ISSN 2818-9884

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

TROISIÈME SESSION QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente des relations avec les citoyens

Le jeudi 28 mai 2026 — Vol. 49 N° 8

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5) : volet Aînés

Présidente de l'Assemblée nationale :
Mme Nathalie Roy

2026

Commission des relations avec les citoyens

Le jeudi 28 mai 2026 — Vol. 49 N° 8

Table des matières

Aînés
Discussion générale 1
Adoption des crédits 23

Adoption de l'ensemble des crédits 23

Documents déposés 24

Intervenants

Mme Lucie Lecours, présidente

Mme Sonia Bélanger
Mme Linda Caron
Mme Christine Labrie
Mme Marie-Karlynn Laflamme
Mme Marilyne Picard

* Mme Geneviève Biron, Santé Québec
* Mme Maryse Poupart, idem
* Mme Sonia Marceau, Régie de l'assurance maladie du Québec
* M. Daniel Paré, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 28 mai 2026 — Vol. 49 N° 8

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5) : volet Aînés

(Treize heures quarante-six minutes)

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission des relations avec les citoyens ouverte.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Aînés des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2026-2027. Une enveloppe de deux heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire : Oui, Mme la Présidente. M. Tanguay (LaFontaine) est remplacé par Mme Caron (La Pinière); M. Fontecilla (Laurier-Dorion), par Mme Labrie (Sherbrooke); et M. Bérubé (Matane-Matapédia), par Mme Laflamme (Chicoutimi).

Aînés

Discussion générale

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, mesdames, monsieur, bienvenue à la commission. Nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs incluant les questions et les réponses. Je vous donne tout de suite le temps : le gouvernement va avoir un bloc de 19... 17 min 22 s; l'opposition officielle, trois blocs de 19 min 22 s; le deuxième groupe d'opposition, un bloc de 19 min 22 s; le député... la députée indépendante, en fait, la députée de Chicoutimi, un bloc de 19 min 22 s; et le député de Saint-Jérôme, un bloc de 2 min 36 s. Alors, on débute maintenant avec l'opposition officielle et son premier bloc.

Mme Caron : Merci, Mme la Présidente. Bonjour, Mme la ministre, vos équipes, les collègues élus et toutes les personnes qui sont ici réunies. Merci pour les... aux personnes qui ont fait les travaux pour répondre aux questions dans les cahiers de crédits. Je sais que c'est un gros travail.

Alors, je vais aborder d'abord les soins de longue durée selon le Coup d'oeil, le tableau de bord Coup d'oeil, de Santé Québec. En date du 2 mai 2026, il y avait 3 248 personnes qui attendaient une place en CHSLD, donc un peu plus de 6 % que l'an passé à pareille date. 869 de ces personnes sont en centre hospitalier, donc en niveau de service alternatif, ils attendent une place. 1 810 sont à domicile puis 412 sont en RI ou RTF. Et, selon les réponses dans le cahier de Santé Québec, le délai moyen d'attente pour une place en CHSLD varie de 93 jours... ça, c'est au Saguenay—Lac-Saint-Jean, à 517 jours en Montérégie-Ouest.

Question que j'ai : Les familles ne savent pas à quel rang leurs proches se trouvent sur la liste d'attente pour avoir une place, et, étant donné que c'est des délais qui sont quand même longs, ils ont besoin de s'organiser pendant ce temps-là, pourquoi les familles ne peuvent pas avoir le... connaître le rang où est rendu leur proche?

Mme Bélanger : Oui. Alors, bonjour chers collègues députés, donc la partie gouvernementale, oppositions, Santé Québec. Merci pour la question, très important, au niveau des soins de longue durée. Alors, vous savez qu'au niveau des soins de longue durée, on a vraiment travaillé très, très fort à réduire le nombre de personnes en attente d'une place en longue durée. Je veux quand même juste vous mentionner, en février 2026, c'était 3 144 personnes qui étaient en attente d'une place de longue... pour une longue durée.

Les délais sont longs, c'est vrai, vous avez raison, les délais sont trop longs, malgré qu'on a ouvert des places en maisons des aînés, qu'on améliore le fonctionnement au niveau de nos CHSLD privés, qu'on a conventionné des CHSLD privés. Ça nous a donné plus de places, plus de places publiques, pas plus de places mathématiques, mais plus de places accessibles pour des gens qui, donc, y ont accès maintenant parce qu'ils ont un revenu, donc, qui peut leur permettre d'être hébergés. C'est les mêmes conditions que si on était dans le réseau public.

Alors, votre question est tout à fait pertinente. Si vous le souhaitez, vous allez dans le pourquoi, on peut passer la réponse à Santé Québec.

Mme Caron : C'est une réponse rapide, Mme la Présidente. Je veux juste savoir pourquoi les familles ne peuvent pas avoir... savoir à quel rang se trouvent les... leurs proches sur la liste d'attente.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Alors, consentement?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Je vais vous demander de vous présenter, s'il vous plaît.

• *(13 h 50)* •

Mme Biron (Geneviève) : Geneviève Biron, présidente et cheffe de la direction de Santé Québec.

Bien, écoutez, c'est une question absolument valable, mais ce qu'on doit réaliser, c'est que les gens, c'est... les listes d'attente sont continuellement en mouvement. Alors, une personne peut être sur une liste d'attente, se situer à un endroit, mais, avec le temps, il y a évidemment évaluation d'autres personnes qui sont dans le besoin, et là, bien, les rangs peuvent changer. Pour le moment, nous n'avons pas en place de système qui permettrait d'informer les gens de leur... de leur rang, malgré que je reconnais que le besoin, il serait intéressant à combler.

Mme Caron : Bon, je comprends que c'est parce qu'une personne prioritaire peut passer devant. Donc, on ne veut pas nécessairement dire à la famille que... Mais sauf que ça pourrait être utile de savoir, question de s'organiser aussi, parce que, parfois, il faut prendre des congés pour s'occuper des personnes.

Ma question suivante à Mme la ministre : Dans sa réponse du 30 janvier dernier à mon dépôt de pétition concernant les ressources intermédiaires, vous aviez écrit que le ministère collabore avec Santé Québec et les établissements publics depuis plusieurs mois à la mise en place d'un outil de suivi, normé à l'échelle nationale, du nombre d'usagers en attente d'une place en RI; est-ce que les travaux vont aboutir bientôt?

Mme Bélanger : Bien, écoutez, je pense qu'au niveau des travaux qui sont actuellement en cours, il y a beaucoup de choses avec les RI, notamment au niveau du modèle de financement, le cadre de référence. Donc, vous le savez, c'est en discussion actuellement. Et, par rapport aux normes, par rapport aux listes d'attente, bien, là aussi, c'est la même chose. On est très conscients, là, des demandes des ressources intermédiaires. J'ai eu moi-même l'occasion de les rencontrer. Les travaux sont en cours, là, du côté du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mme Caron : Alors donc, vous confirmez que le travail se poursuit pour avoir une liste d'attente. Parce que la demande du milieu, c'est ça, c'est de savoir combien de personnes sont en attente. Ce qu'on... Les derniers chiffres qu'on a eus, c'est 5 500 personnes qui attendaient une place en RI. On comprend que c'est dans différents types de RI, selon qu'il s'agit d'une personne âgée, qu'il s'agit d'une personne sur le spectre de l'autisme, etc., mais, pour avoir ces chiffres-là, il fallait qu'il y ait une demande d'accès à l'information qui soit faite à chacun des établissements, alors que, si l'information était sur un tableau de bord, comme c'est le cas pour la liste d'attente en CHSLD, déjà, on aurait... on aurait l'information.

Alors, je comprends qu'il y a des travaux. La question... La raison pour laquelle je posais la question, c'est : Est-ce qu'on est en train de réinventer la roue? Parce que, si le système existe pour suivre la liste d'attente en CHSLD, pourquoi on n'utiliserait pas le même système pour suivre la liste d'attente pour les RI?

Mme Bélanger : Oui. Bien, écoutez, je ne suis pas en défaveur de ça et bien au-delà de ça, et je trouve que votre première question va aussi dans ce sens-là, d'avoir un portrait. Parce que, quand les gens se retrouvent ne plus être capables de retourner à la maison... je vais parler des aînés ici parce que vous savez que le dossier des RI, il est avec le ministre Carmant, mais, pour les aînés qui attendent une place dans un milieu d'hébergement, bien, on pourrait avoir une liste d'attente CHSLD. Mais il faut avoir une vision globale, parce que les personnes qui attendent une place d'hébergement ne vont pas nécessairement toutes en maison des aînés, en CHSLD publics. Ils pourraient aller en privé conventionné, mais ils pourraient aller aussi du côté d'une RI, dépendamment de leurs besoins.

Alors, ça va tout à fait dans le sens, là, des travaux qui sont faits, pour répondre à votre question, avec les ressources intermédiaires, mais il faut avoir une vision globale de tout ça. Je vais dans le sens de la présidente-directrice générale de Santé Québec. En même temps, c'est des listes d'attente qui bougent à chaque jour parce que... bon. Mais il y a quand même moyen d'avoir un suivi amélioré à ce niveau-là.

Mme Caron : Oui. Bien, en fait, c'est ça, c'est que, dans le cas des RI, c'était plus pour avoir une idée d'ensemble pour... Puis je comprends qu'une personne est en attente d'un milieu d'hébergement qui peut être une RI, mais qui peut être un CHSLD. C'est que, si le ministère ou Santé Québec n'a pas cette vision d'ensemble du nombre de personnes qui sont en attente d'une place RI, comment une planification peut-elle être faite, à savoir qu'on aurait besoin, d'ici trois ans, quatre ans, de quelques RI, tel nombre de places pour des personnes qui ont telle problématique ou pour des personnes aînées? Alors, ce n'est pas seulement d'avoir l'information pour le milieu, mais c'est d'avoir l'information pour permettre une planification à moyen terme.

Et, dans le cas des RI, comme les RI sont construites par des privés avec... selon les normes du gouvernement, et tout ça, bien, si les gens qui sont intéressés ou qui seront intéressés... parce qu'on sait qu'il n'y en a pas beaucoup maintenant, avec les les négociations qui piétinent, mais, si les gens savaient que, dans telle région ou telle autre région, il y aura des besoins d'ici quelques années, ça leur permettrait aussi de prévoir d'acheter des terrains, par exemple, ou de dire : Bon, moi, j'ai une RI dans cette région-là, je pourrais l'agrandir. Mais c'est comme s'il n'y a pas d'information en ce moment. Donc, ce serait intéressant autant pour le ministère que pour le milieu.

Mme Bélanger : Oui. Bien, vous posez une excellente question, puis peut-être juste aussi qu'on se rappelle, tout le monde ensemble, là, que le ministère de la Santé et des Services sociaux avait fait des travaux en lien notamment avec le rapport de la Commission Santé et bien-être, qui faisait une projection sur le nombre de places d'hébergement. Vous vous souvenez, là, qu'il a déposé son rapport il y a trois ans, et, suite à ça, le ministère a regardé

la méthodologie, on s'est donné une vision de développement des places puis, grosso modo — puis je peux vous rappeler, là, ce chiffre-là, ici, à tout le monde, là — ce qu'on avait estimé, c'est que, d'ici 2033, on a besoin d'un total de 24 000 places additionnelles. Donc, 2033, 24 000 places additionnelles. Mais, ça, donc, il y en a une partie en CHSLD, Maison des aînés — privés conventionnés, je les mets là-dedans parce que ça devient des places quasi publiques, là — et c'était grosso modo 5 000 à 6 000 places de RI. Donc, dans le 24 000, là, c'étaient 5 000 à 6 000 places RI. Puis c'est... Donc, c'est important d'aller dans ce sens-là. Alors, cet objectif-là, il est encore important, je pourrais y revenir plus tard, là, mais ça nous donne un ordre de grandeur.

Mme Caron : À l'heure actuelle, le gouvernement est obligé de s'impliquer financièrement dans des projets de construction de nouvelles RI parce que les montants offerts dans le cadre de l'entente sont insuffisants. On sait que l'entente-cadre nationale est terminée ça fait plus d'un an et demi, ça n'avance pas rapidement. Je sais que, maintenant, c'est le ministre des... Santé... des Services sociaux qui a repris ça, qui est revenu.

Par contre, vous avez été aux premières loges parce que vous aviez aussi le portefeuille de Services sociaux. Tu sais, on avait parlé, durant l'interpellation au mois de... au mois de février, mars, qu'on avait fait, du cas de Sept-Îles, où la Société du Plan Nord avait injecté plus de 1 million de dollars pour aider à la construction d'une RI.

Actuellement, Laval, qui est la troisième ville en importance au Québec, elle n'a aucun milieu disponible, et il y a une demande pour une construction de six places qui est faite. Alors, est-ce que dans... Et là je fais référence à un avis d'intention, là, qui a été publié le... le 5 mai 2026, où on dit que «le CISSS de Laval désire conclure l'entente de gré à gré, considérant la nécessité de relocaliser rapidement les usagers afin de désengorger les lits hospitaliers actuellement occupés par des usagers en NSA. La connaissance du marché dans le secteur visé sur l'île de Laval démontre qu'aucun lieu n'est disponible à court terme pour répondre aux besoins identifiés par l'organisme public. Cette situation est notamment attribuable à l'absence de ressources disponibles de façon imminente et aux investissements importants requis pour effectuer les rénovations nécessaires», etc. Alors, ça, c'est à Laval. On ne peut pas avoir trois... six places disponibles actuellement dans la troisième ville en importance au Québec.

Alors, on comprend que, pour l'ensemble du Québec, les projections dont vous venez de parler, de la Commissaire à la santé, de 5 000 à 6 000 places d'ici 2033... mais on sait déjà, par les demandes d'accès à l'information, que 5 500 personnes attendent une place en RI, est-ce qu'il n'y a pas moyen d'accélérer la cadence de ces négociations? On en avait parlé, donc, pendant l'interpellation. Est-ce que vous avez pu faire quelque chose pour tenter de remédier à la situation et faire avancer le tout? Parce que le milieu est vraiment très... très inquiet en ce moment.

Mme Bélanger : OK. Bien, écoutez, on est dans un contexte de négociation. Et puis je comprends que les ressources intermédiaires, le regroupement, trouvent que ça ne va pas assez vite. Et puis... Alors, tant qu'on va rester dans ce contexte-là, c'est difficile de faire de la planification aussi. Vous savez que je ne suis pas à la table des négos, mais je me... c'est un constat que je fais là. Alors, tout est pas mal paralysé, là, à ce niveau-là. Puis je peux le comprendre des promoteurs en ressources intermédiaires qui veulent de la planification, et de un, puis ils veulent avoir aussi des certitudes par rapport au cadre de référence, qui est important.

Je veux quand même mentionner que le ministère a la responsabilité de faire... d'élaborer le cadre de référence et du processus de négo. Ça, c'est extrêmement important. Santé Québec, qui est arrivé il y a un peu plus d'un an et demi, a quand même la responsabilité de convenir des ententes avec les différentes entreprises. On le sait, les RI, je sais que vous savez comment ça fonctionne, ils acquièrent les terrains, construisent la bâtisse, puis, après ça, c'est un contrat qui lie les établissements avec cette ressource intermédiaire là.

• *(14 heures)* •

Alors, le cadre de référence MSSS est en train de se compléter. La négo, je ne peux pas... C'est cet été, qu'on me dit, ça fait que, donc, c'est quand même assez avancé. La négo, bien, je ne peux pas rentrer là-dedans, mais mon souhait, c'est qu'on puisse terminer ça le plus rapidement possible. Et puis, du côté de Santé Québec, bien, il y a une planification à faire en termes de développement de places RI mais aussi des places de longue durée en CHSLD.

Alors, peut-être juste un petit rappel, là, donc, les ressources intermédiaires, au Québec, là... il y a 1 601 RI au Québec, ça représente grosso modo 22 400 places, j'arrondis, et 55 % de ces places-là, ce sont des aînés. Donc, il y a 45 % des places en RI qui sont plus pour d'autres clientèles, les jeunes, les gens ayant des déficiences physiques, trouble du spectre de l'autisme, etc., mais c'est sûr que, pour le 55 % qui sont des aînés, j'ai un oeil là-dessus de façon très, très étroite. Puis c'est important parce que ça va contribuer, à votre première question, à diminuer les listes d'attente, parce que ce sont des milieux qui peuvent répondre très bien, là, aux besoins des populations.

Mme Caron : Absolument, puis, comme on le voit dans le cahier des crédits, à bien moindre coût que dans un CHSLD, parce que les services, les besoins ne sont pas les mêmes dans une... pour les personnes qui sont en RI que les personnes qui sont en CHSLD.

Maintenant, ce que je comprends de votre réponse, c'est que Santé Québec est en train de retravailler le cadre qui... non, le ministère est en train de retravailler le cadre, donc, ce qui doit être dans l'entente nationale pour, disons, l'opération des RI. Alors, est-ce que c'est ça... si ce cadre-là est en train d'être refait, c'est ça qui fait que le Conseil du trésor ne peut pas avancer dans les négociations?

Mme Bélanger : Bien, pas nécessairement, là, parce qu'il y a d'autres composantes, il y a d'autres éléments, dans la négociation, ça fait que ce n'est pas seulement sur la cadre de référence, il y a tous les autres paramètres habituels. Mais la cadre de référence avance, et ça, c'est extrêmement important, il devrait être livré cet été, donc on parle de quelques

semaines. Et c'est très important, parce que ça fait quand même plusieurs années qu'il n'a pas été révisé, ce cadre de référence, donc, il doit vraiment être optimisé. Les travaux sont en cours. Ça fait que cadre de référence et négo, ministère, mais planification et entente contractuelle, c'est vraiment du côté de Santé Québec.

Mme Caron : Santé Québec. Alors... Parce que là, on a parlé beaucoup de développement de RI, mais les 1 601 RI actuellement en opération, il y en a beaucoup d'entre elles qui sont prises à la gorge depuis quelques années, parce que l'entente remontait... avait été signée en 2020, pour cinq ans, puis on sait qu'entre 2020, année de pandémie, et aujourd'hui, tous les coûts partout ont augmenté, et les salaires aussi pour garder les employés. Donc, les RI qui sont actuellement en opération en arrachent et... et c'est pour ça que les... je pose souvent des questions sur ça, sur est-ce que ça va aboutir, ces fameuses négos, parce que non seulement le développement est freiné, mais si, en plus, on se met à perdre des RI comme on a perdu et on continue de perdre des RPA, on va être... on va avoir un méchant problème sur les bras, là.

Mme Bélanger : Bien, je comprends très bien, là, votre intervention, mais aussi la préoccupation du côté des RI. Je veux quand même juste mentionner que, du côté aînés, le bilan, il n'est pas... en termes d'augmentation de RI, il est positif. Ce n'est pas un bilan qui est extrêmement lucratif, là, c'est deux RI de plus, mais au moins on n'est pas en négatif, puis c'est 212 places de plus que l'année dernière, tu sais, quand on se compare par rapport à l'année passée, deux RI de plus, 212 places. Mais il nous en faut plus si on veut atteindre notre grand objectif, alors c'est là qu'il faut que la négociation se fasse, il faut que le cadre de référence, on garde le rythme par rapport à ça, et certainement que ça aidera par la suite, parce que le modèle RI, c'est un modèle qui est fort intéressant, et il est là pour rester. Alors maintenant il faut... il faut poursuivre.

Mme Caron : Il faut donner... il faut s'assurer que le... On veut que les RI restent et que ce modèle-là reste, il faut s'assurer qu'il ait les conditions nécessaires pour rester.

Maintenant, dans le peu de temps qui reste...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : 1 min 36 s.

Mme Caron : 1 min 36 s. Alors, bien, je vais faire référence à la triste histoire de la dame de 76 ans qui était hébergée à la maison des aînés de Drummondville et qui est décédée des suites d'une chute causée par une porte automatique qui l'a heurtée en s'ouvrant sans avertissement quand une employée est passée près de cette porte, là, de l'autre côté de la porte. Puis c'est assez étonnant, parce que les maisons des aînés sont censées être le nec plus ultra. Alors, c'est une maison de 72 places qui a été inaugurée en 2024, au coût de 51,3 millions, donc l'équivalent d'environ 712 500 $ par place. Et, selon le coroner Sanfaçon, c'est l'incapacité des capteurs de ce type de porte à déceler la présence de l'aîné qui a provoqué sa chute. Et c'est la chute qui a entraîné sa mort. Alors, le coroner recommande de revoir ce type de porte. Je ne sais pas il y a combien de portes semblables dans le réseau des maisons des aînés et... Est-ce que vous allez donner suite à la recommandation du coroner?

Mme Bélanger : Oui, bien, écoutez, premièrement, c'est un accident qui est vraiment malheureux, très malheureux, qu'on doit prendre au sérieux, parce qu'effectivement si ce mécanisme de porte est le même pour toutes les maisons des aînés, bien, ça veut dire que ça représente un risque, là, qui est réel, qui est dangereux. Alors, c'est très important qu'on le travaille avec Santé Québec et avec la SQI. Ils sont quand même responsables, au niveau normes d'infrastructures.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

Mme Bélanger : Alors, je vois que Santé Québec est là...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci.

Mme Bélanger : Il faut qu'il y ait une suite à cela dans...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. On poursuit avec la députée de Sherbrooke, pour le deuxième groupe d'opposition, pour son bloc de 19 min 22 s.

Mme Labrie : Merci, Mme la Présidente. C'est la dernière fois que je participe à l'exercice de l'étude des crédits, donc je veux faire des suivis sur des sujets qu'on a déjà abordés ensemble avec la ministre, donc des sujets dont elle a déjà entendu parler, des sujets pour lesquels elle m'a déjà répondu dans le passé qu'ils allaient y réfléchir parce que c'était une question pertinente. Alors, j'espère pouvoir conclure mon mandat en obtenant des réponses enfin à ces questions.

Le premier, c'est la contribution RAMQ des personnes qui ont plus de 65 ans et qui sont assez à faibles revenus pour toucher le Supplément de revenu garanti au fédéral, à qui on fait payer quand même la contribution pour l'assurance médicaments. Juste pour qu'on se comprenne, là, les personnes dont on parle, pour toucher le supplément de revenu garanti, elles gagnent moins de 23 000 $ par année. Puis le pourcentage qui est reçu de supplément de revenu garanti dépend du montant qu'on déclare comme revenu. Donc, plus on a un revenu faible, plus on a un pourcentage élevé du Supplément de revenu garanti. Donc, pour toucher 100 % du supplément, il faut avoir un revenu de 0 $.

J'ai fait plein de simulations, là, avec le calculateur en ligne du gouvernement fédéral. Pour une personne seule, pour toucher 94 % du Supplément de revenu garanti, il faut avoir un revenu en bas de 1 500 $. Plus que ça, on a quand même accès au Supplément de revenu garanti, mais à moins de 94 % de la somme. Et ça, ça fait en sorte que, pour la RAMQ, dès qu'on touche 93 % et moins du Supplément de revenu garanti, on doit payer 100 % de la cotisation de l'assurance médicaments. Puis, en ce moment, cette cotisation-là, c'est 755 $. Donc là, pour le gouvernement, en ce moment, quand quelqu'un déclare 1 500 $ de revenus par année, là, on considère que cette personne-là est trop démunie pour payer la cotisation, elle est exemptée, mais, si la personne déclare 2 000 $ de revenus par année, là, elle touche moins que 94 % du Supplément de revenu garanti puis là, elle va être assez riche pour payer 755 $ de cotisation. Cette personne-là, elle a quand même juste environ 1 800 $ par mois pour vivre, parce qu'avec ce qu'elle reçoit du fédéral... Peu importe le montant qu'on déclare, là, finalement, comme revenu, tous ces gens-là, ils ont en bas de 23 000 $ par année, là, OK?

Donc, beaucoup d'aînés trouvent ça injuste. Et, moi, je les comprends et j'ai déjà parlé de ça avec la ministre il y a deux ans. Je lui avais suggéré d'instaurer une contribution progressive pour que la contribution qui est demandée à l'assurance médicaments, elle soit proportionnelle, finalement, là. Parce qu'en ce moment on passe de tout ou rien, selon qu'on reçoit 94 % du supplément de revenu garanti ou moins. Donc, elle m'avait dit que cette suggestion-là était appropriée puis qu'elle allait regarder ça. Donc, ça fait deux ans déjà, et j'aimerais savoir où ça en est.

• *(14 h 10)* •

Mme Bélanger : Oui, bien, je vais commencer ma réponse, puis on a un représentant de la RAMQ aussi, on pourra compléter si vous le souhaitez. Je veux quand même vous mentionner que les éléments que vous amenez sont fort importants, mais ça concerne beaucoup le ministre des Finances, ministre du Revenu. C'est très, très important.

Je veux quand même mettre l'emphase, là, sur ce qu'on a fait pour aider les aînés qui sont à faibles revenus. Et je reconnais qu'un aîné qui a la pension du Canada et le Supplément de revenu garanti, ce qui totalise un revenu total en bas de 23 000 $, c'est mission impossible pour arriver à vivre. Je reconnais tout à fait ça et je l'ai dit à plusieurs reprises. Je pense qu'il n'y a personne autour de la table qui serait capable de vivre avec moins de 23 000 $ de revenus. Alors, ça, c'est pour le volet fédéral.

Au niveau québécois, on a... on a misé sur notre crédit d'impôt pour le soutien aux aînés pour faire face au coût de la vie. Ce crédit d'impôt, il existe, il est maintenu, on le garde. Et j'espère qu'il sera éventuellement, un jour, bonifié au fur et à mesure dans le futur. Pour le moment, c'est à 2 000 $ par année. Ça fait une très grande différence pour les aînés. On a aussi investi dans un autre crédit d'impôt, qui est le crédit d'impôt pour le maintien à domicile, et un aîné peut désormais recevoir jusqu'à 7 800 $ par année en fonction de son revenu. Donc, je n'ai pas les tableaux, là, de concordance, mais j'imagine que quelqu'un qui a 22 000 $ ou 23 000 $ de revenu doit coter au maximum pour pouvoir recevoir ce crédit d'impôt maintien à domicile, s'il répond aux critères. Alors, c'est des... ce sont des crédits d'impôt qui sont de plus en plus utilisés par les aînés. Parce que je peux vous dire qu'à mon arrivée, en 2022, il y avait même un grand nombre d'aînés qui n'utilisaient pas ces crédits d'impôt. Alors, celui de 2 000 $... pouvant aller jusqu'à 2 000 $ par année est de plus en plus utilisé, celui sur le maintien à domicile est aussi de plus en plus utilisé. Alors, ça, c'est très important. C'est ce qu'on fait. Aussi, le crédit d'impôt pour les proches aidants, je le mets là-dedans parce que c'est lié, quand même.

Et, peut-être, si vous acceptez, là, Mme Sonia Marceau, de la RAMQ, est ici avec nous, elle pourrait vous donner peut-être un peu plus de précisions sur le volet, notamment, là, de... donc...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement?

Mme Labrie : Oui.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement. Mme Marceau, je vais vous demander de vous présenter, s'il vous plaît.

Mme Marceau (Sonia) : ...vice-présidente aux services aux personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Vous excuserez ma voix, elle revient lentement. Donc, effectivement, de façon générale, on ajuste effectivement la prime au niveau du médicament en vertu du SRG. Si le SRG est partiel, bien, on ajuste la prime en conséquence, mais il faut savoir, comme Mme la ministre l'a mentionné, là, le 94 %, il est inscrit dans la... dans la loi de l'assurance maladie, dans la LAMed... Et on doit, dans le fond, pour ajuster ou modifier le 94 %, s'entendre quand même avec les Finances puis avec le ministère pour pouvoir établir un montant... un montant d'équilibre, si on veut, là, avec le montant de la prime à payer.

Cela étant dit, il reste que le montant est quand même évalué au départ dans la capacité de payer, autant du côté de la prime SRG que du côté, là, du montant, là, que la personne va être déduite... complètement ou partiellement du montant à payer. Il y a une évaluation qui est faite, dans le fond, de sa capacité de payer au net.

Mme Labrie : Je ne comprends pas quel genre d'évaluation de capacité de payer vous faites, parce que, dans le fond, la personne, qu'elle reçoive 10 % ou 95 % du Supplément de revenu garanti, à la fin, elle a en bas de 23 000 $, là, finalement, si on compte sa pension de vieillesse, son Supplément de revenu garanti puis son revenu qu'elle avait au départ. Donc, dans tous les cas, elle a en bas de 23 000 $. Elle aura autre chose parce que la ministre a nommé ses crédits, bien sûr, mais là je ne suis pas avec le ministre des Finances, je ne parle pas de crédits d'impôt, en ce moment, je parle de la contribution qui est demandée par la RAMQ.

Mme Marceau (Sonia) : ...auquel cas la limite peut être... pourrait être compensée à 100 % ou non, mais ce que je... C'est que un équilibre qu'il faut qu'on calcule en vertu du fardeau fiscal entre la prime d'assurance médicaments et le 94 % qui doit s'appliquer aussi dans la loi. Ça fait que, si on joue entre le 94 % et le 99 %, il y a un impact à... de l'autre côté, là, par rapport à la prime à payer. Et donc c'est là qu'on doit chercher, là, à trouver l'équilibre, et en évaluant la capacité à payer des familles, des personnes concernées.

Mme Labrie : Pourquoi des familles des personnes concernées?

Mme Marceau (Sonia) : Bien, en fait, c'est que, quand il y a un noyau familial ou il y a une personne seule, ça va être la personne seule, mais si la personne est en union de fait ou en union de mariage, bien, il y a un calcul qui est fait, également, là, pour tenir compte de la capacité.

Mme Labrie : Pour conjoint.

Mme Marceau (Sonia) : Oui, exactement.

Mme Labrie : Pas les... pas les enfants, là, de ces personnes-là.

Mme Marceau (Sonia) : Non.

Mme Labrie : Conjoint. Est-ce que ça a été évalué, la perte de revenus pour l'État que ça représenterait de venir faire en sorte que, finalement, si on est assez démunis pour toucher le Supplément de revenu garanti, on n'ait pas à payer la contribution pour l'assurance médicaments? Parce que c'est l'engagement que la ministre avait pris il y a deux ans déjà.

Mme Bélanger : Oui. Je n'ai pas de rapports à ce niveau-là, là, qui m'ont été livrés, mais c'est une question qui est importante puis qui est tout à fait recevable, et, dans le contexte, des personnes, là, qui n'ont comme revenu que le Supplément de revenu garanti, et donc la pension fédérale, je pense que ça se pose tout à fait, il faudrait le regarder. Il y a les programmes existants, déjà, à la RAMQ, mais, tu sais, c'est de voir est-ce qu'il y a des voies de passage pour que ces programmes-là soient appliqués. Puis c'est ça, la difficulté, là, je l'entends, donc...

Mme Labrie : C'est juste que la ministre m'avait répondu ça, il y a deux ans déjà, qu'il faudrait le regarder, puis là j'entends que personne ne l'a regardé, finalement, parce qu'elle me dit : Il n'y a pas d'analyse, on ne le sait pas. Ça fait que personne ne l'a regardé même s'il faut le regarder.

Mme Bélanger : Bien, écoutez, je ne suis pas prête à vous dire que personne ne l'a regardé, parce que le ministre des Finances a fait quand même plusieurs ajustements pour venir en soutien aux personnes aînées. Probablement que, quand ils font les ajustements, comme on a augmenté beaucoup le maintien à domicile, peut-être que c'est une reconnaissance de le faire de ce côté-là au lieu de le faire en donnant plus d'argent via la reconnaissance du programme d'assurance médicaments. Alors, il faut faire attention pour ne pas porter de conclusion là-dessus, là, notre gouvernement aide les personnes âgées, il y a différents crédits d'impôt, on aide les proches aidants. Votre question est spécifique sur le régime d'assurance maladie... d'assurance médicaments, alors, vous savez...

Mme Labrie : ...les aînés, en fait...

Mme Bélanger : ...ça mérite d'être regardé, mais, vous savez, on a quand même, à la place, augmenté de... on a augmenté le crédit d'impôt maintien à domicile, et, cette année, il atteint un montant de 7 800 $. Alors, c'est une question de choix, à un moment donné, dans les... dans les finances publiques, de dire sur quel crédit d'impôt ou de bonification...

Mme Labrie : Bien là, on ne parle pas de crédit d'impôt, là.

Mme Bélanger : ...ou de programme, ou de programme, appelons-le... on peut appeler ça autrement, mais, à un moment donné, c'est le même argent. Alors, je pense que les deux mesures sont quand même très aidantes pour nos aînés au Québec. Il y a d'autres mesures qui sont annoncées par le fédéral aussi. Il y a d'autres mesures qui ont été annoncées par la première ministre pour réduire les dépenses pour l'ensemble des Québécois. Ça va aussi toucher les personnes qui sont à faibles revenus, pour les aînés. Alors donc, je pense qu'il faut continuer, c'est évolutif, puis il faut continuer à trouver des mesures. Celle-là est une mesure qui pourrait être évaluée, éventuellement...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci.

Mme Bélanger : ...mais je persiste à dire que le crédit d'impôt maintien à domicile, c'était notre mesure phare. Celle-là, on l'a livrée.

Mme Labrie : Oui, sauf que la ministre me répond exactement, exactement, exactement la même chose qu'elle m'avait répondu il y a deux ans. Elle m'avait aussi parlé du crédit de 2 000 $, puis ce que je lui avais répondu à l'époque, c'est que, justement, il y a des aînés qui trouvent ça quand même assez scandaleux de devoir utiliser presque la moitié de ce montant-là, finalement, pour payer leur cotisation à la RAMQ, parce que c'est rendu 755 $. Ça fait que ça part assez vite, là, 2 000 $ quand il faut que tu en mettes 755 $ pour payer ça. Ça fait que moi, je dis à la ministre : Je trouve ça le fun, qu'elle soit sensible au fait que c'est impossible de vivre avec 23 000 $ par année. Bon, ajoutons à ça les 2 000 quelques dollars peut-être que certains d'entre eux ont aussi la prestation de maintien à domicile, on leur souhaite, franchement, mais, pour certains d'entre eux, ces 755 $ là de cotisation pour l'assurance médicaments, ça fait toute la différence dans leur budget, peut-être, entre chauffer un degré de plus leur appartement l'hiver, peut-être manger un repas de plus par jour dans les mois les plus difficiles. Donc, moi, je trouve ça dommage de me faire encore répondre : Ah! c'est intéressant, on va le regarder, puis, deux ans plus tard, finalement, on ne le sait pas où on en est, on ne sait pas combien ça coûterait, ça n'a pas été regardé sérieusement.

Je vais m'essayer sur un autre sujet, celui des appareils auditifs, qui est un sujet récurrent aussi, qu'on a déjà abordé. La ministre le sait, qu'en haut de 65 ans la RAMQ ne rembourse pas la deuxième prothèse auditive, même quand il y a un problème auditif reconnu dans les deux oreilles. J'en ai parlé il y a plusieurs années à la ministre, elle me disait qu'elle était sensible à ça, qu'elle le savait, que c'était difficile pour les aînés de payer pour un deuxième appareil. Puis je suis tout allée relire le verbatim, là, des crédits de l'année passée, de l'autre d'avant, ça fait que j'espère ne pas me faire répondre les mêmes affaires, ça va être bien fâchant. La ministre, elle l'a dit, elle a dit, je vais la citer : «On le sait, d'avoir une santé auditive, c'est extrêmement important pour la suite des choses, pour sa propre sécurité, pour sa qualité de vie, pour le vieillissement actif.»

Elle avait pris l'engagement de regarder ça, elle m'avait même dit qu'il y avait des travaux en cours du côté de la RAMQ pour ça. Il y avait Sylvain Gagnon, qui était sous-ministre adjoint à la Direction générale des aînés et des proches aidants, qui avait pris la parole pour dire qu'il était en train d'évaluer ça. Ça, c'était en 2024. L'année dernière, ma collègue la députée de Sainte-Marie-Saint-Jacques était ici puis elle avait réabordé le même sujet. Puis là il y avait Marco Thibault, qui était PDG de la Régie de l'assurance maladie, qui avait répondu qu'il était en train de travailler avec le ministère pour bonifier le programme, puis la ministre, elle avait reconnu que c'était un besoin de base puis qu'ils continuaient d'examiner ça. Puis là on est en 2026, puis, cette semaine, il y avait un article, dans *La Voix de l'Est*, où il y avait une relationniste du ministère de la Santé et des Services sociaux qui disait que le ministère était encore en train de regarder ça, essentiellement. Ça fait que, là, ça fait plusieurs années, qu'on se fait dire qu'il y a des gens qui regardent ça, là. Ils ont-tu vu quelque chose? On... Qu'est-ce qui va se passer avec ça?

• *(14 h 20)* •

Mme Bélanger : Bien, écoutez, c'est parce que, là, vous prenez programme par programme. Les...

Mme Labrie : ...prends le remboursement du deuxième appareil auditif par la RAMQ, c'est la seule affaire que je regarde.

Mme Bélanger : OK. D'accord, d'accord, mais c'est parce qu'on ne peut pas regarder juste une affaire. Vous venez...

Mme Labrie : Je vous demande des nouvelles de ce dossier-là.

Mme Bélanger : On ne peut pas regarder juste une affaire. Les besoins sont à l'infini. Il y a des choix qui sont faits pour aider les aînés. Le choix que notre gouvernement a fait, je l'ai dit tantôt, c'est le crédit d'impôt maintien à domicile, qui peut aller, donc, jusqu'à un montant qui est relativement important, qui est un des plus généreux au Canada, plus l'allocation pour les aînés de 2 000 $, on parle de...

Mme Labrie : Est-ce que c'est possible de rembourser un appareil auditif avec ces crédits-là?

Mme Bélanger : Je m'excuse, je vais finir ma réponse. On... Je vais...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : S'il vous plaît! Je ne veux pas que personne s'interrompe. On va laisser la réponse.

Mme Bélanger : Alors donc, on parle ici, dans les deux crédits d'impôt que j'ai mentionnés, de près de 10 000 $. D'entendre qu'on n'a rien fait... c'est assez impressionnant d'entendre ça, on est le gouvernement qui en a fait le plus pour soutenir les aînés.

Alors, pour les appareils auditifs, je veux quand même mentionner qu'il y a eu des ajustements financiers au budget à chaque année. L'année dernière, c'est encore une augmentation budgétaire qui a été faite. Il y a de plus en plus de personnes qui... Le programme n'a pas été modifié, mais il y a de plus en plus de personnes qui bénéficient de ce programme-là. Alors, c'est une question de choix, c'est une question que les besoins sont immenses, alors c'est des choix gouvernementaux, mais, s'il vous plaît, ne retenons pas qu'on ne fait rien. Quand on est rendu qu'on donne 10 000 $ pour aider les gens, ce n'est pas rien. C'est une question de choix en fonction des budgets dont on dispose.

Alors, la RAMQ doit continuer de faire évoluer ce dossier-là. J'ai eu des discussions moi-même avec M. Marco Thibault au cours de la dernière année. Alors maintenant, ce qui est important, c'est que les gens qui sont en

attente dans le programme actuel, qu'on puisse les évaluer puis répondre. Puis un jour, on espère qu'on pourra améliorer ce programme-là, mais, à un moment donné, il y a une question de choix.

Puis je pourrais revenir sur le PEFSAD aussi, qui est un programme pour aider les aînés, les aînés qui n'ont pas de revenu, qu'ils puissent aller chercher des services au même titre que ceux qui en ont. Alors, on fait beaucoup de choses pour les aînés, Mme la Présidente.

Mme Labrie : Bien sûr, Mme la Présidente. Puis ce que j'ai dit, c'est qu'il n'y a rien qui a été fait sur le dossier de l'appareil auditif. Je n'ai jamais prétendu, ni ici ni à aucun moment dans les dernières années, qu'il n'y a rien qui avait été fait pour les aînés. Puis à chaque fois que j'ai pris la parole, j'ai même reconnu qu'il y avait eu des investissements importants. Donc, je le fais encore aujourd'hui, mais, visiblement, sur le dossier des appareils auditifs, ça n'a pas progressé. On se fait répondre à chaque année, à chaque année, à chaque année, que vous regardez ça. On se fait répondre : Oui, c'est vrai, c'est important. Moi, aux dernières nouvelles, je ne pense pas que c'est possible, corrigez-moi si je me trompe, de payer un deuxième appareil auditif avec le crédit d'impôt pour maintien à domicile. Est-ce que c'est possible? Je ne penserais pas.

Mme Bélanger : Écoutez, je vous ai dit, là, que le montant, le financement annuel pour les appareils auditifs est de 61 millions. Et ça, c'était du 1er avril 2025 au 31 janvier 2026, parce que c'est sur un programme annuel et non pas sur un programme, là, calendrier du 1er avril au 31 mars. Donc, le programme, à chaque année, il y a un ajustement financier. Alors, il y a déjà là, au moins, une capacité de répondre aux besoins des personnes.

Est-ce que le programme est optimal? Le programme n'est certainement pas optimal, j'en entends parler aussi, mais ce qui est important pour moi, c'est qu'on puisse répondre au besoin en fonction du programme existant, alors... Puis je vous rappelle qu'un aîné qui a droit aux deux suppléments, bien, ça lui fait quand même un revenu, grosso modo, de 10 000 $ de plus...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci. Merci...

Mme Bélanger : ...puis comme il est à faibles revenus, bien, l'indexation... le taux d'imposition...

Mme Labrie : Je voudrais juste rappeler à la ministre que c'est normal que cette enveloppe-là augmente au fil du temps, parce qu'on est en train de vivre un vieillissement de la population. Donc, c'est normal qu'il y ait plus de personnes qui se font rembourser un appareil auditif à chaque année, puis ça va continuer d'être comme ça, que le gouvernement soit bon ou pas bon, là, il va y avoir plus de personnes qui ont un diagnostic de surdité partielle ou complète puis qui vont avoir besoin d'appareils auditifs.

Là, on a l'Ordre des audioprothésistes du Québec qui nous dit que c'est important de le faire parce qu'il y a une diminution jusqu'à 30 % du risque de démence chez les personnes qui ont des appareils versus ceux qui n'en ont pas. Ça permet d'agir en prévention par rapport à la démence. Puis je ne vous parle même pas de tous les effets collatéraux par rapport à l'isolement puis à la santé mentale des gens quand ils n'ont pas la capacité d'entendre ce qui se passe autour d'eux.

Donc, moi, je vais insister là-dessus parce qu'il y a vraiment des effets sur la santé psychologique, la santé cognitive des aînés si on n'est pas capable de leur fournir deux appareils. Est-ce qu'on peut au moins avoir la confirmation qu'il y a encore quelqu'un qui se penche sur la modernisation de ces règlements-là ou si le gouvernement a juste tiré la plug parce qu'ils ont décidé de tout mettre dans le crédit d'impôt pour maintien à domicile?

Mme Bélanger : OK. Alors, bien, écoutez, vraiment, je suis très consciente, là, des discussions avec l'Ordre des audioprothésistes. C'est important qu'on continue les discussions avec cet ordre professionnel, qui vendent aussi des appareils auditifs. Alors, ceci étant dit, je compléterai en temps et lieu les discussions avec cet ordre professionnel, mais c'est important qu'on regarde l'ensemble des choses. Et, sur le marché, il existe des appareils auditifs, mais il y a des normes professionnelles aussi qui amènent certaines exigences. Ça fait que, là, je ne veux pas rentrer dans le champ de pratique des audioprothésistes, même si j'aurais...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

Mme Bélanger : ...vraiment le goût de le faire, mais on a du travail à faire avec eux, et tout n'est pas si simple que ça. Alors, que l'Ordre des audioprothésistes soit ouvert, on...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Merci. Ce bloc vient de se terminer. On poursuit avec l'opposition officielle, pour son deuxième bloc, 19 min 22 s.

Mme Caron : Merci, Mme la Présidente. Alors, moi, je vais aller sur le soutien à domicile. Alors, selon le coup d'oeil Santé Québec, il y a 12 428 personnes qui attendent un premier service à domicile, à la dernière mise à jour. Selon le cahier de réponses de Santé Québec aussi, pour la période 11 au 7 février 2026, il y a 40 973 personnes qui attendent un service, donc, pas un premier service, mais un service, et dont la majorité de ces personnes attendent très longtemps. Donc, 30 jours ou plus, il y a 18 000 personnes, 90 jours ou plus, il y a plus de 12 000 personnes, et le délai moyen d'accès pour recevoir un premier service est d'un peu plus de 20 jours. Dans la région centre de l'Ontario, il y a zéro attente. Alors, je comprends qu'on ne fonctionne pas de la même manière.

Ma question : Est-ce que le plan d'action que Santé Québec est en train d'élaborer, le plan d'action de la politique de soutien à domicile, est-ce que... qui est attendu, qui est annoncé pour le mois de juin, est-ce que ce plan d'action s'attaque à cette attente de... à la durée d'attente, puis évidemment, bien, au nombre de personnes, on veut faire baisser la liste, mais tout en s'assurant que chaque personne reçoive suffisamment d'heures de soutien à domicile, là, pas en servir plus avec moins d'heures, mais... est-ce que... est-ce que, donc, ça fait partie du plan d'action qui sera dévoilé en juin par Santé Québec?

Mme Bélanger : Oui. Alors, merci pour la question. Alors, vous le savez, depuis 2019, on a enclenché vraiment des grandes transformations au niveau du soutien à domicile. En 2019, on avait un budget de 1,4 milliard. On est maintenant, aujourd'hui, à 2,6 milliards de budget en soutien à domicile. C'est une augmentation de 86 %. Alors, c'est énorme, en termes d'investissements.

Maintenant, on l'avait dit, l'argent, c'est une chose, mais il faut aussi être capables de réviser nos processus. On a lancé la Politique nationale de soutien à domicile il y a quelques mois, et, maintenant, il y a un plan d'action qui est en rédaction. Le plan d'action se fait du côté du ministère, OK, il est avancé au moment où on se parle. Ce plan d'action est fait, naturellement, en collaboration, là, je ne vais pas rentrer dans tous les détails de la mécanique, mais il y a un travail d'étroite collaboration qui est fait avec Santé Québec. Il y a plusieurs actions, ce sera dévoilé incessamment. Le plan est vraiment très avancé, le plan d'action.

Alors donc, pour répondre à votre question, oui, l'ensemble des actions, là, visent essentiellement à répondre aux besoins des Québécois, Québécoises quand ils ont des besoins de soutien à domicile. Puis on le sait, qu'avec le vieillissement, on peut penser que ça va aller en augmentation, puis, de toute façon, ça fait partie des bonnes pratiques dans un système de santé, donc, d'améliorer nos services de soutien à domicile puis de trouver... de laisser les gens le plus possible dans leurs milieux de vie, là où ils veulent demeurer. L'autre chose... Il y a les heures de soutien à domicile. Ça, ça passe par le budget. Le budget, on l'a augmenté constamment. Donc, on continue à garder le cap là-dessus. Il faut bien utiliser cet argent-là. C'est ce que Santé Québec a fait aussi, notamment, depuis son entrée en fonction.

• *(14 h 30)* •

Puis la troisième chose : réduire les listes d'attente. Pour les listes d'attente, je veux quand même juste vous dire qu'en... prenons l'exemple de 2023-2024, je vais revenir juste sur les trois dernières années, en 2023-2024, il y avait 19 752 personnes qui attendaient pour un service en soutien à domicile. En 2024-2025, on a donc réussi à réduire ce nombre de personnes en attente à 17 883. Et, pour la première fois depuis très longtemps, malgré que la demande s'accroît, parce qu'il y a beaucoup de demandes, ce qui est une bonne chose, bien, cette année, Santé Québec a terminé, au 31 mars 2026, avec 12 428 personnes en attente. Alors, il faut diminuer ça. Il faut, hein, être capables de prendre plus de demandes, d'évaluer plus rapidement puis diminuer ça, mais, pour moi, c'est porteur d'espoir. Je pense qu'on est à la bonne place. Le plan d'action, il faut qu'il aille dans ce sens-là.

Et, ceci étant dit, il y a quand même beaucoup d'équipes au Québec qui donnent des très bons services de soutien à domicile. On en entend quand même parler. Il y a des belles histoires de soutien à domicile au Québec.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci.

Mme Caron : Merci. Alors, on parlait... je vais vous parler du PEFSAD, vous l'avez mentionné tantôt. Alors, selon le cahier de réponse du ministère, il y a eu une hausse de 21,3 millions pour renforcer le PEFSAD. Est-ce que je comprends aussi que le panier de services élargi comprend maintenant les services d'assistance personnelle, comme il avait été demandé par le réseau des EESAD, mais dans trois projets vitrines, et que, bon, l'objectif, à plus long terme, c'est de déployer à plus large échelle, donc dans toutes les régions? Est-ce qu'on a un horizon de temps pour le déploiement du panier élargi, du panier de services élargi du PEFSAD?

Mme Bélanger : OK. Alors donc, pour le programme d'exonération financière en soutien à domicile, c'est un programme qui est extrêmement important, puis on le sait qu'on l'a bonifié constamment. Alors donc, on avait mis en place des projets vitrine. Grosso modo, là, les entreprises d'économie sociale en soutien à domicile donnent des services à plus de 100 000 personnes. On est très content de ça, et ça continue. On a beaucoup subventionné ces organismes-là. C'est à coups de 10 000 par année de personnes de plus qu'ils desservent. Ils faisaient des menus travaux domestiques d'entretien ménager, vous le savez, et, en continuant de financer ces entreprises-là, on a dit : Bien, il faut que vous élargissiez vos programmes. Il faut bonifier, donc, le PEFSAD, comme vous venez de le dire, puis vraiment s'assurer d'avoir des services davantage en lien avec l'aide à la personne, que ce soient des services de répit, de gardiennage, d'accompagnement pour faire des courses, donc d'aide à l'administration des médicaments, l'aide aux soins d'hygiène, à l'alimentation, etc.

Alors, il y a des projets vitrines qui se sont déroulés, on avait fait l'annonce il y a quelques mois, à Beloeil, Rimouski, Lac-Saint-Jean. Ça se passe très bien actuellement. La prochaine séquence, c'est de le déployer à d'autres EESAD. Donc, on s'en va dans la bonne direction. Ils travaillent avec le regroupement des EESAD du Québec pour former les gens, parce que, bon, vous savez que ça demande beaucoup de formation aussi. On ne peut pas faire ça n'importe comment. Alors donc, ils sont en discussion, naturellement avec Santé Québec, parce que les EESAD, dans le fond, sont présents dans toutes les régions du Québec, dans nos territoires de CLSC notamment.

Mme Caron : D'où ma question, Mme la Présidente. Je ne voulais pas un portrait des EESAD parce que je le connais. La question, c'était : Est-ce que ces projets vitrines vont être déployés... Oui, on sait qu'ils vont être déployés à plus large échelle, mais quand?

Mme Bélanger : Bien, écoutez, je peux peut-être demander du côté de Santé Québec pour la suite des choses, parce que je ne veux pas... Dans le fond, on a notre plan d'action soutien à domicile qui s'en vient, mais je peux passer la parole à Santé Québec pour la suite des choses, mais l'objectif, c'est que toutes les EESAD au Québec entrent dans ce modèle-là. Chacune des EESAD s'est assise avec son CISSS ou son CIUSSS pour faire une planification des actions. Alors, on est vraiment là-dedans. On voulait faire le bilan des trois EESAD qui se complètent, mais on est là pour l'avancer, le financement est là aussi. Je pense que Mme Poupart, si vous le souhaitez, peut vous donner du détail.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement?

Mme Caron : Consentement si j'ai une date, sinon je vais passer à la prochaine question.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Mme Poupart, je vais vous demander de vous présenter.

Mme Poupart (Maryse) : Bonjour, je suis Maryse Poupart, je suis la vice-présidente aux opérations et à la coordination du réseau.

Alors, on est à terminer le projet. Les trois projets pilotes ont été lancés à l'hiver dernier, l'hiver 2026. Alors, ce qu'on est en train de faire, c'est de poursuivre cette évaluation-là pour aller plus loin, pour pousser la prochaine phase de déploiement. Alors, on va prendre... On va avoir besoin d'un décret pour finaliser tout ça, donc c'est prévu dans les prochains mois, et l'objectif, c'est d'avoir six nouveaux établissements qui seront lancés. Donc, c'est ce qui s'en vient dans les prochains mois.

Mme Caron : Merci. Alors, après avoir lu la politique qui a été dévoilée, la politique de soutien à domicile dévoilée en janvier dernier, je pense que le gouvernement veut faire une belle place aux EESAD, mais on sait que depuis... depuis la pandémie, il y a eu quand même hausses des salaires, il y a eu des formations, comme la ministre vient de le dire, pour que les EESAD en fassent plus. Ce que j'aimerais savoir, c'est : Comment vous conciliez cette belle place qui est annoncée dans la politique puis ce qui semble être sur le terrain des actions qui nuisent aux EESAD, par exemple avec le lancement d'appels d'offres pour chercher le plus bas soumissionnaire pour offrir des services? Parce qu'on sait qu'il y a plusieurs... en fait, qu'il y a des soumissionnaires qui ont obtenu les contrats, ce sont des coquilles vides qui n'ont pas... qui n'ont même pas le personnel nécessaire, qui vont marauder dans les... dans les EESAD pour avoir du... pour aller recruter le personnel aux EESAD qui n'ont pas eu les contrats parce qu'on leur a dit, au fil des ans : Il faut que vous formiez, que vous payiez correctement vos employés, ce qu'ils font, donc ils seront plus compétitifs avec les plus bas soumissionnaires. Et là je comprends qu'il faut respecter la loi, mais, dans la Loi sur les contrats des organismes publics, à l'article 14.4, on... ça nous permet de réserver des contrats à des entreprises d'économie sociale, ce que sont les EESAD.

Alors, pourquoi avoir changé la façon de faire, alors que c'est un modèle qui est bien implanté, les EESAD sont bien implantées dans les milieux? Les 100 000 quelques personnes qui reçoivent des services sont habituées à un service stable, souvent avec la même personne, et là on vient tout chambarder ça à cause de la création de Santé Québec qui veut suivre la LCOP à la lettre. Sauf qu'il y a un article dans LCOP qui permettrait aux EESAD d'être privilégiées, et il pourrait au moins y avoir des critères dans ces appels d'offres. Alors, qu'est-ce que... qu'est-ce qu'on va faire pour régler ça? Parce qu'on ne veut pas perdre les EESAD.

Mme Bélanger : Eh bien, effectivement, on ne veut pas les perdre, puis c'est vraiment extrêmement important comme travail. Puis vous savez que c'est la priorité. C'est que les entreprises, qu'elles soient des entreprises d'économie sociale ou des entreprises privées, ce qui est important, c'est de s'assurer que la qualité des soins et services puis que leur... que leur personnel soit compétent.

Je veux être prudente ici, je ne veux pas commenter le processus d'appel d'offres, qui relève directement de Santé Québec. C'est quand même important de le mentionner, là. Alors, oui, il y a la Loi sur l'octroi des contrats, mais c'est Santé Québec qui a piloté les appels d'offres, et ils pourront, si vous le souhaitez, vous revenir avec une réponse. Mais je veux juste quand même vous dire, actuellement, ce qui a été fait pour les appels d'offres. Il y a... On a tenu compte, là, donc, du critère qualité en mettant un critère de 15 % dans les appels d'offres, justement pour considérer nos entreprises d'économie sociale. Ça fait que ça, c'est quand même important, puis je pense qu'ils peuvent vous l'expliquer.

Maintenant, on le sait que, dans certaines régions, c'est des entreprises autres qui ont... tout le monde a soumissionné, puis que c'est des entreprises autres qui ont été sélectionnées. Alors, il y a eu des évaluations de ce côté-là, du côté de Santé Québec. Je pense qu'ils peuvent vous en parler, puis vous en parler pour la suite des choses. Parce que l'idée... on ne veut pas favoriser une entreprise. Qu'elle soit d'économie sociale ou privée, c'est la loi de l'appel d'offres qui est importante, mais il faut ajuster les critères à la réalité des organismes qu'on subventionne comme gouvernement. Alors donc, c'est vraiment important. Si vous le souhaitez, Santé Québec peut vous répondre là-dessus, c'est eux qui ont... qui sont les gestionnaires du contrat.

Mme Caron : Alors, oui, pour une réponse brève, s'il vous plaît, parce qu'il ne me reste pas beaucoup de temps pour les autres questions.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Mme Poupart.

Mme Poupart (Maryse) : En fait, bien, on est allés dans un processus d'appel d'offres, vous l'avez nommé, pour se conformer aux différentes lois, mais on a été extrêmement prudents de s'assurer d'intégrer les critères qualité puis d'avoir une grande robustesse à cet égard-là. Et, au moment où on se parle, on est en train de se donner vraiment un cadre très précis pour que ce soit une juste concurrence puis qu'on ait vraiment les services de qualité pour nos personnes qui ont besoin à domicile.

Alors, actuellement, on travaille sur différents éléments pour formaliser les choses. Et, au moment où on se parle, dans différentes régions du Québec où est-ce qu'il y a eu appels d'offres, la transition s'est très bien faite avec les entreprises d'économie sociale. Certaines d'entre elles ont obtenu les contrats, dans d'autres cas, ça n'a pas été possible. Puis je vous dirais qu'au-delà de ce qu'on peut entendre, à savoir est-ce qu'ils ont obtenu ou pas obtenu le contrat, il y a aussi que, dans certains milieux, ça nous a permis d'aller encore plus loin dans l'offre de services aux personnes à domicile, parce que, dans certains moments, on n'avait pas d'accès soit en soirée, soit les week-ends, donc ça nous a permis aussi d'aller à cet égard-là.

Donc, le processus d'appel d'offres est venu répondre à un besoin. Puis, au moment où on se parle, on est en train de formaliser un cadre très précis pour s'assurer qu'on tient bien compte de la qualité et qu'on s'assure de répondre aux besoins de nos personnes à domicile sur les différents quarts de travail lorsque c'est requis et sur les différentes journées de la semaine lorsque c'est requis.

• *(14 h 40)* •

Mme Caron : D'accord. Alors, Mme la Présidente, le projet de loi n° 10, qui a été adopté en 2023, visait à abolir le recours à la main-d'oeuvre indépendante dans le réseau. Là, on passe avec les appels... aux appels d'offres. Je comprends que les EESAD sont aussi du privé. On ouvre la porte à tout. Est-ce qu'il n'y a pas un risque, justement? On va au plus bas soumissionnaire pour offrir peut-être plus de services à plus bas prix des employés? Parce que, quand je vous disais tout à l'heure que, dans les régions où les EESAD n'ont pas remporté l'appel d'offres, les employés... le soumissionnaire qui avait... qui avait remporté l'appel d'offres, qui allait chercher des employés de l'EESAD qui avait perdu l'appel d'offres, leur offrait des salaires inférieurs de quelques dollars de l'heure inférieurs... puis on sait que ce sont des femmes, souvent, qui travaillent comme aide à domicile, qui travaillent dans les EESAD, donc on vient précariser, d'une certaine manière, ces personnes-là, alors qu'on avait dit à leur ancien employeur qu'il fallait mieux les payer et on avait dit très fortement au gouvernement : On veut se défaire des agences d'infirmières. Parce que le discours était le même. Quand les agences de placement d'infirmières ont été utilisées, c'était pour avoir des gens qui travailleraient à toute heure, et puis que ça coûterait moins cher. Puis, au final, ça a fini par coûter trois fois le prix, ça a pris une loi pour mettre fin à ça et ça a été très difficile et très douloureux dans plusieurs régions.

Alors, si on fait... on répète l'histoire avec les appels d'offres pour le soutien à domicile. Est-ce qu'on ne se met pas à risque de se retrouver, dans quelques années, avec des services privés qui vont, là, coûter plus cher? Parce que les EESAD qui ne les auront pas, les appels d'offres, vont finir par disparaître puis tout le modèle sur lequel on a travaillé fort va partir.

Mme Bélanger : Écoutez, vous le savez, dans le fond, dans... C'est parce que, là, on commente un processus d'appel d'offres puis les résultats de ça. Ça fait qu'il faut éviter de faire ça, là, je veux juste être claire là-dessus. Moi, j'aime mieux que ce soit Santé Québec, c'est eux qui ont piloté l'appel d'offres, qui ont octroyé les contrats, il faut que ça revienne à eux. Comme ministre, c'est un peu délicat, là, que je me positionne dans la qualité des différentes entreprises.

Moi, par contre, ce que je souhaite, comme ministre de la Santé, c'est que la qualité des soins et services soit vraiment respectée. Et on a des attentes très claires par rapport à ça et je vous rejoins tout à fait dans votre question. Alors, pour ce qui est des soumissionnaires, il y a une règle qui existe, vous la connaissez, vous l'avez mentionné vous-même, mais il y a des critères de qualité aussi. Donc, ce n'est pas seulement le plus bas soumissionnaire. Je ne veux pas commenter sur les cas particuliers que vous avez nommés, je ne les connais pas moi-même, ces cas particuliers parce que... j'en ai entendu parler, bien sûr, mais je ne veux pas, là, outrepasser puis nuire au processus contractuel, mais je m'attends à ce que Santé Québec le fasse. Alors donc, ça, c'est vraiment important. Mais ce n'est pas seulement le plus bas soumissionnaire, ils ont la capacité de mettre des critères en lien avec la qualité, puis ils l'ont fait. Alors, ils peuvent peut-être vous en parler un peu plus.

Mme Caron : Non, merci. Je vais passer à la question suivante. Vous avez parlé tout à l'heure du crédit d'impôt de maintien à domicile, qui atteint maintenant 7 800 $. Alors, à mon tour de poser une question pour la quatrième fois. Est-ce que les EESAD pourront, oui ou non, appliquer ce crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés directement sur leur facture? Comme c'est une demande récurrente, étant donné que ce sont des partenaires qui ont fait... qui ont fait leurs preuves, avec qui on a confiance parce qu'on applique le PEFSAD, ce serait plus facile pour les usagers d'utiliser leur... d'obtenir leur crédit d'impôt de maintien à domicile au fur et à mesure qu'ils utilisent des services, là. Ce n'est pas un sujet nouveau, on en a parlé dans les quatre... dans les quatre études de crédits.

Mme Bélanger : Oui. Bien, écoutez, je pense qu'on a fait beaucoup évoluer nos entreprises d'économie sociale en soutien à domicile au Québec, là, en revoyant l'organisation du travail, en modifiant le programme périssable. Là, dans le fond, la demande que vous faites est tout à fait acceptable, mais il faut vraiment explorer ça puis il faut attendre que nos entreprises d'économie sociale... On va y aller par étapes, là. L'objectif, c'est qu'ils puissent se déployer, donc, les services à la personne. C'est ça, notre priorité avec les entreprises d'économie sociale. Puis on avait des projets de démonstration, puis là on veut le faire à un bon rythme.

Pour ce que vous... votre question. Dans le fond, vous dites : Est-ce que le crédit d'impôt pour maintien à domicile pourrait servir pour que les gens puissent s'acheter des services d'entreprise au niveau de l'entreprise d'économie sociale?

Mme Caron : ...puisse être utilisé au fur et à mesure, oui.

Mme Bélanger : Bien, écoutez, il faut vraiment regarder ça, mais il faut que les entreprises d'économie sociale soient en mesure d'aller chercher les revenus des personnes, qu'ils aient le personnel nécessaire pour aller à Revenu Québec, etc. Ça fait qu'il y a des conditions à regarder. Ils le font déjà pour le programme PEFSAD, mais, pour le faire pour... plus...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

Mme Bélanger : ...bien là, il faut regarder vraiment le volet légal de tout ça. Mais, honnêtement, ce qui est important, c'est de franchir les étapes. Puis les EESAD, là, ce qui est le plus important, c'est les...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Merci. On est rendu maintenant au bloc appartenant à la députée de Chicoutimi pour 19 min 22 s.

Mme Laflamme : Merci, Mme la Présidente. Bonjour Mme la ministre. Bonjour aux collègues. Bonjour aussi à tous ceux qui se sont déplacés cet après-midi pour cette étude de crédits bien importante pour le Québec, notamment pour les régions, parce que, vous le savez comme moi, le vieillissement de la population est accéléré dans plusieurs régions du Québec, dont la mienne, le Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Alors, je vous ramène un peu sur l'hébergement, dans un premier temps. Vous l'avez mentionné tantôt, dans le cadre, là, des projections du besoin de places d'hébergement en CHSLD, en RI-RTF, SAPA, 2023-2033, vous avez parlé d'un besoin supplémentaire de 24 000 places d'ici 2033. Maintenant, si on ramène ça au niveau des RI, on parle de 6 043 places dont on aurait besoin. Puis ça, ça parle nécessairement seulement des personnes âgées, mais pas des autres besoins, par exemple, là, en DI, santé mentale, déficience physique, etc.

Alors, comme cette projection-là est connue depuis 2023, là, il y a un plan d'action, donc, qui est déjà appliqué? Où est-ce qu'on en est avec l'atteinte de cet objectif-là à l'heure actuelle?

Mme Bélanger : Oui. Alors, bien, écoutez, c'est une très bonne question, parce qu'on a fait énormément de choses pour, donc, le déplacement... le développement des places de longue durée au Québec. Premièrement, une phase I avec les maisons des aînés. Au moment où on se parle, 46 maisons des aînés ont été livrées — pour environ 3 500 places? Peut-être juste me donner l'information à ce niveau-là... C'est déjà livré au moment où on se parle. Ça fait que c'est quand même important. Il y a une phase II qui est en cours, de maisons des aînés, phase II améliorée. Alors, je pourrais y revenir éventuellement si on a des questions là-dessus, mais, pour les maisons des aînés, phase I, c'est 3 456 places exactement, OK, c'est fait, c'est livré.

La phase II, il y a des... Et on avait aussi un estimé d'ouvrir un nombre de places supplémentaires. Dans la phase II, elles sont en grande majorité en construction, OK, donc ça va nous amener un nombre de places important pour la phase II. Santé Québec fait aussi des travaux actuellement pour ce qu'on appelle une phase III. Et là on n'a pas les chiffres parce qu'ils sont en train de préparer ces travaux-là, mais notre objectif, c'est de répondre, en 2033, à 24 000 places additionnelles.

Alors, il y a des choses qu'on a quand même faites, là, il y a quand même des milliers de places qui ont été, à la phase I, rendues disponibles. La phase II, il y a de la construction, on est contents de ça, avec un modèle aînés, maisons des aînés, on va dire, 2.0, on va l'appeler comme ça, donc des places supplémentaires. Et puis une phase III où on va... donc, Santé Québec va réfléchir, et ils sont en train de le faire, à des partenariats. Donc, on verra la forme que ça prendra lorsqu'ils auront terminé leurs travaux pour s'assurer d'avoir des places en CHSLD qu'on a besoin au Québec. C'est... dans le 24 000, il y en a 18 000, CHSLD. Alors, très important. Alors, il y a des projets actuellement au Québec, là, qui seront annoncés sous peu dans la phase II, donc...

Et le 6 000 RI, je reviens à... la question de la collègue députée de La Pinière est très pertinente aussi parce qu'il faut cette même planification-là pour les ressources intermédiaires.

Mme Laflamme : Donc, deux choses. Est-ce que le 3 456 places, ce sont des places supplémentaires? Donc, est-ce que c'est un nombre brut ou un nombre net de places? Donc, c'est une... c'est des places supplémentaires ou ce sont des places en maisons des aînés? Parce qu'il y a eu des transferts aussi de places, il y a eu des fermetures aussi de CHSLD qui étaient désuets.

Mme Bélanger : Bien, en fait, ce n'est pas des places nettes, ce n'est pas des places nettes parce qu'il y avait des CHSLD qui en ont profité. Parce que, vous savez, on a aussi... ça, c'est l'enveloppe de construction, mais on a aussi une enveloppe de maintien d'actifs. Alors, supposons qu'on ouvrait une maison des aînés dans une région donnée, mais que le CHSLD qui était à côté comportait des chambres de trois places, bien, on en a profité pour ramener ça à des chambres privées en priorité, au... quand c'était vraiment impossible, au moins de ramener ça à des chambres semi-privées. Ça fait que ce n'est pas des places nettes, mais on s'approche de ce montant-là, quand même, qui est important.

Nos CHSLD publics au Québec ont quand même accès à des enveloppes de maintien d'actifs pour améliorer, donc, leurs places à l'intérieur. Mais là on appelle ça «construire par l'intérieur». Ça fait que, des fois, oui, ils peuvent perdre un certain nombre de places, mais on a évité de faire des fermetures de CHSLD. C'étaient plutôt des transformations.

• *(14 h 50)* •

Mme Laflamme : OK. Mais donc on comprend que le 3 456 places, ce ne sont pas des places supplémentaires nécessairement.

Mme Bélanger : Bien, pas nécessairement, ça dépend des régions. Il y a des régions que c'est des places nettes, il y a d'autres régions que ça permettait un effet domino, par exemple. Ça permettait de fermer un CHSLD, parce que, là, il est rénové puis il va ouvrir dans un an. Ça fait que, tu sais, il faut... la mathématique de ça, il faut le regarder sur du long terme, mais c'est quand même... ce qu'on a livré, c'est 3 456 places, donc, qui ont été livrées. Ça, c'est ce qui a été livré. Puis, dans la phase II, il y en a un nombre aussi important, là, qui s'en vient.

Mme Laflamme : Donc, c'est un rythme de 875 places par année. Comment... Est-ce qu'on va augmenter la cadence? Comment on va s'y prendre pour arriver, en 2033, à répondre à l'objectif?

Mme Bélanger : Bien, notre cadence est bonne, c'est la... c'est une bonne cadence. Premièrement, il y a l'industrie de la construction. Il faut que les contracteurs soient disponibles dans une région donnée. Ça fait que ça, c'est déjà... il faut tenir compte de ça. L'autre chose, il faut tenir compte du personnel qu'on ajoute dans ces ressources-là. Alors, c'est du personnel 24 heures sur 24, sept jours sur sept, les préposés, des infirmières, des professionnels. Ça fait que, même si on... demain matin, on avait une baguette magique puis qu'on ouvrait 5 000 places cette année puis 5 000... bien, il va falloir qu'on ait le personnel. Ça fait qu'il faut doser ça. Ça fait que c'est extrêmement important.

Alors, l'autre chose, on a fait du conventionnement. Les CHSLD privés ont plusieurs... donc sont devenus conventionnés. Ça fait que ça, c'est des places de disponibles de plus de catégorie publique, je vais les appeler comme ça, là, juste pour qu'on ait... qu'on soit sûrs de se comprendre. C'est 3 098 lits conventionnés, donc, qui s'ajoutent à notre 3 456, les CHSLD privés, où les gens étaient hébergés en longue durée et qui se voyaient payer, donc, des frais quand même importants, là, quand on a besoin de services. Ça fait que ça s'ajoute mathématiquement, il faut tenir compte de ça dans la mathématique.

Mme Laflamme : Vous avez bien raison de parler du contexte de la construction aussi, parce que, selon une étude de l'association des ressources intermédiaires du Québec, il y a 72 % des appels d'offres pour créer des nouvelles places en RI qui ont été annulées depuis 2020, faute de soumissionnaires ou encore de projets viables. Donc, ce serait environ, là, 4 100 places qui n'auraient jamais vu le jour. Qu'est-ce qu'on peut mettre... qu'est-ce que le gouvernement va mettre de l'avant pour susciter, en fait, un nombre de soumissionnaires plus grand pour répondre à ça, en RI spécifiquement?

Mme Bélanger : Bien, les RI sont des ressources qui sont absolument essentielles. Tantôt, j'ai eu l'occasion de répondre à la députée de La Pinière à ce niveau-là, là, qui avait posé la question. Tu sais, grosso modo, au Québec, on a 1 601 RI. Donc, ce n'est pas des RI seulement aînées, c'est des RI pour les personnes ayant un trouble de santé mentale, DI-TSA, adultes ayant des besoins, donc, particuliers. Il y a 16 001 RI au Québec, ça totalise 22 482 places. Ça, c'est toutes catégories confondues. À peu près 55 % des places en RI sont des places aînés.

Alors, au niveau aînés... parce que, là, je vous ramène, là, sur les fermetures, mais au niveau aînés, on a, au moment où on se... où on se parle, un bilan positif de 162 places. Alors, c'est quand même important. Ce n'est pas... On aurait aimé qu'il soit plus important. Il y a deux choses qui est en train de se travailler du côté des ressources intermédiaires. Le ministère travaille le cadre de référence, qui devrait être livré cet été. Il y a le processus de négo qui est en cours, et Santé Québec travaille, donc, à la planification, alors... avec les ressources intermédiaires. C'est vraiment du côté de Santé Québec que ça doit se passer.

Et puis, vous savez, tant que la négo n'est pas complétée, tant que le cadre de référence n'est pas complété... bien, les promoteurs, si on peut les appeler comme ça, ou les entreprises, bien, attendent que tous ces éléments-là soient complétés.

Mme Laflamme : Merci. J'ai quand même une préoccupation par rapport aux régions éloignées, où ça coûte beaucoup plus cher. On a lu dans les médias dernièrement, notamment aux Îles-de-la-Madeleine, que les RI se sentaient particulièrement impactées par l'augmentation des coûts et par le fait que les tarifs n'étaient pas ajustés, alors ils ne voyaient pas la façon d'y arriver. Comment, en fait, bonifier là-bas déjà ce qui est existant, comment y arriver au niveau des coûts? Qu'est-ce que vous avez comme plan de match pour ça?

Mme Bélanger : Bien, au niveau de... au niveau des Îles-de-la-Madeleine... c'est un bon exemple que vous amenez, elles faisaient partie des maisons des aînés qu'on devait construire, c'était l'engagement de 2019. On devait construire une maison des aînés, donc, aux Îles-de-la-Madeleine, un projet que j'ai arrêté parce qu'il y a eu des appels d'offres et les coûts sont sortis... puis c'est public, là, je le mentionne, ça a été... c'est public, et les citoyens des Îles-de-la-Madeleine sont bien au courant de ça, les coûts sont sortis à plus de 2 millions la porte, bon, à raison de l'éloignement, etc. Ce n'était pas un modèle qui convenait nécessairement aux Îles-de-la-Madeleine. Je vais donner cet exemple-là.

Par contre, par contre, il y a eu une autre entente avec une ressource qui était présente, qui est tout près du centre hospitalier, pour répondre aux besoins des aînés. Mais je pourrais peut-être laisser Santé Québec vous parler de cette entente-là parce que c'est un beau partenariat puis ça fait en sorte que ça donne des places aînés qui répondent aux besoins d'une communauté. Ça fait qu'il faut faire attention pour ne pas, tu sais, avoir la solution...

Mme Laflamme : De mur-à-mur.

Mme Bélanger : ...de mur-à-mur. Ça, c'est un exemple où il y a eu quand même une belle solution.

Mme Laflamme : C'est bien. Ça va, votre réponse me satisfait.

Mme Bélanger : Oui, ça va? OK, parfait.

Mme Laflamme : Je vous remercie beaucoup.
Je vais vous amener sur l'actualité. Ce matin, on parlait, dans *Le Soleil*, d'un règlement déposé par Santé Québec concernant les RPA. Fort intéressant, cela dit. En février dernier, on apprenait qu'en huit ans, 740, quand même, résidences pour aînés ont fermé. Le règlement, ce matin, dont faisait état *Le Soleil*, est-ce que vous pensez que ça va aider, en fait, le Québec à voir diminuer le nombre de fermetures de ses résidences et de permettre un nombre d'ouvertures plus grand?

Mme Bélanger : Bien, écoutez, c'est ça, l'objectif, hein, l'objectif d'avoir révisé la réglementation. Puis ça faisait longtemps que le cadre de règlement n'avait pas été révisé. Là encore, je suis obligé de vous dire que c'est Santé Québec qui a fait toute cette négociation du cadre réglementaire avec le regroupement du RQRA puis avec d'autres acteurs, donc, du domaine des RPA. Et il était attendu... cette révision, elle était attendue depuis longtemps, puis je pense que Santé Québec a réussi à faire un travail important avec le regroupement qui représente les RPA. Ce règlement sera donc annoncé très bientôt. Alors, il a été, si je ne me trompe pas, publié dans la *Gazette officielle*, mais il n'a pas encore été annoncé. Ça fait que, donc, c'est sûr que, là, il y a de l'information qui circule, mais Santé Québec sera en mesure d'en faire une annonce bientôt.
Puis, oui, l'objectif, c'est que... d'alléger, d'alléger sans toucher à la qualité des soins et services, parce qu'il y a beaucoup de RPA qui ont fermé. Depuis... ça a commencé en 2014, 2015, 2016, parce qu'il y avait beaucoup de petites RPA qui étaient des anciens foyers, on appelait ça comme ça dans les régions, un foyer pour personnes âgées qui sont... qui étaient vraiment des ressources de type familial et qui, au fil du temps, pour toutes sortes de raisons, avaient de la difficulté à répondre aux exigences réglementaires, mais pas seulement, certains avaient des problèmes de qualité puis d'autres, c'était seulement le vieillissement des propriétaires, la difficulté de trouver du personnel. Ça fait qu'il y a toutes sortes de raisons pour lesquelles c'est fermé... ça a fermé. Mais aujourd'hui on a quand même un solde positif, parce que le phénomène, c'est qu'il y a eu plus de grosses RPA, puis c'est des petites RPA, donc c'est les régions qui peuvent avoir été touchées. Ce règlement-là vient justement enlever...

Mme Laflamme : Diminuer la pression.

Mme Bélanger : Bien, diminuer la pression puis sans toucher à la qualité. C'est ça, le grand, grand défi.

Mme Laflamme : Mais je suis très intéressée par ce volet-là, «sans toucher à la qualité», parce que, bien que le règlement, il y a plusieurs aspects qui semblent bien intéressants, il y a quand même un enjeu au niveau de la formation, puisqu'on entend que la formation, bien, ce que je comprends de l'article, là, passerait de 180 à 14 heures pour les préposés. Et j'aimerais quand même nous rappeler collectivement qu'en 2024-2025, c'est 379 dossiers qui ont été conclus au sein des RPA, là, par le Commissaire aux plaintes et à la qualité. Est-ce que vous n'avez pas peur qu'en diminuant à ce point le nombre d'heures de formation, c'est la qualité qui en soit impactée et la sécurité des usagers?

Mme Bélanger : Oui, bien, écoutez, je ne veux pas ne pas vous répondre, mais je pense que la meilleure personne pour vous répondre à ça, c'est notre VP opérations. J'imagine qu'elle va être brève, mais... parce que je vais vous répondre les grandes lignes, là, puis c'est important que la qualité soit là...

Mme Laflamme : Allons-y.

Mme Bélanger : ...mais ils ont plus d'informations.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement?

Mme Laflamme : Consentement.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement. Mme Poupart.

Mme Poupart (Maryse) : Est-ce que je me réidentifie ou ça va?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : C'est beau.

Mme Poupart (Maryse) : Alors, bien, évidemment, ce règlement-là, de toute évidence, ce n'est pas pour nuire à la qualité, au contraire, c'est justement pour permettre à ces petites résidences-là d'avoir accès à des ressources. Donc, un juste équilibrage entre accès aux ressources, accès à de la formation, mais de la formation pour les bonnes personnes au bon moment pour donner les bons soins.

Alors, quand on regarde les types de RPA, on a différents niveaux de RPA, puis c'est peut-être ça qui a amené une certaine confusion ce matin dans l'article. D'abord, quand on est dans des catégories de RPA de 1 et 2, où est-ce qu'on est dans autonome, semi-autonome, évidemment le niveau de formation n'est pas le même, on va avoir un niveau de surveillance, ce sont des gens qui sont autonomes, donc on va plutôt être dans des formations de secourisme, de premiers soins. Donc, ça, on n'est pas dans 180 heures, 14 heures. Gardons ça simple. Ça prend une personne qui s'occupe de surveiller puis d'avoir une formation en premiers soins.

• *(15 heures)* •

C'est quand on arrive dans les niveaux de formation de... les niveaux de RPA de catégorie 3, de catégorie 4, où est-ce que, là, on est dans des personnes semi-autonomes, à ce moment-là, là, on a besoin d'un petit peu plus, puis là on va avoir une personne sur place — dans le règlement, c'est prévu — une personne sur place qui a l'entièreté de cette formation-là avec formation PDSB, formation de secourisme, où est-ce que, là, on va avoir l'ensemble de l'oeuvre, puis même dans ces niveaux-là, on va avoir le 14 heures. Puis je pense que c'est là que, peut-être, il y a eu une petite confusion. Le 14 heures dont on parlait ce matin, c'est le 14 heures en lien avec l'administration des médicaments. Donc, ce n'est pas 180 ou zéro, 180 ou 14, c'est une différenciation entre les niveaux de RPA.

Mme Laflamme : ...merci. Donc, est-ce qu'il y a aussi des... l'argent qui sera réservé pour la formation continue ou, une fois qu'ils sont formés, ces employés-là, on n'y revient pas?

Mme Poupart (Maryse) : Après ça, c'est les contrats en lien avec les RPA qu'il y a des obligations d'assurer la formation puis le maintien de compétences.

Mme Laflamme : Parfait. Merci. J'en ai parlé d'entrée de jeu, le Québec change, il vieillit de façon assez rapide, puis on a quand même des alliés, je pense, là-dedans, qui sont les villes et les municipalités. Quand on regarde le programme Amie des aînés, c'est 787 000 $ qui est mis pour appliquer le programme. Ce sont vraiment de très petits montants qui sont accordés à nos municipalités. Pour devenir amies des aînés, il y a encore 209 municipalités qui n'ont pas entamé la démarche. Qu'est-ce que vous pensez de cette enveloppe-là? Est-ce qu'elle est suffisante?

Mme Bélanger : Bien, premièrement, le programme Municipalité amie des aînés, là, c'est un fleuron québécois. C'est un programme qui a été élaboré par l'Organisation mondiale de la santé. Au Québec, on est la nation, je pense que vous allez aimer ce mot-là...

Une voix : ...

Mme Bélanger : ...alors, on est la nation qui a le plus de municipalités amies des aînés. Ça fait que je ne voulais pas dire province parce que ce n'est pas... Alors, 1 036 municipalités et MRC, au total, là, donc 1 036 municipalités plus 210 MRC, donc... retenons, là, 1 246 municipalités et MRC qui ont fait une démarche MADA. Ça représente 83 % de nos municipalités. Et, honnêtement, on est parmi les meilleurs, selon l'OMS, parce que c'est un programme qui a été élaboré par la direction... par la Santé publique, initialement, OK? Alors donc, les municipalités... Puis on a... on a aussi adopté une stratégie qui s'appelle Fierté de vieillir 2024-2029, qui est un plan qui mobilise beaucoup de ministères et partenaires. Et le ministère des Affaires municipales a dans ses objectifs de mettre en place les modalités pour Amie des aînés. Alors donc, avec ça vient de l'argent pour soutenir les municipalités pour qu'ils puissent se développer une politique. Une fois qu'ils ont développé leur politique, ils ont accès à d'autres financements, donc, pour des infrastructures, par exemple, des parcs, etc., bon, de meilleurs accès. Mais donc les municipalités mettent aussi de l'argent à partir de leurs enveloppes, OK? Puis ça, c'est quand même important. Puis ils ont leur part à faire à ce niveau-là.

Mme Laflamme : Pensez-vous que ces enveloppes-là sont vouées à grandir à travers les prochaines années ou on les laisse comme ça? Parce que c'est aussi corollaire avec la population qui est vieillissante.

Mme Bélanger : Bien, en fait, là, ce que je vois dans les... dans la documentation, là, donc, c'est 1 103 000 $. C'est ça?

Une voix : Exact, pour 2025-2026.

Mme Bélanger : ...pour 2025-2026. Alors donc, c'est quand même des montants... Tu sais, c'est sûr qu'on peut toujours en mettre plus, mais ça, c'est le montant qui nous vient du côté plus Santé...

Mme Laflamme : Parce que, moi, dans le cahier de crédits, j'ai 787 000 $ pour 2025-2026.

Des voix : ...

Mme Bélanger : On pourrait valider avec vous plus tard. OK?

Mme Laflamme : Oui. Parfait.

Mme Bélanger : Parce qu’on n’a pas les mêmes chiffres, là.

Mme Laflamme : Parce qu’on n’a pas les mêmes chiffres, visiblement, là.

Une voix : ...

Mme Bélanger : OK. Oui, mais on va regarder parce qu’effectivement, là, c’est important que vous ayez les bons chiffres.

Mme Laflamme : On n’a pas... On n’a pas les mêmes chiffres.

Mme Bélanger : OK.

Mme Laflamme : Bien... Mais tant mieux, alors. Mais vous reconnaissez que les municipalités, c’est quand même des partenaires essentiels dans ce qu’on vit au Québec.

Mme Bélanger : C’est des partenaires essentiels. Puis, honnêtement, ils prennent beaucoup d’initiatives. Ils se sont dotés des conseillers municipals qui sont responsables du dossier Aînés. Dans toutes les municipalités où je vais, je pose la question : C’est qui, le conseiller municipal Aînés? Ils ont tous ça, honnêtement, puis je trouve que les villes se transforment à l’oeil, hein? On le voit, que les aînés sont présents sur... dans les places publiques, etc. Bien, c’est tout ça, là. Ce n’est pas juste le fruit du hasard. Ce programme-là est aidant, mais aussi le grand programme Fierté de vieillir.

Mme Laflamme : Il faut continuer, donc, à les soutenir.

Mme Bélanger : Il faut... Bien, il faut continuer, absolument, oui.

Mme Laflamme : Une dernière petite rapide : prestation de décès. Plusieurs groupes qui représentent les aînés ont une demande : Augmentons la prestation de décès. Vous savez que la prestation de décès, elle est disponible seulement pour les gens qui ont cotisé au RRQ aussi dans leur vie, ce qui fait en sorte que, par exemple, dans un couple, quelqu’un qui n’aurait pas travaillé, la personne qui décède n’a pas... ne laisse pas une prestation de décès derrière elle. Est-ce que vous êtes à l’écoute de ces groupes-là, qui demandent une augmentation de la prestation de décès, qui a été fixée en 1998 et qui n’a jamais été indexée?

Mme Bélanger : Bien, écoutez, je n’ai pas eu vraiment de rencontre à ce sujet-là ou de groupes, là, qui m’ont interpelée à ce niveau-là.

Une voix : ...

Mme Bélanger : Oui. Bien, ce qu’on me dit, c’est que le ministère des Finances... mais je ne vous réponds pas ça parce que je veux éviter la question, là, mais je pense qu’il faut regarder ça. Je ne savais pas non plus, là, que la prestation de décès était...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

Mme Bélanger : ...était liée, là, à ceux qui avaient cotisé pour...

Mme Laflamme : ...

Mme Bélanger : Oui. On va regarder ça...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : ...merci beaucoup. Merci. Alors, dernier bloc de la députée de La Pinière. Le micro est à vous.

Mme Caron : Et j’ai combien de temps, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : 21 min 17 s.

Mme Caron : Merci. Alors, juste pour boucler le sujet de tout à l'heure sur le crédit d'impôt pour maintien à domicile, là, de 7 800 $, où les EESAD, depuis quatre ans, demandent si elles peuvent l'appliquer au fur et à mesure sur la facture de leurs clients, l'idée derrière ça, c'est que la plupart des gens qui profitent, qui bénéficient de ce crédit d'impôt sont ceux et celles qui habitent en RPA. Ceux et celles qui habitent chez eux ne savent pas toujours... bien, chez eux, dans leur maison, admettons, dans un appartement qui est hors RPA, ne savent pas toujours qu'ils ont droit à ce crédit d'impôt. Alors, c'est pour ça que le milieu des EESAD demande depuis quatre ans de pouvoir l'appliquer. Bref, c'était juste pour boucler la boucle.

Le sujet dont j'aimerais vous parler maintenant, ce sont les maisons de soins palliatifs. Alors, historiquement, les soins cliniques offerts dans les maisons de soins palliatifs étaient couverts à 100 % par le ministère. En 2022, c'est passé à 92 % des coûts des soins cliniques. Et puis l'offre qui a été déposée cette année couvrirait 77 % des coûts cliniques pour les trois prochaines années, donc ce qui reviendrait à 127 000 $ par lit au lieu des 165 000 $ qui sont demandés par le milieu, donc une différence de 38 000 $, alors que, l'an passé, une unité de 10 lits de soins palliatifs a été inaugurée à Saint-Charles-Borromée, et là c'est 220 000 $ par lit par année. Alors, ça fait comme un deux poids, deux mesures. Les personnes qui vont en maison de soins palliatifs, bien, les... là, les coûts vont être couverts... ne seront pas couverts à 100 % pour les coûts... pardon, pour les soins cliniques, là, évidemment, pas pour les autres coûts que les maisons doivent financer par la philanthropie.

Alors, pourquoi... pourquoi ce ne serait pas... les soins palliatifs ne seraient pas des soins, en fin de compte, qui sont financés à même hauteur partout et... puisque ça, ça devrait être des soins universels?

Mme Bélanger : Oui. Bien, en fait, les maisons de soins palliatifs, là, font un travail vraiment exemplaire au niveau des soins de fin de vie. On le sait, qu'au niveau des soins de fin de vie, on a donc des services qui sont donnés en soutien à domicile pour les soins de fin de vie, en maison de soins palliatifs, en CHSLD, Saint-Charles-Borromée, ce que vous venez de nommer est un exemple de ça, où on peut garder des unités dédiées aux soins palliatifs, mais aussi dans les centres hospitaliers. Puis, plus on regarde, dans ce continuum-là, où les soins de fin de vie se déroulent, bien, plus on voit que les coûts sont différents. Donc, les soins de fin de vie à domicile versus dans un centre hospitalier universitaire, ça ne coûte pas la même chose. Puis là on peut imaginer qu'en CHSLD... puis ainsi de suite, et en maison de soins palliatifs.

Alors, il y a des négociations actuellement avec, donc, les représentants de l'association des soins palliatifs, et effectivement les montants que vous donnez sont les montants qui m'ont été confirmés sur la proposition de base, c'est-à-dire une augmentation de 6,8... 6,85 %, 118 855 $ de financement à 127 000 $. Par contre, pour les plus petites maisons de soins palliatifs, il y a un tarif plancher, parce qu'on peut comprendre qu'une maison de soins palliatifs de trois places, bien, ça va être difficile d'arriver seulement avec ce financement-là. Ça fait qu'il y a eu des ajustements qui ont été faits. Puis il y a aussi un montant qui est offert pour l'alliance des soins palliatifs pour les aider à soutenir leurs activités administratives. Et je ne peux pas aller plus loin que ça aujourd'hui parce que la négociation est en cours. Ils font un travail exemplaire. Il y a tout le volet aussi d'hôpital de jour ou clinique de jour, en ambulatoire, là, ou en clinique externe. Alors donc, ces discussions-là sont en cours actuellement.

• (15 h 10) •

Mme Caron : D'accord. Alors, je comprends que vous ne pouvez pas vous avancer plus, mais ce qui... ce qui est... en fin de compte, oui, les petites maisons reçoivent plus pour vivre. On comprend que ce ne sont pas les mêmes coûts en maison de soins palliatifs qu'en CHSLD, à l'hôpital. Et là où ça coûte le moins cher pour le réseau, c'est en maison de soins palliatifs. Donc, c'est pour ça que les... ce serait important que les montants soient suffisants pour ne pas perdre de place et ne pas perdre de maisons de soins palliatifs, parce que, même si elles vont chercher du financement en philanthropie, c'est le financement autre.

Là, que les... que le financement des soins cliniques soit passé, historiquement, à 100 %, à 92 %, à 77 % pour les trois prochaines années, et on sait que c'est renouvelable pour deux ans, même les maisons de soins palliatifs pédiatriques reçoivent un montant plus élevé, mais là il y a un repas. Selon les offres qui ont été faites cette année, il n'y aura pas d'augmentation. Et, comme c'est pour les trois prochaines années plus cinq, ça veut dire qu'on va arriver, à un moment donné, où ces maisons-là auront aussi de la difficulté à suivre. Parce que ce n'est pas normal, puis, ça, je pense que vous en conviendrez, Mme la ministre, que, par exemple, une infirmière en soins palliatifs, dans une maison de soins palliatifs, qui donne les mêmes services, la même expertise qu'à l'hôpital ou en CHSLD ne puisse pas être payée au même salaire ou à un salaire semblable parce qu'elle oeuvre dans une maison de soins palliatifs.

Mme Bélanger : Mais peut-être juste, quand même, se rappeler qu'en 2022, c'est quand même un ajustement qui avait été fait, quand même important, au sortir de la pandémie, en lien avec le financement des maisons de soins palliatifs. En 2022, on était passés, là, de 80 000 $ par lit à 110 000 $, et, bon, je pense que j'ai eu... j'avais eu l'occasion de vous le mentionner. Puis, pour les soins pédiatriques, soins palliatifs pédiatriques, on était passé de 169 000 $ à 200 000 $ par lit.

Mme Caron : Bien, c'est ça...

Mme Bélanger : Ça fait que, tu sais, c'est vrai qu'il y avait eu une très grosse augmentation puis, là, bien, il y a comme une stabilisation. C'est difficile de comparer les CHSLD... les unités de soins palliatifs en CHSLD versus les maisons de soins palliatifs parce qu'il faut regarder aussi les taux d'occupation, etc., il y a beaucoup de variables

à regarder. Mais la discussion est en cours, et puis les maisons de soins palliatifs font un excellent travail puis ils font la différence. Alors, je pense qu'il faut laisser les gens continuer de discuter de ça.

Mme Caron : Absolument, puis on veut... on veut les conserver. Puis on comprend que les montants ont augmenté parce que les coûts ont augmenté partout. Donc, l'argument... l'argument, c'est que les soins cliniques soient couvertes... soient couverts à 100 % par le réseau pour les maisons.

Je voulais vous parler d'un... d'un cas dont vous avez sûrement entendu parler aussi. J'ai reçu une copie du rapport d'investigation du coroner Pierre Guilmette qui portait sur le décès de M. Sylva Breton au CHSLD de Beauceville en janvier 2024. Alors, je ne veux pas entrer dans les circonstances précises de ce triste décès, mais il y a un passage du rapport du coroner qui a retenu mon attention, où le coroner écrit ceci :

«La loi du coroner est claire : lorsqu'un décès survient à la suite de traumatismes, ou lorsque les circonstances sont obscures, ou que le médecin ne peut établir la cause du décès, le médecin doit déclarer la situation au Bureau du coroner.

«Dans le cas qui nous occupe, l'équipe traitante en était venue à la conclusion que la dégradation de l'état de M. Breton était consécutive à un traumatisme crânien, pour lequel les soins de confort ont été choisis. Il s'agit d'une déclaration tardive, qui a eu pour conséquence de compliquer l'investigation et de susciter de l'inconfort au niveau de la famille. J'ai été confronté à cette situation à plusieurs reprises dans les mois et les années précédentes.»

Alors, c'est ce bout-là qui m'a interpelée, où ce coroner dit que, donc, c'est arrivé plusieurs fois, dans les derniers mois, dans les dernières années, où le décès a été... a été déclaré tardivement, alors que la loi sur le coroner est claire.

Ma question, c'est : Est-ce que... Connaissez-vous l'ampleur de cette problématique-là, et est-ce que ça a été porté à votre connaissance? Est-ce qu'il y a des actions qui sont entreprises pour peut-être rappeler à l'ordre le personnel?

Mme Bélanger : Bien, écoutez, je pense que le coroner soulève un élément qui est extrêmement important. Puis les décès en CHSLD, hein... Quand on arrive en CHSLD, habituellement, on arrive... quand on est une personne âgée, là, naturellement, on arrive parce qu'on arrive à la fin de la vie. Ça ne veut pas dire qu'on est en soins de fin de vie, mais on arrive quand même à la fin de la vie, et il faut... faut être très, très prudents dans les mesures qu'on prend pour accompagner les personnes dans tous leurs épisodes de services puis de soins, puis en particulier lorsqu'il y a des décès, puis surtout s'il y a des décès liés à des... je vais appeler... des événements. Alors, raison de plus pour s'assurer de respecter la loi puis de déclarer ces décès-là.

Les déclarations tardives, ce n'est pas une bonne pratique. C'est une mauvaise pratique, on peut se dire ça comme ça, alors il faut... Ça revient aux établissements de suivre les recommandations des coroners lorsqu'ils en ont. Habituellement, pour avoir été dans le réseau pendant très longtemps, les... tous ces rapports de coroners est amené au comité vigilance qualité, puis il y a un comité qui évalue ça, puis il y a des... on s'assure de suivre les recommandations au sein de l'établissement.

Santé Québec pourrait peut-être vous répondre à ça parce que, maintenant, toute la gouvernance a changé au niveau des conseils d'administration, au niveau de vos comités. Mais je sais que votre conseil d'administration suit de très près tous ces éléments-là, ça fait que ce serait les bonnes personnes pour vous répondre, si vous acceptez.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement?

Des voix : Consentement.

Mme Caron : Consentement, oui.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Mme Biron.

Mme Biron (Geneviève) : En fait, vous... vous faites état d'un décès qui est arrivé, évidemment, très malheureux, en janvier 2024, qui était au moment où Santé Québec n'était pas constituée, et je n'étais pas en poste. Ce que je peux vous dire, c'est que ce n'est pas une situation qui est venue à mes oreilles dernièrement ou qu'on a eue à discuter, de déclarations tardives, mais je suis tout à fait d'accord que ce ne serait pas une situation qu'on voudrait tolérer.

Maintenant, si on veut parler d'événements qui sont arrivés précédemment, bien, je suis... je ne serai pas ou Santé Québec n'est pas le bon organisme pour répondre.

Mme Caron : Donc, Santé Québec n'est pas l'organisme pour répondre à cette question-là?

Mme Biron (Geneviève) : Pour janvier 2024 et précédemment.

Mme Caron : Oui, d'accord, mais je fais... En fait, ma question... C'est parce que c'est dans le rapport pour ce dossier. Mais ma question n'est pas tant sur le cas de monsieur, mais plutôt sur le fait que le coroner dit qu'il y a eu plusieurs... ça lui est arrivé plusieurs fois qu'il y ait des déclarations tardives, puis je voulais savoir si on connaissait l'ampleur de cela puis s'il y avait un rappel à l'ordre qui avait été fait ou... Mais alors qui, de Santé Québec ou du ministère, on n'est pas sûrs.

Mme Biron (Geneviève) : Mais, en fait, ce que... c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est que ce n'est pas un sujet, là, d'actualité, dans le sens que, pour le moment, nous n'avons pas récemment entendu parler d'une telle

problématique. Mais, si c'était le cas, évidemment, on se mobiliserait rapidement, et ce ne serait pas toléré, là. C'est... Ce serait un rappel à l'ordre à l'ensemble des établissements.

Mme Caron : D'accord. Merci. Alors, j'essayais de voir quand le... quand le rapport du coroner... OK. C'est beau.

Alors maintenant, je vais vous parler d'un autre... d'un autre sujet qui a été dans l'actualité l'an... bien, il y a... il y a plusieurs mois, c'était la question du fameux contrat qui avait été signé avec l'ITHQ pour la nourriture dans les CHSLD, où donc il y avait... c'est un contrat de 2 millions. Et il y a... il y a plusieurs problèmes qui ont été... qui ont été identifiés après... après une analyse, là, donc des problèmes généralisés d'approvisionnement, manque de fruits et légumes frais, méconnaissance sur l'utilisation de l'équipement, manque de thermomètres et d'équipements pour maintenir les aliments à la bonne température, quantité insuffisante de vaisselle, pénurie de personnel à tous les niveaux hiérarchiques, manque de formation, surtout en ce qui concerne l'hygiène, la... manipulation des aliments, utilisation des appareils de pointe, des menus adaptés à la dysphagie, donc des risques pour la salubrité, la sécurité alimentaire des résidents, bon, en tout cas, je ne vais pas continuer la liste. Et donc, il y avait une intervention de l'ITHQ pour former. Et là, après l'arrivée de Santé Québec, à qui on avait demandé de faire des compressions de 1 million et demi, le... ce qui n'avait pas été dépensé sur le contrat avec l'ITHQ de 900 000 $ a été mis sur pause, arrêté. Et, à l'époque, un... un porte-parole de Santé Québec avait dit que «nos équipes sont présentement en analyse concernant la suite du mandat de l'ITHQ pour la phase II prolongée». Alors, j'aimerais savoir si cette analyse est terminée, quel est le résultat de cette analyse et est-ce qu'il y aura une phase II pour s'assurer que les gens soient suffisamment formés?

Mme Bélanger : OK. Je vais y aller brièvement parce que, là, je vois que le temps file, mais, effectivement, la phase I, le mandat qui avait été donné à l'ITHQ, c'était de faire un état des faits, de faire des recommandations puis, par la suite, de faire de la formation. Ils ont complété la phase I. Il restait un solde. Alors... Et, pour la phase II, Mme Poupart pourrait vous répondre pour la suite des choses.

• (15 h 20) •

Mme Poupart (Maryse) : Alors, bien, évidemment, l'alimentation en CHSLD, c'est une priorité. Ça fait partie des petits plaisirs, comme on dit, au quotidien. Et vous dire que, tout à l'heure, on a évoqué le comité de vigilance. Alors, notre comité national de vigilance et de qualité, c'est un sujet qui tient particulièrement à coeur, de même que notre Comité national des usagers, qui suit ça de très près. Alors, dans ce dossier-là, je peux vous dire que les équipes de tout le secteur, là... on va laisser faire les abréviations, là, mais les secteurs — approvisionnement, logistique — qui s'occupent des services alimentaires dans l'ensemble des établissements, de même que les équipes cliniques qui sont sous ma responsabilité, on travaille étroitement ensemble pour mettre en place les meilleures pratiques dans... dans l'ensemble des CHSLD, puis là il y a une kyrielle de moyens, allant de l'approvisionnement local...

Moi, j'ai été PDG en établissement, là, puis, souvent, ce que nos résidents, ils nous disaient : Bien, au mois de juin, là, est-ce qu'on peut manger des fraises du kiosque d'à-côté de mon CHSLD? Donc, c'est ce genre de processus là puis de pratique là qu'on est en train de réintroduire. Donc, ça va, bien sûr, des stratégies d'hygiène, s'assurer qu'on a les meilleures pratiques, les températures, les textures, vous les avez tous évoqués, tout à l'heure, les éléments qui étaient au rapport, mais également de voir à toutes les stratégies pour rencontrer aussi les préférences de nos résidents en milieu d'hébergement. Donc, c'est un dossier qui est suivi en haut lieu et qui est travaillé aussi avec l'ensemble des établissements qui forment Santé Québec. Donc, l'ensemble des 30 établissements, c'est une priorité dans les différents CHSLD.

Mme Caron : Y compris la formation du personnel.

Mme Poupart (Maryse) : Absolument.

Mme Caron : Parce que, si... Parce que je sais, par exemple, que les maisons des aînés sont super équipées dans les cuisines, mais encore faut-il que quelqu'un sache comment utiliser cet équipement. Même chose dans les CHSLD. Merci pour cette réponse.

L'autre question que j'aimerais vous poser, dans le cahier du ministère, on nous dit que les sommes consacrées aux personnes de 65 ans et plus en 2025-2026 pour le Programme d'aides visuelles est de 1,8 million et que le nombre de bénéficiaires de 65 ans et plus, 4 576. La question que je veux vous poser, parce qu'il a été porté à mon attention par le Regroupement des aveugles et amblyopes du Québec, que les délais sont excessivement longs pour avoir accès aux services, que les services sont bien, mais que, pour avoir accès à ces services, c'est très long.

Par exemple, il faut passer un examen en basse vision, qui est fait par... réalisé par un optométriste spécialisé. Selon eux, il y en a seulement 40 au Québec qui sont spécialisés pour faire ces examens et qui sont à temps très, très partiel, à un demi-jour par mois ou un jour par mois. C'est une liste d'attente de 10 à 24 mois pour avoir droit aux services et aux aides. Puis, en Gaspésie, l'attente serait de 16 mois après le diagnostic pour avoir accès aux services de réadaptation. Alors... Et, même si la personne, par exemple, une personne avec qui j'ai parlé, a perdu subitement et complètement 100 % de la vision après un accident et elle a dû attendre six mois pour avoir... Il fallait quand même qu'elle passe cet examen en basse vision, même si c'était... les médecins étaient... c'était un diagnostic inconditionnel, là, c'était impossible que cette personne retrouve la vue. Elle a dû attendre six mois pour avoir des aides, parce qu'une personne qui devient aveugle, évidemment, a besoin de formation pour marcher, pour son équilibre, et tout ça. Alors, ça a été une période excessivement difficile. Et, pour les aînés qui souffrent de... dégénérescence maculaire, pour eux, c'est encore plus difficile parce que ce n'est pas une perte subite de la vue, ça se fait graduellement au fil du temps.

Alors, avec le vieillissement de la population, les cas de dégénérescence maculaire et pour toutes les autres personnes qui ont des problèmes, est-ce que c'est quelque chose qui est sur le radar de Santé Québec ou du ministère? Parce que non seulement il y a cette attente pour les examens en basse vision, après ça il y a l'attente pour les services, et, chaque fois qu'un service a besoin d'être renouvelé, exemple, une personne qui utilise un appareil... un ordinateur pour être capable de lire, le logiciel est mis à jour, il faut qu'elle repasse tout le processus. Puis, quand elle peut avoir l'autorisation d'avoir la mise à jour du logiciel, c'est déjà passé. Alors, est-ce qu'il y a quelque chose qui se fait qui est sur le radar du ministère pour les personnes aveugles et amblyopes?

Mme Bélanger : OK. Merci pour la question. Si vous permettez, je demanderais au sous-ministre de pouvoir y revenir. C'est une question de... au niveau des services spécialisés, là, ce que je comprends. Donc... Et puis on a, donc, des programmes spécialisés à ce niveau-là. Alors, on va... Je vais laisser monsieur notre sous-ministre vous répondre.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement?

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Consentement. M. le sous-ministre, vous présenter, s'il vous plaît.

M. Paré (Daniel) : Oui. Bonjour, Mme la Présidente. Daniel Paré, sous-ministre du ministère Santé et Services sociaux. Dans le fond, au niveau de la gestion du programme, c'est un programme qui est fait au niveau principalement de Santé Québec et de la RAMQ. Mais ce que je peux vous dire, les montants que vous avez, là, du 1,8 million et le nombre de bénéficiaires 65 ans et plus, vous avez les bonnes données, là, qui est 4 576.

Mme Caron : Et est-ce que le... Ma question était à savoir : Est-ce que ce grand délai d'attente et d'obligation d'avoir... de passer les tests en basse vision et d'être réévaluée chaque fois qu'un nouveau service ou un service doit être mis à jour, est-ce que ça peut être regardé pour que les gens n'aient pas à attendre aussi longtemps ou si ce n'est pas encore sur l'écran radar?

Mme Bélanger : Bien, peut-être le sous-ministre et Mme la vice-présidente Opérations, là, pourraient aussi compléter.

M. Paré (Daniel) : Bien, j'aurais... j'aurais mis l'emphase, moi, sur le... sur le défi des ressources humaines. Vous savez... bien, je pense que vous l'avez bien nommé, là, qu'il y a 40 personnes pour le... pour le Québec, et ça, c'est quelque chose qui est un... qu'on doit regarder au niveau, là, de... notamment avec l'Éducation supérieure pour favoriser, là, la... d'avoir le plus d'optométristes spécialisés pour faire ça. Parce que c'est... je vais le dire comme ça, je pense qu'il y a une notion, là, de... de déficit ou de goulot d'étranglement par rapport à nos ressources humaines, et c'est probablement pour ça que notre programme est fait de cette façon-là.

Mme Caron : On comprend ça. Maintenant, est-ce qu'il y aurait moyen de regarder le programme, de réanalyser pour savoir si la façon dont il fonctionne actuellement est optimale, vu les ressources, pour s'assurer que les gens ne soient pas, et là j'utilise l'expression entre guillemets, «dans le noir»?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

M. Paré (Daniel) : Je vous le confirme, que oui. C'est quelque chose que nous allons regarder.

Mme Caron : Merci.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Alors, c'est ce qui complète le temps pour l'opposition officielle. On termine le tout avec le gouvernement pour une période de 16 min 33 s. Je reconnais la députée de Soulanges.

Mme Picard : Merci beaucoup, Mme la Présidente. Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les équipes qui sont ici aujourd'hui. C'est, je crois, votre dernière journée, votre dernier après-midi. Je sais à quel point c'est beaucoup de travail pour vous, donc un gros merci de prendre part à cet exercice qui est demandant pendant plusieurs semaines, Mme la Présidente.

Mme la ministre, le Québec fait face à une transformation démographique majeure. D'ici quelques années, une personne sur quatre aura plus de 65 ans, et un nombre croissant d'aînés souhaitent demeurer dans leur milieu de vie le plus longtemps possible, dans la dignité, l'autonomie et la sécurité. Dans ce contexte, le soutien à domicile devient non seulement une réponse humaine et adaptée aux besoins des personnes aînées, mais également un levier essentiel pour assurer la pérennité de notre réseau de la santé et des services sociaux.

Au cours des années, des dernières années, notre gouvernement a d'ailleurs démontré sa volonté d'accélérer ce virage des soins à domicile. Depuis 2019, le nombre d'heures de services offertes est passé d'environ 23 millions à plus de 37 millions d'heures, alors que les investissements consacrés au soutien à domicile ont presque doublé, atteignant maintenant 2,6 milliards de dollars.

En janvier dernier, vous avez lancé la Politique nationale de soutien à domicile Mieux chez soi, une politique attendue depuis plusieurs années et qui propose une vision renouvelée des soins et services à domicile au Québec, notamment en misant davantage sur les CLSC, la collaboration avec les partenaires, dont les EESAD, et une nouvelle allocation autonomie à domicile. Mme la ministre, en janvier dernier, vous nous annonciez la tant attendue politique de soins à domicile dans un contexte de vieillissement de la population. Pourriez-vous nous expliquer comment cette politique va permettre d'améliorer les soins à domicile au Québec?

Mme Bélanger : Oui. Alors, merci. Excellente question. Et c'est un excellent sujet, dans le fond, parce que le soutien à domicile, c'est vraiment important. Puis on a fait beaucoup de travail, puis il en reste encore beaucoup à faire. Alors, donc, j'ai eu l'occasion de le mentionner, notre gouvernement a vraiment doublé le financement en soutien à domicile. Alors, avec un budget, actuellement, de plus de 2,6 milliards de dollars, alors ce n'est quand même pas rien. C'est extrêmement important.

Puis je l'ai mentionné à plusieurs reprises, l'argent, ça ne pousse pas dans les arbres. Il n'y en a pas de façon infinie, ça fait qu'il faut, oui, se donner des ressources, mais il faut être capables de réorganiser le travail. Puis cette Politique nationale de soutien à domicile, elle vient mettre la base. Ça fait que la base, c'est important. On veut s'assurer que les Québécois, Québécoises qui ont besoin de services de soutien... en soutien à domicile puissent recevoir ces services dans leurs milieux de vie. C'est le premier choix des Québécois.

• (15 h 30) •

Alors donc, cette politique, elle a été travaillée pendant plus d'un an et demi, où on a fait deux grands rendez-vous, je veux quand même juste qu'on se rappelle ça, là, deux grands rendez-vous : un premier pour faire les constats de nos services de soutien à domicile, grand rassemblement à Québec avec des intervenants, avec des usagers, avec des experts, et donc on a fait, vraiment, le bilan de ce qu'on se faisait... de ce qu'on faisait en soutien à domicile, puis, au même moment, il y avait aussi la Commissaire santé bien-être qui avait déposé son rapport, ça fait qu'on a tenu compte aussi de tous ces grands rapports qu'on a reçus d'experts.

On a fait un deuxième grand rendez-vous. Celui-là, c'était vraiment pour examiner quelles étaient les meilleures pratiques, donc, toujours avec des intervenants, des usagers, bon, et, finalement, bien, ça a conduit à notre... à la rédaction de notre politique nationale de soutien à domicile. C'est le ministère de la Santé et Services sociaux qui a vraiment fait ces travaux-là.

Et essentiellement, il y a trois choses, dans le soutien à domicile. Il y a beaucoup... il y a beaucoup d'éléments, mais je veux mettre l'emphase sur trois éléments. Premièrement, rehausser les services en CLSC, c'est très important, mais les CLSC ne peuvent tout faire, alors... Puis on n'a pas toujours besoin d'un professionnel qui a une maîtrise et un doctorat pour aller en soutien à domicile, ça fait qu'il faut donc revoir l'organisation du travail, bien, la hiérarchisation et les rôles des différents professionnels, puis ça, c'est important.

Il faut aussi, donc, que le CLSC ait un rôle d'évaluation, d'accueil, d'orientation, d'accompagnement des personnes. Tu sais, il faut revoir le rôle des CLSC en soutien à domicile, puis ils doivent avoir un rôle de coordination des différents acteurs clés en soutien à domicile, donc, qu'on retrouve dans un territoire donné, par exemple, l'EESAD du territoire, la popote roulante, le centre d'action bénévole, la ville qui... ou la municipalité qui organise des activités, les organismes en proche aidance. Alors donc, il faut que ces CLSC deviennent une plaque tournante, un endroit d'accueil pour les usagers et leurs proches, mais aussi une plaque tournante pour les différents organismes. Alors, c'est ça, le rôle d'un CLSC. Ça fait que ça, c'est très important. Puis la politique, elle ne le dit pas comme ça, là, ça prend plutôt des grandes phrases, et tout ça, mais essentiellement, c'est ça que ça veut dire.

Le deuxième élément qui est très important, c'est vraiment, donc, tout le volet, on en a parlé, des partenaires qui donnent des services en soutien à domicile. Parce que les CLSC ne peuvent tout faire, alors donc, on a, par exemple, dans les menus travaux domestiques, l'aide à domicile, le soutien à la personne, des entreprises qui se qualifient pour faire ça. Puis ça, c'est important, puis on l'a mis comme un deuxième élément de notre politique pour sortir l'offre de services des CLSC, qui demeurent avec un rôle important, mais il y a d'autres partenaires qui doivent aussi contribuer.

Puis le troisième élément, c'est vraiment l'allocation d'aide à domicile, qu'on a aussi annoncée dans cette... dans cette grande politique, donc, pour donner plus de... Puis je veux saluer le travail de notre députée dans le chèque emploi-service, qui s'est transformé en allocation d'aide à domicile. Je sais qu'elle en a fait l'oeuvre de sa carrière politique. Merci beaucoup, Marilyne. C'est vraiment elle qui nous a aidés à faire ça. Puis ça fait que c'est le chèque emploi-service, on a changé l'appellation, parce que c'était comme un peu austère, comme titre, hein, chèque emploi-service, ça voulait... en plus, on ne savait pas trop ce que ça voulait dire. Alors, c'est une allocation d'aide à domicile pour permettre, justement, aux proches ou aux personnes elles-mêmes d'avoir plus d'autonomie, d'être capables d'utiliser, donc, un financement selon l'évaluation des besoins pour organiser les services par eux-mêmes. Donc, c'est extrêmement important. Puis alors, Marilyne, je veux te saluer là-dessus aussi, parce que ça a été très aidant puis... Et on en a fait une pièce maîtresse de la Politique nationale de soutien à domicile.

Alors donc, c'est vraiment important, ce qui se passe en soutien à domicile, et il y a l'arrivée de Santé Québec, ça fait que Santé Québec a repris les choses, donc, à leur manière, ce qui est tout à fait correct pour une société d'État, mais on continue de suivre ça de près. Vous avez vu aussi que la première ministre a annoncé, et j'étais accompagnée... donc, avec elle, il y a deux semaines, on a annoncé, du côté de Mercier, donc, 1 million d'heures supplémentaires en soutien à domicile, donc, c'est important, donc, avec le financement nécessaire.

Ça fait que, tu sais, cette année, on est au mois de mai, bien, moi, je m'attends qu'au 31 mars 2027... bien, qu'on ait plus d'usagers, plus d'heures puis moins d'attente, puis toujours dans la pertinence, dans l'évaluation

pertinente des choses, mais c'est comme ça, puis c'est des objectifs qu'on doit se donner à chaque année. Mais je pense qu'on est à la bonne place.

Je ne sais pas combien de temps il me reste, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : 8 min 20 s.

Mme Bélanger : Deux minutes?

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Huit.

Mme Bélanger : Huit minutes. OK.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Il y a d'autres questions.

Mme Bélanger : Mais peut-être juste vous dire, sur le soutien à domicile, allons-y, puis, tu sais, il y a un autre élément, là, qui est l'introduction des TI. Parce qu'on pourra changer le rôle, changer les processus, mais si on n'introduit pas de technologies d'information ou d'aides à la décision, bien il va manquer un bout.

Puis je veux juste quand même revenir avec le DSN, le Dossier santé numérique, qui a été implanté. Il y a quand même un volet important pour le soutien à domicile. Ça fait qu'aujourd'hui, au moment où on se parle, le personnel du soutien à domicile travaille avec des téléphones qu'on leur a fournis. Ils ont leurs listes de patients, ils ont leurs plans d'intervention, ils ont accès aux médicaments, aux résultats de laboratoire pour leurs patients, bien sûr. Ils ont accès à leurs routes de travail, je veux aller chez tel... chez Mme X, Mme Y, etc., ils rentrent ça, les adresses apparaissent, c'est avec Google Maps, OK, le meilleur trajet pour s'y rendre, vous avez besoin de quoi comme fournitures... Moi, honnêtement, je trouve que c'est extraordinaire. Ça fait que, tu sais... Alors, cela contribue aussi, là, les équipes de soutien à domicile de ces deux établissements sont chanceuses actuellement, parce que là, ils testent quelque chose de vraiment intéressant. Alors, voilà.

Mme Picard : Bien, justement, le DSN, là, en tant que patiente partenaire, je trouve que le plus grand avantage pour nous, ça va être de ne pas tout le temps être obligés de répéter, puis on le sait que le DSN aide énormément à ce niveau-là, donc j'ai hâte de l'utiliser. Ce ne sera pas encore à Sainte-Justine, je crois bien, avant un petit bout, mais j'ai hâte de voir sur le terrain comment ça se passe.

Ma deuxième question est par rapport à l'alerte SILVER. Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de familles québécoises sont confrontées à la réalité des troubles neurocognitifs, comme la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'à des situations de vulnérabilité pouvant mener à la disparition inquiétante d'une personne aînée. Lorsqu'un proche disparaît, chaque minute compte et l'angoisse vécue par les familles est immense. Dans ces situations, la rapidité d'intervention et la mobilisation de la population peuvent faire toute la différence. Notre gouvernement a toujours affirmé sa volonté de mieux protéger les personnes aînées et de leur offrir un environnement sécuritaire et bienveillant. C'est dans cet esprit qu'a annoncé, en février dernier, le déploiement de l'alerte SILVER, un nouvel outil visant à soutenir les corps policiers dans leurs recherches rapides de personnes aînées disparues dont la sécurité pourrait être compromise. Cette initiative s'inscrit dans une approche proactive de prévention, de sécurité publique, de soutien aux proches aidants. Dans ce contexte où plusieurs juridictions ont déjà mis en place des mécanismes semblables avec des résultats positifs, cette mesure démontre encore une fois la volonté du gouvernement d'adapter ses interventions aux réalités du vieillissement de la population, aux besoins grandissants des familles.

Mme la ministre, pouvez-vous nous expliquer pourquoi le gouvernement a choisi de mettre en place l'alerte SILVER, et quel impact concret cette mesure aura pour les familles et les aînés? Et on comprend qu'avec le vieillissement de la population il y aura une augmentation du neurocognitif. Donc, voilà, pourquoi c'est important et quels impacts...

Mme Bélanger : Merci beaucoup. Alors, l'alerte SILVER a été créée, là, pour mieux protéger les personnes aînées vulnérables, notamment celles qui ont des troubles neurocognitifs. Et donc, lorsqu'il y a une disparition... Et ces personnes, on le sait, là, leur vie peut être en danger assez rapidement. Ça fait que l'objectif de l'alerte SILVER, c'est vraiment de mobiliser rapidement la population, les médias, les corps policiers afin de retrouver le plus rapidement possible la personne qui est égarée. Alors, c'est extrêmement important. C'est une alerte, en fait, c'est une alerte médiatique qui vise à informer la population de la... de la disparition d'une personne qui vit avec un trouble neurocognitif.

• (15 h 40) •

Alors donc, l'acronyme de SILVER, c'est Système d'information pour localiser les personnes vulnérables, égarées et recherchées. Alors donc, ça dit ce que ça veut dire. Alors, c'est important. C'est un système, donc... Il faut que les proches aidants, dans le fond, travaillent en prévention, c'est-à-dire que, lorsqu'on a... on est proche aidant de quelqu'un qui a un trouble neurocognitif, bien il faut s'assurer de préparer, dans un petit carnet ou sur nos appareils, si on est habiles avec ça, la description de la personne, son poids, sa couleur des cheveux, les yeux. Parce que, quand il arrive des situations comme ça, là, il faut que ce soit rapide. Ça fait qu'il y a donc des conseils là, qu'on dit comment se... comment bien se préparer. Naturellement, il faut avoir des mesures de sécurité chez soi, mais il peut arriver que, malgré tout ça, une personne va représenter des risques, et va disparaître, et donc il faut retrouver rapidement, puis ces alertes-là permettent, justement, de retrouver les personnes le plus rapidement possible.

Donc, voilà, on... très contente, j'ai fait cette annonce-là en présence de mon collègue de la Sécurité publique.

Mme Picard : Merci. Je pense qu'il me reste un quatre minutes.

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : 3 min 34 s.

Mme Picard : Trois minutes. Bon. Je voulais vous parler du plan d'action en proche aidance 2021-2026. Partout au Québec, des centaines de milliers de personnes proches aidantes accompagnent au quotidien un parent âgé, un conjoint, un enfant ou un proche vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie. Derrière ces gestes souvent accomplis dans l'ombre se trouvent des Québécois et Québécoises qui consacrent temps, énergie et parfois même leur propre santé au bien-être d'un être cher. Leur contribution est immense, tant sur le plan humain que pour notre réseau de la santé et des services sociaux.

Pendant longtemps, les proches aidants ont porté cette responsabilité avec trop peu de reconnaissance et de soutien. Notre gouvernement a choisi d'agir concrètement afin de mieux reconnaître leur rôle essentiel et de leur offrir des mesures adaptées à leur réalité. Le Québec a ainsi été le premier endroit en Amérique du Nord à se doter d'une loi spécifique visant à reconnaître et soutenir les personnes proches aidantes. Une avancée majeure qui a permis d'établir les bases d'une approche gouvernementale plus structurée, plus humaine et plus cohérente. Cette volonté s'est notamment traduite par l'adoption de la Politique nationale pour les personnes proches aidantes, ainsi que par le lancement, en 2021, du Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026. Ce plan prévoyait plusieurs mesures concrètes pour améliorer l'accompagnement, le répit, l'accès à l'information et le soutien offerts aux proches aidants dans toutes les régions du Québec.

Mme la ministre, nous avons la chance de compter sur l'appui inestimable de centaines de milliers de proches aidants à travers le Québec. Ces partenaires précieux à l'apport inestimable doivent être supportés. Notre gouvernement a découlé une première politique nationale. En 2021, notre gouvernement lançait le plan d'action. Pouvez-vous nous dire... nous faire état de ce qui a été accompli pour les proches aidants jusqu'à maintenant?

Mme Bélanger : Bien, peut-être, dans le fond, juste vous mentionner, pour le volet de la proche aidance, c'est tellement important, on le sait, au Québec, on a une loi sur la proche aidance, puis on s'est doté d'une politique puis d'un plan d'action national. C'est important. Il y a beaucoup de proches aidants au Québec, c'est vrai, et on a plusieurs mesures dans le plan d'action au niveau de la proche aidance. Puis, tu sais, il y a des mesures pour aider nos proches aidants, donc leur donner du soutien, de la formation, mais donner aussi du répit, puis on le fait avec différents organismes. J'ai le goût de le prendre sous cet angle-là. Il y a beaucoup d'organismes qui offrent du répit actuellement aux proches aidants. Donc, que ce soit les sociétés Alzheimer qu'on retrouve dans toutes les régions du Québec, que ce soit Baluchon Répit, le monastère des Augustines aussi qui, eux, c'est assez intéressant, les religieuses, ils ne font jamais les choses comme les autres, alors le monastère des Augustines, eux, ils font... elles font, c'est-à-dire, du répit, mais elles le font pour les proches aidantes. C'est vraiment extraordinaire. Je suis allée visiter ça. Donc, c'est une hôtellerie qu'ils ont faite et ils n'accueillent pas les personnes aidées, ils accueillent les personnes proches aidantes. Et puis là, bon, c'est un petit séjour tranquille pour faire du yoga, faire de la méditation, bien manger, discuter entre eux, ils ont différents ateliers. Ça fait que, tu sais, c'est des programmes qui sont extrêmement intéressants...

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : En terminant.

Mme Bélanger : ...avec l'appui des proches aidants, naturellement, qui est présent partout, dans toutes les régions du Québec. Ça fait qu'on est fiers de ce... de cette politique, et de ce plan d'action, puis du travail qui est fait.

Adoption des crédits

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Merci beaucoup. Alors, tout le temps alloué à l'étude du volet Aînés des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux étant presque écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix des crédits.

Le programme V, intitulé Condition des aînés, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Des voix : Sur division.

Adoption de l'ensemble des crédits

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Adopté sur division.

Finalement, l'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2026-2027 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Des voix : Sur division.

Documents déposés

La Présidente (Mme Lecours, Les Plaines) : Adopté sur division. En terminant, je dépose les réponses aux demandes de renseignements de l’opposition.

Et je remercie tous les membres de la commission ainsi que le monde du secrétariat. C’était aussi mes derniers crédits à vie, les crédits budgétaires à vie, et à titre de présidente. Merci beaucoup. Merci à vous tous et toutes ici.

Alors, compte tenu de l’heure, la commission ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 15 h 45)