont là-dedans. Même nous, les scénarios que nous avons faits... Madame...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Hein, c'est rassurant. Les scénarios qu'on a faits...

Des voix: ...

M. Gabrièle (Pierre): Vous, oui, les chiffres sont corrects. Alors, les scénarios que nous avons faits: actuellement, les personnes de 65 ans et plus, c'est à peu près 12 % de la population du Québec, et nous estimons, nous, que, d'ici... C'est ça, c'est 12 %, l'équivalent, et nous estimons que, d'ici 35 ans à peu près — on a fait des projections — on va passer à 24 % de la population du Québec. Vous voyez, c'est l'équivalent. Et nous sommes, comme société, je pense, après le Japon, la société qui vieillit le plus vite. Le Japon va doubler son pourcentage en 25 ans, et, nous, en 35 ans. Mais, après, si je regarde le reste du Canada, c'est dans 45 ans par rapport à, nous, 35 ans. On a comparé même avec d'autres pays, et d'autres pays, ils doublent leur taux de vieillissement sur des horizons de 65 ans, 60 ans. Bon. Donc, à partir de là — sauf que je ne peux pas vous donner les scénarios parce que, le plan, c'est mon ministre qui doit l'annoncer à un moment donné — nous avons établi un plan. Mais déjà dans le plan ce qui est important... notre volonté, comme on le dit depuis quelque temps, de transformer la première ligne et de mettre plus nos investissements en première ligne sans éliminer bien sûr les centres hospitaliers. Mais les centres hospitaliers deviendront... au niveau des soins qui sont des soins spécialisés ou pour une intervention chirurgicale, et, même avec le service ambulatoire des fois pour des interventions d'un jour, ce que nous avons fait, alors que maintenant toute la porte d'entrée de notre réseau, c'est l'hôpital.

Alors, il va falloir donc se préparer à ce vieillissement de la population par... consolider les services de première ligne, comme l'a dit Clair dans son rapport — parce que ce n'est pas nouveau, c'était vu, comme l'a dit Clair dans son rapport — et, en plus, aussi consolider

ce que j'appelle la toile des services de première ligne, autant des services médicaux par les groupes de médecins de famille que les services psychosociaux. Mais il faut aussi avoir comme intervention une intervention en utilisant toutes les opportunités que nous avons. Autant actuellement à l'économie sociale, plus tard ça peut être un substitut de l'économie sociale, ou on peut la développer telle qu'elle est, utiliser les organismes communautaires et aussi utiliser les résidences privées, mais avec un encadrement. Alors donc, pour les personnes...

Parce que, en plus, ce qui est le plus important là-dedans, c'est que l'espérance de vie augmente. Il y a le taux de vieillissement qui va doubler d'ici 35 ans. Plus, vous avez une espérance de vie qui augmente, et pour certains l'espérance de vie va augmenter en bonne santé et d'autres en moins bonne santé. Donc, il faut en tenir compte. Et, oui, nous avons des choses qui vont être annoncées dans les prochains jours.

M. Pagé: Admettez avec moi que c'est inquiétant de s'inquiéter que l'espérance de vie augmente. Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Non, non, c'est un cas...

Une voix: ...bonne santé.

M. Pagé: Non, non, je comprends. Je comprends. Je comprends ce que vous voulez dire, mais, je vais vous dire, quand je regarde ça, ça fait peur, ça fait peur. Bon, c'est normal qu'on se préoccupe de ce qui se passe maintenant, des 10 dernières années. Dans les deux, trois prochaines années, on a le rapport de la vérificatrice. Ça me va, tout ça, mais, quand je vois ça, je me dis: Il va falloir qu'on soit drôlement efficace et ça va prendre des sous aussi pour faire tout ça.

M. Gabrièle (Pierre): Oui, et ça va prendre plus, ça va prendre aussi des interventions précoces de prévention. Ça va aussi... Il va falloir qu'on tienne compte... Parce que, vous voyez, c'est comme tout était interconnecté. Il faut tenir compte aussi du coût des médicaments, et des équipements, et des hautes technologies, et même aussi de notre parc immobilier. Tel qu'il est, il a une valeur de remplacement de 10 milliards; mais il faut le maintenir à niveau. Or, juste dans le maintien d'actif, si je regarde qu'est-ce qui se passe dans l'entreprise privée, ça prend 2 %. La norme de 2 %, c'est ce qu'il y a de partout pour le maintien d'actif, et 2 % de 10 milliards, c'est rien que pour maintenir le parc à niveau. C'est 200 millions par année. Alors, c'est tout ça, oui, quand je vous disais dans mon allocution d'introduction que nous connaissons à la fois nos forces et nos faiblesses et que nous faisons une planification pour l'avenir.

Le Président (M. Kelley): Ça va aller, M. le député?

M. Pagé: Oui, ça va.

Le Président (M. Kelley): Dernière toute petite question, M. le député de Beauce-Nord ou...

Une voix: Très petite.

Le Président (M. Kelley): Toute petite.

Encaissement des crédits d'impôt pour personnes âgées par les propriétaires des maisons d'hébergement

M. Poulin: Mais très compliquée, par exemple, M. le Président. Ha, ha, ha! M. le Président, je ne sais pas si je suis au bon endroit pour poser la question, mais j'aimerais parler du crédit d'impôt pour les personnes qui vivent en résidence, pour les personnes âgées, là. On appelle ça exactement, là, le Programme de crédit d'impôt pour personnes âgées.

Est-ce que, lorsque a été conçu ce programme-là, encore là en relation avec les résidences privées où les gens habitent, est-ce qu'il est normal que souvent on réclame la totalité du montant au propriétaire? Moi, ce que j'en comprends, lorsque t'as un crédit d'impôt...

Une voix: Le propriétaire réclame...

M. Poulin: Oui, le propriétaire ramasse le total du crédit d'impôt auquel la personne a droit, l'individu, autrement dit.

Une voix: En haussant les loyers.

M. Poulin: Est-ce que ce crédit d'impôt ne devrait pas appartenir à celui, autrement dit, qui réside et non pas, on va dire, par procuration être remis au propriétaire? Parce que ça fait une augmentation déguisée considérable lorsque celui-ci reçoit ce montant d'argent là. Puis je ne sais pas si c'est dans vos cordes, là, je dis bien, mais cette pratique-là se fait dans les établissements privés. On dit: Remplissez vos différents formulaires, on vous donne droit à tant de crédit d'impôt, vous signez une procuration, puis, nous autres, on ramasse le chèque. C'est un peu insensé.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre a dit: Tout est interconnecté. Je vais laisser à Mme Ruest le devoir de répondre à la question. Mme Ruest.

Mme Ruest (Rachel): Effectivement, ce n'est pas nécessairement un programme qui relève de Santé et Services sociaux, c'est un programme qui relève du ministère du Revenu.

M. Poulin: Revenu ou Finances? Je ne sais trop.

Mme Ruest (Rachel): Bien, c'est le ministère du Revenu qui l'administre, qui est l'administrateur de ce programme. O.K?

M. Poulin: Oui.

Mme Ruest (Rachel): Et je vous dirais que c'est une situation qui nous a été signalée à quelques reprises et que c'est une information que, nous, on a signalée au gens du ministère du Revenu.

M. Poulin: Oui.

● (16 h 20) ●

Mme Ruest (Rachel): Donc, c'est tout ce que je peux vous dire en termes d'information. Mais ce qu'on pourrait faire, c'est de voir avec eux comment ils pourraient communiquer avec vous pour faire le point sur le dossier.

M. Poulin: Nous, on a communiqué avec eux, puis, je vous dis de quoi, ce n'est pas simple, parce qu'on leur dit: Venez nous voir, venez nous rencontrer, puis appliquez-le à chacun des résidents de la résidence. Non, ce n'est pas dans notre rôle. Dans notre rôle, nous autres, c'est simplement, on va dire, de remplir des formulaires, etc. Il n'y a personne, ni plus ni moins, pour mettre en application un programme semblable dans l'institution puis dire qui a droit à quoi.

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

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, ce que je comprends de l'explication du député, c'est que le propriétaire de la résidence fait toute la paperasserie pour demander le crédit, et il demande à la personne qui vit là, qui a un bail, de lui donner la procuration pour que lui reçoive le montant.

M. Poulin: C'est ça.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Alors là c'est un problème. C'est que, légalement, si elle a donné la procuration et il a reçu le montant, on n'a pas de recours. Cependant, ce qu'on peut expliquer à la personne... Et c'est toujours la même résidence dont vous allez m'envoyer les dossiers?

M. Poulin: Oui... dossiers, d'ailleurs.

M. Gabrièle (Pierre): Donc, ce qu'il faut expliquer aux personnes: vous, que le propriétaire fasse la paperasserie pour vous, qu'il exige d'être payé pour faire la paperasserie, ça, vous vous entendez avec lui, mais vous n'avez pas à signer de procuration pour qu'il reçoive ce chèque.

Une voix: Qu'il l'encaisse.

M. Gabrièle (Pierre): Qu'il l'encaisse. Mais, dès le moment que la personne a signé, vous comprenez que plus personne ne peut rien faire, à moins qu'elle soit inapte.

Mme Bélanger: C'est de l'abus des personnes âgées.

M. Gabrièle (Pierre): C'est-à-dire...

Des voix: C'est une forme d'abus.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, ça dépend, quand on parle d'abus. C'est que, si la personne elle-même est apte à consentir et qu'elle a fait le choix de façon libre et éclairée à ce titre, bien, excusez l'expression, on est fait, devant un tribunal, parce que, si elle a fait un choix libre et éclairé, ce n'est pas un abus. Mais, si on explique à la personne: Tu n'as pas à signer de procuration, tu demandes qu'on fasse la paperasse, tu paies pour le service que tu as, mais tu encaisses les

revenus, alors c'est à elle, à ce moment-là, à faire son choix. Dans le dossier que vous allez m'envoyer, vous m'enverrez en même temps cet élément-là.

M. Poulin: Mais, si la personne, sous déclaration sous seing privé, avec assermentation, dit qu'elle a connu des pressions pour signer la procuration?

M. Gabrièle (Pierre): Alors, écoutez, moi, je pense, M. le Président, que nous allons ramasser l'ensemble... Parce que, avec les délais que nous avons, nous allons ramasser l'ensemble du dossier et nous allons le regarder.

M. Poulin: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Alors, la collaboration est là. Avec le temps...

Mme Bélanger: J'aimerais, moi, que les informations qu'ils vont avoir du ministère du Revenu, elles soient envoyées à la commission pour qu'on puisse en prendre connaissance aussi et non pas donner ça juste à mon collègue.

M. Poulin: On veut partager. Quel est le moyen peut-être de faire un suivi? Est-ce qu'il y a une directive qui pourrait être transmise par le ministère de la Santé, autrement dit, à la commission? Comment procéder vis-à-vis des abus vis-à-vis ces personnes-là? Bien, ce serait apprécié de l'ensemble des collègues.

Le Président (M. Kelley): Mais peut-être, sur ça, qu'on va demander à la secrétaire de voir, parce que, si j'ai bien compris, ce sont des choses au ministère du Revenu. Alors, peut-être...

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): Oui. On va demander au ministère du Revenu directement, au nom de la commission, d'obtenir ces renseignements. Peut-être, Mme la secrétaire, que vous pouvez faire référence à l'échange qu'on vient d'avoir avec le député de Beauce-Nord, Mme Ruest, M. Gabrièle et envoyer ça aux membres de la commission.

M. Gabrièle (Pierre): ...parce que le dossier, c'est un peu... C'est particulier que je réponde à la demande du député.

Le Président (M. Kelley): Alors, j'ai compris, mais, pour la demande de Mme la députée de Mégantic-Compton, la secrétaire va s'en occuper pour bien informer les membres de la commission.

Remarques finales

Il ne nous reste qu'un cinq minutes, alors, si on peut avoir les remarques finales vite, vite... Ha, ha, ha! Je vais commencer avec Mme Paradis. Encore une fois, c'est toujours difficile, dans les après-midi, quand on siège, d'avoir le temps qu'il faut, mais... À vous la parole, Mme Paradis.

Mme Doris Paradis, vérificatrice générale par intérim

Mme Paradis (Doris): Merci, M. le Président. J'aimerais rappeler simplement que nous avons émis 17 recommandations sur les services d'hébergement. Je pense que la rencontre d'aujourd'hui nous a permis de constater aussi l'importance d'avoir des services de qualité. Le sous-ministre nous a indiqué qu'il y avait déjà eu des gestes concrets, comme une demande aux régions régionales de s'assurer de faire l'évaluation des besoins puis des plans d'intervention — c'est un élément qui était considéré primordial pour avoir des services de qualité — et qu'il y avait également d'autres éléments qui seraient déposés sous peu, qui seraient rendus publics, comme un plan d'action, et c'est évident qu'on aura intérêt à suivre tous ces documents. Simplement encourager le sous-ministre à poursuivre, là, l'amélioration des services d'hébergement.

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): Moi, M. le Président, c'est toujours un plaisir de pouvoir au moins vous dire ce que nous faisons. Ha, ha, ha! Même si parfois je comprends l'impatience de certains membres de la commission, qui trouvent que c'est trop long, mais je vous réitère: comme le réseau de la santé et des services sociaux, c'est un réseau que je dirais multiple et à plusieurs tentacules, quand on fait des changements d'importance qu'on veut faire au niveau de l'organisation et des mentalités, il faut le faire avec les partenaires du réseau, parce que le ministère ne peut pas simplement édicter d'en haut, parce que la vraie vie et le quotidien se fait dans les établissements. Alors, si nous voulons les associer à ces changements, il faut le faire aussi avec eux — et c'est ça parfois qui donne l'impression de longueur ou qu'on s'étire — parce qu'il va falloir que ces personnes y croient, à la vision de réseau intégré de services. Parce que, comme vous le savez, chaque établissement a son conseil d'administration et a sa forme d'autonomie, et, quand nous voulons les mettre en réseau, ça demande des changements de mentalité, et c'est ce type de travail que nous faisons.

Mais je peux vous assurer que, entre-temps, bien sûr que nous nous préoccupons à la fois de la qualité des services et des cas, des fois, d'espèce — et je ne suis pas ni péjoratif, ni négatif quand je dis ça — des cas d'espèce. C'est vrai que, quand ils sont portés à notre attention, nous réagissons. Nous voulons qu'il y en ait le moins possible. Mais il y en aura toujours. On fait donc au moins qu'on en diminue, de ces cas d'espèce. Parce que la population elle-même investit 17,5 milliards dans ce réseau, il faut qu'elle en ait pour son argent. Merci.

M. Geoffrey Kelley, président

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le sous-ministre. Et, juste en terminant, juste souligner que ce sont les familles qui sont en très grande détresse, et à la

fois la question que nous avons examinée il y a deux semaines, les soins à domicile, mais également les centres d'hébergement, c'est souvent les familles qui sont dans une certaine détresse. Ça touche beaucoup de monde. On a juste à regarder les dernières deux séances, les expériences personnelles soit des membres de la commission, chez vous, à la vérificatrice générale, on connaît les situations parce qu'ils sont de plus en plus nombreux dans notre société. Les enjeux que nous avons regardés la semaine passée, ou il y a deux semaines, et aujourd'hui sont très importants. Peut-être qu'il y a une certaine impatience de certains membres de la commission, mais ça reflète la pression qu'on sent dans nos bureaux de comté, et je pense qu'on est ici pour bien représenter ces personnes à l'Assemblée nationale. Alors, c'est notre devoir de le faire, et on essaie de le faire le plus correctement possible.

Et, juste en terminant, deux autres points que j'ai soulevés la dernière fois mais qui, je pense, demeurent également pertinents ici, c'est l'importance des données fiables, surtout dans l'optique d'une transformation du financement, le calcul par région du financement. Il faut les analyses, les portraits les plus fiables possible des problèmes, des besoins. Et je comprends tout le problème avec le calcul historique de financement, mais, avant de proposer des changements, pour éviter les chambardements, et tout ça, les données les plus fiables, les plus récentes, alors, dans l'optique des demandes qui ont été faites il y a deux semaines et encore une fois aujourd'hui pour certaines données, je pense, le mieux éclairer, le mieux informer les députés, peut-être que ça va donner un débat le plus serein possible. Je ne dis pas serein, mais le plus serein possible.

Et je suis très sensible à un point que le sous-ministre a soulevé aujourd'hui, mais c'est la mécanique pour mettre les meilleures pratiques en évidence. Moi, je crois fermement... Et on n'est pas uniquement ici pour faire un procès, mais également... de trouver les moyens qu'on peut trouver les expériences, qu'on peut avoir les meilleures pratiques dans une région ou une autre, un CLSC qui a trouvé... On ne demande pas à tout le monde de réinventer la roue. Si on a trouvé une excellente idée, s'il y a les moyens, s'il y a les suggestions, si les députés... les commissions parlementaires peuvent être utiles pour faire la promotion des meilleures pratiques, on a un très grand intérêt, parce que, comme mon collègue de Labelle a dit, avec le défi démographique qui s'en vient, nous devons travailler d'une façon très intelligente avec les ressources qui vont demeurer rares. Alors, on a tout intérêt de trouver les meilleures pratiques possible et les véhiculer pour donner le meilleur service à la population. Et sur ça j'ajourne nos travaux sine die. Merci beaucoup à tout le monde.

(Fin de la séance à 16 h 30)