



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 15 mars 2005 — Vol. 38 N° 105

**Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant
la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives (8)**

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 15 mars 2005 — Vol. 38 N° 105

Table des matières

Auditions (suite)	1
Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH)	1
Protectrice des usagers en matière de santé et de services sociaux	10
Réseau québécois des organismes sans but lucratif d'habitation (RQOH)	20
Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP)	30
Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (Fédération québécoise des CRDI)	36

Intervenants

M. Russell Copeman, président

M. Philippe Couillard
Mme Francine Gaudet
Mme Louise Harel
Mme Solange Charest
Mme Diane Legault
M. Claude Bachand
M. Nicolas Girard

- * Mme Isabelle Tremblay, AQRIPH
- * Mme Thérèse Colin, idem
- * Mme Sonia Desbiens, idem
- * Mme Lise Denis, Protectrice des usagers en matière de santé et de services sociaux
- * M. Pierre Bourbonnais, idem
- * M. Serge Bergeron, RQOH
- * M. François Vermette, idem
- * M. Yves Millette, ACCAP
- * M. Daniel Roussel, idem
- * M. Jean-Marie Bouchard, Fédération québécoise des CRDI
- * M. Gilles Cloutier, idem
- * M. Pierre Cloutier, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 15 mars 2005 — Vol. 38 N° 105

Consultation générale sur le projet de loi n° 83 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (8)*(Dix heures trente-cinq minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît, chers collègues! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Nous sommes toujours réunis afin de poursuivre la consultation générale et les auditions publiques sur le projet de loi n° 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve) va remplacer M. Girard (Gouin).

Le Président (M. Copeman): Très bien. Je vous rappelle, comme je le fais à chaque séance, chers collègues, ainsi qu'à tous présents dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite, et je vous prierais en conséquence de bien vouloir les mettre hors tension. C'est toujours comique, je vois beaucoup de collègues féminines fouillent dans leur bourse à ce moment-là pour s'assurer que le téléphone est hors tension. Je dis beaucoup, je n'ai pas dit toutes. Plusieurs.

Je vous fais lecture de l'ordre du jour. Nous allons dans quelques instants écouter et échanger avec l'Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées, l'AQRIPH, qui sera suivie par une séance avec le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Il est prévu également cet après-midi que nous siégeons. Je vous ferai alors lecture de l'ordre du jour après la période des affaires courantes.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, c'est un plaisir encore une fois de souhaiter la bienvenue aux représentantes de l'AQRIPH. Mme Tremblay, bonjour. Je sais que vous connaissez nos règles de fonctionnement, je les répète simplement. Vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation, et, dans les circonstances d'une longue consultation générale et des journées bien remplies, je suis assez sévère avec l'attribution des temps, qui sera suivie par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je vous prie de présenter vos collaboratrices et de débiter votre présentation.

Alliance québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées (AQRIPH)

Mme Tremblay (Isabelle): Alors, bonjour, ça me fait plaisir d'être présente aujourd'hui pour représenter

l'Association québécoise des regroupements régionaux pour l'intégration des personnes handicapées, l'AQRIPH. L'AQRIPH est formée de 19 regroupements régionaux présents dans toutes les régions du Québec qui, eux, rassemblent environ 350 organismes de personnes handicapées et de parents. Je suis aujourd'hui accompagnée de deux représentantes de regroupements régionaux: à ma gauche, Mme Thérèse Colin, du Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle...

Mme Colin (Thérèse): Bonjour.

Mme Tremblay (Isabelle): ...et à ma droite, Mme Sonia Desbiens, du Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain.

Mme Desbiens (Sonia): Bonjour.

Mme Tremblay (Isabelle): Alors, préalablement, j'aimerais attirer votre attention sur un élément qui vous a été soulevé par plusieurs intervenants, plusieurs représentants d'organismes qui sont venus en commission parlementaire concernant le projet de loi n° 83, et je fais référence au délai que nous avons eu pour préparer notre mémoire. À peu près tout le monde vous a dit que le délai était déraisonnable, compte tenu de la lourdeur de cette loi, compte tenu que c'était également aussi la période des fêtes, et on a eu seulement qu'une trentaine de jours pour faire l'analyse de cette loi qui a quand même énormément d'impacts, particulièrement dans notre secteur. Et ce qui m'inquiète le plus, c'est quand j'entends les représentants du Barreau du Québec, qui sont des spécialistes en droit, venir dire à la commission qu'ils n'ont pu que faire un survol dans leur mémoire. Et c'est pire encore quand c'est dit par Me Jean-Pierre Ménard, qui est un spécialiste en droit médical, peut-être notre plus grand au Québec, qui connaît cette loi-là pour travailler avec elle depuis plusieurs années. Alors, Me Ménard a dit que le mémoire du Barreau contenait des impressions. C'est un mémoire impressionniste. Je ne sais pas comment on peut qualifier le nôtre. Je vous laisse le soin de le faire, mais j'aimerais beaucoup de compréhension de votre part concernant la période des questions parce que, évidemment, on n'a pas pu faire des analyses exhaustives de tous les articles de cette loi, mais on va y aller avec des grands principes lors de notre présentation.

Alors, je vais laisser la parole à Mme Thérèse Colin pour le premier volet.

● (10 h 40) ●

Mme Colin (Thérèse): Alors, le projet de loi n° 83 est majeur. Il introduit des dispositions faisant suite à l'adoption de la Loi sur les agences de développement des réseaux locaux, mais également il introduit des changements qui vont bouleverser le réseau de la santé et des services sociaux, et, pour nous, c'est notamment ce qui concerne les renseignements personnels, les éléments

sur la gouverne et aussi les mesures qui ont trait à la qualité des services. Tous ces changements vont avoir des répercussions majeures sur les personnes handicapées et leurs familles.

Nous ne sommes pas sûrs que les changements dans les structures proposés par le projet de loi vont permettre une réelle amélioration au niveau de l'accès aux services et de la qualité des services. Également, au sujet du respect des droits des personnes handicapées, ce sont évidemment le droit à l'inclusion, le droit à la compensation, le droit à l'accessibilité universelle accompagnée de l'obligation d'accompagnement. Depuis plusieurs années, les personnes handicapées sont confrontées à un manque flagrant dans l'accès aux services, des services qui répondent à leurs besoins. Ils se retrouvent donc en situation de grande pauvreté, d'isolement, d'exclusion sociale et de vulnérabilité. Alors, nous avons décidé d'axer notre présentation sur les préoccupations de l'AQRIPH qui touchent particulièrement les questions de la réorganisation du réseau, de la gouverne, de l'action communautaire autonome, de la qualité des services et de la circulation des renseignements personnels. Alors, pour ma part, je vais vous parler de la réorganisation du réseau.

Le projet de loi fait des centres de santé et des services sociaux une pièce centrale dans l'organisation des services, et particulièrement parce qu'il leur attribue la responsabilité exclusive de définir le projet clinique. Dans les faits, les CSSS vont devenir les maîtres d'oeuvre de l'organisation et de la coordination des services. Alors, la loi nous propose un modèle encore théorique, mais, nous, compte tenu de notre expérience terrain, nos inquiétudes sont multiples face à cette réorganisation. Nous ne voyons pas vraiment comment une réforme des structures va entraîner une meilleure coordination des services. Notre expérience terrain nous a souvent démontré que plus l'on regroupe les services, plus on augmente le nombre de lignes hiérarchiques, plus les décideurs sont loin de la réalité que vivent les usagers, et le rassemblement sous un même toit ne remédie pas nécessairement à la question de la coordination des services.

Nous craignons que la réforme mette à l'avant plan une vision médicale et curative de la santé au détriment de la vision sociale. Pour les personnes handicapées, les besoins sont essentiellement des besoins sociaux de réadaptation et d'inclusion sociale, donc pas nécessairement la priorité de l'organisation des services de santé actuellement. Nous sommes également très perplexes face à une organisation des services qui va reposer sur un système complexe d'ententes, d'autant plus que ces ententes seront prises avec de multiples partenaires publics, privés, communautaires et d'économie sociale, eux-mêmes pouvant déléguer une partie de leurs activités. Nous sommes inquiets de la disparité entre les territoires en regard des choix prioritaires, compte tenu de la masse critique que constituent les personnes handicapées, qui donc seront souvent desservies après les autres. Quant à la responsabilité populationnelle, nous nous interrogeons sur la mise en place d'une telle proposition. Peut-on en même temps s'assurer du libre choix de l'usager et assurer une répartition équitable des ressources pour tous les citoyens d'un territoire? Peut-on gérer de la même façon les territoires qui ont des hôpitaux et ceux qui n'en ont pas?

Enfin, nous voudrions vous interpeller particulièrement sur la question de la réadaptation, qui est un volet primordial pour les personnes qui vivent avec une déficience. Même si les centres de réadaptation sont impliqués dans la définition du projet clinique, quelle va être leur place dans la perspective où le ministère a travaillé à un cadre d'harmonisation des services première, deuxième et troisième ligne et où l'on veut renvoyer les clientèles non complexes dans les CSSS? Les CSSS ne sont pas équipés pour faire de la réadaptation. Ils n'ont pas l'expertise pour offrir les services de soutien à l'intégration sociale et à la réadaptation. Alors, il nous paraît indispensable de clarifier la place des centres de réadaptation et de s'assurer que soit conservée l'expertise spécialisée développée pour chacune des déficiences.

En résumé de cette partie-là, je dirais que la présente loi est la plus grosse réforme probablement depuis les 30 dernières années et que nous craignons beaucoup pour les personnes handicapées qu'elles vivent une situation très chaotique dans la distribution de leurs services, puisqu'il va falloir s'occuper d'une réorganisation complète en très peu de temps alors que déjà on a des problèmes d'accès aux services. Donc, pour ce chapitre-là, on n'en dira pas plus long. On est prêt à répondre à vos questions. Et je vais passer la parole à ma collègue Sonia pour vous parler de la gouverne.

Le Président (M. Copeman): Mme Desbiens.

Mme Desbiens (Sonia): Bonjour. Alors, concernant la gouverne, l'AQRIPH a plusieurs préoccupations, particulièrement concernant le rôle de l'agence. C'est sûr que, nous, on regrette, en fait, la perte du pouvoir de décision que l'agence avait en matière de planification et de coordination, plus particulièrement parce que les personnes handicapées en fait ont une partie de leurs services qui doivent s'organiser sur une base régionale.

C'est certain, c'est vous dans les faits, M. Couillard, comme ministre de la Santé et des Services sociaux, qui aurez la charge finalement d'élaborer un plan stratégique pluriannuel. Bon, tout ça devrait se faire en collaboration avec les agences et les partenaires du réseau. Ce qu'on veut vous dire aujourd'hui en fait, c'est que pour l'AQRIPH, qui représente les régions, c'est très important que le plan stratégique soit ajusté aux réalités locales, puis, ça, ça veut dire, dans les faits, à 95 centres de santé et de services sociaux. Ça fait que c'est sûr que c'est une grosse responsabilité. On n'est pas inquiets avec vous, M. le ministre, mais on se dit qu'il va y avoir d'autres ministres de la Santé qui vont vous succéder et on veut être certains que cette préoccupation-là soit tenue en ligne de compte.

Lorsqu'on parle aussi des plans pluriannuels, qu'est-ce qu'on entend par pluriannuel? En tout cas, nous, on aimerait avoir des précisions sur la durée prévue pour ce plan-là. Est-ce qu'on parle de 10 ans? De quatre ans? Ce n'est pas clair. Également concernant le conseil d'administration des établissements, qu'on parle des instances locales, qu'on parle des centres de réadaptation de l'agence, pour nous, il faut donner plus de place à la représentation citoyenne. On veut s'assurer en fait qu'il y ait autant de représentants civils que des

secteurs professionnels. Également, concernant les organismes communautaires autonomes, on veut que les organismes désignent eux-mêmes leurs représentants plutôt qu'ils soient nommés par le ministre.

Je vais vous présenter quelques enjeux aussi qui sont très importants pour l'AQRIPH concernant l'action communautaire autonome. On sait que le projet de loi confie en fait aux agences le mandat d'attribuer les fonds aux organismes communautaires autonomes, et ça, à quelque part, on en est très heureux de lire cette phrase-là dans le projet de loi, mais on veut quand même insister et rappeler la nécessité que la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires, le programme SOC, soit protégé régionalement, que ce ne soit pas juste théorique mais que, dans la réalité, au niveau des agences, ce soit comme ça que ça se gère et on veut que l'enveloppe soit protégée et bonifiée et en soutien à la mission des groupes.

On sait qu'il va y avoir des ententes de services, mais concernant les ententes de services, ce qui est important pour nous, c'est la nécessité de baliser en fait toute forme de collaboration qu'un organisme pourrait avoir avec un établissement du réseau, parce qu'on veut s'assurer en fait que les groupes communautaires autonomes puissent conserver leur autonomie d'action, leur autonomie d'orientation. Je pense que plusieurs vous l'ont dit aussi en commission parlementaire, les organismes communautaires autonomes, ce ne sont ni des instances du réseau ni des producteurs de services que le réseau peut utiliser à moindre coût. En aucun temps, le financement à notre avis doit être conditionnel à la conclusion d'ententes avec un établissement. En fait, ce qu'on demande, c'est que le financement à la mission demeure la forme privilégiée de financement des organismes communautaires autonomes.

Enfin, on va donner la parole à Isabelle qui va vous entretenir de la qualité des services. Je pense qu'il ne faut pas perdre de vue aussi qu'il y a plusieurs groupes qui ont une mission puis qui interviennent sur une base beaucoup plus large qu'un territoire local et qui ont souvent une mission régionale, des fois supra-régionale. Alors, le nouveau système va complexifier en fait le travail de ces organismes-là parce qu'ils vont devoir établir des partenariats avec plusieurs CSSS, que ce soit au niveau des représentations ou pour établir des ententes de services.

Si on prend juste l'exemple de ma région, à Montréal, il y a 12 CSSS; un petit organisme qui intervient sur l'ensemble du territoire de l'île de Montréal va-t-il avoir besoin d'aller cogner à la porte de 12 CSSS dans ses relations avec le réseau? En tout cas, c'est des inquiétudes que nos groupes nous soulèvent.

Alors, je passe immédiatement la parole à Isabelle qui va vous entretenir de la qualité des services puis de la circulation des renseignements personnels. Merci.

Mme Tremblay (Isabelle): Alors, concernant le système des plaintes, on trouve positif que, dans le projet de loi, il y ait une plus grande indépendance du commissaire de par sa fonction qui va être exclusive, qui va relever du conseil d'administration et de ses pouvoirs d'enquête. Par contre, on voudrait que soit ramenée la notion de qualité des services versus la satisfaction de

l'utilisateur parce que la satisfaction, pour nous, c'est un indicateur de qualité, et là-dessus je pense que la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec a fait une excellente présentation et, à leur mémoire, aux pages 43 et suivantes, on retrouve bien la différenciation qui est importante à faire et la nécessité de ramener la notion de qualité des services.

● (10 h 50) ●

Concernant les comités de vigilance et les comités des usagers, on trouve qu'il y a quand même des améliorations positives aussi pour que la qualité des services soit améliorée. Par contre, ça reste du curatif. Il faudrait également que soient bonifiés ces articles qui touchent les deux comités pour ajouter la notion d'accommodement pour les personnes handicapées, c'est-à-dire l'accessibilité, les médias substitués, etc.

Quant aux résidences privées, vous avez entendu plusieurs représentants vous dire que ce devrait être appliqué également, les certifications, à toutes les résidences. Pour nous, c'est très important. Vous savez, M. le ministre, ça fait plusieurs fois qu'on se rencontre et qu'on vous parle de la qualité des services pour les personnes plus vulnérables de notre société. La commission des droits, le Barreau du Québec, à peu près toutes les personnes qui sont passées et qui traitent de nos sujets, la santé mentale, la déficience intellectuelle et les personnes vulnérables, vous demandent que les certifications soient aussi élargies aux résidences privées. Et on vous demanderait aussi d'ajouter les inspections systématiques dans le cas de toutes les résidences.

Le plus gros sujet que je voulais vous apporter aujourd'hui et notre plus grande déception dans le projet de loi touche évidemment les personnes vulnérables qui ont encore été une fois oubliées. À chaque fois qu'on vient en commission parlementaire, on vous parle que ça va prendre un système de protection des personnes vulnérables au Québec, parce que, nous, on est tannés de voir des violations sordides des droits des personnes.

Dans le projet de loi, on a encore presque juste du curatif. Vous savez, quand on s'est présentés pour l'étude du projet de loi n° 56, la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, l'automne dernier, on vous a parlé encore de ce sujet, et vous nous avez longuement entretenus sur le fait qu'il fallait plutôt éduquer les gens et que vous n'étiez pas très pro-curatif. Mais dans la loi sur la santé et les services sociaux, on voit plus de curatif que de prévention. On en voit un peu avec le comité de vigilance, mais c'est à peu près le seul endroit où on peut retrouver de la prévention. Et on va encore vous répéter que, comme on l'a fait lors de notre présentation pour le projet de loi n° 38, Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, pour nous, peu importe le nom que vous allez donner aux structures et aux personnages du réseau de la santé, ce qui est important, c'est vraiment d'établir au Québec un système de protection des personnes plus vulnérables de notre société.

On vous avait parlé de l'Advocacy Act de l'Ontario, qui n'a jamais été mis en application mais où le texte est déjà tout écrit et qui pourrait très bien s'appliquer au Québec. On pourrait s'inspirer pour légiférer pour la protection de ces personnes.

On vous le répète encore aujourd'hui, vous avez des passages de notre mémoire où on vous dit

qu'effectivement, un jour, il va falloir arrêter d'attendre des histoires sordides. Quand on est passés en commission parlementaire pour le projet de loi n° 38, c'était au mois de février 2004, et au cours du mois de juin, dans les médias, est sortie une histoire à l'effet qu'au centre hospitalier Antoine-Labelle il y avait eu une agression sexuelle sur une personne handicapée et, dans les médias, on a dit qu'il n'y aurait pas d'accusation de portée parce que cette personne-là n'était pas assez saine d'esprit. Alors, vous imaginez comment on a pu réagir à l'AQRIPH. On vous a écrit, M. le ministre, on a écrit au ministre de la Justice et on s'est dit: Mais qu'est-ce qui se passe? Il y a des enfants qui sont abusés et ils sont mieux protégés que les adultes, parce qu'effectivement un enfant de quatre ans ne peut pas témoigner facilement pour dénoncer des actes comme ceux-ci.

Les réponses que j'ai eues du ministre de la Justice ne m'ont pas satisfaite dans ce dossier. On m'a dit que les procureurs de la couronne avaient fait une analyse qui était acceptable du ministre de la Justice et qu'ils avaient bien fait leur travail.

Concernant le ministère de la Santé, on m'a dit que, quand il y avait des recommandations de faites du Curateur public ou du Protecteur des usagers, que ces recommandations-là étaient suivies et qu'on attendait les résultats du groupe de travail sur l'analyse du mécanisme des plaintes. Vous avez reçu les recommandations de ce groupe de travail, auquel on n'a pas participé, mais les recommandations nous ont quand même été présentées par la suite, par Mme Caris de votre ministère, mais on est désolés que la protection des personnes vulnérables n'ait pas été incluse dans le projet de loi n° 83.

On fonde encore des espoirs sur le fait qu'un jour, au Québec, il va y avoir un véritable système de protection et qu'on va arrêter d'avoir des scandales, parce que ça, c'est ce qui sort dans les journaux, mais il y en a plein, à chaque jour, des histoires qui sont inacceptables, d'abus et de négligence, et on va fonder encore des espoirs dans le projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être, qui est à l'étude présentement. J'écoutais, la semaine dernière, les *Francs-tireurs*, et Dutrisac demandait à M. Landry: Arrêtez ça, les commissions parlementaires, c'est du gaspillage d'argent, mettez votre argent ailleurs, ça ne donne rien. Je ne partage pas l'opinion de M. Dutrisac là-dessus. Oui, vous êtes difficiles à convaincre, mais on est tenace, et ce bout-là, on ne le lâchera pas, parce que des personnes vulnérables, il va y en avoir de plus en plus au Québec. Il y a plein de résidences qui vont s'ouvrir, des résidences privées, et il va falloir que le Québec se dote d'un système de contrôle de la qualité des services, et nous, à l'AQRIPH, on va toujours être là pour vous le répéter.

Concernant...

Le Président (M. Copeman): Juste... en vous signalant, Mme Tremblay, qu'il vous reste deux minutes.

Mme Tremblay (Isabelle): Deux minutes? On a commencé à 10 h 40, il est 10 h 55, il me reste trois minutes. Non?

Le Président (M. Copeman): Mme Tremblay, je suis entouré de monde excessivement qualifié dans le chronométrage, et, malheureusement, c'est deux minutes.

Mme Tremblay (Isabelle): Alors, concernant la confidentialité, vous avez entendu plusieurs personnes sur ce sujet à l'effet qu'il s'agissait de violation de droits fondamentaux. La chose que je voudrais vous dire, c'est que ça va vraiment prendre un débat plus large sur cette question, ça a été demandé par plusieurs. Et quand j'ai lu les articles 19.0 et suivants, je me suis dit: Est-ce que je lis bien la Loi sur la santé et les services sociaux? Je suis retournée voir le titre, parce que je pensais que j'étais dans la Loi sur les libérations conditionnelles. Je me disais: La circulation de l'information, dans quels cas elle ne circulera pas, l'information? Alors, nous, on vous demande un débat plus large. Je sais que vous êtes prêts. On a un document sur la circulation des renseignements qui est diffusé sur le site du ministère, et là, on sait que vous êtes prêts, mais nous, nous sommes inquiets.

Alors, ça termine notre présentation. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup de votre collaboration, Mme Tremblay. Afin de débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Tremblay, Mme Desbiens et Mme Colin, pour votre visite aujourd'hui. Pour ce qui est du mécanisme d'examen des plaintes, vous dites qu'il faudrait clarifier mieux le mécanisme pour que les usagers comprennent mieux où ils doivent s'adresser. Je pense que, pour les clientèles que vous représentez, c'est parfois excessivement important. Une des raisons pour lesquelles le nom de la personne en charge localement de l'étude des plaintes a été changé pour «commissaire aux plaintes», c'est entre autres ça, les groupes qui ont participé aux groupes de travail nous ont dit: On ne sait plus qui aller voir. Comment pouvons-nous savoir qu'à la porte c'est le commissaire à la qualité qui s'occupe de nos plaintes? On est ouvert de remettre le versant qualité, comme vous-même le suggérez-vous... vous le suggérez, pardon.

Est-ce que vous avez des suggestions à faire pour encore mieux clarifier les mécanismes et mieux informer les usagers de leurs recours et de l'endroit où ils doivent s'adresser?

Mme Tremblay (Isabelle): Bien, écoutez, je pense que, si on revient à l'éducation, la circulation de l'information est primordiale. Au niveau des informations que les personnes donnent, je pense que plus elles vont être informées, mieux ça va être. Je vous ai déjà soulevé, en commission parlementaire, le fait que deux parents avaient un enfant de 42 ans et qu'ils ne savaient même pas qu'ils avaient droit à du soutien à la famille et, depuis 42 ans, ils n'avaient jamais laissé pendant cinq minutes cet enfant-là. Je pense que, dans les instances locales, où sont les clientèles, c'est vraiment là que la priorité doit être mise, pour informer les gens de leurs droits et de ce qui peut exister.

M. Couillard: Vous avez abordé, je sais que vous l'aviez fait également dans d'autres dépositions à la commission parlementaire, la question de la défense des personnes vulnérables. Vous avez longuement insisté

dans votre présentation là-dessus, en citant le parallèle de l'Advocacy Act d'Ontario, qui est, comme vous dites, écrit mais non appliqué. Pourriez-vous nous détailler un peu, nous expliquer, également pour les citoyens qui nous écoutent, en quoi ça consisterait, quel genre de mécanismes ça contiendrait, ce type de dispositions là?

Mme Tremblay (Isabelle): Je trouve que l'Advocacy Act de l'Ontario est vraiment un exemple à suivre pour établir un système de protection des personnes vulnérables au Québec. Cette loi-là a été sanctionnée et n'a jamais été mise en application parce qu'il y avait eu un changement de parti politique, sauf qu'elle n'a pas été écrite pour rien, peut-être qu'elle a été écrite pour qu'au Québec on s'en serve. Tout est écrit dans les deux langues officielles, je vous l'ai déjà dit, on peut faire du copier-coller. L'objet de cette loi était de contribuer à accroître le pouvoir des personnes vulnérables et promouvoir le respect de leurs droits, de leur liberté, de leur autonomie et de leur dignité.

● (11 heures) ●

Alors, on définit, dans la loi, ce qu'est une personne vulnérable et on donne des mandats à des «advocates». Et le terme n'a pas été francisé, ça fait longtemps qu'on travaille ce dossier-là. À l'AQRIPH, on avait fait des recherches; c'est inspiré d'un système américain. Mais, en fait, c'est des personnes, pas nécessairement des avocats — il ne faut pas traduire «advocates» par des avocats — mais c'est des personnes qui ont des pouvoirs d'enquête, qui vont pouvoir aller visiter les résidences sans préavis, s'assurer que les personnes aient une représentation appropriée, en fait vérifier, contrôler la qualité des services. Et, dans l'«Advocacy Act», on déterminait les pouvoirs qu'avaient ces personnes. J'ai une copie. Ça a été très difficile à trouver d'ailleurs, cette loi-là, mais je la traîne avec moi à chaque fois que je parle d'un système de protection des personnes vulnérables.

Et, pendant que je vous parle de ça, je vais faire un lien avec votre parti politique. Quand vous êtes arrivés au pouvoir, on a rencontré Mme Jérôme-Forget à l'automne 2003. Et, moi, vous savez, partout où je vais, hein, j'essaie toujours de parler des personnes vulnérables et puis de ce fameux système de contrôle de la qualité des services, parce qu'il y a des choses inacceptables dans notre société, et puis, c'est peut-être nous aussi qui allons être sur la liste pour recevoir des abus, des négligences comme ça un jour. Et Mme Forget nous a dit: C'est inacceptable. Parce qu'on était à l'époque des gros scandales médiatisés. Elle nous a dit: Il va falloir absolument qu'on s'assoie, et, le ministère de la Santé et nous, on va s'asseoir avec certains partenaires et collègues et on va traiter de ce sujet-là. Depuis l'automne 2003, on est revenu à la charge auprès du cabinet de Mme Forget et puis on attend toujours.

Ce matin, j'ai rencontré votre sous-ministre; je ne l'avais jamais vu, j'ai vu son nom circuler, mais... Là, je lui en ai parlé, je lui ai dit: Écoutez, nous, on est prêts, ça va être le temps qu'un jour on s'assoit avec le ministère et d'autres partenaires. Parce que, vous voyez, ça fait longtemps, nous, qu'on en parle, mais de plus en plus les gens vont vous parler maintenant d'un système de protection des personnes vulnérables.

Je regardais les mémoires des autres représentants qui sont venus en commission, et maintenant

on en parle de plus en plus: la Commission des droits de la personne, l'AQIS. Alors, il va falloir qu'on s'assoie. Puis, je suis un peu déçue parce que j'avais confiance qu'avec les propos de Mme Forget votre gouvernement allait faire quelque chose pour établir un véritable système de protection des personnes vulnérables, et puis, nous, on est prêts à travailler avec vous n'importe quand. Je vous lance l'offre. De toute façon, j'ai dit à Mme Dagenais que j'allais recommuniquer avec elle à ce sujet. Mais on va vous donner toute la littérature qu'il faut pour travailler avec vous.

M. Couillard: Mais, pour éclairer les citoyens qui nous écoutent, là, un exemple concret de ce que ça pourrait vouloir dire, dans la vie quotidienne des personnes que vous représentez, un système semblable.

Mme Tremblay (Isabelle): Alors, on peut avoir une personne qui a une déficience intellectuelle ou un handicap physique assez lourd, qui se déplace, supposons, en civière et qui est dans une résidence privée. Alors, ce que pourrait faire un «advocate», ce serait se présenter dans la résidence et vérifier l'environnement de cette personne: Est-ce qu'elle a suffisamment... qu'est-ce qu'il y a dans le contenu du réfrigérateur? En fait, qu'est-ce que font les intervenants sociaux au niveau de la protection de la jeunesse? Quand on veut protéger les droits des enfants, les intervenants sociaux ont des pouvoirs de se présenter dans les résidences pour vérifier.

Vous savez, on a déjà vu des histoires où le papier hygiénique était contrôlé pour les personnes: Vous avez droit à 15 petits carreaux par jour, pas plus. Alors, des choses comme ça, c'est complètement inacceptable. Et puis, l'alimentation, c'est super important, et c'est des choses qui pourraient être vérifiées pour... En fait, c'est juste préventif, pour éviter qu'on ait seulement du curatif. Ce n'est pas nécessairement de jouer à la police. Mais il faut vraiment faire un parallèle avec la protection de la jeunesse, le pouvoir qu'ont les intervenants sociaux d'aller vérifier si les enfants sont victimes d'abus ou de négligence. Ce sont des exemples qui effectivement...

Puis, enfin, comme je vous dis, ce ne serait pas de jouer à la police parce qu'il y a de plus en plus de résidences qui vont être accréditées, et il faut encadrer ces personnes-là aussi. Je voyais dans les journaux qu'à peu près n'importe qui pouvait ouvrir une résidence pour personnes âgées. En fait, c'est un contrôle de la qualité des services, c'est d'éduquer les gens, de s'assurer que les gens sont bien dans les endroits où ils sont, parce qu'effectivement on va finir par toutes les remplir, nous, ces résidences-là.

Le Président (M. Copeman): Quelqu'un? Oui, Mme la députée de Maskinongé.

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames. Alors, moi, j'aimerais revenir sur les informations à caractère confidentiel et j'aimerais faire un parallèle avec la qualité des services, là, dont vous êtes les ardentes défenderesses.

Nc croyez-vous pas que si certains renseignements à caractère confidentiel circulent de façon un petit peu plus souple, là, sans exagérer, là, tel que le recommande le projet de loi, ne croyez-vous pas qu'il peut y

avoir, quand on pense à des plans d'intervention individualisés, quand on pense aux divers intervenants qui interagissent, là, auprès d'un même usager, ne croyez-vous pas que cette circulation d'informations serait de nature à donner aux usagers des services de meilleure qualité?

Mme Tremblay (Isabelle): Ce qui nous questionne concernant la circulation de l'information, c'est que ça devient comme le principe; la confidentialité n'existe pratiquement plus. Je vais vous donner un exemple. Dans notre secteur, il existe des organismes d'intervention en situation de crise. Alors, il y a une personne handicapée qui peut arriver, qui est désorganisée, et ça peut prendre des semaines à découvrir pourquoi cette personne-là est désorganisée. Et là tout à coup on s'aperçoit que cette personne a été victime d'abus sexuels, à force de travailler avec elle et d'essayer de voir pourquoi elle est tant désorganisée. C'est long, faire parler des secrets, c'est très, très long, et ce qui nous inquiète, c'est que, comme c'est difficile d'aller chercher ces renseignements-là, s'il y a une circulation trop large, où va être la protection des renseignements personnels?

Vous avez un beau cas, Marguerite, là, dans votre document promotionnel, mais Marguerite, là, ce n'est pas toujours la réalité. J'ai entendu, il y a plusieurs années dans les médias, l'histoire d'une dame qui avait été victime d'abus sexuels et qui a gardé pour elle ce secret-là toute sa vie, et elle a appris par son assureur, dans une lettre qui l'excluait pour une protection quelconque pour le motif qu'elle avait été victime d'une agression sexuelle, un secret qu'elle avait caché à tout le monde pendant toute sa vie. Alors, après, cette dame-là, là, elle a été complètement dysfonctionnelle, et puis c'est quelque chose dont elle n'avait jamais parlé.

Nous, ce qui nous inquiète, c'est qu'on travaille avec une clientèle aussi qui peut... Vous pouvez avoir une personne handicapée qui a des problèmes d'incontinence, et on va se présenter en commission parlementaire, vous ne vous en rendez pas compte. On n'aime pas que la circulation circule si largement qu'elle se ramasse partout dans le réseau, les problèmes personnels que peuvent avoir les gens.

Et je me demande, je vous le dis sérieusement, là, à la lecture de l'article, et faisons abstraction de notre secteur, je me suis dit: Le serment d'Hippocrate, je vais aller relire ça; et je pense qu'il y a quelque chose qui va en contradiction avec ce serment-là dans le libellé de l'article actuellement. On nous dit: «Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.» Il y a des choses qu'on confie à des médecins, à des professionnels qu'on ne veut pas nécessairement que ça se ramasse dans un organisme communautaire, ou dans une entreprise d'économie sociale, ou partout dans le réseau.

Et, moi, je pense que, quand les gens viennent se confier à des organismes, lorsqu'ils sont en crise ou peu importe, il y a des secrets qu'on ne... Et je ne vois pas une protection des renseignements personnels dans ces articles-là. Même que je me disais: Mais dans quel cas la circulation de l'information ne se fera pas? Le régime d'assurance médicaments a été un bel exemple que nos dossiers circulent, et assez largement. Tu peux

être dans une ville et puis aller dans une autre, et le pharmacien chez n'importe quelle super grosse entreprise bleue qu'il y a au Québec, là, va avoir accès à ton dossier de médicaments, bon. Alors, c'est ce que j'ai à dire. On a beaucoup de craintes concernant la circulation de l'information.

Sonia avait peut-être...

Mme Desbiens (Sonia): Je souhaitais juste ajouter que, dans le fond, ce qui est important pour nous, c'est qu'il y ait un consentement de l'utilisateur, parce que, oui, peut-être qu'avec le consentement de l'utilisateur, une certaine circulation d'informations peut améliorer la qualité des services, ça, on est d'accord avec ça, mais pas sans le consentement de l'utilisateur.

Mme Colin (Thérèse): Moi, je ferais un petit ajout.

Le Président (M. Copeman): Mme Colin.

• (11 h 10) •

Mme Colin (Thérèse): Pardon. Pour travailler habituellement avec des personnes qui ont une déficience intellectuelle, des parents me disent souvent: Comment ça se fait que c'est moi qui est le dernier prévenu? De toutes les informations qui circulent, que, moi, on ne me les donne pas et que ça circule depuis longtemps, et que la personne qui donne les consentements, que c'est normalement moi? Et c'est une réalité qui est très, très fréquente, et je pense qu'à l'occasion de ce projet de loi ce serait intéressant de s'interroger sur justement la protection des renseignements, particulièrement justement des personnes vulnérables, d'une part. Et, d'autre part, si on parle de qualité de services, comment ça se fait que c'est les personnes qui devraient donner des autorisations qui justement ne sont pas prévenues de ce qui se passe.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

Mme Gaudet: Peut-être une petite question complémentaire: Est-ce que vous croyez qu'on puisse établir un équilibre entre ce que vous exprimez là, peut-être une trop large circulation de l'information qui n'est certainement pas conforme à la Commission d'accès à l'information, hein — je pense que ce que vous nous exprimez là, ce n'est certainement pas en conformité avec la Commission d'accès à l'information — et une circulation d'information respectueuse des bénéficiaires, respectueuse des individus, puis une circulation d'information qui serait faite dans le but de donner aux usagers une qualité de services? C'est cet équilibre-là, là, que, moi, j'essaie de trouver, toujours pour le mieux être de la personne.

Mme Tremblay (Isabelle): C'est parce que vous nous parlez dans le but d'assurer une meilleure qualité des services.

Mme Gaudet: Absolument.

Mme Tremblay (Isabelle): Avec le consentement des usagers, nous, on n'a pas de problème. C'est que là on trouve que vous ouvrez très largement pour plusieurs motifs, même pour vérifier la validité d'un

numéro d'assurance maladie. Dans le projet de loi, vous parlez du numéro d'assurance sociale. Partout, tout le temps de notre vie, on nous dit toujours: Ne jamais donner ce numéro-là. Ne donnez jamais votre numéro d'assurance sociale. Et nous, ce qu'on vous dit, c'est que vous avez ouvert tellement large qu'on n'en trouve pas, de place où l'usager ne pourra pas voir circuler son dossier sans le consentement, c'est trop large. Avec le consentement, comme je vous dis, nous, on n'en voit pas, de problème, puis je ne comprends pas pourquoi tantôt vous nous avez dit qu'on était comme en contradiction avec ce que disait la Commission d'accès à l'information ou j'ai mal compris ce que vous avez dit, mais je ne sais pas si la commission est venue dire qu'elle était d'accord avec cet article-là, mais...

Le Président (M. Copeman): Allez-y, Mme la députée.

Mme Gaudet: Non, ce n'est pas ce que j'ai voulu dire. J'ai voulu dire que, si les renseignements à caractère personnel, les cas que vous nous avez exprimés se passent dans certains établissements, ce que je veux dire, c'est que ce n'est certainement pas en accord avec la Commission d'accès à l'information. C'est dans ce sens-là, c'est ça que je voulais dire, là, je veux bien me faire comprendre, là. O.K. Merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je suis accompagnée de la députée de Rimouski et de la députée de Laurier-Dorion, qui est responsable du dossier de l'organisation communautaire autonome pour l'opposition officielle, et ma collègue de Rimouski, du dossier des services sociaux. Alors, vous voyez qu'en fait vous couvrez large, mesdames, n'est-ce pas? Bien, je voudrais souhaiter la bienvenue en leur nom et en mon nom également, alors, Mme Tremblay, Mme Colin et Mme Desbiens, et puis vous dire que votre mémoire est extrêmement documenté, extrêmement complet. Il s'en dégage notamment une inquiétude, une inquiétude sur le niveau régional des services. Et ça, j'aimerais ça vous entendre sur cette question-là. Cette inquiétude a été partagée par l'organisme qui s'appelle ACCESSS, vous savez, qui s'occupe d'intégration des personnes d'origine immigrante ou issues de communautés ethnoculturelles, qui ont peur aussi de cette absence, si vous voulez, de vision commune au niveau régional et de l'énergie à déployer pour aller convaincre chaque CSS, puis ça doit être une priorité, notamment à Montréal.

Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus, sur le sentiment que vous avez, dans votre mémoire entre autres, que l'agence régionale n'aura plus le même rôle à jouer dans l'élaboration d'une vision régionale commune. Et je voudrais insister aussi sur le fait qu'il n'y a pas de durée pour le plan pluriannuel si vous dites: Est-ce que ça va durer 10 ans, tout ça, puis ça va se perdre dans la nuit des temps?

Mme Colin (Thérèse): Alors, sur ce sujet-là, je pourrais peut-être commencer par dire que, par les

années précédentes, nous avons énormément travaillé avec les régies régionales, que c'est là effectivement que, pour les personnes handicapées, on arrive à résoudre un certain nombre des problèmes qui se posent de planification et d'organisation des services et de coordination, puisque, pour les personnes handicapées, ça demande aussi beaucoup de coordination.

Un des éléments qui est quand même important, c'est qu'on veut que, dans chaque région, on colle à la réalité régionale et locale, et chaque région du Québec est pour ça très différente, ça, c'est le premier élément. Le deuxième élément, c'est qu'en fait, nous, on regroupe beaucoup de personnes handicapées, mais chaque personne handicapée est plus desservie par un réseau de services ou un autre, dépendant de sa déficience. Il y a des personnes qui ont une déficience visuelle, auditive, motrice, intellectuelle, troubles envahissant du développement, aphasie, etc., donc c'est chacun des petits réseaux. Et on n'a pas un réseau comme ça dans chaque CSSS, on est obligé de faire une coordination à un niveau régional et puis de donner des services à un niveau régional pour qu'il y ait une masse critique suffisante pour développer une expertise.

Du jour où on n'est plus capables de faire cette coordination-là à un niveau régional et qu'on va se poser la question: Est-ce que, dans chaque CSSS, je vais trouver le type de service qu'il me faut? on va vraiment se poser des questions dans la réalité de l'accès aux services. Je vais vous donner un exemple. Récemment, on a rencontré une personne qui fait du diabète qui a une déficience visuelle. C'est évidemment très difficile de... il y a des instruments qui existent pour finalement détecter son taux de...

Une voix: Glucomètre.

Mme Colin (Thérèse): ...en tout cas, c'est un glucomètre, c'est le taux du glycémie dans le sang, mais, quand vous avez une déficience visuelle, vous ne voyez pas, ça vous prend un instrument spécial. Cette personne-là qui était dans un centre de réadaptation, on lui a dit: Désormais, ce service-là, vous le trouverez dans vos CSSS. Là, la personne, elle va dans son CSSS — dans son CLSC, pour l'instant — on lui dit: Ah, je n'ai jamais vu cet équipement-là, je ne sais pas c'est quoi, je ne sais pas m'en servir. Là, comment fait la personne qui a une déficience visuelle, elle va où? Là, on la renvoie dans son service d'origine qui lui dit: Non, ce n'est plus moi. Bon, vous voyez le genre de service, de problème qu'on va avoir régulièrement sur à peu près tous les éléments de réadaptation. Donc, ça nous prend des services à un niveau régional et ça nous prend une organisation locale qui soit faite avec une vision autre que celle qui probablement est installée dans un premier temps.

Donc, je vous ai donné cet exemple-là, mais on a plein d'autres exemples du même style.

Mme Harel: D'autant plus, M. le Président, que, sur la région de Montréal en particulier — je sais, Mme Colin et Mme Desbiens, que vous appartenez en fait à cette région, même si vous représentez aujourd'hui, avec Mme Tremblay, l'Alliance, hein, québécoise de tous les regroupements régionaux — sur Montréal, je voyais les chiffres de la régie régionale... en fait,

l'Agence régionale de Montréal qui faisait état de listes d'attente considérables pour un premier service dans le cas de la déficience physique, pour les enfants en particulier, ça m'apparaissait incroyable, d'autant plus que le gouvernement avait promis il y a deux ans de régler ça très, très rapidement. Alors, j'avais des chiffres au-delà de 7 400 personnes à travers le Québec qui sont en attente de services.

Est-ce que ce sont des services qui étaient donnés au niveau régional, et là ils sont en attente de savoir qui va les donner en plus de ne pas savoir à qui s'adresser?

Mme Colin (Thérèse): Bien oui, on va avoir ce problème-là. Effectivement, on a un problème d'accès aux services qui dure depuis très longtemps et qui devient de plus en plus ingérable au niveau des régions. Puis il n'y a pas juste la région de Montréal effectivement qui est soumise à ça, quoique, dans la région de Montréal, c'est critique. Oui, on a beaucoup de craintes pour l'avenir parce qu'une partie de ces services-là sont donnés actuellement par les centres de réadaptation qui, eux-mêmes, pour l'instant sont en train de se déléster de leur mission de réadaptation au profit d'une mission plus ou moins d'intégration sociale, mais en fait qui est pas de service, ces services-là ne seront plus dans les centres de réadaptation, notamment les centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Et on se pose vraiment la question que, s'ils ne sont plus dans les centres de réadaptation et qui ne sont pas les CSSS, on a un problème d'accès aux services aujourd'hui, mais demain, on ne saura même plus que ces gens-là ont besoin de service parce qu'il n'y aura personne pour savoir qu'ils ont besoin de services. Ils ne sauront pas où s'adresser, ou alors, il va falloir qu'il soit clair que les CSSS auront cette mission-là et qu'effectivement ils auront l'expertise pour faire ce travail-là et aussi les ressources parce que, pour l'instant, les ressources ne sont pas là. Alors, on peut imaginer que les ressources vont venir, mais on ne formera pas des professionnels experts en deux minutes, dans les CSSS.

Mme Harel: Oui. Que vous répond-on actuellement là, au jour d'aujourd'hui, lorsqu'une personne qui s'adresse à vous, vous interpelle, autant en déficience physique qu'intellectuelle? Avec qui communiquez-vous, et que vous répond-on à l'agence régionale?

• (11 h 20) •

M. Desbiens (Sonia): ...plus de répondant dans les agences, là, ça se passe sur les territoires locaux, donc c'est beaucoup plus complexe de... il faut finalement refaire tout le travail de créer des liens avec des nouvelles personnes, là, qui vont...

Mme Harel: ...CSS à Montréal par exemple?

Mme Desbiens (Sonia): Oui, oui, c'est ça, par exemple, là, si on prend notre réalité. Donc, c'est sûr que c'est difficile d'avoir des réponses. On essaie de rencontrer les centres de réadaptation aussi puis de travailler avec eux pour voir à conserver l'expertise qui a été développée, puis je pense c'est important de dire pour chacune des déficiences, parce que chaque déficience a vraiment développé une expertise qui est particulière.

Donc, c'est pour ça que ça nous inquiète beaucoup, cette question-là, puis qu'on se dit, en tout cas... le projet de loi, on se disait: Bien, c'est quoi, là, la place qu'on veut donner aux centres de réadaptation dans l'avenir? Puis si les services sont transférés dans les CSSS, est-ce que les budgets vont suivre? Moi, j'ai bien peur que les centres de réadaptation vont vouloir conserver les budgets qui leur étaient attribués également. Donc, quand on parle de ressources financières pour de la formation, pour être capables, finalement, d'avoir ce mandat-là, ça, ça nous inquiète. On dit: Combien de temps que ça va prendre? Combien de temps? On est-u 10 ans, là, à être dans le néant, à tomber dans des trous? Ça fait partie, là, de nos préoccupations, puis ça touche l'ensemble du Québec.

Mme Harel: Soyez assurés que ma collègue la députée de Rimouski va d'une manière très insistante, au moment des crédits, au moment où en commission parlementaire on étudie les crédits budgétaires qui sont alloués au ministère puis aux différentes agences, quels sont les budgets, est-ce que ce sont des budgets en déficience intellectuelle, des budgets en réadaptation en déficience physique, est-ce que ce sont des budgets qui vont être protégés pour au moins être assurés que le service va se continuer?

Parce que, même à ça, les chiffres que j'avais de l'agence qui sont très récents, là, font état de 7 844 personnes en attente; donc, c'est pour l'ensemble du Québec, 7 844 personnes en attente de services, simplement, je pense, pour la déficience physique, là. Ça ne comprend pas la déficience intellectuelle.

Mme Desbiens (Sonia): C'est seulement pour l'attente d'un premier service, si je peux me permettre, là. Donc, ça ne fait pas état aussi...

Une voix: De ceux qui attendent pour le suivi.

Mme Desbiens (Sonia): Parce que l'accès aux services, c'est plus que d'attendre un premier service, là.

Mme Harel: Oui, puis en plus, ce sont des enfants très souvent, ce sont des enfants pour un nombre impressionnant d'attentes. Alors, certainement que ma collègue aura l'occasion de revenir sur cette question-là.

J'y vais rapidement, parce que je sais qu'elle veut intervenir également, sur la question d'hébergement des personnes vulnérables que vous représentez. Mais je comprends que, dans votre mémoire, vous recommandiez que la certification des résidences privées d'hébergement pour des personnes en perte d'autonomie ou en état de vulnérabilité, qu'elles soient aînées ou autres, que cette certification soit obligatoire, hein?

Je comprends que vous vous ajoutez à une liste qui est impressionnante: Commission des droits de la personne, Barreau du Québec, Protecteur du citoyen, FADOQ, AQTR, Fondation des sociétés Alzheimer, tables régionales des personnes âgées et organismes communautaires représentant la santé mentale, et vous maintenant qui vous ajoutez à cette liste, qui réclament une intervention de nature d'une certification. Je sais aussi que vous souhaitez un mécanisme de protection des personnes vulnérables, mais la certification, dans votre mémoire, vous la souhaitez obligatoire.

Je pense que c'est un élément extrêmement important. Parce que vous avez compris, à la lecture d'un projet de loi qui n'est pas simple, comme vous l'avez bien mentionné, Mme Tremblay, vous avez compris que, sans certification, il n'y a pas de pouvoir d'inspection de l'agence, il n'y a pas de pouvoir de traitement des plaintes du Protecteur des citoyens, il n'y a pas de visites à l'improviste qui ne se font que dans les CHSLD conventionnés publics.

Alors, la seule chose qui reste, c'est le bénévolat de la Rose d'or, l'État s'en désengage et s'en désengage formellement, puisque tout le système est autour des résidences qui auraient eu une certification, alors que c'est celles justement qui ne la demanderont pas ou qui ne l'obtiendront pas qui devraient au premier chef être visitées, inspectées et, en fait, encadrées.

Et les conditions sociosanitaires de la certification, allez-vous être consultés? Est-ce que ce sont seulement les aînés qui le seront ou si vous allez réclamer d'être consultés avant la rédaction et la publication, dans la *Gazette officielle*, des conditions sociosanitaires pour obtenir la certification?

Mme Tremblay (Isabelle): Ça, il faudrait le demander au ministre, si on va être consultés. Mais, évidemment, on faisait le parallèle avec les personnes handicapées, parce qu'on parlait effectivement des personnes âgées. Nous, on veut que ce soit étendu à toutes les résidences privées, mais on ne parlait pas juste de certification, on parle d'inspection aussi. C'est très important. C'était très bien, ce que le ministre avait fait, de faire des inspections dans des résidences...

Mme Harel: Ce n'était pas dans les résidences, c'était seulement dans les CHSLD publics ou privés conventionnés.

Mme Tremblay (Isabelle): Dans les CHSLD, et ce qu'on reprochait, c'était que ces visites-là soient annoncées. J'ai déjà entendu le ministre, dans un colloque, répondre: Oui, mais, bon, il fallait demander certains documents, et tout ça. Et moi, ce que j'ai déjà dit en commission parlementaire, c'est que, si j'ai 15 ans et que mes parents me permettent de faire une soirée et qu'ils me disent: Je vais arriver à 11 heures, on va rentrer à 11 heures ce soir, bien, à 10 h 45, je vais dire à quelques invités de partir puis je vais faire un peu de ménage, mais, s'ils m'arrivent en surprise à 10 h 15, bien là, peut-être que c'est eux qui vont avoir une surprise. Alors, je pense que c'est important puis, comme je vous disais tantôt, ce n'est vraiment pas dans des objectifs qui peuvent être de nature pénale, ce n'est pas ça qu'on recherche. Nous, c'est uniquement à titre préventif. Alors, c'est oui, la certification pour toutes les résidences, mais aussi l'inspection.

Le Président (M. Copeman): Ça va? Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bienvenue, mesdames. Votre mémoire est tout à fait intéressant, pertinent et approprié, et je vais retenir plusieurs de vos recommandations comme étant des enjeux majeurs pour le projet de loi sur lequel on

aura à se prononcer comme opposition officielle. Et ce que je retiens aussi de votre discours sur le droit d'inspection, c'est dans un processus de qualité continue des services que vous voulez aussi avoir ce service d'inspection, tout en étant préventif puis en même temps... Est-ce que je vous interprète bien ou...

Mme Tremblay (Isabelle): Très bien. C'est effectivement uniquement de la prévention, pour s'assurer de la qualité des services et non pas pour que... Je ne veux pas en faire une clause pénale, là, dans la loi, c'est effectivement dans un but de prévention, d'éviter des abus. Des fois, c'est juste une question d'éducation aussi. Les gens, bien, sans s'improviser des gardiens de personnes, peut-être qu'ils ont manqué un peu de formation. Il y a des gens qui travaillent avec des personnes handicapées qui ne sont pas nécessairement des éducateurs spécialisés, qui n'ont pas les formations pour agir avec les personnes qui ont des troubles envahissants du développement, par exemple. Alors, c'est uniquement dans un but de prévention que nous, on veut des inspections.

Mme Charest (Rimouski): Moi, ce que je retiens aussi de la certification des résidences, ce que vous demandez, je suis tout à fait d'accord avec ce que vous demandez. Il faut absolument qu'il y ait une obligation et un suivi d'assuré, sinon on va créer au Québec des catégories de résidences pour personnes vulnérables. Il y en a qui seront de meilleure qualité puis d'autres qui seront comme abandonnées à leur propriétaire, dépendamment de la volonté, ou des capacités, ou des habiletés de ceux-ci. Alors, je pense que c'est important que vous ayez réaffirmé votre demande d'obligation par rapport à la certification pour les personnes, là, soit avec un handicap intellectuel, physique, problème de santé mentale, etc., et, si je le souligne, c'est parce que je pense qu'il y a vraiment là quelque chose de majeur par rapport à la protection des personnes avec des handicaps et il y a aussi... en lien avec la loi n° 56 sur l'exercice des droits des personnes handicapées. Je pense que, là-dessus, on peut très bien dire que c'est un moyen pour assurer l'exercice des droits des personnes vulnérables ou ayant un handicap quelconque.

J'aimerais vous entendre, par contre, sur le régime de protection des personnes vulnérables. Ce serait quoi, ce régime? Pas seulement un régime pour enquêter, mais... Parce que je vois votre explication, je vois le paragraphe, dans votre recommandation 14, là, qui explique, mais c'est un élément, ça, le pouvoir d'enquête, mais un régime comme tel, ça voudrait dire quoi? Certification, d'une part, enquête, d'autre part, et quoi d'autre?

● (11 h 30) ●

Mme Tremblay (Isabelle): Effectivement, c'est des visites des personnes vulnérables, recevoir et enquêter sur des plaintes qui peuvent avoir été faites. Vous savez, dans l'Advocacy Act, on mettait sur pied aussi une espèce de commission de l'Advocacy pour s'assurer du contrôle de la qualité des services. Alors, ce n'est pas, effectivement, juste un pouvoir d'enquête et un pouvoir d'accompagnement des «advocates», de surveillance. Alors, comme je vous le disais tout à l'heure, c'est une très grande inspiration pour le Québec de travailler avec l'Advocacy Act, toujours dans un but préventif. Et ce qu'on reproche au projet de loi n° 83, c'est: Encore

juste du curatif, mis à part le comité de vigilance, où on peut voir un peu de préventif.

Mme Charest (Rimouski): ...votre texte sur l'Advocacy Act, on pourrait peut-être le recevoir pour les membres de la commission, nous apprécierions. Je sais que c'est un outil de travail qui est beaucoup utilisé dans le domaine de la santé et des services sociaux aux États-Unis depuis de nombreuses années, qui a fait ses preuves même à travers le monde. Alors, ce serait peut-être pertinent et intéressant pour améliorer nos connaissances...

Mme Tremblay (Isabelle): Oui, je vais transmettre à Mme Lamontagne, qui pourra faire le suivi.

Mme Charest (Rimouski): Parfait. Est-ce, que par rapport au comité de vigilance, vous voulez inclure une obligation pour les établissements de santé d'offrir des mesures d'accompagnement?

Mme Tremblay (Isabelle): D'accommodement.

Mme Charest (Rimouski): Pour les personnes handicapées. Alors, aux travaux des comités de vigilance, qu'est-ce qui se passe présentement versus ce que vous voudriez qui se passe?

Mme Desbiens (Sonia): Bien, en fait, c'est des mesures d'accommodement. Donc, l'obligation d'accommodement permet en fait à toute personne qui a des incapacités de pouvoir participer par exemple, comme toute autre personne qui n'a pas d'incapacité par exemple, sur un comité de vigilance qui pourrait être mis sur pied, dans les comités d'usagers également. Donc, ça veut dire de regarder c'est quoi, les besoins des personnes qui y participent, et de mettre à la disposition de ces personnes-là des outils qui vont être nécessaires, que ce soient des médias substitués, que ce soit justement de l'accessibilité pour pouvoir participer aux travaux. Ça peut être aussi banal que de l'accessibilité physique. Donc, c'est par exemple pour une personne sourde de pouvoir avoir un interprète. C'est tous ces aspects-là, là, qui va faire que la personne va pouvoir finalement, son handicap, là, il ne sera plus évident, là. Elle va pouvoir participer comme tout le monde aux travaux des comités.

Mme Colin (Thérèse): ...aussi que dans les usagers, vous avez une série de personnes qui ont une déficience intellectuelle et proposer un accommodement pour ces personnes-là, c'est aussi être capable de leur expliquer un système très complexe. Je pense qu'on a dit aussi, dans le mémoire, que le système était très, très, très complexe et à la limite de l'incompréhensible pour ces personnes-là. Et pourtant, vous avez des comités d'usagers qui sont faits entièrement de personnes qui ont une déficience intellectuelle. Et, pour qu'ils arrivent à fonctionner, ça prend du monde qui les aide, qui leur explique de quoi il s'agit et qui leur permette d'acheminer ce qu'ils ressentent des services qui leur sont donnés. C'est du temps, c'est des personnes qui devraient être associées à ces comités-là et que ça devrait être prévu dans le cadre légal que ces personnes-là puissent être aidées pour fonctionner dans des comités d'usagers.

Mme Charest (Rimouski): Alors, vous avez peut-être le sentiment qu'on vous fait répéter ce que vous avez clairement exprimé, mais je pense que la verbalisation est un plus par rapport à l'écrit. Les écrits restent, les paroles vont demeurer, soyez sans crainte, c'est enregistré. Et ça permet aussi à la population de suivre les discussions et les débats et de bien comprendre les enjeux pour les personnes que vous représentez. Alors, je vous remercie beaucoup, parce que je considère que votre mémoire est d'une très grande qualité. Merci.

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme Tremblay, Mme Colin, Mme Desbiens, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'AQRIIPH. Et j'invite maintenant les représentants du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux en souhaitant la bienvenue à Mme la Protectrice des usagers. Mme Denis, bonjour, aussi à vos collaborateurs. Vous n'êtes pas sans savoir nos règles de fonctionnement. Vous les connaissez assez bien, je vous les rappelle simplement. Vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation, qui sera suivie par un échange de 20 minutes avec les parlementaires des deux côtés de la table. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

Protectrice des usagers en matière de santé et de services sociaux

Mme Denis (Lise): Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes, MM. de la commission parlementaire. Je suis accompagnée, à ma gauche, de la chef de service, Mme Sylvie Presseault, service aux plaintes et aux enquêtes chez nous, et, à ma droite, de Me Pierre Bourbonnais, qui est secrétaire général et conseiller juridique au Protecteur des usagers.

Je vous remercie de l'occasion qui nous est donnée aujourd'hui de commenter le projet de loi n° 83, notamment sur le régime de protection des usagers en matière de santé et services sociaux. Ce projet de loi nous interpelle aussi sur un sujet qui fait partie de notre quotidien depuis deux ans, soit les résidences privées qui accueillent des clientèles vulnérables, c'est-à-dire des personnes âgées, des personnes ayant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, des problèmes de santé mentale ou ayant une déficience intellectuelle. Nous aborderons aussi la question du droit de l'usager de choisir le professionnel ou l'établissement duquel il veut recevoir des soins et des services. Nous souhaitons également énoncer certaines réserves sur la circulation des informations concernant les usagers.

Nos propos de même que notre mémoire sont basés sur notre expérience terrain et plus particulièrement celle des trois dernières années marquées par les modifications apportées à la loi du Protecteur des usagers en 2001. Je ne reprendrai pas textuellement le

mémoire ni l'ensemble des recommandations. Je vais présenter sommairement nos fonctions et peut-être, juste avant, vous indiquer que le projet de loi propose aussi de rattacher le Protecteur des usagers au Protecteur du citoyen, une instance relevant de l'Assemblée nationale. Nous souscrivons entièrement à cette orientation et nous ne commenterons pas davantage celle-ci.

Dans un premier temps donc, permettez-moi de présenter rapidement les deux principales fonctions du Protecteur des usagers. La première, c'est celle où nous traitons habituellement, en deuxième et dernière instance, les plaintes individuelles des usagers portant sur les services de santé et les services sociaux. À titre d'exemple, l'an dernier, les commissaires aux plaintes des établissements et les agences ont traité en première instance plus de 19 000 plaintes; nous en avons traité 560 qui se sont rendues jusque chez nous.

Deuxièmement, nous recevons et traitons aussi les demandes d'intervention. Ces demandes concernent habituellement plus d'un usager. Elles proviennent de tiers et révèlent des problèmes de nature systémique. L'an dernier, nous avons réalisé 83 interventions. De ce nombre, la moitié concernait des centres d'hébergement de tous types de même que des résidences privées sans permis.

Maintenant, je vais aborder les principales modifications concernant le régime de protection ou le régime de plaintes des usagers qui sont proposées par le projet de loi. Je vais toucher quatre thèmes: le commissaire local, le comité de vigilance, la confidentialité et le recours médical.

Au niveau du commissaire local, le projet de loi prévoit que celui-ci soit exclusivement dédié à l'examen des plaintes, à l'intervention de sa propre initiative ainsi qu'à toute tâche reliée au respect des droits des usagers de même qu'à la promotion du régime. Nous souscrivons globalement à cette orientation qui devrait permettre d'éviter les conflits de rôle, de préserver l'indépendance du commissaire dans l'exercice de ses fonctions et de faciliter l'utilisation de son pouvoir d'intervention de sa propre initiative. L'exercice de ce pouvoir d'intervention est un enjeu majeur dans l'atteinte d'une meilleure efficacité du régime de protection des usagers. Il implique le développement, dans les instances, d'une approche proactive. Il implique également que le commissaire soit en lien avec les comités des usagers et les intervenants, lui permettant de mieux dépister et d'agir sur les situations qui concernent la protection des usagers et de leurs droits. Grâce à l'exclusivité de fonction, les commissaires aux plaintes devraient dorénavant disposer du temps nécessaire pour aller au-devant des situations plutôt que d'attendre une plainte, pour avoir pignon sur rue dans l'établissement, pour être connu, être vu, être entendu.

● (11 h 40) ●

Notre expérience en intervention démontre que les situations touchant les conditions de vie et la qualité des soins ont été décelées ou confirmées grâce à notre présence dans les milieux de vie lors des différents quarts de travail, la semaine comme la fin de semaine, ainsi qu'en communiquant avec les familles, les bénévoles et les membres des comités d'usagers. Ainsi, le temps accordé à la protection des usagers ne peut pas s'évaluer simplement à partir du nombre de plaintes

traitées l'année précédente. Il doit s'évaluer en tenant compte d'une présence assidue dans les milieux de soins et de vie des usagers et de la tenue d'activités de dépistage dans ces milieux. Cela veut donc dire une présence dans les installations d'établissement auprès des ressources intermédiaires et des familles d'accueil.

Le temps accordé à la protection des usagers s'évalue aussi en tenant compte du nombre de rencontres que le Commissaire devra faire avec les familles, les bénévoles et les comités d'usagers ou de résidents. Par contre, l'exclusivité de fonction ne signifie pas à notre avis un empêchement à la contribution des commissaires aux plaintes aux activités touchant l'amélioration de la qualité des services au sein de leur établissement en autant que ces activités ne viennent pas empiéter sur son premier rôle, celui d'un ombudsman local. Au plan régional, cependant, nous croyons que le contexte est fort différent, les agences n'offrant pas de services directs à la population. Des ajustements pourraient être apportés selon nous aux propositions concernant l'exclusivité de la fonction des commissaires aux plaintes au plan régional. Nous proposons aussi que certaines fonctions actuellement assumées par les agences relativement à l'amélioration continue de la qualité puissent être maintenues.

Au niveau du conseil d'administration et du comité de vigilance, nous souscrivons à la création du comité de vigilance, un comité du conseil dont le mandat s'étend à toutes les dimensions de la qualité des services. Ce comité sera notamment responsable de s'assurer que les suites seront données aux recommandations faites par le Commissaire aux plaintes, le médecin examinateurs ou le Comité de révision ou le Protecteur des usagers et que des correctifs auront été mis en place par les directions concernées. Dans un souci cependant d'efficacité et de cohérence par rapport au fonctionnement des autres comités existant dans les instances du réseau, nous proposons que le directeur général fasse d'office partie de ce comité.

Toujours sur le sujet de l'amélioration de l'efficacité du régime, nous considérons que la confidentialité accordée à la démarche de plaintes de l'usager joue un rôle déterminant dans le degré de confiance qu'il accordera à ce recours. Le respect de la confidentialité s'exerce de différentes façons. Il s'agit, par exemple, de ne pas faire circuler, au sein de l'instance, le dossier de plaintes ou la conclusion rendue, même si les renseignements personnels ont été retirés. Cette restriction s'applique aussi aux membres du conseil d'administration qui ne devraient recevoir que les informations pertinentes à l'exercice de leurs responsabilités. Il s'agit aussi en matière de confidentialité de ne pas transmettre, sans le consentement de l'usager, une copie de la plainte à une ressource, un organisme, une société ou une personne avec lequel l'instance a une entente. Notre mémoire propose ainsi des ajustements en matière de règles de confidentialité applicables aux dossiers de plaintes mais aussi aux dossiers d'interventions à l'intérieur de l'établissement par le Commissaire aux plaintes.

Maintenant, j'aimerais aborder un des éléments de notre mémoire qui porte sur les plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien, qui exercent leurs professions dans une instance du réseau de la santé et services sociaux. La création des groupes de médecins

de famille et la présence de médecins itinérants ou dépanneurs dans les centres hospitaliers nous interpelle dans l'application du mécanisme de plaintes. Actuellement, les usagers insatisfaits des services donnés par ces médecins ou par ceux rattachés aux GMF ne peuvent pas, au sens strict, déposer une plainte de nature administrative. Nous proposons que les médecins examinateurs et les comités de révision puissent recevoir les plaintes touchant les médecins itinérants ou dépanneurs ainsi que celles concernant un groupe de médecins de famille.

La seconde partie de notre mémoire est consacrée aux résidences privées d'hébergement. Quoique le Protecteur des usagers ne dispose pas de juridiction claire sur ces ressources privées, des interventions y ont été menées souvent en concertation avec les agences parce que des situations préoccupantes envers des personnes vulnérables avaient été portées à notre attention. Dans les neuf premiers mois de l'année 2004, nous avons reçu 71 demandes d'intervention dont 30 portaient sur des ressources d'hébergement privées sans permis. De ce nombre, 23 hébergeaient des personnes âgées et sept, des personnes ayant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale, des problèmes liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Ces demandes portent en majorité sur les conditions de vie souvent minimales des personnes vulnérables qui y résident. Il s'agit soit d'immeubles d'habitations collectives qui offrent des services infirmiers ou autres, soit de résidences privées où le propriétaire assure ou dit assurer certains services auprès de sa clientèle.

Que faisons-nous lorsque nous sommes appelés dans une de ces résidences? Nous visitons, avec l'accord du propriétaire, les lieux communs de la résidence, nous rencontrons les résidents et, en autant qu'ils y consentent librement et explicitement, nous visitons leur chambre ou leur appartement privé. Nous évaluons globalement les besoins de services de ces personnes ainsi que la capacité du propriétaire et de son personnel de répondre à ces besoins. Parfois, nous mettons en communication le propriétaire avec des ressources du réseau pour une meilleure prise en charge des besoins des résidents. Souvent, nous agissons en collaboration avec les agences et des établissements publics, notamment les CSSS. Enfin, au besoin, nous faisons aux propriétaires des recommandations afin d'améliorer les conditions de vie des résidents et la qualité des services qui leur sont donnés. Voici pour nos façons de faire actuelles.

Ce que propose le projet de loi, c'est de reconnaître aux agences et au Protecteur des usagers le droit d'intervenir dans des résidences privées qui auront été certifiées grâce à la mise en place d'un système de certification. Cette mesure est pertinente, mais elle ne sera pas à notre avis suffisante pour protéger l'ensemble des personnes vulnérables qui résident dans des ressources privées d'hébergement sans permis. D'abord, le programme de certification étant volontaire, les résidences sont libres de s'y inscrire. Le principal incitatif de ce programme est le maintien de la référence par les établissements du réseau. En effet, ceux-ci ne pourront pas référer des usagers à des résidences qui n'auront pas été certifiées. Malgré cette mesure, un certain nombre de résidences n'adhéreront pas au programme et d'autres ne réussiront pas à se qualifier, leur caractère marginal ne pouvant pas répondre à des normes et des standards d'une certification ou d'un agrément.

Donc, des personnes âgées en grande perte d'autonomie risquent de continuer à vivre dans des milieux qui ne peuvent pas leur garantir le niveau de services et la sécurité que requiert leur état. Nous parlons dans bien des cas d'une clientèle dépourvue financièrement, généralement vulnérable, sans réseau social et qui se trouve dans ces résidences pas nécessairement par choix. Deuxièmement, le programme ne s'adresse qu'aux résidences qui hébergent des personnes âgées. Pourtant, il existe un bon nombre de ressources privées qui offrent un hébergement à des adultes déficients intellectuels ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ou ayant des problèmes de santé mentale. Ces personnes vulnérables vivent souvent dans des conditions précaires malgré qu'elles reçoivent des services de santé et des services sociaux. D'ailleurs, très souvent, ce sont des établissements du réseau qui réfèrent la clientèle à ces ressources.

Ces résidences ne devraient-elles pas être incluses dans le programme de certification? Nous sommes d'avis qu'en cas d'abus ou de non-respect de leurs droits, les personnes hébergées dans une résidence privée, certifiée ou non, ont le droit d'être protégées. Nous sommes d'avis que l'État a le devoir de tenter, par toute mesure possible, de rejoindre ces personnes afin d'assurer leur sécurité. Les propriétaires qui exploitent ces résidences privées, souvent avec les moyens du bord, ont aussi des responsabilités à assumer envers leur clientèle. Enfin, le Protecteur des usagers a le devoir de protéger les usagers et leurs droits.

Le projet de loi, comme je le soulignais précédemment, reconnaît une compétence aux agences et au Protecteur des usagers afin d'intervenir dans les résidences privées certifiées. Par contre, il ne leur donne pas de compétence sur tous les autres types de résidence privée. Nous considérons nécessaire d'avoir cette compétence pour pouvoir constituer un filet de sécurité pour des personnes vulnérables. Ainsi, nous recommandons que les agences et le Protecteur des usagers puissent avoir un pouvoir d'intervention dans les résidences privées qui ne seraient pas titulaires d'un certificat de conformité et ainsi pouvoir aller sur place constater, faire les vérifications qui s'imposent et les recommandations, si nécessaire.

La troisième partie de notre mémoire est consacrée au droit de tout citoyen de choisir le professionnel ou l'établissement duquel il désire recevoir des soins ou des services. Ce droit est reconnu dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Bien sûr, l'exercice de ce droit doit tenir compte de l'organisation des services au sein de l'établissement et de la disponibilité des ressources tant humaines, matérielles que financières.

Le projet de loi consolide des changements importants dans l'organisation des services sur chaque territoire. Il confie notamment aux réseaux locaux la responsabilité d'assurer, à l'égard de la population de son territoire, l'accès à une gamme de services généraux spécialisés et surspécialisés. Tout en endossant le souci d'assurer aux citoyens et aux citoyens un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux sur leur territoire de résidence, nous désirons saisir les membres de la commission de nos préoccupations quant au respect du droit de l'utilisateur de choisir son professionnel ou son établissement.

• (11 h 50) •

Nous n'avons pas reçu un grand nombre de plaintes portant sur le respect de ces droits, mais nous savons que des usagers, à cause d'un accès limité à des services spécialisés ou à un médecin de famille, ont dû recourir aux services d'un professionnel dans un territoire voisin. Ces derniers ont exercé leur droit de choisir le professionnel duquel ils désiraient recevoir ces services et ils devraient pouvoir maintenir ce choix. Qu'advient-il de l'exercice de ce droit dans le contexte des réseaux locaux de santé et de services sociaux? Nous sommes d'avis que l'organisation des services sur une base territoriale ne doit pas limiter le droit de l'usager de choisir le professionnel ou l'établissement duquel il veut recevoir ces services.

La quatrième et dernière partie de notre mémoire aborde la conservation de renseignements de santé ainsi que la question du consentement de l'usager dans le cadre de la transmission de renseignements le concernant. Nous souscrivons à la proposition de mettre en place des services de conservation de certains renseignements de santé lorsque la personne y consent; le projet de loi offre des garanties adéquates, selon nous, de sécurité et de confidentialité des informations recueillies sur l'usager pour être conservées par une agence ou un établissement désigné par le ministre; toutefois, nous avons des réserves quant à la transmission de renseignements entre les instances du réseau. Nous considérons qu'en cette matière le principe du consentement explicite de l'usager est incontournable.

Nous partageons les préoccupations à cet égard exprimées par le Protecteur du citoyen et plusieurs autres intervenants. Nous reconnaissons la pertinence du partage des informations au sein d'un même établissement entre les professionnels. Nous reconnaissons aussi la nécessité de partager de telles informations lors d'une référence à d'autres établissements ou organismes. Nous croyons cependant qu'il est possible d'assurer une meilleure circulation d'information entre les intervenants à l'extérieur de l'établissement sans enlever à l'usager son droit de consentir de façon explicite.

Je conclurai cette présentation de notre mémoire avec la réflexion suivante. Malgré qu'il soit perfectible, nous sommes convaincus que les citoyennes et les citoyens du Québec disposent d'un bon régime de protection de leurs droits en matière de santé et de services sociaux. Les modifications proposées dans le projet de loi n° 83 devraient améliorer notamment la capacité du réseau de la santé et des services sociaux d'agir davantage de façon préventive et systématique afin de protéger les usagers et leurs droits, tout en assurant des services de qualité en toute sécurité.

Nous serons malheureusement toujours confrontés à des situations qui mettent en cause le jugement d'un professionnel, les attitudes d'un employé, l'organisation des soins, l'accès à des services ou la sécurité d'un milieu de vie. Personne ne peut donner une garantie absolue d'une absence totale de risques ou de non-respect des droits. Par contre, nous pouvons améliorer notre capacité d'agir face à ces situations, et surtout intégrer, dans les lieux où des soins et des services sont donnés, des valeurs axées sur le respect de la personne et de ses droits.

Mon expérience des dernières années et les enseignements que j'en ai tirés m'amènent à croire que

la protection des personnes, particulièrement les plus vulnérables, ne peut pas être abordée sous l'angle exclusif des manquements individuels ou même du respect des droits individuels. En fait, c'est toute une culture professionnelle et organisationnelle, empreinte de valeurs de respect et de compassion, qu'il faut faire germer dans les milieux de vie de ces personnes et dans tous les lieux de dispensation de services.

Le projet de loi propose des mesures afin d'améliorer les filets de protection que nous nous sommes donnés comme société afin de protéger les droits des utilisateurs de services de santé et de services sociaux, ainsi que les personnes les plus vulnérables. Nous endossons ces mesures, mais permettez-moi de revenir sur deux conditions de réussite dans l'amélioration du régime: il s'agit vraiment de l'exclusivité de la fonction du Commissaire aux plaintes au plan local, notamment pour s'assurer de l'exercice de son pouvoir d'intervention de sa propre initiative dans l'établissement, et de l'élargissement du pouvoir d'intervention des agences et du Protecteur des usagers afin d'inclure les résidences privées non certifiées. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, Mme Denis. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Denis, M. Bourbonnais et Mme Presseault, pour votre présentation aujourd'hui. Je commencerais par relever quelques éléments de votre présentation afin d'aller, je crois, sur deux de ses composantes principales: d'abord, le régime de plaintes, et ensuite l'intervention, le pouvoir d'intervention du Protecteur ou de la Protectrice des usagers.

Pour ce qui est de la conservation des renseignements, effectivement nous avons déjà témoigné à plusieurs reprises, depuis le début de la commission, de notre volonté de rendre plus explicite la nécessité du consentement entre l'instance et les partenaires, reconnaissant comme vous que cette information est utile pour les usagers et qu'il faut mieux l'encadrer sur le plan du consentement.

Pour ce qui est du libre choix du professionnel et de l'établissement qui est, comme vous le savez, garanti par l'article 6 de la Loi sur la santé et les services sociaux, le projet de loi actuel ne modifie en rien cet article-là et il n'en fait pas mention, il ne le diminue pas; à mon avis, il ajoute à cette liberté qui est préservée au moins une offre de service mieux intégrée, plus près de la résidence et des gens, et bien sûr ils ont l'entière liberté d'aller rechercher des services ailleurs, et je pense que ceci a déjà été mentionné.

Passons maintenant à la question du traitement des plaintes. Je vois donc que vous retrouvez plusieurs éléments, je crois, du groupe de travail dans le projet de loi actuellement. Et la question du comité de vigilance, je suis intéressé par le fait que spontanément vous nous dites qu'il faudrait demander que le directeur général soit partie du comité de vigilance. L'Association des directeurs généraux — je ne sais pas si vous avez suivi nos travaux précédents — ils sont venus un peu nous donner ce message-là également et qu'ils se sentaient un peu mis à part dans le projet de loi tel qu'actuellement

déposé et qu'à la limite même ils interprétaient ça comme une sorte de perte de confiance ou de signe de non-confiance de l'Administration publique envers les gestionnaires d'établissement. Donc, vous pensez que le fait de les inclure au comité de vigilance serait une bonne chose. Et deuxièmement ils nous demandaient également d'être informés très précocement d'une plainte ou des éléments s'y rattachant.

Pourriez-vous commenter sur justement la place du directeur général par rapport au conseil d'administration et dans le régime de traitement des plaintes?

Mme Denis (Lise): Ça nous apparaît absolument essentiel que le directeur général soit associé aux travaux du comité de vigilance. On a compris que dans le fond le comité de vigilance, c'est un peu un comité, je dirais par analogie, vérification de la qualité, hein? Je ne connais pas un directeur général qui n'irait pas s'asseoir à son comité de vérification des finances et je ne connais pas un comité de vérification qui ne souhaiterait pas avoir le directeur général là parce que c'est lui le chef des opérations dans le fond, à l'intérieur de l'établissement, et, pour que les changements arrivent, ça va en quelque part devoir passer par lui. On a beau interpellé une direction, c'est le directeur général qui est, je dirais, le chef des opérations. Et c'est dans ce sens-là qu'on trouvait important comme message que le directeur général, donc le premier exécutant, je dirais, du conseil d'administration, soit présent et soit aussi imprégné, je dirais, des travaux qui se font à un tel comité concernant la qualité. Ça nous semble tout aussi important, même si le comité de vérification, ce n'est pas dans la loi, mais c'est dans un règlement, et le directeur général y est. Dans la loi par contre, il y a plusieurs comités où on souligne la présence du directeur général, on invite la présence du directeur général justement pour ça, parce que c'est le chef des opérations.

M. Couillard: Oui, c'est peut-être un exemple où le pendule a été poussé un peu trop loin. Une préoccupation du groupe de travail, surtout des personnes qui représentaient les usagers, c'est de vouloir qu'il y ait une séparation complète entre le traitement des plaintes et l'administration de l'établissement, et, à vouloir trop rendre cette séparation étanche, on a peut-être finalement pas rendu service au processus.

Mme Denis (Lise): Je pense que la garantie par rapport à l'étanchéité, hein, pour la question de l'examen des plaintes, elle est donnée par le fait que c'est le conseil d'administration qui devrait être le supérieur ou que le commissaire aux plaintes doit dépendre du conseil. Donc, dans l'activité d'examen des plaintes, le directeur général n'est pas, je dirais, le premier patron du commissaire aux plaintes. Ça, ça rend le bon message, je crois, à cet égard-là. Par contre, quand il s'agit de voir qu'est-ce qu'on fait avec, quels correctifs on apporte, comment on introduit des changements, bien là je pense qu'il faut appel à la structure de gestion, et ça commence par le directeur général.

M. Couillard: Pour ce qui est de l'exclusivité souhaitée du rôle du commissaire local, certains groupes nous ont dit qu'il faudrait peut-être assouplir cette

exigence de façon à ce que le commissaire local puisse également exercer des activités reliées aux droits des usagers et à la qualité des services. Est-ce que vous partagez cette opinion ou vous voulez qu'on soit extrêmement stricts dans cette définition d'exclusivité?

Mme Denis (Lise): Nous partageons l'opinion que le commissaire local pourrait être associé à des tâches reliées à la qualité. Cependant, là où on pense qu'il faut faire attention, c'est qu'un commissaire local ne fait pas qu'examiner les plaintes. Et pour nous... c'est pour ça qu'on parle de la capacité d'initiative. On pourrait imaginer, par exemple, si on prend les plus petits centres, les CSSS risquent d'avoir un volume qui permet à une personne d'avoir, je dirais, presque de l'exclusivité de fonction à toutes fins utiles. On pourrait imaginer, par exemple, dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, où on dit: Est-ce qu'il y a là le volume qui permet d'utiliser correctement une personne à temps plein? Nous, on pense que oui. Bien sûr on peut mixer certaines tâches reliées à la qualité, l'agrément, le respect des droits, mais on pense que...

Par exemple, dans un CRDI, nous, on a été appelés à plusieurs occasions à partir de signalements, à aller faire des interventions, à l'intérieur des ressources intermédiaires, à l'intérieur des familles d'accueil, et donc il y a là une masse critique, je dirais, de bénéficiaires et de services qui sont donnés qui méritent qu'une personne ne fasse pas uniquement entendre les plaintes — il y en a peu dans ces milieux-là — mais qu'elle aille au-devant des situations et qu'elle puisse apprécier la qualité des services qui y sont donnés et être en avant et être proactive plutôt que d'être réactive en entendant une plainte.

Ceci étant dit, il est clair que le commissaire local, de par son travail, développe une expérience, une expertise que l'établissement a intérêt à mettre à contribution pour des dossiers reliés à la qualité.

● (12 heures) ●

M. Couillard: Dans le même ordre d'idées, si on discute de la question des médecins oeuvrant dans un groupe de médecine de famille, vous y avez fait allusion dans votre présentation, actuellement on prévoit que le commissaire régional pourrait avoir juridiction sur la partie administrative de l'entente, c'est-à-dire que, par exemple, si un groupe de médecins s'est engagé à offrir des plages de disponibilité ou d'accessibilité définies, bien, que cet aspect de l'entente puisse être vérifié par le commissaire régional. Je pense que ce que vous mentionnez touche plus l'aspect de la qualité professionnelle qui est déjà régi — ceci n'étant pas un établissement, bien sûr — par le Collège des médecins, comment est-ce qu'on ferait là... Ça me semble difficile d'entrer sur ce terrain-là pour des médecins qui ne sont pas en établissement.

Mme Denis (Lise): Le point de vue à partir duquel on regarde cette question-là, c'est de dire: Un usager qui s'adresse à son médecin, si son médecin est dans un CLSC, hein, il a un recours administratif permettant que, lorsqu'il a une insatisfaction, elle puisse être traitée. Si son médecin est sur la rue d'à côté, dans un GMF, il n'a pas un tel type de recours; c'est ça, notre préoccupation. Quelle que soit la mécanique qu'on

puisse imaginer, qu'on puisse trouver, peut-être que celle du médecin examinateur n'est pas la plus adéquate dans le cas d'une clinique privée, je comprendrais que ça réponde à d'autres contingences. Cependant, ce que je pense qu'il faut assurer, c'est une équité pour un usager qui s'adresse à son médecin qui, lui, est dans le CLSC puis que l'autre, il est dans le GMF, l'autre côté de la rue.

M. Couillard: Passons maintenant au pouvoir d'intervention ou à la capacité d'intervention de l'institution que vous représentez, dont vous êtes titulaire, Mme Denis. Actuellement, dans le cadre actuel, pour essayer de bien cadrer la question, et corrigez-moi après que j'aurai décrit ce que je perçois de la réalité actuelle, par la suite, on passera à ce que vous recommandez comme ajout, je crois que le Protecteur des usagers bien sûr intervient dans tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux détenant un permis, dans les ressources intermédiaires détenant un contrat avec un établissement du réseau et également avec une résidence privée qui serait liée par entente, incluant un financement, subvention avec l'autorité régionale, hein? Je pense que c'est actuellement le spectre de votre intervention.

L'agence régionale a également, elle, un pouvoir d'enquête pour aller vérifier toute situation où des activités nécessitant permis seraient exercées dans un établissement; par exemple, qu'une résidence privée donne en fait des soins de niveau CHSLD, qui normalement demanderaient un permis de CHSLD, donc l'agence régionale peut intervenir sous forme d'enquête. Une fois que cette enquête est faite, si on constate qu'effectivement le permis doit être demandé, la résidence est donc en infraction. Est-ce que tout ça, c'est le spectre actuel? Est-ce que je comprends bien le spectre actuel de votre capacité d'intervention?

Mme Denis (Lise): Au plan légal, oui, même si actuellement, compte tenu que la loi n'est pas non plus complètement claire sur les résidences privées sans permis, actuellement, nous y allons, dans les résidences privées sans permis. Ce sera autre chose quand la loi n° 83 sera passée, mais, au moment où on se parle, on a toujours évalué que, compte tenu d'un certain flou, il était légitime et correct d'aller voir lorsqu'on a un signalement dans une résidence privée sans permis.

M. Couillard: Mais je comprends, Mme Denis, cependant que, dans cette circonstance-là, vous êtes un peu soumise au bon vouloir du propriétaire qui pourrait décider de ne pas vous offrir sa porte et qui n'aurait pas d'obligation légale de le faire.

Mme Denis (Lise): Absolument, absolument, et c'est arrivé rarement, je pense que c'est extrêmement rare, mais c'est effectivement arrivé.

M. Couillard: O.K. Passons maintenant à ce que vous suggérez comme ajout ou clarification, dirais-je, parce que vous venez de dire que vous le faites un peu en assumant que c'est possible mais sur un terrain assez fragile, glissant. Ce que vous demandez donc, c'est le pouvoir d'intervention à toutes les résidences privées. Est-ce qu'il ne faudrait pas qualifier ça, par

exemple, toutes les résidences privées inscrites au registre? Parce qu'il y a un registre qui a déjà été mis en place où des résidences, on nous a fait cette suggestion dans une autre présentation, un endroit où il y aurait des raisons de croire ou de soupçonner qu'il y ait des abus sur les droits des personnes qui y sont. Comment est-ce qu'on définirait mieux ça? Parce que c'est toujours la même question du pouvoir d'intervention de l'État qui a certainement une limite, là. Comment est-ce qu'on balise donc cet accès du Protecteur ou de la Protectrice des usagers au milieu des résidences privées?

Mme Denis (Lise): En fait, je pense que le projet de loi est clair sur le fait qu'effectivement une résidence qui sera certifiée, le régime s'appliquera, plaintes, et le Protecteur peut y aller, l'agence peut aller aussi. Ce qui nous inquiète effectivement, c'est celles qui ne seront pas certifiées, et là effectivement, c'est délicat. On dit: Il faut rendre explicite le fait qu'un organisme comme le Protecteur des usagers, Protecteur du citoyen et les agences puissent, lorsqu'il y a un signalement qui est fait, lorsqu'il y a une raison, il y a une situation qui nous est dénoncée, et ça a un caractère exceptionnel — il ne s'agit pas de faire des enquêtes systématiques — ça a un caractère exceptionnel, mais on doit avoir cette espèce de filet de sécurité où quelqu'un pense et a vu des choses par rapport à un ou des usagers dans une résidence privée non certifiée, qu'en quelque part on puisse aller sur place voir qu'est-ce qui se passe. Et, comme je l'indiquais aussi, nous allons voir — un petit peu ce qu'on fait actuellement — on va voir dans les lieux communs. Habituellement, les propriétaires collaborent, mais il faut que ce soit explicite dans la loi que c'est possible d'y aller, et les résidents... Je pense que le respect de la vie privée, c'est une des valeurs importantes et donc, les résidents, s'ils acceptent qu'on visite leur logement ou leur appartement ou leur chambre, on le fait. Mais, il faut au moins pouvoir aller vérifier, je dirais, dans la zone qui nous interpelle, aller vérifier et faire des recommandations s'il y a lieu. Mais c'est vraiment lorsqu'il y a des indications à l'effet que le bien-être, la sécurité ou la santé d'une personne est dans le fond en danger, que ses droits à cet égard-là ne sont pas respectés.

M. Couillard: Et effectivement, puis la logique juridique là-dedans m'apparaît importante. Là, je ne suis pas avocat, là, je regrette de ne pas avoir fait, comme un de mes prédécesseurs, la double scolarité médicale et juridique. Malheureusement, il est un peu trop tard maintenant.

Mais, la philosophie qui est à la base des circonstances dans lesquelles vous pouvez intervenir, c'est qu'il doit y exercer un lien, si ténu soit-il, entre cette résidence et le réseau de la santé et des services sociaux, puisque vous êtes la Protectrice des usagers en santé et services sociaux. Je me préoccupe de la possibilité que ce droit d'intervention soit contesté sur le plan juridique si ce lien est inexistant. Alors, ce que vous nous dites, si je crois comprendre votre argumentaire, c'est que le fait qu'on soupçonne, par exemple, que des activités qui sont dans cette résidence-là devraient normalement être accomplies par le réseau de santé et de services sociaux établit ce lien-là. Mais, est-ce que c'est peut-être vos

collègues... Est-ce que c'est solide juridiquement, ce raisonnement-là, vous croyez?

Mme Denis (Lise): O.K. Parce que, dans le fond, c'est quelqu'un qui aurait dû recevoir des services. Hein, un usager, c'est quelqu'un qui reçoit, aurait dû recevoir des services. Mais, peut-être que Me Bourbonnais pourrait nous...

M. Couillard: Mais je pourrais juste préciser, parce qu'il en a du milieu des résidences privées qui nous disent: Non, vous n'avez pas le droit de faire ça parce que, cet endroit-là, c'est la résidence des gens, etc. Mais on a discuté plusieurs fois en commission depuis le début que cette question de résidence était un peu floue à partir du moment où les gens sont en situation de dépendance.

Mme Denis (Lise): Oui. Il y a une différence entre le droit à sa vie privée puis à la résidence privée des gens et l'exploitation d'un commerce dans le fond et la responsabilité d'un propriétaire d'une activité commerciale. Je pense que c'est là qu'il faut faire une distinction.

M. Bourbonnais (Pierre): La possibilité d'intervenir dans une installation privée doit être rigoureusement prescrite par la loi.

Je vous souligne et je vous renvoie aux tout premiers articles de la Loi sur les services santé et services sociaux, 4, 5 et 7. Et, c'est étrange, le législateur ne parle pas d'usagers dans ces cas-là, il parle de personnes: une personne a le droit d'avoir accès à des services, une personne a le droit à des services de qualité, des services de santé et services sociaux, puis elle a le droit aussi à des soins lorsqu'elle présente une situation où sa sécurité ou son intégrité est en cause.

Et c'est par cette voie-là, je pense, que nous devrions avoir la possibilité d'intervenir de façon exceptionnelle lorsque nous avons des motifs de croire que la sécurité de ces personnes-là ou que ses droits, je dirais, de nature fondamentale sont en cause, que nous pourrions avoir la possibilité d'intervenir. Et encore une fois, on a proposé... on est en recherche parce que, je le répète, c'est délicat sur le plan juridique; le corridor, il est étroit, mais je crois qu'il peut exister. Et, dans ces situations-là, il nous semble que nous pourrions aller voir ce qui se passe, faire un petit peu ce que nous faisons actuellement, ce que la Protectrice des usagers fait actuellement sur une base floue, pour employer son terme. Mais nous serions assis, nous aurions les assises juridiques. Le législateur nous dirait: Oui, vous pouvez y aller dans ces circonstances-là. Et nous avons tenté d'élaborer ce corridor qui va au-delà de la certification.

M. Couillard: Une dernière question, M. le Président. Parce qu'évidemment, la question de la certification étendue à toutes les résidences, nous avons prévu la certification destinée aux gens qui reçoivent des références du réseau de la santé et services sociaux. Mais, si ce mode de certification étant préservé était assorti du pouvoir d'intervention du Protecteur des usagers, est-ce qu'on n'arriverait pas finalement aux mêmes objectifs?

Mme Denis (Lise): Je veux dire, si la certification était étendue à d'autres...

• (12 h 10) •

M. Couillard: Non, si la certification demeurait comme elle est prévue dans le projet de loi, mais qu'on assortissait à ce mode de certification, qu'on peut qualifier de volontaire ou d'incomplète parce qu'on ne parle que des gens qui reçoivent des références, si on assortissait donc ce mode de certification à un élargissement du pouvoir du Protecteur des usagers dans toutes les résidences privées où on soupçonne que les services devraient être donnés, est-ce qu'on n'arrive pas finalement au même objectif — c'est ma question — que si on rendait la certification obligatoire pour toutes les résidences?

Mme Denis (Lise): On arrive probablement à un objectif similaire, en tout cas, on garantit un filet de sécurité, hein, qui, au-delà de la certification, permet effectivement qu'on puisse détecter ou avoir une indication sur une situation problématique. Si la certification était obligatoire, c'est parce que ça prend une contrepartie, hein. Parce qu'on pense qu'il y a des résidences qui ne se qualifieront pas ou qui ne demanderont pas une certification.

Puis le caractère obligatoire, ça, si on dit: C'est obligatoire pour tout le monde. Oui, mais ça prend une contrepartie, c'est quoi la contrepartie? On la ferme? On dit: Le ministre la ferme, la résidence? Fait payer une amende?

Alors, on pense que le caractère, tel qu'il est à l'heure actuelle, proposé pour la certification va laisser des choses en place. C'est un pas dans la bonne direction, ça laisse des choses en plan, et on pense que le filet de sécurité supplémentaire pourrait, oui, être un élargissement du pouvoir du Protecteur des usagers.

Il y a santé mentale, par contre, je pensais aux autres clientèles, là. On en a vu plusieurs en santé mentale, des résidences privées sans permis. Et les gens qui y vivent sont des gens essentiellement référés par le réseau, et même qui reçoivent des services du réseau. Et qui n'ont actuellement, je dirais, qui ne sont pas prévues être certifiées par le projet de loi. Ça, ça nous paraît important d'extensionner la certification pour ces clientèles-là.

M. Couillard: Oui, pour d'autres clientèles vulnérables. Mais je reviens brièvement sur l'argument que j'essayais de développer, auquel je vois que, sans y souscrire totalement — je ne veux pas vous mettre des paroles que vous ne prononcez pas — au moins, vous y voyez une certaine logique. Parce que le problème avec une certification obligatoire étendue, ça satisfait de façon immédiate à un désir d'être très vigilant et ça pourrait paraître attrayant comme méthode, mais ça ne règle en rien à mon avis le problème, parce que de la même façon qu'on a un registre soi-disant obligatoire, on sait qu'il y a de nombreuses résidences qui ne sont pas inscrites au registre. Et d'autant plus une certification obligatoire à mon avis conduirait possiblement ou potentiellement à la clandestinité. Moi, il me semble que, si on veut garantir la qualité des services, le fait de vous donner à votre institution accès à tous les milieux, s'il y a raison de croire que des gens sont menacés dans leurs droits, etc., ou dans leurs besoins de services, ça me semble même à la limite supérieur à une certification obligatoire demandée par la loi.

Mme Denis (Lise): Je peux vous répondre oui. Je pense qu'effectivement on a quelque chose là qui est supérieur, parce qu'effectivement, même si on rendait ça obligatoire, on va développer la clandestinité de l'autre côté. Et on sait que la demande est élastique, hein, excusez l'expression. Du côté des personnes âgées, une résidence aujourd'hui qui ne demandera pas la certification parce qu'elle a des usagers complètement autonomes, c'est de valeur, mais peut-être que dans un an, il y a des personnes dans cette résidence-là qui vont s'être détériorées. Et dans le fond on ne l'aura pas capté, ni dans le système de certification, ni dans le registre. Et par contre, s'il se passe quelque chose là, il faut qu'en quelque part il y ait une lumière qui puisse s'allumer. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci. Le cas échéant, chers collègues, j'imagine qu'il y a consentement pour dépasser légèrement 12 h 30. Consentement? Consentement. Bien, écoute, c'est votre temps, hein, moi... Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je voudrais saluer la Protectrice des usagers, Mme Denis, Me Bourbonnais, avec qui j'ai eu le plaisir déjà de travailler, Mme Presseault.

Alors, reprenons ce qu'on pourrait envisager comme mécanique. Je pense qu'il faut distinguer... Parce que le oui que vous avez donné, Mme Denis, là, il peut entraîner le ministre à le brandir dorénavant pour ne pas donner suite aux revendications de certification obligatoire qui lui ont été transmises par le Protecteur du citoyen, par le Barreau du Québec, par l'AQDR, par la FADOQ, par les associations d'organismes en santé mentale, les organismes en déficience intellectuelle et en réadaptation physique et autres. Alors, c'est un oui qui va... On va devoir échanger sur votre oui, hein. On va devoir échanger. Bon, regardez, on y revient.

Il y a trois choses distinctes. Un, extensionner la certification obligatoire ou facultative. Ça, ce n'est pas dans le projet de loi; au contraire, ça écarte toute personne vulnérable qui n'est pas âgée, premièrement. Donc, il y a une modification à apporter au projet de loi à ce sujet-là.

Deuxièmement, la certification se fait à partir de critères sociosanitaires qui devraient être publiés dans la *Gazette officielle*. Alors, est-ce qu'une fois que cette certification exclut qu'on applique ces critères sociosanitaires aux hébergements privés pour les personnes vulnérables aux hébergements privés non certifiés pour personnes vulnérables, est-ce que vous seriez juridiquement autorisés à utiliser des critères sociosanitaires qui apparaîtraient comme un minimum dans notre société pour la protection des personnes vulnérables alors que, pour les utiliser et les appliquer, il faut être certifiés que vous iriez dans des résidences qui ne le sont pas? Ça, Me Bourbonnais, j'aimerais ça vous entendre là-dessus.

Et puis ensuite évidemment l'inspection de l'agence. Est-ce à dire qu'actuellement, dans le projet de loi, il n'y a que l'agence qui peut inspecter des résidences certifiées? Donc, l'agence, c'est ça. Le mandat actuellement, c'est donc un pouvoir d'inspection que pour les résidences certifiées. Donc, à ce moment-là, ça distinguerait les signalements qui vous arrivent du rôle d'inspection de l'agence. Comment vous les conciliez?

Ensuite, les visites à l'improviste ne se font que dans les résidences certifiées ou encore dans les résidences publiques ou privées conventionnées.

C'est des grosses responsabilités, là, que vous mettez sur l'épaule du Protecteur des citoyens d'intervenir, comme vous le faites actuellement, c'est presque la moitié de vos signalements où vous donnez suite dans les résidences privées actuelles. Avec le projet de loi, vous ne le pourriez plus, parce que le flou qui vous le permettait en fait déplacerait le fardeau de la preuve de telle manière que le libellé ne vous ne permettrait plus. Alors donc, vous interviendriez en vous fiant sur quoi? Sur des critères sociosanitaires, ceux-là mêmes qui sont publiés dans... qui le seront, quand nous les connaissons, publiés dans la *Gazette officielle* pour signifier que les résidences privées qui hébergent des personnes âgées et vulnérables doivent les appliquer? Est-ce que vous auriez le pouvoir de les faire appliquer dans les résidences privées non certifiées?

Mme Denis (Lise): Je vais reprendre puis je vais demander à Me Bourbonnais de compléter après. Un, l'extension, oui. Je pense qu'il faut que le projet de loi prévoie que la certification doit s'appliquer aux autres clientèles.

Deuxièmement, le projet de loi prévoit que le système de certification, lorsqu'une résidence pour personnes âgées est certifiée, le régime de plaintes s'applique. Donc, le régime s'applique et donc les gens peuvent porter plainte. Ils peuvent aussi faire des signalements. L'agence peut traiter les plaintes, le Protecteur peut les traiter en deuxième instance et peut aussi y faire des interventions sur la base d'un signalement.

Mme Harel: ...d'insister. C'est l'agence qui les traite en première instance.

Mme Denis (Lise): Les plaintes, ce qui est prévu dans le projet de loi, c'est que les plaintes provenant des résidences certifiées sont traitées par l'agence, sont traitées au plan régional par l'agence, O.K.? Mais nous maintenons, nous maintenons là-dedans un pouvoir d'intervention, c'est-à-dire tu peux aussi rentrer un signalement chez nous et qui sera traité comme ça l'est à l'heure actuelle.

Là où est notre inquiétude et là ça sur quoi on dit: Il faut qu'il y ait une capacité d'agir, c'est lorsque... Quelle que soit la formule, obligatoire ou pas obligatoire, il restera des résidences qui ne seront pas certifiées ou qui se développeront dans la clandestinité sous une forme ou sous une autre. Et là il faut qu'il y ait une instance capable d'aller sur place lorsqu'elle reçoit des indications à l'effet que les droits des personnes sont compromis. Il faut être capable d'aller voir et de faire un peu, à l'instar de ce qui se fait actuellement, une évaluation sommaire des besoins et constater sur place un peu les besoins des personnes et la capacité des ressources d'y répondre.

Maintenant, la question des critères sociosanitaires, est-ce que c'est à partir de l'application de ces critères-là? Bien, je pense que c'est en évolution. On verra quels seront ces critères sociosanitaires qu'on ne connaît pas de façon explicite pour le moment, mais on peut imaginer qu'il y a des choses qui vont tourner

autour de la sécurité, qu'il y a des choses qui vont tourner autour de la qualité de l'environnement et de la capacité, en matière de services, de répondre aux besoins des personnes. On est autour de ça.

De la même façon que, quand on va dans un CHSLD, on applique de façon générale une grille de critères aussi qui touchent essentiellement les orientations ministérielles en matière de milieu de vie.

● (12 h 20) ●

Mme Harel: Mais, quand vous intervenez, vous dites: Cette année, nous avons eu 71 rapports suite à de plus nombreux signalements, là, j'imagine. Vous regardez les signalements et vous décidez de donner suite là où il vous semble y avoir une situation qui est inacceptable, hein. Sur les 71, vous en avez eu 33, disiez-vous, dans des résidences privées. D'accord? Quand vous y allez, vous ne consacrez pas un système à deux vitesses, des critères pour le CHSLD puis des critères pour le privé, j'imagine?

Mme Denis (Lise): Bien, ça dépend... Non, on ne consacrera pas un système à deux vitesses, je pense. Non, non, non, on...

Mme Harel: Non. Ma question, c'est de savoir comment vous allez faire pour consacrer le fait que des critères sociosanitaires s'appliquent dans certaines résidences privées d'hébergement certifiées puis que les mêmes critères sociosanitaires ne s'appliqueraient pas dans d'autres résidences privées non certifiées, alors que finalement ce sont des personnes vulnérables qui devraient avoir le même système de protection.

Mme Denis (Lise): Mais, vraisemblablement, il y a probablement des critères similaires, je pense, reliés à la sécurité, à la qualité, à la...

Mme Harel: Alors, pourquoi pas les certifier?

Mme Denis (Lise): Bien, tant mieux si elles sont certifiées.

Mme Harel: Non, mais si c'est les mêmes critères que, vous, vous allez appliquer pour ne pas qu'il y ait un système à deux vitesses, alors pourquoi il y en a certaines qui, en vertu de ces critères, seraient certifiées puis que d'autres échapperaient à la certification?

Mme Denis (Lise): C'est-à-dire que, moi, je pense, je pense qu'il y a des ressources qui ne se qualifieront pas pour être certifiées. Il y a des ressources qui vont se développer indépendamment de la certification. Il y a des ressources — et on en voit — des ressources où les personnes initialement ont ouvert une petite ressource, une dizaine de personnes, par exemple, personnes âgées qu'elles reçoivent, et ces personnes-là, au moment où elles sont rentrées, n'étaient pas complètement autonomes mais n'étaient pas non plus des personnes en besoin de services de façon assez intensive, et, au bout d'un an, de deux ans, ces ressources-là qui ne se sont peut-être pas pointées pour la certification, au bout d'un an, l'état de la santé, l'état des personnes qui y habitent, des usagers qui y habitent, se détériore. Ce genre de phénomène va demeurer, à notre sens, et quand... Il

faut les voir, il faut être capable d'y aller et de voir effectivement est-ce qu'il y a des usagers là, est-ce qu'il y a des personnes là qui nécessitent un niveau de services que la résidence n'est pas capable d'assumer, et ça, j'imagine que oui, les critères vont pouvoir s'appliquer aussi.

Mme Harel: Un instant, là. Les critères ne s'appliquent que pour les fins de certification et non pas pour les fins d'hébergement.

Mme Denis (Lise): Oui. Non, mais, à titre de référence, je dirais, quand on trouve une personne ou des personnes dans une résidence — des fois ce ne sont pas toutes les personnes, tous les usagers de la résidence — il y a des personnes dans cette résidence-là, par exemple, dont la situation de santé s'est détériorée et qui nécessitent d'être suivies autrement, bien, je pense que là il y a des choix ou il y a des recommandations qui vont dans le sens de la certification, de faire certifier cette ressource-là, ou il y a des situations où ces personnes-là devraient potentiellement être ailleurs.

Mme Harel: Bien, la vraie question, c'est: Où ailleurs? N'est-ce pas? Puisqu'on le sait avec non seulement le vieillissement de la population, mais aussi le choix du partenariat public-privé pour ne plus développer de l'hébergement de longue durée pour personnes en perte d'autonomie.

Dans la loi actuelle, on retrouve, à l'article 83 de la loi actuelle, la mission d'un centre d'hébergement, hein, et de soins de longue durée. Parce qu'il y a toute une fiction juridique autour du fait que c'est le choix du domicile. Alors, il ne faut pas qu'il y ait des signalements ou des plaintes, etc., c'est le domicile de la personne, ce qui est une pure fiction juridique parce que, dans le fond, ce sont des personnes qui en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage. Ça, c'est la définition actuelle de l'hébergement de longue durée. Et ça dit ceci: «C'est un milieu de vie substitut.» Donc, ce n'est pas le choix d'un domicile, là, hein? On peut bien dire que c'est un milieu de vie, que ce soit le CHSLD, le privé conventionné ou que ce soit le privé hébergé, certifié, non certifié, c'est un milieu de vie substitut. Si la personne pouvait habiter encore chez elle, la plupart le ferait encore, et ce serait leur domicile. Là, c'est un milieu de vie substitut sur le plan juridique.

Alors, la question, c'est de savoir, lorsqu'il y a des milieux de vie substituts, privés ou publics, et lorsqu'il s'agit de personnes qui ont des pertes d'autonomie fonctionnelle et psychosociale et qui ne peuvent plus vivre dans leur milieu de vie naturel, est-ce que les mêmes critères sociosanitaires vont s'appliquer ou pas? C'est ça, la vraie question. Qu'elle soit certifiée ou pas, la résidence, c'est une formalité, mais est-ce que les critères sociosanitaires vont s'appliquer ou pas? C'est ça, la vraie question.

Le Président (M. Copeman): Me Bourbonnais.

M. Bourbonnais (Pierre): Écoutez, je pense qu'il faut faire la distinction entre la compétence pour intervenir de la Protectrice des usagers, éventuellement

de la Protectrice du citoyen, et la grille d'analyse que la Protectrice va avoir à partir du moment où elle va évaluer la situation. Et, quand on entend la question de la certification, je pense qu'on ne peut que favoriser qu'il y ait des lieux certifiés parce que ça nous donne compétence autant sur le plan des plaintes que sur le plan des interventions que nous pouvons faire. Est-ce que cette certification-là doit être obligatoire ou non? Moi, personnellement, je ne réponds pas à cette question-là. Si elle est obligatoire, va se poser la question... on va entrer dans un processus, mais que se passe-t-il si des résidences qui ne seront pas certifiées, va falloir se poser la question et véritablement on va rentrer dans une situation où il va falloir prévoir des dispositions d'illégalité, d'infraction et tout pour les fermer. On reproduit, dans le cadre de la certification, ce que la loi prévoit dans le cadre du permis.

Nous, ce qu'on dit: Peu importe les circonstances, il nous faut un pouvoir d'intervention exceptionnel pour aller là où... le filet de sécurité pour s'assurer que des droits à l'intégrité, à la sécurité des personnes soient sauvegardés quel que soit leur lieu où elles sont logées, et ce, le critère que nous établissons, c'est dans un bâtiment collectif où il y a un propriétaire qui assure un certain nombre de services.

Mme Harel: Je pense qu'on s'entend sur une chose, M. le Président, c'est que le pouvoir d'intervention suite à des signalements doit pouvoir s'appliquer quel que soit le type d'hébergement, y compris dans des résidences clandestines. Ça, pour nous, ça va de soi. La question, c'est de savoir: Peut-on maintenir des résidences clandestines où vous interviendriez, suite à votre intervention, et qui n'ont pas de permis et pas de certification. C'est ça, la vraie question.

Mme Denis (Lise): Oui, oui. Et probablement que, lorsque nous allons... À l'heure actuelle, quand nous allons dans une résidence, il n'y a pas de certification. Quand nous allons dans une résidence privée et que nous faisons un certain nombre de recommandations, les recommandations, par exemple, au niveau de la santé, de soins infirmiers, par exemple, O.K., ont pour effet de ramener cette résidence-là à donner un certain nombre de services infirmiers ou d'améliorer certaines situations, et probablement...

Mme Harel: S'ils n'en ont pas, qu'arrive-t-il?

Mme Denis (Lise): À l'heure actuelle, s'ils ne le font pas... Je vous dirais qu'ils le font en général, là, hein, dans les recommandations qu'on a faites, ils le font. S'ils ne le font pas, et là il s'agit de voir si les bénéficiaires qui sont dans cette résidence-là peuvent décemment rester là ou pas.

Mme Harel: Parce que dans le fond ce n'est pas de savoir s'ils le font en général. Dans le domaine des personnes vulnérables, c'est de savoir s'ils le font en particulier, hein, et, à ce moment-là, ils ont des permis. Je comprends que la loi oblige des personnes qui veulent faire commerce d'hébergement auprès des personnes vulnérables d'avoir un permis. Je ne me trompe pas, là, vous vérifiez s'ils ont un permis.

Mme Denis (Lise): C'est-à-dire que... Attention. S'ils ont un permis, vous parlez d'un permis de CHSLD?

Mme Harel: Bien, l'équivalent, s'ils veulent faire de l'hébergement de longue durée pour des personnes qui sont en perte d'autonomie fonctionnelle, qui ne peuvent vivre dans leur milieu de vie naturelle. C'est ça, la grande question: Est-ce que, dans notre société, on va permettre qu'il se développe des commerces de résidences de personnes vulnérables ou bien donc on va demander un permis?

Mme Denis (Lise): Oui, exact. C'est sûr qu'il y a des résidences qu'on a visitées et pour lesquelles les résidents qui étaient là nécessitaient des soins et des services beaucoup plus lourds que ce que la résidence était en mesure d'offrir. Dans ces cas-là, effectivement, ce qui est proposé, c'est que ces clientèles-là puissent être référées dans des ressources qui sont conventionnées ou publiques, dans des CHSLD dans le fond ou dans des ressources avec permis, en mesure...

Mme Harel: Doivent être. C'est «puissent» ou «doivent» être référées?

Mme Denis (Lise): Doivent être référées, qu'elles doivent être référées.

Mme Harel: D'accord, merci.

Le Président (M. Copeman): Ça va. Alors, Mme Denis, M. Bourbonnais, Mme Presseault, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, en vous signalant, chers collègues, qu'il faut écouter attentivement les avis de la commission. J'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Suspension de la séance à 12 h 30)

(Reprise à 15 h 17)

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît. Chers collègues, ayant constaté le quorum, nous poursuivons la séance. Je ne sais pas si c'est une nouvelle séance, non, c'est la poursuite, c'est la poursuite de la séance de ce matin, malgré le fait qu'on a eu des nouveaux avis ce midi. Et je vous rappelle, comme je le fais à chaque début de séance ou poursuite de séance, que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite dans la salle. Alors, je prie tous ceux qui en font usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Tel que promis ce matin, je vous donne lecture de l'ordre du jour rapidement. Dans quelques instants, nous allons entendre la présentation et échanger avec le Réseau québécois des OSBL d'habitation, qui sera suivi, autour de 16 heures, un peu passé 16 heures, de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc., et nous allons terminer l'après-midi avec la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

Alors, sans plus tarder, c'est un plaisir d'accueillir M. Vermette, M. Bergeron, du Réseau québécois des

OSBL d'habitation. Bonjour, messieurs. Je vous rappelle comment ça fonctionne, je sais que vous avez déjà une certaine connaissance de ces choses, mais vous avez une période maximale de 20 minutes. Et, à cause de l'organisation de la journée parlementaire, je suis assez sévère, malheureusement, avec l'attribution des temps: alors, 20 minutes pour faire votre présentation; je vais vous rappeler quand il reste deux minutes; ce sera suivi par un échange avec des parlementaires de 20 minutes de chaque côté de la table. Alors, est-ce que c'est M. Bergeron qui commence? Alors, nous sommes à l'écoute, M. Bergeron.

**Réseau québécois des organismes
sans but lucratif d'habitation (RQOH)**

M. Bergeron (Serge): Alors, bien, merci, M. le Président. Alors, M. le ministre de la Santé, Mmes, MM. les députés, mesdames, messieurs. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier du temps que vous nous accordez. Nous sommes d'autant plus touchés par votre accueil que, depuis plusieurs années, nous travaillons étroitement à créer, à tisser des liens profitables, durables et mutuels avec les intervenants du réseau de la santé. Mais c'est pour nous aujourd'hui une première occasion de parler à la députation concernée par le réseau de la santé. C'est donc notre première présence devant cette commission. Nous sommes beaucoup plus habitués — certains membres de la commission en sont témoins — à intervenir auprès de la Commission de l'aménagement pour discuter de questions d'habitation, mais nous avons également un côté relié à la santé et au support de clientèle.

● (15 h 20) ●

Mon nom est Serge Bergeron. Je suis président sortant du Réseau québécois des OSBL d'habitation du Québec. Je suis gestionnaire, depuis une trentaine d'années, de résidences sans but lucratif, d'OSBL sans but lucratif pour personnes âgées en perte d'autonomie, notamment une résidence, le Foyer Laurentien, 200 logements pour personnes âgées en perte d'autonomie au centre-ville de Montréal. Mais c'est aujourd'hui à titre de représentant des OSBL d'habitation pour personnes âgées au sein du conseil d'administration du Réseau québécois des OSBL d'habitation que je m'adresse à vous. Je suis accompagné de M. François Vermette, directeur général du réseau.

Dans le projet de loi n° 83, que les membres de la commission sont appelés à étudier, nous nous intéressons particulièrement aux articles introduisant la possibilité pour une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de délivrer un certificat de conformité à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées. Nous sommes conscients que le projet de loi à l'étude introduit une réforme beaucoup plus large que ces seuls articles consacrés à l'accréditation des résidences, mais, l'expertise de nos membres relevant essentiellement de l'habitation, vous permettrez que nous concentrons nos propos sur ces articles touchant cette certification possible.

Les objectifs derrière ces amendements à la loi visent, et je cite, «à assurer aux personnes habitant dans des résidences pour personnes âgées un milieu de vie acceptable et des services sécuritaires et de qualité». Nous adhérons totalement à cet objectif qui est aussi le

nôtre. Nous sommes aussi en accord avec le moyen retenu, soit une certification. Vous comprendrez certainement que notre accord avec ce moyen prend pour acquis que cette certification potentielle doit s'insérer dans le cadre d'une véritable politique de soutien à domicile pour les personnes âgées dont ce moyen n'est qu'une composante, qu'un moyen parmi tant d'autres.

C'est ainsi qu'à notre avis une telle politique devrait notamment, tout d'abord de manière générale, accroître les services de maintien à domicile par les CLSC et, deuxièmement, soutenir les services d'aide domestique, notamment les entreprises d'économie sociale en aide domestique qui offrent ce service. Mais une telle politique doit aussi, de manière particulière concernant les besoins de nos membres, comprendre les éléments suivants: reconnaître le financement du soutien communautaire en logement social; valoriser la formation du personnel en OSBL d'habitation; prévoir des budgets suffisants pour l'entretien, l'adaptation et la modernisation des OSBL abritant des aînés et, finalement, prévoir des conditions d'application particulière aux OSBL d'habitation. Pour paraphraser le dicton, en fait on pourrait résumer en disant que qui veut la fin, c'est-à-dire offrir un milieu sécuritaire et des services de qualité aux personnes âgées et en certifier le bon état, doit en offrir les moyens.

Finalement, notre avis ne pourra qu'être partiel puisque deux éléments importants de la certification nous sont toujours inconnus: le règlement qui doit fixer les critères sociosanitaires qui devront être respectés ainsi que l'attestation d'appréciation qui devra être délivrée par un organisme reconnu par le ministère. Vous comprendrez que ce sont ces derniers aspects, les critères et les conditions de délivrance du certificat, qui préoccupent le plus sérieusement nos membres.

Je vais maintenant vous présenter brièvement le Réseau québécois des OSBL d'habitation. Comme il s'agit de notre première présence devant cette commission, vous comprendrez, M. le Président, que nous présentons très rapidement notre organisation. Le Réseau québécois des organismes sans but lucratif d'habitation, RQOH, fondé en 2001, regroupe sept fédérations régionales en plus de quelques organismes non encore desservis par des fédérations régionales, donc qui sont hors territoire de ces fédérations. Les OSBL d'habitation se donnent généralement pour mission d'offrir à des personnes socialement, physiquement ou économiquement défavorisées des conditions de logement stables et appropriées à leurs besoins. On trouve au Québec plus de 750 — je répète — 750 OSBL d'habitation totalisant 30 000 unités de logement social. C'est, après le parc de logements HLM, le parc le plus important de logement social au Québec. La majorité de ces OSBL d'habitation s'adressent à des personnes âgées, les autres s'adressant à des personnes seules, des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé mentale, des personnes itinérantes ou des familles à faibles revenus.

Comme on l'a dit, la majorité de ces OSBL se consacrent à des personnes âgées, pour un total d'environ 450 organismes. Présents dans toutes les régions du Québec, ces OSBL d'habitation pour personnes âgées totalisent plus de 18 500 unités de logement dont une partie importante est destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie. Vous comprendrez donc notre intérêt

de cette question de la certification possible des résidences pour personnes âgées.

Un OSBL d'habitation est en fait un organisme autonome et sans but lucratif administré par des bénévoles, des membres de la communauté préoccupés par la question du logement. Ce n'est pas un HLM, ce n'est pas une filiale d'un organisme public et ce n'est pas un propriétaire privé au sens traditionnel du terme. Tout comme le réseau public, les OSBL d'habitation qui oeuvrent auprès de différentes clientèles dont les aînés ne sont pas motivés pas la recherche du profit, mais par le bien-être des locataires.

Maintenant, je vais parler de la spécificité des OSBL d'habitation destinés aux personnes âgées. Selon un portrait des OSBL destinés aux aînés et réalisé récemment par des chercheurs de l'UQAM, nos résidences, véritables entreprises d'économie sociale, représentent une grande variété de formes et de missions. En moyenne, le 450 OSBL d'habitation pour aînés abritent une trentaine de personnes âgées. Gérés par des administrateurs bénévoles issus de la communauté, la plupart des OSBL d'habitation pour aînés ont été ou sont financés par des programmes fédéraux de la SCHL ou provinciaux de la Société d'habitation du Québec, la SHQ.

Ces programmes, on le sait, financent la brique et le mortier — nous, on parle souvent de briques et de béton — mais n'assurent aucun financement aux services aux personnes. En effet, les programmes, dans leur conception actuelle, financent essentiellement, dans un premier temps, une bonne part des coûts de construction et, dans un deuxième temps, un volet du programme vient réduire le loyer à payer pour une partie des locataires.

Si la résidence offre une gamme de services, rien n'est prévu dans les programmes d'habitation pour le financement de ces services. Ceux-ci sont donc essentiellement à la charge des locataires. Comme nous nous adressons à des personnes âgées qui se situent dans la gamme inférieure des revenus, des personnes âgées qui ne peuvent se retrouver sur le marché privé, on comprendra que leur capacité de payer n'est pas élastique. Nos locataires ont donc un loyer de base à payer — dans certains cas, limité à 25 % de leurs revenus — auxquels on ajoute à l'occasion des paiements pour les services offerts, ces derniers n'étant pas couverts par les différents programmes d'habitation, et certains de ces services d'ailleurs devant normalement être offerts par le réseau de la santé.

Revenons maintenant au portrait général. Les OSBL d'habitation destinés aux personnes âgées sont habités à près de 75 % par des femmes. La moyenne d'âge des résidents varie autour de 75 ans. Les revenus de ces résidentes et résidents sont généralement faibles. Quant à leur état de santé, rappelons qu'une bonne proportion des résidences ciblent, en vertu des programmes de la SHQ, des aînés en perte légère d'autonomie. Mais, dans plusieurs cas, les responsables d'OSBL constatent que ces pertes d'autonomie n'ont de légères que leur nom. La situation a beaucoup évolué et s'est accélérée au cours des années avec les courbes démographiques, maintien à domicile, etc.

Comme partout ailleurs, les OSBL d'habitation pour aînés font face au vieillissement de leurs résidents. En effet, plusieurs d'entre eux ont ouvert leur porte il y a

plus de 20 ans en accueillant des personnes de 65 ans, 75 ans. Celles-ci sont maintenant âgées de 85 ans à 90 ans sans que les services aient pu suivre les besoins des résidents. Pour bien comprendre l'effet du vieillissement sur la gestion de nos résidences, suggérons une image. Les personnes âgées en HLM, c'est un fait connu et admis, ont, pour une bonne partie, généré ces dernières années une demande en services additionnels. Ils sont passés, sur le plan de la santé, d'un état autonome à une perte d'autonomie progressive. Chez nous, en OSBL, ils sont devenus résidents parce qu'ils étaient déjà là, déjà en perte progressive d'autonomie en entrant.

• (15 h 30) •

Alors, imaginez après cinq ans, 10 ans, 20 ans d'opération, à quel point la demande en services a pu évoluer, toujours sans le financement requis, en plus des facteurs justement de vieillissement de la population, de maintien à domicile, de virage ambulatoire, etc.

En fait, nous avons coutume de dire que dans l'état actuel des choses, nos organismes s'inscrivent dans le continuum des services offerts aux personnes âgées entre le lieu de résidence traditionnel et l'arrivée dans le réseau de la santé, notamment en CHSLD.

Sur le plan immobilier, la pression causée par le vieillissement a un peu le même effet. Si des services additionnels sont rendus nécessaires, si des installations nouvelles deviennent nécessaires, si des améliorations ou des rénovations s'avèrent nécessaires, ou encore si le respect de nouvelles normes nous est imposé, le programme ne prévoit rien, absolument rien. Et chez nous, répétons-le, la capacité de payer des locataires, c'est le moins qu'on puisse dire, fort limitée. On vient de parler, là, du cadre bâti. Alors, si le cadre réglementaire de certification des projets doit avoir des normes au niveau du cadre bâti, vous comprendrez les difficultés auxquelles on peut potentiellement faire face.

À l'heure actuelle, deux programmes permettent le développement de logements communautaires au Québec: AccèsLogis et Logement abordable Québec. Nous vous ferons grâce de la description de la multitude de programmes qui ont permis, depuis les 30 dernières années, la construction de logements OSBL pour nous concentrer sur les deux plus récents programmes, en attendant par ailleurs de savoir le sort qui leur sera réservé dans le prochain budget.

Ces programmes sont financés par le gouvernement du Québec avec une participation du gouvernement fédéral. Ce sont ces deux programmes qui permettent actuellement au gouvernement de développer 13 000 logements communautaires dans le cadre du programme Agir en habitation. De ces logements, environ le tiers, soit plus de 3 000, sont destinés à des personnes âgées. Ces programmes, rappelons-le, financent la construction et non pas les services.

Ce statut particulier des OSBL d'habitation, à savoir le financement mixte, public et communauté, financé par la communauté, parce que c'est un fait trop souvent oublié, mais la communauté y participe activement, au financement. D'abord évidemment par les loyers, mais aussi dès l'étape de la construction, par la contribution du milieu. Donc, le statut particulier des OSBL... par le financement mixte.

Et la recherche du bien-être plutôt que du profit nous amène à solliciter un soutien gouvernemental pour

atteindre les objectifs de la loi; encore une fois, qui veut la fin doit offrir les moyens. Si la certification vise l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes âgées, le financement de ceux-ci doit suivre. Les OSBL d'habitation desservant des personnes à faibles et modestes revenus, ils ne peuvent refiler la facture dans son entièreté aux locataires. De plus, dans bien des cas, ces projets sont conventionnés et basés sur les revenus — ces loyers, pardon, sont conventionnés et basés sur les revenus. On ne peut donc pas utiliser les loyers pour financer ces travaux. On ne peut, dans plusieurs cas, donner de charges additionnelles pour financer ces services.

Après ce trop court portrait de la situation des OSBL, je laisse la parole à François Vermette, notre directeur, pour en arriver aux mesures que nous vous suggérons d'étudier pour soutenir la mission des OSBL d'habitation et également assurer ainsi l'atteinte des objectifs visés par une éventuelle certification.

Le Président (M. Copeman): M. Vermette.

M. Vermette (François): Merci. Comme l'a bien laissé entendre M. Bergeron, on ne peut d'un côté imposer des règles aux OSBL d'habitation sans leur donner de l'autre les moyens de les respecter. Ces moyens pour les OSBL d'habitation seraient, dans un premier temps, pour nous, le financement du soutien communautaire.

La reconnaissance du financement du soutien communautaire en logement social constitue la priorité absolue de notre groupement depuis sa création, il y a quatre ans et demi. Le soutien communautaire recouvre un ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à la référence en passant par l'accompagnement auprès des services publics, de la gestion des conflits, de l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, support aux comités de locataires et aux autres comités, l'organisation communautaire et une foule d'autres services. Certaines résidences pour aînés de type OSBL poussent plus loin en offrant une gamme complète de services individuels comme le nettoyage, l'aide à la médication, le transport, certains soins personnels.

Puisqu'il s'agit d'organismes d'habitation, le ministère de la Santé ne reconnaît pas le financement des services dans nos résidences. Notamment, nos OSBL, puisqu'ils sont issus et ont été financés par des programmes d'habitation de la Société d'habitation du Québec, ne sont pas admissibles au principal programme de soutien aux organismes communautaires du réseau de la santé, le SOC.

Or, après 20 ans de bricolage et devant des besoins de plus en plus pressants, les OSBL d'habitation sont à bout de souffle. C'est pourquoi, depuis sa création, le réseau a fait de la question du financement du support communautaire sa priorité et c'est pourquoi le réseau a fait de la question de l'élaboration d'un programme national de financement du support communautaire une véritable obsession. Mais, jusqu'à maintenant, nous avons dû nous contenter de programmes partiels, ponctuels, sous la forme de projets pilotes ou de programmes expérimentaux. Allons-y d'un regard rapide sur quelques initiatives qui ont été tentées ces dernières années pour résoudre la question, parce qu'il y a eu quand même de nombreux efforts pour résoudre cette question-là dans les dernières années.

Parmi ces initiatives, mentionnons, dans le cadre du programme AccèsLogis, que 600 unités de logement destinées à des aînés en perte d'autonomie sur les 3 000 construites ont reçu 1 000 \$ par logement, par année, pour ces services, et ce, pour une durée de cinq ans. Cet argent-là venait du ministère de la Santé, et nous, on appelait ce programme-là «le 1 000 \$ la porte». Ce programme pilote visait des projets AccèsLogis pour personnes âgées qui ont été mis sur pied à la fin des années 1990. On arrive donc au terme du cinq ans, et les organismes devront bientôt couper leurs services puisque le financement n'est pas renouvelé.

L'une de ces résidences-là ici même, à Québec, devra couper pour 52 000 \$ de services à ses 68 locataires dans deux semaines, ses appels à l'aide, tant à la Société d'habitation du Québec qu'au ministère de la Santé, étant restés sans réponse. Alors, dans deux semaines, ils ne savent toujours pas comment ils vont payer le personnel infirmier qu'ils avaient embauché. Les hypothèses qu'ils ont devant eux, c'est de couper tous les services ou bien de cesser de payer l'hypothèque et, comme la SHQ garantit l'hypothèque, de refiler ça, donc, refiler le problème à la SHQ.

Il y a eu, ces dernières années, une tentative de régler le financement du support communautaire aussi par le biais des contrats de ville. En effet, à Montréal, une clause spécifique visait à assurer le financement du support communautaire pour les sans-abri. Une somme de 300 000 \$ avait été dégagée pour ça. On visait, à cette époque, à élargir le tout progressivement à d'autres clientèles, dont prioritairement aux personnes âgées, et à l'étendre aussi aux autres grandes villes. Cette porte s'est, depuis lors, fermée, et il n'y a eu que le premier bloc de 300 000 \$ pour les itinérants.

Le Président (M. Copeman): M. Vermette, tel que prévu, je vous signale qu'il reste deux minutes.

M. Vermette (François): J'avais vu un peu plus, moi. En tout cas, je vais sauter un petit peu alors. Disons qu'il y a eu plusieurs programmes.

Donc — oh, c'est un peu plus difficile — un autre aspect qui nous préoccupe, qui serait une conséquence immédiate des changements proposés dans le projet de loi, c'est la formation du personnel et des bénévoles. Ce serait important pour nous puisque nos organismes ont très, très peu de moyens, si on veut rehausser la qualité des services, qu'on puisse avoir une aide pour pouvoir financer la formation.

Dans un troisième temps, il y a aussi toute la question de l'entretien et de la modernisation et de l'adaptation des immeubles. Il peut y avoir des règles qui sont imposées, on le voit par exemple dans Roses d'or, certaines règles qu'on demande pour les immeubles. Nos immeubles ont été construits parfois il y a 25, 30 ans; les normes ont évolué. Si certaines normes qui étaient très valables il y a 25 ans ne sont plus valides aujourd'hui, vous comprendrez qu'on ne peut pas demander à des administrateurs bénévoles de réinvestir dans l'entreprise. Il doit y avoir une aide qui nous vient du gouvernement pour ça.

Enfin, pour terminer, nous sommes aussi préoccupés par les conditions de la certification. Une de ces conditions, c'est obtenir une attestation d'appréciation

délivrée par un organisme reconnu. Comme vous l'ont dit d'autres participants, nous, on croit que ce devrait être dans le cadre de l'initiative connue sous le nom de Roses d'or. Nous participons à cette initiative-là. Il y a eu un travail énorme qui a été fait là par des gens de tous les milieux, y compris du ministère de la Santé et de la Société d'habitation du Québec, pour arriver à des normes qui étaient applicables, et on pense que cette expertise-là devrait être utilisée, et c'est vers ça qu'on devrait aller.

Ensuite, pour terminer — le reste étant dans notre mémoire — le certificat, selon nous, qui serait émis devrait être gratuit pour les OSBL d'habitation. Étant donné que ces OSBL là sont des ressources d'intérêt public et sans but lucratif qui sont financés partiellement par des fonds publics et qu'ils visent principalement des clientèles à revenus modestes, toute demande de permis devrait être émise à titre gracieux dans leur cas.

• (15 h 40) •

Pour terminer — il me reste deux petits paragraphes — donner un milieu de vie de qualité aux personnes âgées qui font le choix de vivre dans une résidence est la principale raison d'être de nos membres. La certification proposée par le projet de loi n° 83 nous semble donc acceptable. Par contre, les conditions que nous avons énumérées plus haut sont pour nous indispensables quant à la réussite de ce projet. Et, si ces conditions sont réunies, nous pensons que la certification devrait même devenir obligatoire pour toutes les résidences. Alors, je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Bergeron, M. Vermette. Alors, afin de débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Vermette, M. Bergeron. Évidemment, la question du rôle respectif des divers organismes qui gravitent autour de votre milieu, cette question-là est importante parce que des questions comme l'entretien, l'adaptation et la modernisation des lieux, des locaux, de toute évidence, ce n'est pas la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cependant, on a comme mission de déployer les services professionnels, psychosociaux pour les personnes en perte d'autonomie et on a comme orientation, comme vous le savez, d'essayer de diminuer notre taux d'institutionnalisation au Québec, qui est très élevé par rapport à d'autres sociétés, en nous inspirant de ce qui s'est fait ailleurs, notamment la question de ces projets avec lesquels vous êtes en partenariat avec nous.

Est-ce que vous ne pensez pas que, plutôt que de donner à chaque OSBL l'initiative d'engager ou pas les infirmières ou les professionnels, ce ne serait pas au réseau de déployer les services dans le cadre de projets semblables et de façon plus accélérée au cours des prochaines années?

M. Bergeron (Serge): Bien, M. le ministre, en fait, si on regarde l'éventail de la perte d'autonomie ou de la population qui vit dans nos résidences, bon, ceux qui sont complètement autonomes n'ont pas besoin de ces services. Ceux qui sont en perte légère ont besoin d'un certain encadrement qui ne peut pas être donné par le réseau de la santé, ce n'est pas nécessairement sa

mission. Ceux qui sont en perte un peu plus lourde, bien là on arrive dans une zone grise qui est entre les deux missions, si vous voulez. C'est sûr, ceux qui sont dans le créneau lourd de la perte d'autonomie, bien là c'est vraiment plus du réseau de la santé, on n'insiste pas d'empiéter sur le réseau, c'est de trouver un maillage finalement.

Et on en parlait tout à l'heure, moi-même, au Foyer Laurentien, on a eu le bénéfice avec notre CLSC local, CLSC Métro, d'avoir un projet novateur pour desservir le quatrième créneau. Mais nos membres pour la plupart, comme on vous l'a exposé, travaillent dans les deux autres créneaux et notamment dans la perte légère d'autonomie, et il faut déjà commencer à offrir des services. Donc, j'espère bien répondre à votre question, c'est dans ces créneaux-là qu'on cherche. On est d'accord avec vous qu'on ne veut pas se sociosanitariser dans les OSBL d'habitation, ce n'est pas du tout... on a assez à faire comme ça, mais si on veut bâtir quelque chose de bien, il faut avoir une politique globale et bien articulée sur l'ensemble du spectre.

M. Couillard: Quelle est votre relation, par exemple, avec les entreprises d'économie sociale ou d'aide domestique? Est-ce que vous avez des partenariats pour aider les personnes qui sont vos...

M. Bergeron (Serge): Tout à fait, je peux dire moi-même que j'ai été sur un conseil d'administration d'EESAD, entreprise d'économie d'aide domestique, pendant plusieurs années, et ce sont des partenaires privilégiés. Encore une fois, on ne veut pas être tout à tout le monde; un OSBL ne peut pas rendre justement des services de santé avec une infirmière, faire le ménage, etc. On a un créneau d'encadrement, nous, une mission d'encadrement, de présence, d'interface avec le réseau de la santé, d'interface avec les EESAD, avec les entreprises d'économie sociale d'aide domestique. Donc, c'est vraiment un partenariat, et je tiens à souligner que c'est un maître mot de votre programme du projet novateur que vous que vous avez mis sur pied, M. le ministre, et qu'on apprécie. On va voir, au cours des trois prochaines années, qu'est-ce que ça va donner, mais c'est là qu'est la solution, c'est le maillage. Et pour nous, ce qu'on a besoin pour être un maillon efficace, c'est d'avoir les ressources, les outils, surtout dans un contexte où on veut nous accréditer, on veut une certification et on est d'accord avec ça parce qu'on en veut, des services de qualité. Donc, il faut nous donner les moyens d'être ce maillon productif.

M. Couillard: Lorsque vous parlez du programme de formation du personnel et des bénévoles, vous parlez des bénévoles des conseils d'administration, également du personnel de vos établissements, comment est-ce que vous voyez ce programme-là et qui en serait responsable, qui l'administrerait? Comment serait-il financé? Quelle est votre vision?

M. Bergeron (Serge): Je pense, dans un premier lieu, il y a lieu de faire l'élaboration d'outils de formation, et ça, ça pourrait être vraiment quelque chose de conjoint. Les partenaires qu'on trouve autour de la table de Roses d'or sont peut-être sont peut-être les

mêmes partenaires qui ont intérêt à ce qu'une formation soit bien donnée. Moi, pour avoir visité beaucoup d'OSBL, les gens ont le coeur, ont le bon coeur pour être auprès des personnes âgées, mais avec les problématiques auxquelles on fait face, on a besoin d'une meilleure formation. Ce n'est pas juste de la perte d'autonomie physique, aussi il y a une perte d'autonomie psychologique, sénilité, etc.; on n'est pas toujours équipés pour faire face à cette problématique de vieillissement dans nos résidences. Et donc, on a besoin, si on veut être encore une fois un maillon efficace, on a besoin d'avoir cette formation-là.

Cadre bâti, d'accord, capacité d'intervention, donc c'est un autre élément, et standard de qualité, c'est un autre élément, et c'est pour ça qu'on vous a exposé un peu en trois volets, et tout ça repose pour nous sur un financement du support communautaire, parce que, si on veut être efficace dans ces trois volets-là, il faut bâtir le rez-de-chaussée avant d'aller sur le toit.

M. Vermette (François): Juste pour vous dire, sur la formation, on travaille par exemple avec la Fondation Berthiaume-Du Tremblay pour donner des formations auprès des bénévoles ou des employés dans les résidences OSBL pour personnes âgées, et ça nous permet, une fois par année, de rejoindre des bénévoles dans différentes régions du Québec, mais c'est loin d'être suffisant. Une formation qui est souvent plus, d'ailleurs, dans le cas de ce qu'on fait avec Berthiaume-Du Tremblay, un ressourcement. Nous n'avons pas malheureusement les moyens, nous-mêmes, en tant qu'organisation en ce moment avec les budgets que nous avons, de mettre sur pied ces programmes de formation là qui nous sont demandés.

M. Couillard: Comme d'autres avant vous, vous nous suggérez d'utiliser le programme Roses d'or comme partenaire de cette certification. Êtes-vous déjà inscrits à ce programme? première question. Deuxième question, est-ce que les OSBL pour aînés sont inscrits aux registres, par exemple, régionaux?

M. Vermette (François): Je peux répondre à ça. Le réseau fait partie du comité provincial, là — je ne sais pas comment ils l'appellent — le comité d'action provincial de Roses d'or, donc on siège à la table avec le ministère de la Santé, entre autres, la SHQ puis différents partenaires où sont déterminées, là, les règles de fonctionnement un peu de Roses d'or, nous siégeons là. Dans plusieurs régions, on a fait grandement la promotion aussi auprès de nos membres de Roses d'or, en particulier au Lac-Saint-Jean où il y a beaucoup de nos membres personnes âgées, enfin la plupart, je pense, ont fait appel à Roses d'or, ont demandé une certification. Donc, on est très impliqués avec ça.

Il y avait une autre partie de la question...

M. Bergeron (Serge): Bien, est-ce qu'on est en train de tester dans nos résidences? Oui, il y a un intérêt. Est-ce qu'on est dans le registre? Pas toujours.

M. Vermette (François): Là, ah oui, c'est le registre. Le registre, on a eu tout récemment... des chercheurs à l'UQAM avaient eu accès au registre dans son entier, puis on a pu le... Les chiffres qu'ils avaient

ne correspondaient pas du tout, du tout aux nôtres. Alors, on l'a confronté un petit peu, là, officieusement pour constater que les OSBL d'habitation, pour la plupart, n'étaient pas inscrits au registre. Alors, on a fait un article dans notre prochain bulletin, là, qui doit paraître les incitant à le faire, et on s'explique mal pourquoi ils ne le sont pas.

Peut-être probablement parce que, dans la tête des gens, le registre est pour les OSBL qui offrent beaucoup de services et que la plupart des OSBL offrent peu de services ou des services très légers, ils ne se sont pas reconnus. On ne se l'explique pas à ce moment-ci, mais on constate un écart énorme entre les résidences OSBL inscrites au registre — il y en a à peu près 4 000, je crois, 4 000 unités, je veux dire, 4 000 logements — et les chiffres que, nous, nous avons, qui nous ont été transmis par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, par la SHQ. Il y a eu plus de 18 000 unités qui ont été financées pour les personnes âgées. Alors, on voit, il y a un écart énorme, on ne se l'explique... En ce moment, on vient de le découvrir il y a quelques semaines, on ne se l'explique pas encore très bien pourquoi.

M. Couillard: Peut-être que ces résidences-là, des OSBL, ne se voient pas elles-mêmes comme des résidences privées pour personnes âgées, elles ne se sentent pas visées par le registre, c'est peut-être l'effort d'information.

M. Vermette (François): C'est fort possible.

M. Couillard: Vous pourriez confronter vos chiffres avec ceux du ministère. On me donne un document de travail ici où on indique qu'il y a 230 organismes à but non lucratif qui sont au registre par rapport à 2 509 résidences inscrites au registre. Donc, certainement qu'il y a une marge. Je soupçonne que l'hypothèse que j'avance est peut-être vraie, et les gens ne se sentent pas dans cette...

M. Bergeron (Serge): Comme on vous disait, il y en a 450, vous en avez 250 au registre, on voit là qu'il y a un manque de communication. Peut-être que les gens ne sentent pas qu'ils sont obligés ou ils ne sont pas informés. Il faut comprendre la culture de nos OSBL, il y en a beaucoup qui sont dans la survivance, qui sont un peu éparpillés, etc., qui ne sont pas à l'intérieur d'un réseau. C'est pour ça qu'on a mis notre réseau sur pied il y a quatre ans, parce qu'on a senti le besoin d'alimenter ces gens-là.

● (15 h 50) ●

Et, si on veut les amener face à une certification possible, il faut leur donner de la formation. C'est pour ça qu'on ne parle pas juste des employés; les conseils d'administration, qu'ils soient conscients qu'il existe, là, à l'intérieur d'une société où il y a des ministères, le ministère de la Santé, qui a certaines obligations, certains minimums à respecter. Alors, on est d'accord pour l'accréditation, mais il y a vraiment un gros travail de sensibilisation et de formation à faire.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Chambly.

Mme Legault: Oui. Bonjour, messieurs. Vous nous dites, à la page 8 de votre mémoire, que l'établissement d'un code d'éthique serait une condition préalable à l'offre de formation. Est-ce que vous pouvez commenter davantage puis nous dire, par exemple, s'il y a une réflexion dans ce sens-là qui est déjà amorcée au sein du réseau?

M. Bergeron (Serge): Ah bien, tout à fait, madame. Et c'est d'ailleurs une priorité. On est rendu là dans notre croissance. C'est parce qu'on doit se donner des paramètres de qualité, un code d'éthique, même peut-être des guides d'intervention, etc. On est né du milieu de l'habitation, on est né de la brique et du béton et on a une mission qui le dépasse, et il faut apprivoiser cette mission-là. Et le fait d'avoir un code d'éthique pour nos OSBL, c'est...

Premièrement, juste l'exercice de l'établir serait excellent pour nous, et ça donnerait justement des standards de qualité auxquels tout le monde devrait adhérer, et ça aiderait un petit peu à la question que M. le ministre posait, là: on semble ne pas rejoindre un peu tout le monde; alors, de publiciser un code d'éthique, de commencer à en parler, ce serait déjà peut-être un travail de sensibilisation intéressante.

Mme Legault: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député d'Arthabaska.

M. Bachand: Merci, M. le Président. Bienvenue à la commission, messieurs. J'aurais une petite question très rapide. Vous suggérez donc que la certification passe par... En tout cas, ce serait peut-être souhaitable qu'elle passe par le programme Roses d'or. Qu'est-ce que vous auriez comme suggestion à titre d'amélioration du programme Roses d'or?

M. Vermette (François): C'est évident que, pour Roses d'or, par exemple, les... j'allais dire les inspecteurs; ce n'est pas tellement ça. Les personnes qui vont faire les accréditations sont des bénévoles et que ces gens-là ont besoin de formation, d'avoir une meilleure formation, on pense, pour qu'il puisse y avoir une accréditation qui soit égale dans les différentes régions.

Le travail qui a été fait au comité provincial a été d'avoir des critères qui peuvent être mis en oeuvre par des gens qui ne sont pas des spécialistes. Par exemple, pas besoin d'être quelqu'un de la Régie du bâtiment pour évaluer certaines choses. On a revu, on revoit les critères pour qu'ils puissent être appliqués par des gens qui n'ont pas nécessairement de formation technique particulière, mais ces gens-là ont quand même besoin d'avoir une certaine formation qui serait égale dans toutes les régions.

En ce moment, Roses d'or non plus ne touche pas toutes les régions. C'est un programme qui est soutenu d'ailleurs par le ministère de la Santé et qui est impliqué dans je ne sais plus combien de régions au Québec mais pas dans toutes. Et, si on veut avoir quelque chose à la grandeur du Québec, on doit avoir une meilleure uniformisation, des critères qui sont plus

appliqués de façon uniforme, donc une meilleure formation de ces inspecteurs-là entre guillemets, là.

M. Bachand: Oui, Merci, M. le Président. Formation, formation égale, critères égaux de formation et critères évalués avec une personne qui aurait eu une formation et qui viendrait d'où, cette formation-là, à votre avis?

M. Vermette (François): Cette formation-là, c'est le programme Roses d'or lui-même qui devrait donner, former ces... Mais il faut voir. Le programme Roses d'or, c'est sûr qu'au départ c'est un projet qui vient de la FADOQ, mais, à la table, il n'y a pas que la FADOQ, et de loin. C'est ce qu'ils souhaitaient. Ça a dépassé la FADOQ. Le ministère de la Santé est très présent là, la Société d'habitation du Québec, nous, les représentants aussi des associations de résidences privées. Et c'est ce groupe-là qui devrait encadrer, si on veut, les formations. Mais c'est évident que le financement, vous me voyez venir, le financement, quant à nous, devrait venir aussi du ministère de la Santé.

M. Bachand: Vous avez parlé de... Oui, M. le Président, si vous permettez, là. Ça, je comprends bien, effectivement. On est tous pour y venir, au financement, bien sûr. Ce financement-là donc, qui ne serait pas nécessairement un financement qui serait accordé à la FADOQ, mais qui serait accordé à une table sur laquelle vous siégez actuellement ou... Ce serait quoi? Un organisme qui serait nouvellement formé ou ce serait une formule? Qu'est-ce que vous suggéreriez comme formule, puisqu'effectivement c'est parrainé actuellement par la FADOQ, c'est elle qui l'a fait? Mais vous suggéreriez quoi comme organisation qui permettrait de maximiser et les critères que vous établiriez, les nouveaux critères peut-être et la formation de ces inspecteurs-là pour en assurer la qualité, là?

M. Vermette (François): Nous, en fait, la formule a peu d'importance. Ce qui nous inquiétait, nous, c'est le travail immense qui a été fait à Roses d'or avec tous les partenaires qui sont là, que ce travail-là puisse se poursuivre. Qu'il se poursuive dans un nouvel organisme qui serait créé, mais qui aurait les mêmes membres, que ça continue à passer par la FADOQ, à la limite, c'est presque accessoire. L'important, c'est le travail qui a été fait et les partenaires qui sont autour de la table. Pour nous, on doit continuer ça; ça peut se faire un peu différemment ou ça peut se faire de la même façon, on ne s'est pas penché là-dessus. L'important pour nous, c'était de ne pas refaire le travail, de partir quelque chose à côté qui n'aurait pas pris en compte, qui n'aurait pas été la continuité de ce qui s'est fait, de l'immense travail qui s'est fait là.

M. Bergeron (Serge): Si vous me permettez, bien rapidement, en fait, notre compréhension, c'est que Roses d'or touche à plusieurs domaines, hein, le bâti, les soins de santé, même la qualité des soins de santé et la satisfaction clientèle. Je pense que la force de Roses d'or, c'est vraiment la satisfaction clientèle. Parce que, pour les autres aspects, le ministère de la Santé, c'est lui qui est habilité à juger est-ce qu'on doit former des

inspecteurs non professionnels pour juger de la validité de la correspondance de l'action au ministère de la Santé, d'une part, et des inspecteurs qui vont faire la moitié du travail d'un inspecteur de Régie du bâtiment, je ne pense pas. La force donc et la future peut-être... C'est pour ça, quand on parle de Roses d'or à l'intérieur de la possible certification, c'est pour assurer la satisfaction clientèle.

M. Bachand: Merci. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Messieurs, j'ai peut-être quelques questions pour vous dans le but de tenter de clarifier un peu cette notion des services qui doivent être offerts soit par le réseau des services de santé et des services sociaux ou par d'autres possibilités. Le comté que j'ai l'honneur de représenter ici, à l'Assemblée nationale, a beaucoup, beaucoup de logements communautaires, largement des coopératives, pour toutes sortes de situations familiales, que ce soient des personnes à faibles revenus, des personnes âgées. D'ailleurs, il y a un chantier très important qui se développe dans le comté Notre-Dame-de-Grâce, le projet Benny Farm, qui est probablement le chantier le plus important en logements abordables au Canada.

Mme Harel: ...

Le Président (M. Copeman): En tout cas, on va régler la compétition tantôt. Mais un des plus gros, hein, je ne sais pas si ça convient à Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, un des plus gros chantiers...

Mme Harel: Une belle compétition.

Le Président (M. Copeman): ...de logements abordables au Canada. D'ailleurs, un projet de développement d'OSBL pour personnes âgées qui s'appelle Chez Soi. Et ils sont en train de regarder avec le CLSC, parce qu'en faisant partie de ce développement dans Benny Farm, il y a également un projet de relocalisation du CLSC dont le ministre de la Santé et des Services sociaux est bien au courant, afin, entre autres, de rapprocher les services du CLSC à une clientèle vulnérable dans le secteur. Vous avez indiqué que c'est clair pour une certaine catégorie de clientèle, c'est-à-dire les gens avec une perte lourde, c'est très clair, ça appartient à eux autres, des services de santé et services sociaux, de fournir des services.

Vous avez parlé d'une clientèle dans une zone un peu plus grise, une légère perte d'autonomie, et je sais que ça préoccupe les gens dans le projet Chez Soi à Notre-Dame-de-Grâce, parce qu'en dépit du fait que ce n'est pas une clientèle lourde, c'est une clientèle qui a besoin soit de l'accompagnement par le biais des entreprises d'économie sociale en aide domestique ou autre. Vous semblez dire que ça relève en partie, selon vous, des responsabilités de l'OSBL, adéquatement financées, et le réseau des services de santé et des services sociaux.

Où est-ce qu'on trace cette ligne? Parce que ça m'apparaît difficile vraiment à tracer clairement; la zone grise, par sa nature, est difficile à définir, là, mais... parce qu'il faut, je pense, dans le climat actuel et dans la

situation budgétaire actuelle, éviter de dédoubler des efforts tout partout, de concentrer les efforts là où ils devraient être avec le maximum d'efficacité en termes de livraison de services.

M. Vermette (François): Les OSBL d'habitation sont les champions, je pense, des partenariats avec les CLSC. Dans bien des cas, les CLSC sont éminemment présents dans nos résidences pour offrir des services de santé, de maintien à domicile tels qu'ils sont définis, tels que c'est le rôle des CLSC, et c'est quelque chose qu'on ne veut pas changer. C'est pour ça qu'on dit que, ça aussi, c'est important que ce soit financé. Le bout qui n'est pas financé, c'est les services qui ne sont pas des soins de santé à proprement parler, l'accueil, la référence, s'assurer que, quand on voit que quelqu'un ne va très bien, s'il n'y a personne, ce qui arrive, c'est que sa santé se détériore puis, en bout de ligne, on fait le 9-1-1 puis les services de santé, le réseau de la santé va prendre cette personne-là en charge. Mais souvent, c'est, s'il y a quelqu'un sur place dont le seul rôle, c'est d'être là, cette personne-là, on va le détecter tout de suite qu'elle ne va pas bien, puis elle va pouvoir être aiguillée vers des services beaucoup plus légers, vers le CLSC, et l'intervention va être prise beaucoup plus tôt, va être beaucoup plus légère; c'est beaucoup mieux pour la personne puis, en bout de ligne, c'est certainement beaucoup moins cher aussi pour le réseau de la santé.

● (16 heures) ●

C'est cet aspect-là, beaucoup accueil, référence, soutien, cette partie-là fait qu'avoir une présence dans nos résidences qui peut envoyer vers le bon service de santé qui est en partenariat assez proche avec les CLSC, c'est ce bout-là qui n'est pas financé par la brique et le béton de la Société d'habitation du Québec et que le réseau de la santé, puisque ce n'est pas à proprement parler des soins de santé directs, ne reconnaît pas. Alors, c'est là qu'on a une difficulté.

Il y en a qui ont réussi à le faire financer par toutes sortes de façons par des programmes, qui ont réussi parce qu'ils ont une masse assez grande de locataires à dégager des fonds pour avoir ça, et l'expérience nous montre que c'est très efficace et que ça fonctionne bien. Et tous les nouveaux projets sont confrontés à ça. Je pourrais peut-être passer la parole à M. Bergeron parce qu'il le vit, lui, au quotidien, dans sa résidence.

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, peut-être mon préambule a été un peu trop long parce qu'il n'y a plus de temps. Mais je suis sûr que c'est un sujet qui intéresse beaucoup la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et je pense qu'elle va vouloir faire valoir ses points aussi. Mme la députée et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, je voudrais vous dire tout l'intérêt que mes collègues, Mme la députée de Rimouski, qui a la responsabilité des services sociaux, et le député de Gouin, qui a la responsabilité dans l'opposition officielle de l'habitation, et Mme la députée de Laurier-Orion, qui travaille sur le dossier des organisations communautaires autonomes... Bon.

Alors, M. Bergeron, je sais un peu la situation que vous vivez. Si vous voulez la décrire, pour me l'avoir déjà expliquée dans le passé où on avait eu à régler une situation de crise, à l'époque, là, qui s'est résorbée. Alors, M. Vermette... Voulez-vous dire tout de suite quelque chose, M. Bergeron?

Une voix: ...

Mme Harel: Non. Ça va. Alors, je vais dire ce que j'ai à dire. Moi, ce que j'ai à dire, c'est que je suis absolument et totalement convaincue qu'il n'y a pas de politique du vieillissement s'il n'y a pas une politique d'habitation. Et j'ai eu l'occasion avec une commission parlementaire comme la nôtre, M. le Président, d'accompagner la présidence de la commission à titre de vice-présidente en Suède pour aller vérifier sur place ceux qui ont 25 ans, qui nous devancent en vieillissement en fait, hein, un quart de siècle avant nous, et pour voir sur place ce qu'est cette politique d'habitation qui a accompagné la politique de vieillissement. Moi, ce que je constate, c'est qu'autant pour les autres clientèles, là, quand on parle du développement, AccésLogis, en fait je suis pour quelque chose, et Logement abordable, comme vous savez, avec ses volets, volet pour les personnes âgées, volet pour les personnes à très grandes difficultés, très vulnérables, mais c'est impossible d'avoir des résidences pour des clientèles comme les clientèles de personnes avec des problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle ou autre difficulté, toxicomanie et autres, sans qu'il y ait une présence parentale. C'est de ça dont on parle, là. C'est une sorte... Elle peut être féminine, là, elle n'a pas besoin d'être masculine. C'est une présence parentale dans un bâtiment où vivent ensemble des gens qui, à l'occasion, sont en crise. Bon.

Les personnes âgées, c'est une autre problématique, mais elle interpelle tout autant, parce qu'il peut y avoir des situations de crise. Quand le ministre vous a interrogés, je vois bien le biais, c'est-à-dire que c'est le biais, important aussi, là, des soins individuels à la personne, c'est-à-dire un pansement qui est changé ou une visite d'un médecin. Ça aussi, c'est important, et là il y a des problèmes, hein?

Juste en passant, ma mère m'appelle. Sa voisine revient de l'hôpital, pas capable de se faire changer de pansement au CLSC qui a dit: Bien, on a nos listes d'attente, on ne peut pas aller, madame. Bon. Elle, elle pense que je vais pouvoir convaincre le ministre de corriger ça, alors c'est pour ça qu'elle m'a appelée. Bon.

Mais, ceci dit, entre ces soins individuels de santé à la personne et le chantier d'économie sociale, là-dessus j'aimerais vous entendre, parce qu'il y a de graves difficultés, hein? Je sais plusieurs organismes d'économie sociale qui sont sur le point de fermer leurs activités faute d'un financement adéquat. Mais entre les deux, c'est là où vous vous situez, si je comprends bien, entre les soins de santé du CLSC et entre l'économie sociale qui n'a que quelques heures à consacrer à la personne, là, par semaine. L'ensemble de toutes les autres heures où il peut se produire des crises, où il peut se produire de l'insécurité pour toutes sortes de raisons, un vol dans le... des dégâts d'eau, bien des personnes qui laissent filer l'eau, toutes sortes d'autres choses, s'il n'y a pas cette présence — est-ce qu'on l'appelle paternelle,

parentale, comme vous voulez, communautaire, du moins, communautaire; oui, allons-y pour communautaire — c'est là où finalement il y a un danger, avec le vieillissement, que ces personnes-là se retrouvent à l'urgence. Est-ce que c'est ça qu'on doit comprendre?

M. Bergeron (Serge): Bien, je pense que c'est tout à fait ça, et c'est un peu la question de M. le président. Il y a la sécurité, comme vous dites, il y a tout le côté alimentaire de donner les repas. Ce n'est pas au ministère de la Santé de venir donner des repas pour les personnes âgées en perte d'autonomie, alors... C'est le suivi quotidien, le CLSC fait du bon travail. J'ai siégé, moi, jusqu'à temps que ça ferme, sur un conseil d'administration de CLSC pendant plusieurs années. Et le CLSC fait son travail, mais il n'est pas là tout le temps. Quand, le soir, il se produit quelque chose, de voir la tendance, travailleur social peut venir une heure par semaine, l'infirmière deux, trois fois par semaine. L'évolution, le dépistage, etc., c'est nos gens dans les OSBL.

Je pense qu'on a encore un travail à faire pour vous l'expliquer clairement. Et parce qu'on a un créneau, là, qui est irremplaçable. Et c'est sûr que ce créneau est encore plus clair quand on parle d'une population en perte d'autonomie, plus cette perte d'autonomie là est importante, plus la présence sur les lieux d'avoir une entité qui est un peu à la barre et qui est la présence communautaire, comme le disait, là, Mme Harel, d'où cette présence-là est importante.

Pour les personnes autonomes, qu'un infirmière vienne une fois semaine, etc., il n'y a pas besoin d'avoir un encadrement monstre, si vous pouvez me passer l'expression. Mais quand vous parlez de perte d'autonomie, surtout quand vous devenez une perte d'autonomie plus lourde, vous avez besoin d'une présence sur les lieux.

Mme Harel: Moi, j'aimerais bien vous entendre — mon collègue, je sais, va vous interroger là-dessus — dans votre mémoire, vous nous avez mis le document de travail qui avait été préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Société d'habitation du Québec. Et je pense, M. le Président, qu'une lecture attentive répond aux questions, à savoir à quoi ça sert, les services communautaires que vous souhaitez dans les résidences, disons, notamment de personnes âgées. Mais ce document de travail porte aussi sur les autres, disons, clientèles — je n'aime pas le mot «clientèle» — en fait, les autres catégories de personnes vulnérables.

Le 1 000 \$ par porte que vous aviez été arracher à l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées en 1999, ce 1 000 \$ là, il était versé par des agences régionales. Certaines le faisaient facilement, d'autres, comme dans l'Outaouais, avec beaucoup de difficultés. Combien ça touchait d'unités et quel est l'impact?

Ce que je remarque, là, c'est que vous êtes porteurs d'un dossier qui exige l'intersectorialité. C'est un dossier qui dans le fond est un grand défi, parce qu'il exige de ne pas travailler en silo entre la SHQ, la Santé et les Services sociaux. Mais à l'évidence, là, il y a un problème, là, qui va se poser rapidement sur le 1 000 \$. Comment est-ce que vous le présentez?

M. Vermette (François): Pour commencer avec le document, là, qu'on a mis en annexe de notre

mémoire, c'était pour vous montrer les travaux qui ont été faits au comité intersectoriel, là, qui réunit le ministère de la Santé et la SHQ, ont été très, très grands, là. Je pense qu'il y a une prise de conscience importante. Elle était là à la SHQ parce que, quand les projets sont en difficulté, c'est eux qui se retrouvent avec les projets qui ne peuvent plus payer leur hypothèque.

Mais du côté de la santé, il y a eu des grands progrès dans les dernières années, et ce document-là faisait un peu l'état de la question. Ça avait été produit pour le comité, et on trouvait que c'était un très bon état de la question. Il faisait assez bien le tour. C'est pour ça qu'on vous l'a mis en annexe. Le ministère de la Santé, les fonctionnaires avec qui on travaille par rapport à il y a quatre ans par exemple, il y a eu un progrès continu. Et là je pense qu'ils sont rendus à un niveau de prise de conscience qui est très intéressant. On n'a pas encore de résultats, mais en tout cas, on a une prise de conscience qui est intéressante.

Parallèlement à ça, le 1 000 \$ la porte, les gens qui avaient ce programme de financement là ont souvent été renvoyés aux travaux de ce comité-là, hein. Ils se sont fait dire: Votre cas va se régler dans le cadre de ce comité-là. Ce comité-là est un petit peu plus long que prévu à accoucher; il ne s'est pas rencontré pendant neuf mois, il s'est rencontré, là, la semaine dernière. Ce qui fait que les projets qui ont reçu ce 1 000 \$ la porte là pour donner des services, et ça, ça a été inégal, hein. Ce qui s'est donné comme services varie énormément d'un endroit à l'autre. Il y en a que c'est des services de soutien communautaire comme nous, on l'entend. Il y en a d'autres, par exemple le projet de la résidence Saint-Sacrement ici, à Québec, ils ont engagé, eux, ils ont une surveillance 24 heures par une infirmière. Ça a été variable. Le programme le permettait. Ce qui arrive, c'est que c'était pour cinq ans et que, là, le programme se termine et que les conclusions du comité qui devait régler ces cas-là, on ne les attend pas avant des mois. Mais pour la Résidence Saint-Sacrement, c'est le 31 mars, eux, que leur financement se termine; alors, ce n'est plus juste de l'inquiétude, eux autres, là, ils sont pris, ils ont le nez dessus.

● (16 h 10) ●

D'autres projets, puis on parle d'une vingtaine de projets au Québec pour à peu près 600 unités, d'autres projets, c'est encore de la projection, c'est cet automne, il y en a plusieurs qui finissent cet automne: eux, ils sont en train, là, de préparer leur budget; en fait, depuis plusieurs mois ils regardent leur budget puis ils sont inquiets puis ils se demandent qu'est-ce qu'ils vont faire rendus à Noël pour payer le personnel qu'ils avaient embauché avec ces programmes-là pour soutenir les gens en légère perte d'autonomie qui sont leurs locataires. Et ça, on n'a toujours pas la réponse.

M. Bergeron (Serge): Si je pouvais me permettre d'ajouter rapidement, il faut voir aussi dans un contexte qu'il y a une évolution, là, on en parlait tout à l'heure à M. le ministre, c'est que la situation évolue. Au Foyer Laurentien, il y a 10 ans — hein, on a des préposés à la surveillance sécurité, des gens qui restent là, là, qui font une petite tournée tous les soirs, etc. — on regardait les statistiques: il y a 10 ans, sur cinq interventions, il y en avait quatre pour le building, là — tu

sais, bon, un petit dégât d'eau, telle affaire, etc. — il y en avait une santé. Maintenant, sur cinq interventions, il y en a quatre santé puis il y en a une pour le building, alors vous voyez que la tendance a évolué.

Au Foyer Laurentien, étant donné qu'on vient de fêter notre 30e anniversaire puis on est dans le décor depuis un bout de temps, pas parce qu'on est plus intelligent, mais il y a d'autres projets qui viennent nous voir puis qui disent: Ah bien, la SHQ nous a dit de venir faire un tour chez vous pour voir comment est-ce qu'on pourrait faire, comment est-ce qu'on peut gérer ça; notre population vieillit, comment est-ce qu'on va faire face à ça. Où est-ce que je peux m'adresser au ministère de la Santé pour avoir du support ou de l'argent ou du financement? On leur dit: Bien, malheureusement, il n'y en a pas; c'est à l'étude, il y a un comité conjoint. Alors, c'est ce que je veux vous donner un petit peu comme feeling, là, tu sais.

Il y a même des nouveaux projets, là, Logement abordable pour personnes âgées en perte d'autonomie. J'en rencontre demain soir, là, des gens qui vont venir voir puis qui sont aux prises avec ça: comment ils vont faire pour financer, là, leur cafétéria, leurs repas, etc. Le premier élément de support à la personne âgée, c'est le support alimentaire. Alors donc, même ça, ce n'est pas prévu, et ça ne fait pas tellement longtemps même que, dans le programme AccèsLogis, c'est une dépense reconnue, si je ne m'abuse, là. Alors, c'est le pouls que je veux vous donner, et j'arrête là parce qu'il y en aurait beaucoup à dire.

Le Président (M. Copeman): Alors, ça va prendre le consentement pour M. le député de Gouin, parce qu'il était remplacé pour la journée par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, malgré le fait qu'il est membre de la commission. Mais je présume qu'il y a consentement?

Une voix: Oui, oui.

Le Président (M. Copeman): Consentement. Alors, M. le député de Gouin.

M. Girard: Merci, M. le Président. Alors, merci, M. Vermette, M. Bergeron, pour votre présence en commission parlementaire. Dans votre présentation, vous avez évoqué le fait qu'il y a un manque de financement puis de reconnaissance pour le soutien communautaire en logement social, puis vous avez donc joint à votre mémoire — la députée d'Hochelaga-Maisonneuve y faisait référence, là — un document qui fait état des travaux conjoints sur le logement social entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Société d'habitation du Québec.

Je veux revenir sur un extrait de ce rapport, de ce document. À la page 5, on parle de la pérennité du financement des logements sociaux avec soutien communautaire, et on indique que ça doit être un mode d'intervention privilégié qui va assurer aux clientèles les différents services requis, et ce document évoque également le fait qu'à court terme il y a une absence de financement, mais ça risque d'entraîner le retrait d'organismes qui interviennent à l'endroit de clientèles vulnérables, et on évoque un certain nombre d'impacts sociaux.

On indique que ça pourrait, par exemple, avoir comme effet davantage de recours à l'urgence, une désorganisation, l'hospitalisation, l'éclatement du réseau d'entraide, le cercle vicieux de la dépendance économique. J'aimerais savoir si vous partagez ces conclusions-là et si vous avez, dans les organismes que vous représentez, si vous avez vécu des situations particulières, étant donné qu'il y a un manque de soutien auprès des gens qui oeuvrent dans ces milieux-là.

M. Vermette (François): C'est évident que oui, hein. C'est évident que, dans les endroits où il n'y a pas, où il ne peut pas y avoir de personnel pour assurer un certain encadrement, quand quelqu'un ne va pas bien et que des fois ça pourrait se régler juste en parlant avec une autre personne qui est... ça la fait durer jusqu'au lendemain ou elle va pouvoir aller dans une clinique sans rendez-vous, les gens font le 9-1-1. Oui, malheureusement, c'est un fait avéré.

Pour les personnes âgées — on le voit beaucoup — le support communautaire, ça vise d'autres clientèles, puis l'endroit, je trouve, où c'est le plus patent, c'est dans les résidences qui sont prévues pour des ex-itinérants. On ne peut pas mettre 26 personnes qui ont vécu l'itinérance, qui ont eu des problèmes de toxicomanie, de santé mentale dans la même bâtisse sans qu'il y ait quelqu'un pour gérer le trafic, parce que, si on ne le fait pas, ces gens-là ne garderont pas leur logement. Ils vont se retrouver dans la rue, puis, quand ils se retrouvent dans la rue, on appelle ça les portes tournantes, hein: ils passent par l'urgence, ensuite ils font quelques méfaits et se retrouvent, ils vont faire un petit séjour en prison, ils reviennent dans la rue, ils vont dans les refuges, ils vont à l'urgence. C'est les portes tournantes.

On construit en ce moment des résidences pour ces gens-là parce qu'ils peuvent sortir des refuges, mais, si on veut les garder dans ces résidences-là, si on veut qu'ils gardent leur logement, ils ont besoin d'un certain encadrement. Et ça, il y a des études qui le montrent, que ça fonctionne. On en a des endroits où ils ont réussi à avoir du personnel, et ça a permis à leurs locataires de rester là plus longtemps, d'améliorer grandement leur qualité de vie et de devenir des consommateurs plus normaux, si on veut, des services de santé plutôt que de toujours passer par l'urgence.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le député.

M. Girard: J'ai eu l'occasion d'ailleurs d'en visiter une au centre-ville de Montréal. Je sais que la semaine dernière, le RAPSIM a fait une conférence de presse pour réclamer un soutien de la part du ministère de la Santé. De votre point de vue, si ce soutien-là ne vient pas au cours de la prochaine année ou des prochaines années, est-ce que ça aura une incidence dans plusieurs grandes villes où il y a des organismes, il y a des centres qui visent à desservir des clientèles itinérantes?

M. Vermette (François): C'est évident que ça a des effets, mais est-ce que ça a des effets spectaculaires? S'il y en avait, on ferait la première page des journaux puis ça serait probablement déjà réglé. C'est qu'il n'y a pas d'effets spectaculaires. Les gens vont se... Dans les

OSBL d'habitation, c'est des gens qui sont là bénévolement et qui feraient n'importe quoi pour ne pas remettre leurs locataires, par exemple, dans la rue. On a vu, nous, dans des résidences pour personnes âgées, la directrice se mettre au chômage pour pouvoir continuer à payer ses intervenants. On a vu des conseils d'administration bénévoles assurer la surveillance 24 heures par jour, sept jours par semaine, bénévolement, pour ne pas fermer la résidence et donc disperser les gens, les envoyer dans les CHSLD ou qu'ils se retrouvent à l'urgence de l'hôpital.

Les gens, chez nous, vont faire ça avant d'envoyer leur monde dans la rue. Alors, vous comprenez que, oui, il y a des effets quand il n'y a pas de financement; l'effet le plus important, c'est un épuisement aussi. Les bonnes personnes qu'on a, on les perd parce qu'ils ne sont plus capables. Il y a des projets qu'on perd, il y a des projets qui doivent fermer, il y a des projets qui arrêtent de payer leur hypothèque, et là c'est la Société d'habitation qui doit les reprendre, qui doit trouver des moyens. Parfois elle arrive à faire financer certains services par le réseau de la santé. Là, au cas par cas, on arrive à en régler, mais il n'y a rien de spectaculaire où on dit: demain, si on fermait, il va avoir des milliers de personnes qui vont se retrouver dans la rue. Ce sont des petits effets partout, et il ne faut pas oublier qu'en bout de ligne on a un réseau de la santé qui ramasse les gens, hein. Quand il ne reste rien, il reste toujours l'urgence. Alors, il n'y aura pas de morts parce que, en but de ligne, il y aura toujours l'urgence qui vient ramasser, mais ce n'est peut-être pas la meilleure façon. Enfin, nous, on pense que ce n'est pas la meilleure façon de faire, puis ça, je pense que tout le monde va en convenir.

Maintenant, c'est de trouver des solutions. Ce qui était proposé par la RAPSIM, on est tout à fait, là, d'accord avec eux; d'ailleurs, on travaille ensemble sur ces dossiers-là. Ils avaient la somme de 10 millions — des travaux qui avaient eu lieu précédemment, ça fait des années qu'on parle de ça — évaluaient à à peu près 10 millions ce qu'on avait besoin pour le soutien communautaire. Ça incluait le soutien communautaire dans les résidences pour personnes âgées et aussi dans les résidences qui accueillent des personnes qui ont vécu l'itinérance.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Girard: Est-ce qu'il reste encore du temps?

Le Président (M. Copeman): À peine deux minutes. Allez-y.

● (16 h 20) ●

M. Girard: Dans le rapport sur les travaux conjoints, là, sur le logement social avec soutien communautaire, on aborde, on parle, on donne un exemple, le projet le Mon Chez Nous à Gatineau, où on indique qu'il dessert 17 personnes seules à problématique multiple. Et je ne sais pas si vous connaissez bien cet organisme-là, et vous pourriez nous expliquer un peu les effets bénéfiques et positifs que cet organisme a auprès de ces clientèles-là.

M. Vermette (François): Mon Chez Nous, comme plusieurs autres organismes qu'on pourrait vous

nommer ailleurs au Québec... Il y en a à Trois-Rivières — Le Havre, par exemple — ou il y en a plusieurs à Montréal aussi. Dans son bâtiment, celui dont vous parlez, ils accueillent des gens qui ont vécu l'itinérance, parfois pendant plusieurs années, donc des personnes qui vécu toutes sortes de problèmes.

Ils ont réussi, eux, à obtenir un financement d'abord d'un programme qui s'appelle IPAC, là, qui est un programme fédéral et aussi qu'il y a eu comme de l'argent d'ajouté aussi par la Régie régionale de l'Outaouais. Ça leur a permis d'avoir du personnel sur place, ça leur a permis de voir que leurs locataires, qui parfois avaient été dans la rue pendant des années, arrivaient à se maintenir en logement. Les effets, on les voit. On a vu aussi, on a entendu certaines personnes...

Puis on a un document ici qu'on pourra vous donner où l'un des locataires de Mon Chez Nous justement témoigne comment ça a changé sa vie, lui. Lui, il a vécu dans la rue pendant de très nombreuses années puis aujourd'hui il arrive à avoir un logement, il le garde, son logement, et il arrive à revoir ses affaires. Il a réussi à reprendre une vie à peu près normale après avoir vécu une dizaine d'années dans les rues de Hull. Alors, pour nous, c'est... De toute façon, c'est avéré. Il y a des études universitaires qui le montrent, que ça donne des résultats, ces méthodes d'intervention là qui sont somme toute assez légères, là.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Bergeron, M. Vermette, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom du Réseau québécois des OSBL d'habitation. Et j'invite immédiatement les représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes à prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Excusez-moi le petit retard, chers collègues. Alors, c'est avec plaisir que nous accueillons l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. M. Millette, M. Roussel, bonjour. Vous connaissez nos règles de fonctionnement. Vous avez 20 minutes pour faire votre présentation. Ce sera suivi par un échange d'une durée maximale de 20 minutes avec les parlementaires de chaque côté de la table. Je ne sais pas qui commence.

M. Millette (Yves): Yves Millette.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Millette, nous vous écoutons.

**Association canadienne
des compagnies d'assurances
de personnes inc. (ACCAP)**

M. Millette (Yves): Alors, merci, M. le Président. Permettez-moi de nous présenter. M'accompagne Daniel Roussel, qui est vice-président principal, vice-président, Affaires publiques et communications, à Desjardins Sécurité financière. Et je suis Yves Millette, vice-président principal aux Affaires québécoises de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes remercie la commission parlementaire de lui permettre de faire valoir son point de vue concernant le projet de loi n° 83 et plus particulièrement sur l'article 173, qui introduit tout un chapitre ou toute une section à la Loi sur la santé et les services sociaux, intitulée Services de conservation de certains renseignements aux fins de la prestation de services de santé, ainsi que l'article 245, qui introduit une modification à l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'ACCAP existe depuis 1894 et représente les sociétés d'assurances de personnes qui souscrivent plus de 98 % des primes d'assurance vie et santé au Québec et au Canada. Depuis juillet 2001, le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec est membre à part entière de l'ACCAP. L'industrie des assurances de personnes commercialise une vaste gamme de produits essentiels à la sécurité financière des Québécois et complète ainsi leur filet de sécurité sociale. Au total, les prestations versées aux Québécois s'élevaient à 9,4 milliards de dollars à la fin de 2003, pour l'année 2003. Entre autres, l'industrie fournit à 4,5 millions de Québécois des régimes complémentaires d'assurance couvrant les médicaments sur ordonnance et les services médicaux non remboursés par le régime public d'assurance maladie du Québec. Les prestations versées sous ces différentes protections totalisaient 3,2 milliards de dollars en 2003.

Aujourd'hui, dans nos notes de présentation, nous allons élaborer plus particulièrement sur ce qu'est l'assurance et les raisons pour lesquelles notre industrie a besoin d'avoir accès à l'information médicale. L'assurance est un transfert de risque de l'individu à une société d'assurance. L'assurance est un partage de conséquences du risque que supporte un individu avec une mutualité d'individus qui supportent des risques semblables. Ce qui est imprévisible pour un individu devient alors prévisible pour l'ensemble des individus qui font partie de la mutualité à cause de la documentation des risques et de l'accumulation des statistiques au cours des années. Le rôle de l'assureur dans une mutualité est de gérer l'acceptation des risques et de veiller à ce qu'il y ait suffisamment de fonds pour acquitter toutes les éventuelles réclamations au moment où elles se produisent, même si elles surviennent 20 ou 30 ans plus tard.

Pour gérer ce transfert équitablement pour tous les assurés, il est primordial que l'assureur obtienne l'information nécessaire afin d'évaluer adéquatement le risque présenté par les postulants et de déterminer la validité des demandes de règlement qui suivent la réalisation du risque. C'est, du moins en assurance individuelle, le citoyen qui choisit le moment de son adhésion à une assurance individuelle. Il pourrait choisir de le faire seulement lorsque la réalisation du risque est devenue prévisible pour lui; c'est ce qu'on nomme l'antisélection. On pense souvent que l'antisélection est le résultat d'une volonté de frauder de la part d'un consommateur, mais c'est plutôt une tendance, puisque l'assurance est volontaire, à attendre le plus longtemps possible avant de souscrire une assurance, même d'attendre d'être inquiet sur son état de santé avant de le faire. Et, s'il s'avérait que trop d'individus le font, c'est tout le système de l'assurance privée qui serait remis en cause. Pour l'éviter, l'assureur documente chacun des cas et le regroupe avec

des cas semblables. On pense tous, par exemple, qu'on va vivre très longtemps, mais on a des doutes de décès prématuré suffisants pour s'assurer. Cependant, on voudra toujours que ça coûte le moins cher possible.

● (16 h 30) ●

Le partage du risque est un principe de base dans la conception des produits d'assurance. Les assureurs regroupent les risques individuels avec d'autres profils de risque comparables; par exemple, les fumeurs et les non-fumeurs sont regroupés de façon distincte puisqu'ils représentent un risque différent. En faisant cela, l'assureur n'assigne pas une probabilité donnée à l'individu en tant que tel mais comme représentant d'un groupe ou d'une cohorte. Par exemple, en assignant une plus grande probabilité de décès prématuré à un fumeur qu'à un non-fumeur, l'assureur ne prédit pas que le fumeur décèdera avant le non-fumeur mais que le taux de survie sera plus grand parmi les non-fumeurs. Le niveau de la prime de l'individu est déterminé en fonction du risque qu'il représente pour le groupe auquel il est assigné par rapport aux autres groupes. Ces mises en commun permettent de s'assurer que toutes les personnes paient leur juste part, qu'aucun groupe n'en subventionne un autre et que les réclamations sont partagées entre tous les membres du groupe. On dit alors que la prime est équitable, et c'est ce qui fait que des jeunes de 20 ans accepteront de s'assurer dans une compagnie d'assurance dont des assurés ont 60 ans, par exemple; puisque la prime sera déterminée en fonction du niveau de risque que représente le groupe des 20 ans, ils ne subventionneront pas la prime du groupe des 60 ans.

L'obligation de divulguer le risque. L'obligation de divulguer le risque est la contrepartie pour le consommateur de son privilège de choisir le moment de son adhésion à l'assurance. Un principe fondamental du contrat d'assurance est qu'il s'agit d'une entente de bonne foi entre les parties en cause avant de s'engager à partager un risque. L'assureur doit avoir en main tous les renseignements tous les renseignements que le requérant a à sa disposition au sujet du risque qu'il présente, puisque les consommateurs ont la capacité de choisir le type, la portée de la garantie qu'ils souhaitent obtenir et le moment de leur achat. Il est essentiel qu'il transmette à l'assureur l'information sur tous les risques qu'il représente. Il faut que ce soient des risques qui sont matériels, donc ce que le preneur doit divulguer, ce sont des faits matériels ou risques qu'un preneur normalement prévoyant devrait connaître.

Ainsi, est-ce que, pour éviter de connaître la vérité sur son état de santé, une personne évitera de se soumettre à un examen médical ou est-ce qu'elle évitera de subir un test sur le cholestérol ou le taux de sucre dans le sang? Généralement non. Donc, si cette information est déjà connue de lui, il devrait la partager avec l'assureur. Il faut aussi que ce soient des faits qui sont susceptibles d'influencer l'assureur, donc l'obligation du preneur de divulguer de l'information doit correspondre à ce deuxième critère, en plus d'être de l'information qu'un preneur normalement prévoyant devrait connaître. Cette information doit être telle que, si l'assureur l'avait connue, il aurait agi différemment à l'égard de la demande du preneur, soit en demandant de l'information complémentaire, soit en augmentant la prime ou en refusant le risque.

Ainsi, l'article 520.13 du nouveau titre II de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne doit pas entrer en conflit avec les autres dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, avec le Code de déontologie des médecins, avec la Code civil du Québec, le Code de procédure civile, la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé ou la Charte des droits et libertés de la personne lorsque ceux-ci précisent une démarche particulière pour une industrie comme la nôtre.

Quelles sont maintenant un peu plus en détail les assises légales de la déclaration du risque? Comme je le disais tantôt, le contrat entre l'assureur et l'assuré trouve ses assises dans la convention de bonne foi qui lie les deux parties. Les articles 24.08 et 24.09 du Code civil du Québec exposent ce principe. L'article 24.08 dit: «Le preneur de même que l'assuré, si l'assureur le demande, est tenu de déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à influencer de façon importante un assureur dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter, mais il n'est pas tenu de déclarer les circonstances que l'assureur connaît ou est présumé connaître en raison de leur notoriété, sauf en réponse à des questions posées.»

L'article 24.09: «L'obligation relative aux déclarations est réputée correctement exécutée lorsque les déclarations faites sont celles d'un assuré normalement prévoyant, qu'elles ont été faites sans qu'il n'y ait de réticence importante et que les circonstances en cause sont en substance conformes à la déclaration qui est faite. De plus, la Charte des droits et libertés de la personne détermine que l'utilisation de l'état de santé est légitime lorsqu'elle se fonde sur des facteurs de détermination du risque basés sur des données actuarielles.» Voici le libellé de l'article 20.1 de la Charte des droits et libertés de la personne: «Dans un contrat d'assurance ou de rente, un régime d'avantages sociaux, de retraite, de rentes ou d'assurance, ainsi que d'un régime universel de rentes ou d'assurance, une distinction, exclusion ou préférence fondée sur l'âge, le sexe ou l'état civil est réputée non discriminatoire lorsque son utilisation est légitime et que le motif qui la fonde constitue un facteur de détermination du risque basé sur des données actuarielles.»

Dans ces contrats ou régimes, l'utilisation de l'état de santé comme facteur de détermination de risque ne constitue pas une discrimination au sens de la loi, au sens de l'article 10. L'ACCAP considère que l'article 520.13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, introduit par cet article 173, va à contre-courant des dispositions du Code civil et de la Charte des droits et libertés de la personne, qui reconnaissent la légitimité du processus de sélection des risques.

Notre industrie attache une grande importance à la protection des renseignements personnels. En fait, dès 1980, notre industrie a adopté des lignes directrices à cet égard et s'est montrée favorable à l'adoption, au Canada, de principes établis par l'Organisation de coopération et de développement économique, l'OCDE. Notre industrie a travaillé en étroite collaboration avec le Québec à l'adoption et à l'implantation de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, et, bien que rien ne les y obligeait, les assureurs ont adopté et appliqué les principes de la loi québécoise dans l'ensemble de leurs opérations, même en dehors du

Québec, et ce, avant même l'adoption de lois équivalentes ailleurs au Canada.

D'ailleurs, lors de son dernier rapport quinquennal, à la partie visant la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, la Commission d'accès à l'information faisait l'appréciation suivante, pas uniquement des assureurs, mais les assureurs sont une partie importante de la clientèle de la Commission d'accès à l'information: «Dans les faits, il nous faut constater que, globalement, les objectifs ont été atteints. D'une part, divers moyens mis en oeuvre par plusieurs entreprises privées ont montré sans l'ombre d'un doute que celles-ci se sont efforcées de respecter la législation jusqu'alors inédite en Amérique. Par exemple, divers formulaires imposés aux consommateurs se sont enrichis de formules de consentement respectueuses de la loi. Par ailleurs, le nombre réduit de demandes d'examen de mésestante, près de 1 800 en près de neuf années d'application, est particulièrement révélateur. On peut penser que les citoyens ont accès facilement aux dossiers que détiennent les entreprises à leur sujet.» Plus loin, on retrouve la mention suivante: «Autre constat non négligeable aux yeux de la commission, le nombre de dossiers de plaintes diminue depuis 1998 pour atteindre, en 2001-2002, un total de 67 dossiers.»

Les raisons qui justifient cette décroissance des dossiers de plaintes dans le secteur privé sont probablement multiples. La commission l'attribue au fait qu'au cours des cinq dernières années le traitement de ces dossiers a permis de dégager des enseignements profitant à l'ensemble des entreprises et des citoyens. L'expérience démontre que des entreprises ont développé, mis en place ou modifié des pratiques en vue de respecter la Loi sur la protection des renseignements personnels. Ces commentaires viennent confirmer que le secteur privé en général est respectueux des lois d'accès à l'information.

C'est pourquoi nous sommes préoccupés que l'article 520.13 vienne limiter le droit reconnu aux sociétés d'assurance de personnes d'avoir accès à l'information médicale concernant leurs clients par les législations pertinentes en la matière, alors que ces législations encadrent déjà très bien ce consentement. Nous comprenons et nous acceptons que le système informatisé qui est créé par le projet de loi n° 83 est créé uniquement pour que seuls les divers intervenants habilités à fournir la prestation de services de santé dans un établissement donné puissent avoir accès rapidement et efficacement à l'information médicale d'une personne lors de sa prise en charge et que celle-ci puisse être communiquée uniquement à d'autres intervenants du réseau de la santé.

● (16 h 40) ●

Si on demande aux consommateurs de consentir que certaines informations sensibles soient rendues disponibles rapidement aux soignants de première ligne pour améliorer la prise de décision, on peut comprendre que cette information ne soit pas disponible à des tiers, d'autant plus que les assureurs ne seront pas empêchés d'avoir accès à l'information contenue dans d'autres dossiers. Les articles 520.11 et 520.12 précisent déjà suffisamment, selon nous, que nul ne peut communiquer, même avec le consentement de la personne concernée, un extrait ou une copie des renseignements visés dans ce titre sans qu'il soit nécessaire de singulariser les assureurs et les

contrats d'assurance à l'article 520.13. L'article 520.13 devrait être retiré du projet de loi n° 83.

Concernant l'information sur les médicaments maintenant, le nouvel alinéa h.3, ajouté à l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec par l'article 245, qui se lit comme suit, nous préoccupe: La Régie devra «recueillir et conserver, pour l'application du paragraphe [...], une copie de tous les renseignements concernant les médicaments délivrés depuis moins d'un an aux personnes dont la protection prévue par le régime d'assurance médicaments institué par la Loi sur l'assurance médicaments [...] est assumée par les assureurs en assurance collective ou les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé».

La Régie transmettrait ces renseignements aux agences ou établissements visés au nouveau titre introduit par le projet de loi n° 83 en même temps que les renseignements recueillis auprès des pharmaciens. Il n'y aurait pas de problème pour les réclamations de type électronique qui sont maintenues par les assureurs, mais, pour les réclamations de type papier, cela constituerait un problème administratif important pour les assureurs de récupérer de façon régulière, dans les archives, tous les reçus concernant un assuré en particulier. Or, une proportion importante des réclamations, environ 50 %, sont encore de type papier, puisque plusieurs preneurs de contrat d'assurance collective n'adhèrent pas à la carte de paiement qui permet de procéder au règlement des réclamations sur base électronique.

De plus, seuls les pharmaciens détiennent des données complètes pour l'ensemble de la population, y compris pour les assurés du secteur privé en assurance médicaments. En effet, les assureurs maintiennent leurs données par certificat qui peut être soit individuel, soit familial. Les assureurs ne maintiennent donc pas séparément d'information concernant les différents membres d'une famille.

Enfin, les assureurs ne demandent pas à leurs assurés l'autorisation de transmettre l'information à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou, encore moins, aux agences et établissements. Or, le projet de loi n° 83 prévoit, au paragraphe h.5, que c'est la Régie qui doit établir et maintenir à jour un fichier des consentements et des révocations de consentement non seulement à l'égard des médicaments, mais aussi à l'égard des autres informations contenues au dossier informatisé. Nous considérons que cette façon de procéder est lourde et complexe, et nous croyons que le paragraphe 4 devrait être retiré. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci beaucoup, M. Millette. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Roussel et M. Millette. Je dirais que sur les deux aspects que vous avez touchés, autant la protection des renseignements que sur la transmission des fichiers pharmacologiques, il y a des corrections et des mises au point à faire. Peut-être que notre compréhension n'est pas la même sur ce qui est effectivement dans le projet de loi.

D'abord, pour ce qui est du dossier médical informatisé, c'est un outil clinique, un outil clinique

optionnel pour l'utilisateur, la personne, qui consent à ce qu'il soit conservé sur une base régionale ou non. Et donc ce n'est en aucun cas un substitut au dossier qui est conservé sur place, dans l'établissement.

Donc, en pratique, ça ne change absolument rien pour l'assureur. L'assureur a toujours possibilité, via le consentement de la personne, d'aller chercher les mêmes données que maintenant dans le dossier conservé dans l'établissement, mais certainement pas dans le dossier médical électronique conservé à la base de données régionales. D'ailleurs, les gens ne l'accepteraient pas, n'accepteraient pas que ces banques de données soient constituées si elle pouvaient éventuellement servir à des transmissions de données à des tiers. Et, comme vous l'avez vous-même mentionné pour les deux articles précédents, celui qui vous préoccupe, c'est expressément interdit de le communiquer à un tiers.

Mais l'article 520.13 est nécessaire pour que les sanctions pénales qui sont prévues à l'autre article plus loin, 535.1, s'appliquent non seulement à ceux qui communiquent les renseignements, mais ceux qui pourraient les demander, les exiger ou les recevoir, et également à quiconque y aurait accès sans autorisation. Vous voyez que c'est excessivement strict, et je pense qu'il faut conserver ce niveau, je dirais, de sévérité presque dans la protection de ces renseignements, parce qu'encore une fois, ce n'est pas le dossier de l'utilisateur. Le dossier de l'utilisateur est conservé au niveau de l'établissement. Vous y avez encore accès comme assureur moyennant le consentement de votre client potentiel; ça ne change absolument rien. Cette chose-là n'est pas faite pour ça, c'est un outil clinique pour les gens qui interviennent avec les personnes qui ont des services dans le réseau. Mais ce devrait être de nature, je crois, à éclaircir la question...

M. Millette (Yves): Nous en convenons, M. le ministre. Et d'ailleurs, on l'a dit dans notre présentation et dans notre lettre, nous sommes d'accord avec vous. Mais nous ne voyons vraiment pas l'utilité de singulariser les assureurs et les employeurs, à l'article 520.13, qui sont de nature à changer la perception que les consommateurs pourraient avoir des droits qui sont accordés aux assureurs et aux employeurs d'avoir accès à ces informations-là, mais plus particulièrement les assureurs, en vertu de toutes les autres législations québécoises, y compris la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé et même la Charte des droits et libertés.

M. Couillard: Mais vous avez bien compris que ça ne change absolument rien à votre situation actuelle.

M. Millette (Yves): On l'a compris.

M. Couillard: Et d'ailleurs, quand les gens qui se préoccupent de la protection des renseignements ou qui représentent les personnes sont venus nous voir ici, quand ils nous parlaient des craintes qu'ils avaient quant à une mauvaise utilisation des renseignements conservés sur une base régionale, ils n'y voyaient pas un blâme adressé à votre industrie. Ils prenaient ça comme exemple, mais continuellement l'exemple de: Je ne voudrais pas que ces renseignements-là se retrouvent chez mon assureur sans que j'y aie consenti, et bien sûr on a rappelé à cette

occasion, comme vous l'avez fait vous-même d'ailleurs dans votre présentation, qu'il était interdit de transmettre ces renseignements électroniques à un tiers. Et ce que je vous répète encore une fois, c'est que ça n'enlève rien à l'obligation légale de conserver le dossier au niveau de l'établissement où la personne reçoit ces services, dossier qui continue à vous être accessible. Je pense que c'est important de le répéter.

Pour l'autre question, de la transmission des données pharmacologiques, là également, je pense qu'il y a une clarification à faire. On ne demande pas que ce soit l'assureur qui nous transmette ces renseignements-là, c'est le pharmacien qui doit transmettre ces renseignements à la Régie de l'assurance maladie du Québec s'il y a consentement de la personne, encore une fois, et toutes les pharmacies sont déjà équipées sur une base électronique, tous les fichiers des pharmaciens sont déjà sur une base électronique. Je ne parle pas des contrats d'assurance ou des réclamations d'assurance. Ça, nous, on n'en a pas besoin à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ce que le médecin peut voir ou l'infirmière qui reçoit quelqu'un, c'est quels sont les médicaments actifs, disons, au cours de la dernière année, parce que ça peut avoir, vous en conviendrez, une grande importance pour le diagnostic, le traitement et le suivi de la personne.

Donc, il n'y a pas d'obligation pour l'assureur là-dedans. C'est uniquement au pharmacien qu'incombe la nécessité de transmettre, par voie électronique, ses fichiers pharmacologiques à la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui agit comme courroie de transmission pour par la suite les redistribuer au niveau de la banque de données régionale. Alors, je pense que ça devrait vous rassurer également. Il n'y a pas de poids qui vous est adressé en plus, en nécessité de transmettre par exemple vos formulaires papier ou quoi que ce soit; ce n'est absolument pas ça qui est visé ici.

M. Millette (Yves): Ce n'était pas notre compréhension du paragraphe 4. Par ailleurs, on voit très bien que déjà les pharmaciens ont cette obligation-là, et nous croyons que cette obligation qui incombait aux pharmaciens est suffisante sans être obligés d'avoir cette demande du paragraphe h.4 en plus.

M. Roussel (Daniel): Et la compréhension que vous en faites, c'est quand même une excellente nouvelle pour...

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. le... Oui.

M. Roussel (Daniel): La compréhension que vous nous signifiez aujourd'hui, c'est une excellente nouvelle, par ailleurs.

M. Millette (Yves): Effectivement.

M. Couillard: C'est pour ça que c'est utile, les commissions parlementaires.

M. Roussel (Daniel): Absolument.

M. Millette (Yves): Voilà.

M. Couillard: Et également, de la même façon, vous n'avez pas, vous, à vous occuper du consentement. Ce n'est pas à vous de recueillir le consentement de la personne pour acheminer les données pharmacologiques au niveau de la banque régionale. Donc, en fait, ça n'ajoute strictement rien à vos obligations actuelles.

M. Millette (Yves): On est contents de vous l'entendre dire.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

M. Couillard: Oui.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais vous saluer, M. Millette et M. Roussel, de la part de l'opposition officielle. Ma collègue la députée de Rimouski aura également, je pense, à échanger avec vous.

De la conversation, là, de l'échange que vous venez d'avoir avec le ministre, qu'est-ce que vous en concluez? Qu'il n'y a plus de problèmes ou qu'il y a des problèmes?

M. Millette (Yves): On est bien contents de voir que la commission parlementaire va enregistrer les réponses de M. le ministre et on ne demande pas mieux de voir qu'il n'y en a pas, de problèmes. Mais notre interprétation était effectivement... Peut-être que le libellé des articles nous incitait, en tout cas, à demander des éclaircissements.

Mme Harel: Il s'agit de l'article 520.13.

Une voix: Oui.

Mme Harel: Bon. Cet article-là, vous considérez dans votre mémoire, à la page 9, que cet article va à contre-courant, disiez-vous, des dispositions du Code civil et de la Charte des droits et libertés de la personne qui reconnaissent la légitimité du processus de sélection des risques.

M. Millette (Yves): Exact.

Mme Harel: Vous considérez que, tel que rédigé, l'article va à contre-courant du Code civil et de la Charte des droits.

• (16 h 50) •

M. Millette (Yves): Oui, parce que, effectivement, cet article-là dit que, même avec le consentement du consommateur — donc, toutes les autres législations disent que le consommateur peut y consentir — l'assureur ne peut pas avoir accès à de l'information pour lesquelles toutes les autres lois mentionnées nous disent qu'on a le droit de le faire.

Cependant, on était prêts à accepter, on est prêts à accepter que l'information particulière visée par le système informatique ne soit pas accessible aux assureurs, mais on ne souhaite pas être singularisés dans la législation. On pense qu'on est suffisamment visés comme étant «nul n'a droit d'y avoir accès».

Mme Harel: Alors, qu'est-ce que je dois comprendre? Le ministre a dit en réponse... en question en fait à votre échange, il a dit: Ça ne change pas l'état du droit actuel. On a entendu...

M. Millette (Yves): Nous en sommes bien contents.

Mme Harel: ...on a bien entendu: Ça ne change pas le droit actuel. Vous dites... Le droit actuel, comment l'interprétez-vous?

M. Millette (Yves): Le droit actuel donne accès à toutes les informations médicales qui sont contenues dans les dossiers, si on a l'autorisation des consommateurs. Donc, l'article 520.13 est une exception au droit actuel, exception qu'on accepte...

Une voix: ...

M. Millette (Yves): ...mais on ne veut pas qu'elle dépasse le cadre de l'article 520.13, qui est un précédent important, là. C'est la première fois qu'un tel genre d'article est édicté dans les législations québécoises ou canadiennes.

M. Roussel (Daniel): En fait, pour compléter les propos d'Yves, c'est que l'article 520.13 interdit de façon singulière les assureurs et les employeurs.

Mme Harel: Voilà. Donc, là je veux comprendre pourquoi vous aviez l'air contents tantôt. Vous aviez l'air contents, alors je me suis dit: Il doit y avoir une raison. Le ministre vous dit: C'est l'état du droit actuel. Vous dites: Dans l'état du droit actuel, nous pouvons, avec le consentement de la personne, obtenir le dossier médical. L'article dit: Même avec le consentement de la personne concernée, il est interdit. Alors, il faudrait donc que ce soit la personne elle-même qui recueille son dossier...

M. Millette (Yves): Le problème...

Mme Harel: ...et non pas un intervenant de la santé. C'est bien ça?

M. Millette (Yves): Le problème que nous avons avec ce genre d'article là n'est pas l'article 520.13 en lui-même mais le précédent qu'il crée et qui peut être invoqué, parce que ce n'est pas évident, quand on regarde le projet de loi n° 83. Il faut retourner aux articles au début pour voir qu'est-ce qui est visé exactement par le projet de loi n° 83 sur le dossier informatisé et que ce n'est pas l'ensemble des dossiers qui est visé. Et nous, ce qui nous énerve, ce qui nous fait peur, c'est que ce soit interprété, que ce soit exporté dans d'autres types de dossiers, et là, à ce moment-là, ça nous poserait des problèmes énormes.

M. Roussel (Daniel): C'est parce qu'on va développer une perception à l'égard d'interdire aux assureurs et aux employeurs de faire ceci.

Mme Harel: Mais, est-ce que...

M. Roussel (Daniel): Et c'est pour ça qu'on dit tout simplement soit de le retirer ou soit de le biffer, cet élément-là, de façon particulière, là.

Mme Harel: Mais ce que je n'arrive pas vraiment à comprendre de la part du ministre... Le ministre nous dit: C'est le droit actuel, hein, c'est bien le droit actuel. Bon. Vous, vous dites, dans le droit actuel, vous pouvez, avec la permission de la personne concernée, obtenir son dossier médical de la personne elle-même? De qui l'obtenez-vous? De la personne elle-même?

M. Millette (Yves): Bien, c'est-à-dire, on obtient le consentement de la personne de l'obtenir de l'établissement de santé ou du médecin ou...

Mme Harel: Bon. Là vous ne pourrez plus.

M. Millette (Yves): On ne pourra plus uniquement pour les sept ou huit informations qui vont faire partie du dossier informatisé, et c'est dans ce sens-là qu'on est contents d'apprendre que le ministre dit: C'est strictement limité à ces situations-là, et pour le reste, le droit n'est pas changé. C'est ce qu'on veut entendre parce que notre préoccupation, c'est que l'article 520.13 soit exporté dans l'ensemble des milieux hospitaliers ou médicaux pour interdire l'accès des assureurs à l'information.

Mme Harel: Donc, je dois comprendre que vous vous entendez, au nom de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, et vous vous entendez avec le ministre sur le fait qu'il n'y a que quelques informations qui ne vous seront pas disponibles. C'est bien ça? C'est ça...

M. Millette (Yves): Exact.

Mme Harel: Bon. Ces informations, lesquelles sont-elles? Les connaissez-vous présentement?

M. Millette (Yves): Bon, je ne les connais pas toutes.

M. Roussel (Daniel): Elles sont dans le projet de loi.

Mme Harel: Oui. Ah! Bien oui, certains avec consentement.

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Vous voyez que je veux contribuer de façon constructive au débat. Les informations qui sont dans le dossier médical électronique sont exactement les mêmes qui sont dans le dossier. Il n'y a aucune information qui est là, dans la banque de données régionale, qui n'est pas dans le dossier conservé au niveau de l'établissement. Et il n'y a aucune limitation aux droits actuels pour l'assureur, avec le consentement d'une personne, d'avoir accès aux mêmes renseignements à partir du dossier véritable, légal qui est dans l'établissement. Il n'y a pas de renseignements

différents sur la base de données régionale que ceux qui existent dans le dossier véritable.

M. Millette (Yves): Ce que nous comprenons, et ce qui pourrait être un intérêt pour l'assureur, c'est que cette information-là est déjà centralisée et colligée, ce qui rendrait l'exercice beaucoup plus simple pour les assureurs. Mais les assureurs sont consentants, parce qu'on est conscients que cette information-là est nécessaire si on veut qu'il y ait un meilleur accès aux soins de santé. Et donc, notre objectif n'est pas d'empêcher l'information du dossier en question. Ce qui nous préoccupe, c'est de continuer à avoir accès à ces informations-là, où elles sont et où on y a accès à l'heure actuelle.

Une voix: ...merci. Oui?

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci, merci, messieurs. Sur la question de la confidentialité, hein, sur la Loi de protection des renseignements personnels, vous avez participé non seulement à l'adoption, mais aussi à l'implantation de la loi dans le secteur privé. Vous nous dites avoir des résultats vraiment performants sur vos... on peut les souligner — voyons, j'ai perdu ma page. Vous êtes partis d'environ 1 800 plaintes et vous en êtes rendus maintenant à 67.

De ces 1 800 plaintes, c'était quoi, la proportion reliée carrément à la question de la divulgation de renseignements personnels versus maintenant, dans les 67 plaintes, quelle est la portion qui demeure reliée à cet élément-là?

M. Millette (Yves): Oui. D'abord, les plaintes qui sont mentionnées, ce n'est pas nous, c'est le rapport de la Commission d'accès à l'information qui les mentionne, et ne concernent pas uniquement les assureurs. Elles ne concernent pas uniquement les assureurs, mais toutes les plaintes qui ont été adressées à la commission.

Mme Charest (Rimouski): Ah! Du secteur privé. O.K.

M. Millette (Yves): Du secteur privé. Il y en a un nombre important, on doit l'avouer, qui viennent du secteur des assurances, parce que c'est un secteur sensible. On ne s'en cache pas. Mais les assureurs ont, comme vous voyez, participé assidûment pour faire en sorte que ce nombre de plaintes là disparaisse.

Notamment, je me souviens, je peux vous donner un exemple en particulier, lorsque la Loi sur l'assurance-médicaments avait été adoptée en 1997, 1996, ou lorsqu'elle a été mise en application en 1997, beaucoup de personnes, à l'intérieur de leur emploi, s'objectaient à ce que l'information concernant les médicaments qu'ils consomment soit connue de leurs employeurs. Alors, les assureurs ont mis en place, en collaboration avec la Commission d'accès à l'information, une procédure qui fait en sorte que toute l'information est envoyée directement de l'employé à l'assureur sans que ça passe par la connaissance de l'employeur. Bon. C'est un exemple de

chose qui a fait baisser énormément le nombre de plaintes à la commission.

Il y a aussi d'autres informations qui ont été par exemple sur le libellé de l'autorisation des consommateurs, le consentement du consommateur à obtenir l'information. Ce libellé-là a été fait de façon à être conforme aux législations.

Donc, ce sont des exemples qui ont été faits par les assureurs pour s'assurer que les nouvelles lois du Québec soient respectées par l'ensemble des assureurs.

Mme Charest (Rimouski): O.K., je comprends. Mais des 1 800 plaintes, je vois que ça couvrirait tout le secteur privé, quelle était la proportion qui touchait les assureurs? Est-ce que vous avez une idée?

M. Roussel (Daniel): La commission n'a pas significé...

M. Millette (Yves): La commission n'a pas significé, mais...

Mme Charest (Rimouski): Ne vous avait pas donné ces renseignements.

M. Millette (Yves): Mais la commission n'a pas donné le renseignement. Mais je pense ça pourrait être de l'ordre du tiers.

Mme Charest (Rimouski): Le tiers, ça veut dire 600. Et ce serait la même chose pour les 67 qui restent? À peu près.

M. Millette (Yves): Oui, oui.

Mme Charest (Rimouski): Et c'est relié vraiment à un bris de confidentialité?

M. Millette (Yves): Ah! Bien, c'est relié aux différentes obligations qui sont concernées par la loi, là...

Mme Charest (Rimouski): De l'assureur.

M. Millette (Yves): ...pour le maintien du dossier...

Mme Charest (Rimouski): Ah! Là, c'est autre chose.

M. Millette (Yves): Bien, en fait, c'est sur le dossier, combien de temps le dossier doit être maintenu, etc., là. La Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé couvre un ensemble d'informations qui sont là pour la protection des consommateurs. Et donc on a toujours été d'accord avec la protection de ces renseignements-là.

Mme Charest (Rimouski): Merci, messieurs.

• (17 heures) •

Le Président (M. Copeman): Alors, M. Millette, M. Roussel, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Et j'invite maintenant les représentants de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle de prendre place à la table.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Copeman): Alors, la Commission des affaires sociales poursuit ses travaux, et c'est avec plaisir que nous accueillons la Fédération québécoise des CRDI — permettez l'acronyme de l'organisation. Alors, bonjour, M. Bouchard, plaisir de vous revoir. Vous connaissez nos règles de fonctionnement: vous avez une période maximale de 20 minutes pour faire votre présentation qui sera suivie par un échange avec les parlementaires d'une durée maximale de 20 minutes de chaque côté de la table. Je vous prie de présenter les personnes qui vous accompagnent et de débiter votre présentation.

**Fédération québécoise des centres
de réadaptation en déficience intellectuelle
(Fédération québécoise des CRDI)**

M. Bouchard (Jean-Marie): Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Oui. À ma droite, M. Pierre Cloutier, qui est le directeur général de la fédération, et M. Gilles Cloutier — c'est un autre Cloutier — conseiller aux affaires professionnelles et cliniques.

Le Président (M. Copeman): ...un peu plus facile, hein?

M. Bouchard (Jean-Marie): C'est un peu plus facile.

Le Président (M. Copeman): Quand ce n'est pas vous qui parle, c'est M. Cloutier qui parle.

M. Bouchard (Jean-Marie): Voilà. Alors, merci, merci beaucoup de nous permettre de nous exprimer, cet après-midi, au nom de ceux qui ne peuvent pas être ici. Nous représentons la déficience intellectuelle, des gens qui devraient être en mesure de s'exprimer mais qui ne peuvent pas le faire. Et nous tentons de soulager votre tâche parce que je sais que vous êtes au boulot depuis ce matin et puis que l'heure tardive... alors, sans pour autant altérer ou diminuer le contenu, nous allons faciliter votre tâche pour le mémoire.

Rapidement un rappel. La Fédération des CRDI regroupe 23 centres de CRDI dans la province, qui sont mandatés pour offrir des services aux personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant de développement et des services de support et d'accompagnement à la famille et à l'entourage de ces personnes. Tout de suite, la fédération vous dit: Nous sommes favorables aux intentions du législateur. Pour nous, les propositions, dans le projet de loi n° 83, visent très précisément l'harmonisation de la législation en regard de la création des réseaux locaux de services et les centres de santé et les services sociaux. On y retrouve une volonté très nette affichée en regard des meilleures qualités et des services à la population quant à l'accessibilité et la continuité. Pour nous, c'est clair, c'est le pendant naturel de la loi n° 25. Aussi, parce que c'est un

projet de loi fort important, nous apprécions le fait de pouvoir contribuer, par nos commentaires et recommandations, à améliorer, si possible, ce projet de loi.

Tout d'abord, le fameux Commissaire aux plaintes. Il nous apparaît clairement que les changements proposés à cet article de loi s'inscrivent dans la suite des événements malheureux que nous avons connus au cours des derniers mois. Cependant, ce qui nous frappe, c'est le caractère apparent de répression des mesures proposées. Le remplacement de la notion de «commissaire à la qualité des services» par celui de «commissaire aux plaintes» et la création d'un comité de vigilance dans les établissements et la notion d'«inspection», tout ça ensemble, sont autant d'éléments qui visent l'élimination de situations inacceptables. On comprend bien.

Nous sommes d'avis que l'insatisfaction des usagers à l'égard des soins reçus qui sont non conformes ou non respectueux de la personne doivent être rapidement corrigés, on est d'accord. Mais nous sommes persuadés que cela peut se faire sans pour autant occulter la préoccupation d'amélioration de la qualité des services, qui devrait être omniprésente au sein de nos établissements. Il nous semble qu'on a évacué toute promotion de qualité et d'amélioration de la qualité.

La notion de «plainte» et surtout toute l'attention qu'un établissement devrait y apporter nous apparaît quelque peu disproportionnée. Une attention beaucoup plus grande axée sur la qualité des services nous semble plus appropriée.

La population doit avoir confiance dans son réseau de services et, à cet égard, l'engagement des établissements publics dans la voie tracée par le système d'agrément reconnu par l'État est un meilleur gage d'assurance de la qualité. C'est pourquoi, pour nous, nous recommandons que la fonction de commissaire aux plaintes revienne à la fonction de commissaire à la qualité dont le traitement des plaintes ferait expressément partie. Ce n'est pas seulement une question de mot, c'est une question, je dirais, de concept, qui est à la base.

Et l'autre question reliée à la Commissaire aux plaintes, c'est la notion d'indépendance de cette fonction. Nous comprenons l'idée à la base, mais vous devez comprendre, mesdames messieurs, que la mise en place d'une fonction exclusivement dédiée au traitement des plaintes va nous créer un très, très grave problème.

Le volume des plaintes de notre réseau pour 2002-2003: 167; et 176 pour l'année 2003-2004. Et j'inclus là-dedans des gens qui se plaignent parce qu'ils n'ont pas de service, à cause des listes d'attente; ce n'est pas de véritables plaintes au sens, là, péjoratif du terme. Donc, grosso modo, à peu près six, sept plaintes par établissement.

Comment, dans une telle situation, justifier ce qui est prévu à l'article 31, l'exclusivité de fonction? Et à cet égard nous croyons qu'il faudrait repenser à la possibilité de prévoir ce qui était prévu à l'article 31 de l'ancienne législation, qui prévoyait justement: le conseil d'administration doit s'assurer que le commissaire qui existait dans le temps, en tenant compte le cas échéant des autres fonctions qu'ils peuvent exercer, ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de leurs fonctions. Donc, pour le genre d'établissement comme le nôtre, une personne à plein temps, tel que prévu à l'article 31, va créer un problème très

sérieux. Très, très, très, sérieux. Donc, il y a une possibilité ici, là, de peut-être prévoir un mécanisme qui est déjà prévu à l'article 31 actuel.

Et le complément de cet aspect-là, le comité de vigilance, bien sûr. Comme nous proposons un commissaire à la qualité, nous croyons que le commissaire à la qualité devrait remplacer le comité de vigilance, que le commissaire à la qualité par ailleurs continuerait de relever du conseil d'administration, nous ne voyons aucun problème à cet égard.

• (17 h 10) •

Autre point, la mission des CRDI et leur nom. Ici, là, M. le ministre et les membres de la commission, nous vous demandons une attention particulière. La loi n° 83 a oublié, je pense, un aspect fort important. La loi n° 83 actuelle définit la mission des CRDI; elle parle de déficience intellectuelle, mais elle ne fait pas mention de troubles envahissants de développement. Or, le mandat qui a été confié au CRDI depuis quelques années et pour lequel nous avons, M. le ministre, un budget de 30 millions fait partie intégrante de nos responsabilités. Et vous vous rappelez, vous m'aviez déjà laissé entendre que vous aviez certaines préoccupations parce que vous aviez entendu parler que certains CRDI peut-être attachaient moins d'importance aux TED que leur mission principale — qui était considérée comme principale — qui était déficience intellectuelle. Ça nous apparaît, M. le ministre, qu'ici, c'était un oubli. Les articles 83, 84, 86 et 120 devraient prévoir nommément, comme mission des CRDI, TED et déficience intellectuelle, ce qui clarifierait les choses.

Autre point de nos préoccupations: la fameuse responsabilité exclusive du réseau local. Comme les CRDI interviennent sur l'ensemble du territoire d'une région, ils vont devoir collaborer avec plusieurs centres de santé et de services sociaux, et il leur faudra adapter leurs moyens d'intervention en tenant compte de l'approche retenue par ces réseaux locaux. Mais la notion d'exclusivité liée à l'instance locale dans la définition d'un projet clinique nous interroge très sérieusement. Nous comprenons très bien l'esprit de la loi n° 83, et nous comprenons qu'un réseau local, un projet clinique ne peut pas être imposé aux autres intermédiaires du milieu, et c'est la raison pour laquelle la notion d'exclusivité laisse entendre qu'il y a une évacuation de collaboration et de partenariat qui, pour nous, sont des gages de réussite dans la transformation qui est en cours du réseau. Lorsque, par interprétation peut-être abusive, on parle d'exclusivité, ça pourrait signifier qu'un CSSS propose un projet et dit: Comme je suis responsable exclusif, voici le projet auquel vous devez adhérer. Je sais que ce n'est pas l'esprit du projet de loi, mais c'est un texte de loi; et le texte de loi, il faut composer avec les termes. Donc, il nous apparaît qu'on devrait parler de collaboration, de partenariat, dans l'élaboration de ce projet clinique, plutôt que mettre l'accent sur l'exclusivité.

Le projet de loi prévoit également, à l'article 103, le plan de services individualisé; nous en sommes. Et, dans le cadre de la préparation d'un plan de services individualisé, pouvoir communiquer à un autre établissement ou intervenant un renseignement contenu au dossier d'un usager constitue une très nette amélioration à notre système de services sociaux. Quant à la coordination du plan de services individualisé, nous pouvons

prendre la responsabilité de celui-ci, quant à la personne qui a une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, mais nous ne sommes pas les seuls, et ce n'est pas parce qu'une personne est étiquetée DI qu'automatiquement les autres établissements doivent se décharger leurs responsabilités sur nous. Ce qu'il importe, c'est que l'ensemble des personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant de développement puissent recevoir, selon leurs besoins spécifiques, comme tous les autres citoyens, les services requis, de tous les établissements, que ce soient les CSSS, les centres jeunesse, les CRDI. Les services de santé d'une région ainsi que les autres catégories d'établissements spécialisés ne peuvent ni ne doivent se départir de leur rôle de service de première ou de deuxième ligne.

Il ne faut pas oublier également qu'en plus d'offrir aux personnes des services spécialisés, notre mission consiste à les accompagner dans la communauté tout le temps de leur vie. Dans tous les cas, il est impératif qu'un intervenant du réseau soit responsable et accompagne tant la famille, la personne ou tout autre proche tout au long de son cheminement à travers les divers services du réseau, même dans les cas où la coordination du plan de services est assumée par un membre de la famille. Nous recommandons donc que l'application de la loi assure aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement l'accès, selon leurs besoins spécifiques, comme tout citoyen, aux services de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Télésanté, téléadaptation, l'article 108 de la loi, la fédération reconnaît l'absolue nécessité d'utiliser les nouvelles technologies, et plus particulièrement les services de télésanté et de téléadaptation. D'ailleurs, un de nos établissements a déjà été identifié pour offrir de tels services aux établissements qui le requièrent dans le cadre de son programme d'expertise multidisciplinaire en troubles graves du comportement. Nous croyons que, pour l'avenir, d'autres programmes pourraient bénéficier de ces nouvelles technologies, notamment en regard de la formation. Aussi, la fédération souhaite un développement accru de ces services pour sa clientèle, pour leur plus grand bénéfice.

Composition de notre conseil d'administration. Considérant notre mission et l'importance de nos partenaires sectoriels et intersectoriels dans son actualisation, nous croyons que la composante du conseil d'administration de nos établissements devrait refléter cette tendance. La transformation du système de santé et des services sociaux vise l'accessibilité, la continuité et la qualité aussi. La mise en place des CSSS et la création des réseaux locaux reposent en très grande partie sur une collaboration étroite de l'ensemble des établissements spécialisés avec les CSSS et également une collaboration entre eux. Sans un arrimage efficace de l'ensemble des établissements de première et de deuxième ligne, il est illusoire de croire à un fonctionnement optimal de ces réseaux.

Dans le respect de la volonté du législateur de mettre davantage l'accent sur la cohésion entre l'ensemble des établissements du réseau, nous croyons qu'il faut repenser la composition du conseil d'administration de nos établissements en tenant compte justement de cette réalité.

Et là, M. le ministre, mesdames messieurs, je dois révéler qu'il y a probablement eu une confusion dans le projet de loi. L'article 130 modifié par le nouveau projet de loi, c'est un article charnière qui s'applique à tous les centres de réadaptation, tant en déficience physique, toxico, que centres jeunesse. Donc, c'est un article général, mais il prévoit, par exemple, la nomination d'un médecin, et, s'il n'y a pas de conseil des médecins et dentistes, on prévoit que c'est remplacé par un membre additionnel du comité multi. On prévoit également la création d'une infirmière, et que, s'il n'y a pas d'infirmière, c'est compensé par un membre additionnel du comité multi. Or, nous n'avons ni médecin ni infirmière, avec la conséquence que nous serons le seul conseil d'administration à avoir quatre, avec le D.G., ça fera cinq représentants d'employés sur le conseil d'administration de 15, de 16, et c'est une anomalie, là. Ça n'a pas de bon sens. Donc, d'avoir trois représentants du comité multi, un représentant du personnel autre et le directeur général, ça va faire cinq personnes sur 16 sur le conseil d'administration. Nous croyons que c'est vraiment une erreur, probablement que ça a échappé au législateur, qu'il n'y a pas un conseil d'administration créé par ce projet de loi là qui prévoit cinq représentants d'employés sur le conseil d'administration. Il n'y en a pas. Il y a toujours un représentant du comité multi, il y a un représentant des autres employés, il y a le D.G., oui, mais pas cinq. Donc, là, il y a un problème.

Donc, nous proposons dans le mémoire de remplacer ces personnes-là — le comité multi, trois, c'est trop; un, c'est suffisant, tel que prévu dans la loi — par un autre représentant, par exemple, de l'autre organisme régional, la toxicomanie, par exemple, ou un autre organisme régional, et d'augmenter les cooptés de deux à trois, tel que prévu dans le projet de loi. Donc, composition de notre conseil d'administration, un problème assez sérieux, là, dans la composition.

• (17 h 20) •

Un mot maintenant sur la responsabilité des agences. La fédération est d'accord avec le libellé des articles 340 et 347. La vulnérabilité de nos clientèles ainsi que leur faible niveau d'attraction par les préoccupations régionales font que nous trouvons essentiel de joindre entre elles les priorités locales, régionales et nationales.

Toutefois, dans le but de nous assurer d'une protection encore beaucoup plus grande des services requis par nos clientèles, nous suggérons d'ajouter aux rôles déjà prévus par l'agence celui d'arbitrage. M. le ministre, par expérience, je peux vous dire qu'au niveau, par exemple, du Québec, tout votre projet de création d'un véritable réseau est en grande partie, sera en grande partie assuré par le leadership des agences, et vous le savez. Et vous savez également que très souvent, même si l'agence est responsable du budget, si l'agence n'a pas ce pouvoir d'arbitrer dans les différents partenaires qui auront à convenir d'ententes, ça va être assez difficile d'arriver avec ce qu'on veut avoir comme projet de réseau local.

Le Président (M. Copeman): M. Bouchard, je veux juste vous signaler qu'il reste à peine un peu plus qu'une minute; là.

M. Bouchard (Jean-Marie): Une minute?

Le Président (M. Copeman): Oui.

M. Bouchard (Jean-Marie): On aurait tellement à vous dire, M. le Président, que...

Le Président (M. Copeman): Mais, comme on dit en anglais, «Time flies when you're having fun».

M. Bouchard (Jean-Marie): Time flies? Parfait. On va flyer. Un mot rapidement pour... C'est un article qui est important, ça. Les articles 346.01... La loi n° 83 met un place un certain nombre de mesures pour assurer la qualité sociosanitaire des résidences privées pour personnes âgées.

Nous croyons essentiel que la mise en place d'un processus de certification de conformité à des critères sociosanitaires pour l'exploitation d'une résidence privée soit élargie, M. le ministre, aux ressources privées pour les personnes vulnérables, en l'occurrence les personnes en déficience intellectuelle et les personnes présentant un trouble envahissant de leur développement et les personnes de problèmes de santé mentale.

Rapidement, composition du conseil d'administration de l'agence. Il est prévu que l'agence aura un représentant des CSSS sur le conseil d'administration. Il n'y a pas de représentant prévu pour les organismes régionaux comme le nôtre. La loi prévoit «autres établissements», ce qui voudrait dire que ça pourrait inclure un hôpital, et c'est le ministre qui choisira parmi les personnes qui seront proposées. Alors, il nous apparaît qu'un organisme régional comme le nôtre, comme toxicomanie, comme centre jeunesse, devrait avoir un représentant au conseil d'administration de l'agence. Messieurs, je termine ici. M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Bouchard. Afin de débiter l'échange, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Bouchard et MM. Cloutier, si je peux dire. M. Bouchard, toujours aussi éloquent et concis et clair dans vos propos. Vous avez réussi, en fin de journée, à maintenir l'attention, je crois, de tous les membres de la commission, ce qui est en soi un exploit digne de mention.

La question de votre appellation, je pense que c'est important effectivement puis je vois que vous avez beaucoup insisté au début de votre présentation sur le fait que votre mission soit clairement expliquée comme étant à la fois la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, un programme, comme vous savez, créé assez récemment. Puis il faut saluer d'ailleurs la participation de votre réseau dans le programme de formation des intervenants également qui est associé à ce programme de soins. Parce que les gens qui ont des troubles envahissants du développement n'ont pas nécessairement une déficience intellectuelle. Certains ont les deux, mais d'autres n'ont que le trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle.

Est-ce que cette nouvelle appellation là, d'après vous, est-ce que ça vient d'un besoin des établissements, de leur personnel, ou c'est un besoin également présenté par les personnes qui sont atteintes de troubles envahissants du développement?

M. Bouchard (Jean-Marie): C'est un besoin, M. le ministre, qui vient de nos établissements et probablement également de notre personnel. Pourquoi? Parce que, écoutez, la mission qui nous a été donnée par le ministère, il ne faut pas... Et très souvent, là, parce que ce n'est pas clarifié dans la loi, ça paraît comme un aparté par rapport à notre mission fondamentale.

Et les personnes, par exemple, qui souffrent de cette maladie, de troubles envahissants de développement et de ces problèmes, ne veulent pas être considérées de ce que j'appellerais des... de seconde zone par rapport au CRDI. Ce sont des responsabilités totales, le CRDI, au même titre que la déficience intellectuelle. Donc, on ne veut pas créer de divisions parmi notre clientèle et on veut également que, pour nos CRDI, ce soit une mission véritablement assumée totalement pour l'ensemble de la clientèle et non pas une mission qui s'est ajoutée mais qui pourrait nous être retirée tant et aussi longtemps que le ministère ne changera pas d'avis.

M. Couillard: Oui. D'ailleurs, au début de la mise sur pied de ce programme, vous vous souviendrez — puis je pense que ça rejoint ce que vous venez de dire — que d'autres catégories d'établissements et même d'autres types d'intervenants à l'extérieur du réseau ont manifesté le désir de se voir confier le programme de TED, et on a tenu assez fortement, je crois que vous allez le reconnaître, et fermement au fait que c'était notre réseau de CRDI qui devait en être chargé. Mais on a dû cependant, à ce moment-là, répondre aux préoccupations des parents dont les enfants étaient atteints de TED, autisme ou autres types de maladies, sans déficience intellectuelle, et qui se trouvaient un peu malheureux d'être dans ce milieu-là. Alors, c'est pour ça que je voudrais savoir si les parents des enfants atteints de troubles envahissants du développement également voulaient se retrouver de façon claire dans la...

M. Bouchard (Jean-Marie): Le message est clair de la part des parents, M. le ministre.

M. Couillard: O.K. Bon, la question du Commissaire aux plaintes, le nom, on a expliqué déjà à plusieurs reprises, au cours de cette commission, que c'était pour répondre aux revendications ou plutôt aux suggestions du groupe de travail sur l'examen des plaintes, qui avait reçu des remarques d'usagers qui disaient: Écoute, moi, je veux déposer ma plainte, puis je ne sais pas où aller. C'est marqué: Commissaire à la qualité; moi, je ne sais pas que c'est là qu'il faut que j'aille porter ma plainte. Mais on est d'accord cependant pour le principe de réintégrer la mission d'amélioration et de maintien de la qualité, parce que la plainte finalement est un des indicateurs dont on se sert pour maintenir et améliorer la qualité.

Le comité de vigilance, c'est là que je diffère un peu de votre avis bien sûr quant à votre perception du projet de loi. Vous dites y discerner beaucoup d'aspects punitifs et moins d'aspects de préoccupation de la qualité. Je dirais que les événements malheureux dont vous parliez vous-mêmes au début de votre présentation nous ont montré plusieurs choses, l'une d'entre elles étant malheureusement souvent l'absence d'information du conseil d'administration par rapport aux événements qui

avaient eu lieu dans l'établissement, de plaintes multiples, par exemple, sur une personne, au sujet d'une personne, au sujet d'une même problématique, et ce n'est qu'en fin de course, lorsque le problème devient, si vous voulez, majeur et très médiatisé que le conseil d'administration soudainement se rend compte que ce problème évoluait en fait depuis un an et demi, deux ans dans son établissement. Alors, je dirais que le comité de vigilance est là justement pour assurer le lien entre la plainte, l'information du conseil d'administration et l'amélioration de la qualité qui doit suivre, sinon la plainte ne sert à rien.

M. Bouchard (Jean-Marie): Ici, là, je me suis peut-être mal exprimé, M. le ministre, mais on n'est pas en désaccord avec ça, sauf qu'on dit: Si notre proposition est à l'effet que le commissaire devient Commissaire à la qualité, le comité de vigilance deviendrait un comité de qualité, mais il demeurerait, ce comité-là, il demeurerait, ce comité-là, rattaché au conseil d'administration tel que vous le prévoyez dans votre projet de loi.

Mais pour le Commissaire à la qualité, qui deviendrait le Commissaire aux plaintes, je vous ai signalé également l'exclusivité. Alors, l'exclusivité, c'est un problème sérieux pour des centres comme nous, là.

M. Couillard: Oui. D'ailleurs, j'allais vous en parler. Vous souhaitez qu'on maintienne la possibilité d'élargir la tâche du commissaire local à d'autres missions, mais vous dites vouloir vous en tenir à la seule définition d'absence de conflit d'intérêts. Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu d'être un peu plus précis dans la description des tâches qui pourraient être compatibles avec une indépendance, comme commissaire local?

M. Bouchard (Jean-Marie): Écoutez, ça là-dessus, M. le ministre, moi, j'ai référé à l'article 31 actuel qui prévoyait une disposition semblable, mais on est ouverts à toutes les propositions que vous allez mettre sur table. L'idée, c'est de ne pas faire en sorte que le Commissaire à la qualité ou aux plaintes dans des établissements comme le nôtre soit exclusif. Pour sept plaintes par année, on aura un problème sérieux. Oui, M. Cloutier.

M. Cloutier (Gilles): Le concept qui pourrait être réuni alentour de cette responsabilité-là pourrait peut-être rejoindre aussi les dimensions de qualité de gestion des risques, qui sont une des tâches importantes aussi dans le même secteur de la gestion des plaintes, bien sûr. Il y a le dossier de l'agrément aussi, qui est très lié au même concept, et chacun des établissements, en tout cas de notre réseau, ont maintenant des codes d'éthique aussi, alors pourraient être responsabilisés vis-à-vis de l'éthique qui se pratique à l'intérieur. Alors finalement, si on élargissait un petit peu cette approche avec l'ensemble de ces cinq thématiques-là, il me semble que là on commence à constituer une responsabilité qui pourrait justifier l'occupation d'une personne à être le porteur du dossier qualité, plaintes, etc.

M. Couillard: Pour ce qui est maintenant de la responsabilité exclusive confiée, d'après le projet de loi actuel, au CSSS, pour la mise sur pied du projet clinique

et organisationnel, je dirais que les représentations en commission ont dépendu de tel établissement qui était devant nous. Lorsque ce sont les établissements de première ligne, nommément les CLSC, les CHSLD, on nous recommande de conserver cette exclusivité. Cependant, lorsqu'on reçoit les établissements de mission régionale comme le vôtre, on nous dit avec raison, je crois: Faites attention, il ne faut pas que ce soit un processus unidirectionnel, il faut quand même que ça se fasse de façon consensuelle.

● (17 h 30) ●

Mais le souci qu'on a, et je pense que vous le reconnaissez bien, puis je l'ai exprimé de façon imagée à quelques reprises, c'est de remettre la pyramide du réseau dans le bon sens. Depuis des années, on a une pyramide qui repose sur sa pointe, où les établissements spécialisés vont voir les gens de première ligne puis leur disent: Voici ce qu'on vous offre, alors que, normalement, on devrait faire l'inverse, partir des besoins de la proximité de la population et ensuite aller vers les établissements spécialisés.

Est-ce que, comme on l'a suggéré, remplacer l'exclusivité par responsabilité première et insister plus sur la collaboration et, je dirais, et le rôle éventuel d'arbitrage de l'agence régionale pour la mise sur pied, est-ce que c'est quelque chose qui vous apparaît aller dans la bonne direction? Mais est-ce que ça ne dénature pas un peu ce qu'on veut faire? C'est ça qui me préoccupe, là, à force de vouloir améliorer pour satisfaire les demandes d'établissements spécialisés, il ne faudrait pas qu'on se retrouve avec une pyramide sinon sur la pointe, mais disons sur le côté, et puis pas fermement assise sur sa base.

M. Bouchard (Jean-Marie): Je comprends votre préoccupation. C'est sûr que, là, le choix du terme juridique peut avoir une importance; c'est un texte de loi qu'on a devant nous, là. Mais vous comprenez qu'en prenant le terme «exclusivité» ça réfère nécessairement... Si j'ai une responsabilité exclusive, je peux le faire de différentes façons. Je peux le faire en collaboration puis en discutant avec les gens puis, au bout de la ligne, je décide, après avoir discuté: C'est assez, voici mon projet maintenant, le projet clinique. Ce n'est pas ça qu'on veut personne, on veut s'assurer que justement le réseau local va fonctionner. Le projet clinique sera un vrai projet clinique dans la mesure où il colle parfaitement bien à la réalité et dans la mesure où les partenaires sont impliqués, où des partenaires ont vu leur rôle bien défini dans ce système-là et non pas on leur a imposé un rôle.

Donc, nous, on parlait de collaboration, on parlait de partenariat, donc une responsabilité. On sait très bien que le projet clinique, c'est la responsabilité du CSSS; on le sait, le projet de loi le dit. Ce n'est pas dit nulle part que les centres régionaux ont une responsabilité de projet clinique; ils doivent collaborer au projet clinique pour faire en sorte que ce projet clinique se réalise. Donc, toute idée de collaboration, de partenariat, les termes que vous pourriez choisir vont nous convenir.

M. Couillard: Vous avez également fait mention des progrès futurs dans le domaine de la télésanté, dans votre cas, de la téléadaptation. Vous avez fait allusion à l'établissement, c'est Miriam, je crois, sans le

nommer — on l'a nommé maintenant — à Montréal, qui fait des expériences très intéressantes. Pourriez-vous nous dire le genre de bénéfices que ça peut apporter pour la population du Québec, surtout quelqu'un qui est en région, un parent qui a un enfant avec un cas assez complexe, là, comment ça améliore la qualité des services?

M. Bouchard (Jean-Marie): L'autre, Gilles va vous répondre.

M. Cloutier (Gilles): Certains établissements, pour reprendre l'exemple du Bas-Saint-Laurent, vont demander à des centres de Montréal de se déplacer, déplacer deux professionnels une journée de temps pour venir regarder et voir sur place les comportements d'un enfant ou d'adulte et venir analyser avec eux autres, avec des psychologues spécialisés dans des domaines de troubles de comportement, par exemple, alors que ça pourrait être observé par téléadaptation, ou que la consultation professionnelle pourrait se faire par téléadaptation pour l'ensemble du Québec. La Baie-James, dans les troubles envahissants du développement, nous avait demandé des services à un moment donné, avait dit: Écoutez, on n'a pas de professionnel — il n'y en avait effectivement pas — est-ce qu'on peut aller par téléadaptation? Et on pouvait dire: Oui, à Montréal, il y a un centre qui en a, mais d'autres expertises dans d'autres centres ne sont pas accessibles actuellement parce que ça prendrait, je vais dire, simplement une caméra dans le fond pour rendre l'expertise disponible dans l'ensemble du Québec. Et ce n'est pas chaque centre qui a une expertise de disponible, mais quelques centres ont des expertises pointues qu'ils pourraient rendre disponibles à plusieurs centres dans l'ensemble du Québec.

Alors ça, ce serait vraiment un plus pour, par exemple, des troubles de comportement. Pour les troubles envahissants du développement, qui est une expertise très nouvelle où les experts ne sont pas très répandus encore, les trois années de cours ne sont pas terminées pour tout le monde, et après ça, ça prend nécessairement des années. Alors, dans ce domaine-là aussi, ce serait très utile de pouvoir observer ou de pouvoir avoir des échanges entre professionnels avec la téléadaptation, un peu comme en médecine, quoi.

M. Couillard: Par ailleurs, on prend note de vos remarques sur la composition des conseils d'administration de votre établissement et de l'agence régionale et on va certainement les prendre en considération.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Maskinongé.

Mme Gaudet: Merci, M. le Président. M. Bouchard, M. Cloutier, bienvenue. Alors, je me suis attardée à la mission de votre établissement, de vos établissements, le CRDI, et vous dites, entre autres, là, que c'est d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration des personnes qui présentent de multiples déficiences. J'ai, dans mon comté, une coopérative d'économie sociale qui s'appelle Adirondacks, qui travaille en étroite collaboration avec le CRDI de la

région de Trois-Rivières, qui dessert la Mauricie et peut-être le Centre-du-Québec, là. Et vous avez dit tout à l'heure que votre responsabilité, c'est d'accompagner, et là je vous cite, «dans la communauté ces gens-là tout le temps de leur vie».

J'aimerais savoir, quand vous vous exprimez ainsi, ce que ça représente en termes d'investissements au niveau de ressources humaines, au niveau financier, en fait, sur quels critères vous vous appuyez au niveau du support de cette ressource ou ces ressources, là — j'imagine qu'Adirondacks, ça correspond à Louiseville, mais il n'y en a certainement pas seulement une au niveau du Québec — sur quels critères vous vous appuyez.

M. Bouchard (Jean-Marie): Tu réponds pour Adirondacks?

M. Cloutier (Gilles): Pour Adirondacks. C'est dépendamment du besoin de l'organisme communautaire dans le cas d'Adirondacks ou ça a été sur une base de travail, notamment où c'est une coopérative finalement basée sur le travail. Alors, les échanges ont été des prêts personnels dans la première année, parce que je le connais un peu, ce projet-là, j'étais dans cette région-là. Ça a été sur des échanges de personnel pour aider à démarrer et des échanges d'expertise. L'accompagnement cependant dans des groupes communautaires ou des groupes de travail comme ça n'est pas, je dirais, le propre, exclusif des CRDI et dans l'ensemble du Québec, ça va être des collaborations de démarrage. Alors, dans ce cas-là, il y a même eu des prêts de personnel pour des périodes données pour démarrer le projet jusqu'au moment où les subventions même ou encore où la rentabilité de cette entreprise-là était garantie. Alors, c'est selon l'état du projet et comment il est subventionné par lui-même.

Mme Gaudet: Merci.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, M. Bouchard, MM. Pierre Cloutier et Gilles Cloutier, bienvenue de la part de l'opposition officielle. Je sais que ma collègue la députée de Rimouski, qui est porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux, voudra également échanger avec vous.

D'entrée de jeu, dans votre mémoire, M. Bouchard — et je dois vous dire que vous parlez avec beaucoup d'autorité, d'expérience accumulée au cours de toutes ces années — vous nous dites, à la page 4, que vous représentez en fait la Fédération québécoise des CRDI et ses membres, vous donnez des services à 27 000 personnes, et les listes d'attente comportent 1 600 personnes. Alors, ces listes d'attente sont à la fois constituées d'adultes et de jeunes. Je voyais récemment les chiffres de l'attente à Montréal et la durée de l'attente était de 635 jours, c'est-à-dire presque deux ans. Est-ce que cela correspond également à vos données?

M. Bouchard (Jean-Marie): Bon, écoutez, il faut faire attention, ça varie. Sur les 1 600 personnes,

vous en avez 1 200 qui sont des listes d'attente en DI, en déficience intellectuelle...

Mme Harel: Ce sont des listes d'attente de?

M. Bouchard (Jean-Marie): En déficience intellectuelle — et 400 en TED. En déficience intellectuelle, les 1 200, il y a une variation des listes d'attente, les jours varient. Par exemple, pour les enfants, les listes d'attente, de zéro à quatre ans — je peux vous donner rapidement, là — c'est 102 jours; pour les 487 de cinq à 17 ans, c'est 312 jours; pour les jeunes adultes, puis il y en a 163, de 18 à 21 ans, 331 jours; pour les adultes, 295, de 22 à 44 ans, 648 jours; pour les adultes de 45 à 64 ans, 544 jours; et pour les personnes de plus de 65 ans, c'est 527 jours. Donc, il y a une variation, là, suivant la clientèle.

Mme Harel: Bon, on aura l'occasion certainement, lors de l'étude des crédits du ministre de la Santé et des Services sociaux, de revenir sur ces questions. Vous introduisez — le ministre en a parlé tantôt — la notion régionale. Il fut de même pour les centres de réadaptation physique. Il en fut de même également pour les organismes communautaires qui représentent des groupes qui interviennent dans le domaine de la déficience physique ou de la déficience intellectuelle. Enfin, l'inquiétude manifeste, c'est que, lors des transformations organisationnelles, les CSSS, les centres locaux, en aient plein les bras et ne considèrent pas comme une des priorités parmi les priorités les services à donner, les services primaires et secondaires à donner qui sont maintenant de leur responsabilité.

● (17 h 40) ●

Alors, je ne sais pas ce que vous en pensez, il y a diverses formules. Le ministre en a évoqué une, celle, par exemple, de confier aux CSSS une responsabilité première plutôt qu'exclusive. Mais est-ce que, indépendamment de cela, cette compétence exclusive doit demeurer ou cette responsabilité première doit demeurer sous la gouverne de l'arbitrage d'une agence régionale?

On nous a dit, ici, à la place que vous occupez: De toute façon, compétence exclusive ou pas, c'est l'agence qui a les budgets, c'est l'agence qui a l'argent et, dépendamment de la manière dont elle répartira, elle continuera bien à définir ses priorités. Mais je ne sais pas s'il y aura des enveloppes fermées. Je ne sais pas comment les choses se passeront. Dans les budgets, là, le ministre avait annoncé, j'imagine, des enveloppes fermées, sans doute viendront-elles. Mais est-ce que l'arbitrage de l'agence régionale, pour vous, c'est important?

M. Bouchard (Jean-Marie): Ah! oui, oui. Je n'ai pas eu le temps d'insister beaucoup, madame, mais vous avez parfaitement raison.

Écoutez, toute la réussite du projet clinique repose sur justement les principes fondamentaux qui sont dans le projet de loi. La responsabilité populationnelle, c'est le CSSS qui l'a, et ça comprend toute la clientèle, tous les problèmes sociaux et tous les problèmes médicaux. Donc, on ne peut pas se défilier de ça. Nous, on n'a pas une responsabilité de première ligne, mais on va s'assurer que la première ligne le fasse, son devoir, et c'est ça, le projet clinique. Et c'est là-dessus qu'on tient tellement à ce que l'agence arbitre parce que, si vous

avez un CSSS qui veut se défilier de ses responsabilités, nous, on a un recours à l'agence puis on dit: Écoutez, là, voici, par exemple, le projet clinique qui devrait être celui du territoire, mais le CSSS ne veut pas faire, par exemple, sa première ligne. Bien, il faudra que la régie ou l'agence décide.

Et il n'y a pas d'histoire d'arbitrage à l'heure actuelle. Vous savez, le budget, c'est trop gros, c'est trop loin, ça. Est-ce que, par exemple, une agence doit retirer le 3, 4, 5, 6 millions au CSSS parce qu'il n'y a pas entente? Ils ne le feront pas en point de vue pratique parce qu'ils vont penser: On va couper dans les services, ça n'a pas de bon sens, c'est de prendre un bazooka considérable pour un problème. Notion d'arbitrage de l'agence, moi, j'ai mon opinion personnelle. Je vous le dis: si vous n'avez pas, dans les régions, donné à l'agence ce pouvoir de vie ou de mort sur à mon avis la viabilité du projet clinique, on court un risque très sérieux.

Le Président (M. Copeman): Allez-y, M. Cloutier.

M. Cloutier (Pierre): On doit vous dire que les parents sont inquiets de cette dimension-là dans la modification qu'on apporte au réseau actuellement. Il y a une deuxième ligne dans la mesure où il y a en a une première. Et, à date, ils ont eu le sentiment, dans les dernières années, d'avoir recours à peu près à la deuxième ligne. Et notre première ligne était relativement transparente à ce sujet-là par rapport aux clientèles que l'on a vues chez nous.

Alors, en ce moment, notre conseil d'administration — et M. Bouchard peut en témoigner encore beaucoup plus — notre conseil d'administration est composé de 23 représentants des établissements membres, et c'est 23 citoyens dont plus de la moitié sont des parents. Et ce n'est pas par hasard, hein, c'est leurs intérêts qu'ils surveillent, et c'est très bien. Il n'y a pas d'employé du réseau qui est à notre conseil d'administration. Et un des messages importants de ces gens-là, c'est de nous dire: Attention! les fonctionnaires, bien poliment, quand vous faites cette transformation-là, refaites-nous pas faire deux fois la liste d'attente parce qu'il y aura deux catégories d'établissement; refaites-nous pas remettre la réunion des spécialistes qui sont supposés s'occuper de nos enfants parce que vous avez de la misère à agencer vos agendas parce que vous êtes bien occupés. Ils ont plusieurs exemples de cette nature-là qui traduisent bien la préoccupation de l'orchestration, là, qui est précise à être faite et l'implication de la première et de la deuxième ligne bien, bien mariées, là. On a comme, là, un défi.

M. Bouchard (Jean-Marie): D'ailleurs, rapidement pour vous donner un exemple, Madame. C'est qu'actuellement malheureusement, lorsque quelqu'un est déficient intellectuel, il se pointe dans certains services de première ligne. Ils nous les retournent en disant: Ah! les déficients intellectuels, on ne s'occupe pas de ça. Bien, oui, mais il a le droit à des services de santé comme tout le monde. Et c'est ça qu'on ne veut pas que ça se fasse. Ça ne se peut pas, continuer comme ça. Il faut qu'ils prennent leurs responsabilités de première ligne.

Mme Harel: Évidemment, c'est un très gros changement de culture et d'autant que ces priorités, si le centre

local... Il y en aura tellement, de priorités, en même temps qu'il est possible que ce type de clientèle — je n'aime pas le mot — en fait de catégorie de personnes, là, qui sont en vulnérabilité, en difficulté, sont moins susceptibles peut-être d'être représentées sur les conseils d'administration des agences locales, vraisemblablement.

Vous avez parlé avec intérêt beaucoup, là, du RUIS, hein. Vous n'avez peut-être pas pu en parler à votre présentation parce que le temps était trop court, à la page 15. J'aimerais vous entendre là-dessus. Il y a comme une rumeur à Montréal, là, d'une discorde entre le Centre Miriam qui offre des services très spécialisés, et puis des centres autres, Gabrielle Major, là, qui intervient dans l'Est particulièrement et d'autres dans l'Ouest aussi, qui contestent en fait les budgets qui sont octroyés pour des services très spécialisés. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Bouchard (Jean-Marie): ...M. Cloutier peut vous répondre là-dessus.

M. Cloutier (Pierre): Deux thématiques dans cette question, celle des RUIS et celle de la problématique Montréal, là, qui est un programme pointu pour les troubles graves du comportement qui effectivement est à Miriam, et où les établissements échangent entre eux sur différentes façons dont ce service-là pourrait être installé. Ce qui est certain, au-delà de petits conflits locaux, ce qui est certain, c'est qu'il est essentiel qu'on ait une pointe scientifique bien assise pour supporter les troubles graves du comportement. Il y a près de 5 000 personnes de nos 27 000 desservies qui sont atteintes de troubles graves de comportement. Et ça, ça veut dire que nos intervenants sont démunis devant ces personnes-là. Ils sont à bout de souffle. Qui appellent-ils lorsqu'ils ne savent pas quoi faire? Et là, je ne vous raconte pas de problèmes... Je ne vous présente pas des situations absolument extrêmement difficiles que nos gens, auxquelles ils sont confrontés, là. Mais ils se sentent souvent à leur niveau d'incompétence. Il faut qu'il y ait dans le réseau de la déficience intellectuelle et TED, au Québec, un support — on est presque en troisième ligne à ce moment-là, hein, au fond, là — de grande expertise. Il sera installé où ça voudra, là, ça, c'est une autre discussion qu'il y a moyen de régler, je pense, très correctement entre grandes personnes. Mais il faut que ça existe.

Les RUIS. On n'a pas de base scientifique au Québec qui sont les tracterurs des bonnes pratiques d'intervention. Vous en avez en centres jeunesse, vous en avez dans les hôpitaux. Il y a alcoolisme et toxicomanie, on est les deux seuls secteurs... En déficience physique, il y en a. On a comparu devant M. Duplantie que vous avez nommé président d'un comité important sur cette question. La conclusion à laquelle on arrive avec Jean-Pierre Duplantie, là, quand on lui parle, c'est: Il faut deux instituts universitaires au Québec, puis là, je ne parle pas de Montréal et Québec, ils pourraient être à Trois-Rivières ou ailleurs, ça c'est... on n'est pas là en ce moment. Mais aussi...

Mme Harel: ...

M. Cloutier (Pierre): Tout à fait. Mais... Certains se plaignent qu'ils sont déjà très équipés. Mais

il faut que l'on ait deux instituts en déficience intellectuelle et TED au Québec pour nous servir de base scientifique. On a peu de moyens en ce moment.

L'exemple de la création qu'on a fait, les troubles envahissants du développement avec les trois universités québécoises, on leur prête le trois quart les professeurs qui viennent de notre propre réseau. Les directeurs de services professionnels vont donner un 45 heures de cours parce qu'ils sont Ph. D. dans un petit secteur, puis on en emprunte un autre, puis on se compose une école, au fond, avec les moyens du bord. Mais c'est le moyen de rehausser notre niveau actuellement de connaissances scientifiques. Il faut faire ça pour la déficience intellectuelle d'ici deux ans, trois ans, là, si on veut atterrir quelque chose, même si ce n'est pas parfait, mettre le pied dans cet exercice-là. Alors, c'est comme deux aspects.

Et on va présenter au ministre, d'ici le mois de septembre ou octobre prochain, un programme de formation, premier cycle, deuxième cycle, pour la déficience intellectuelle. Un programme regroupant les 23 CRDI, un espèce de plan national de formation, comme on l'a fait pour TED mais pour l'ensemble de l'autre secteur. Et on va essayer de motiver le ministre à mettre un petit peu de sous dedans, puis on mettra, nous aussi, par les établissements pour qu'on se donne un corps à ce sujet.

• (17 h 50) •

Mme Harel: Écoutez, il me reste peu de temps, mais je veux vous remercier, je sais que ma collègue va continuer à échanger avec vous. Je prends bonne note, à la page 14 de votre mémoire, de la nécessité d'extensionner la certification des résidences privées qui hébergent des personnes qui ont des difficultés intellectuelles ou ont des troubles de comportement ou autres. Vous nous dites: «Actuellement, les conditions sociosanitaires présentent de graves lacunes, et le faible niveau économique et la marginalité des comportements des personnes concernées les conduisent dans des lieux d'hébergement où les conditions de vie sont parfois inacceptables et préjudiciables à leur état psychologique et physique.» Et donc j'imagine que ça les ramène dans les urgences et ça les ramène vers... On me racontait, je pense, je ne sais plus quel hôpital, c'est 25 % de la clientèle de nuit qui est constituée de personnes qui dans le fond sont en crise puis ils présentent des difficultés graves à cet effet. Alors, je vous remercie.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci. Ayant des intérêts communs avec ma collègue, plusieurs questions vous ont été posées que j'avais comme préoccupations. Alors, je ne reviendrai pas sur celles-là, même si je voulais insister sur le fait que j'étais pleinement d'accord avec les mesures de certification que vous exigez. Alors ça, je peux vous dire que, nous, comme opposition officielle, nous sommes en accord avec vous et votre position là-dessus.

Au départ de votre mémoire, vous parlez de l'article 100 du projet de loi, qui aborde les ressources informationnelles et technologiques. Vous êtes d'accord pour faire la mise à jour, l'actualisation de vos données par ces moyens, et vous souhaitez qu'il y ait suffisamment de ressources financières pour que l'arrimage des CRDI puisse se faire au réseau des CSS.

Moi, je voudrais savoir pour l'arrimage, parce que je pense qu'il n'y a pas juste une question financière puis il n'y a pas juste la question des technologies, des ressources informationnelles et technologies, mais pour que les CRDI se sentent vraiment arrimés à ces réseaux-là, ce serait quoi d'après vous les conditions essentielles pour qu'il y ait un réel arrimage?

Parce que, moi, ce que je connais des CRDI, parce que je côtoie celui du Bas-Saint-Laurent, je ne sens pas qu'il y a toujours cette intégration des services que ce soit de la première, de la deuxième ligne. La troisième ligne, on n'en parle même pas chez nous, hein, parce que vous savez que ce n'est pas pour nous autres, ça, ces services-là. Ça n'a pas l'air à ça en tout cas. On n'a jamais vu la pointe de ce type de service être offert à nos clientèles, même si plusieurs en auraient besoin. Alors, je vais revenir sur, d'après vous, là, les conditions essentielles pour qu'il y ait un réel arrimage de toutes les responsabilités des CRDI versus les responsabilités des centres de services santé et sociaux.

M. Cloutier (Pierre): Les systèmes d'information, on est plus dans les dimensions technologiques. Notre inquiétude sur cet aspect-là, c'est que M. Couillard a annoncé 60 millions d'investissement globalement, au Québec, sur les programmes des systèmes d'information clientèle pour les GMF, pour les cliniques médicales, pour les CSS, etc., et on a un petit système d'information clientèle dans les CRDI qui est vieillissant maintenant et on ne correspond plus aux nouvelles technologies, je vous dirais, là, les nouveaux critères technologiques qui sont essentiels pour la sécurité du réseau. Bon. Il faudra se moderniser là-dessus, et ça va coûter quelques millions de dollars, il faut bien l'avouer. On veut juste s'assurer, en avertissant le ministre, qu'il va rester un peu d'eau dans le tuyau pour des petits groupes comme le nôtre lorsqu'à terme l'ensemble de l'échafaudage architectural de l'information va être installé, qu'on existe. Bon. Voilà pour notre commercial.

La deuxième partie, c'est l'arrimage entre les deux lignes de services, c'est le propos de M. Bouchard tantôt. Les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement sont d'abord des citoyens comme tout le monde. Avant d'être le problème des CRDI, ce doit être aussi le client des centres de services sociaux et de santé. Et à ce titre-là, le passé, et c'est ce que les parents nous disent, le passé, s'il est garant de l'avenir, les CLSC n'ont pas eu une très bonne note de la part des parents en regard de la déficience intellectuelle, et ça, c'est ça qui les inquiète pour l'avenir: et l'intégration des deux services et la préoccupation dont on parlait tantôt. Cet arrimage-là, à la fois ça dépasse l'information et ses technologies. Ça veut dire des collaborations de professionnels. Ça veut dire des CSS qui acceptent de traiter pour d'autres dimensions que leur déficience intellectuelle quelqu'un qui a des problèmes de santé mentale. Vous savez, au Québec, si vous vivez une dépression et vous êtes déficient intellectuel, bonne chance. Ça, on est très faibles là-dessus, et je pense que mutuellement on peut le reconnaître, là, là-dessus, là...

Alors, quelqu'un qui est en dépression dans nos établissements, il reste dans nos établissements. On n'a pas le coffre d'outils pour servir ces gens-là comme il faut. On essaie de les supporter le mieux possible, c'est bien certain, là. Mais ça dépasse nos connaissances. C'est l'arrimage dont on parle.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Je comprends très bien ce que vous nous dites et je vois aussi, à travers cet arrimage, toute l'importance de l'arbitrage et du plan clinique. Et je comprends que tout ça s'emboîte et est important, et tous les éléments doivent être présents pour qu'on puisse vraiment dire: Oui, c'est une opération de restructuration réussie. Et je pense que, si un de ces éléments-là manque, on ne pourra pas crier victoire pour dire qu'il y a eu une reconnaissance puis une prise en compte de vos demandes pour s'assurer que les CRDI soient... pas le parent pauvre du système.

Parce que, quand je vous écoute — je disais ça tout à l'heure à l'oreille à ma collègue — j'ai le sentiment qu'ils sont les enfants abandonnés de la famille des services sociaux. Et je sais pertinemment, je ne sais pas si je devrais dire ça ici, ce n'est pas très glamour de s'occuper de personnes avec une déficience intellectuelle ou un problème envahissant du comportement. Vous savez, c'est une clientèle qui n'est pas chérie par l'opinion publique ou, enfin, les intervenants même du réseau. Parfois, ils ont des craintes, des appréhensions dues à une méconnaissance et aussi le fait qu'il n'y ait pas de formation formelle de comment travailler avec les différents types de clientèles et l'importance des problématiques qu'ils rencontrent. Je pense qu'il y a des obstacles, en tout cas, à la réussite de la prise en charge de ces citoyens, ces citoyennes-là qui ont des problèmes majeurs et auxquels il faut se préoccuper.

En tout cas, nous de l'opposition officielle, sachez qu'on a un préjugé très favorable par rapport à ces clientèles. On va s'en préoccuper quotidiennement, que ce soit dans le cadre des crédits, l'étude des crédits... Parce que, vous savez, là où il y a de l'argent, on comprend que la volonté politique est présente; mais là où il n'y a pas d'argent, c'est parce qu'il n'y a pas de volonté politique. Et ça, je pense que là-dessus ça fait suffisamment longtemps qu'on voit aller les choses pour pouvoir s'entendre sur cette affirmation.

Je vous remercie beaucoup de votre mémoire. Il va demeurer un document de référence pour nous qu'on va consulter régulièrement pour ne pas vous oublier.

Le Président (M. Copeman): Avant de lever la séance, chers amis, je vous rappelle tout simplement et tout bonnement qu'on est les idées de mars. Alors, si on se fie à la tradition de Shakespeare, *Jules César*, il faut surveiller nos dos aujourd'hui.

Une voix: Nos dos?

Le Président (M. Copeman): Bien sûr. C'est la journée où ça a été prédit, l'assassinat de Jules César dans la pièce de théâtre *Jules César*. Alors, comme n'importe quel bon politicien, surtout aujourd'hui, il faut surveiller nos dos.

M. Bouchard, M. Gilles Cloutier, M. Pierre Cloutier, merci beaucoup d'avoir participé à cette commission parlementaire au nom de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Et j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à 9 h 30 demain matin, ici, dans cette même salle.

(Fin de la séance à 17 h 58)