



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 5 novembre 2013 — Vol. 43 N° 52

Consultations particulières sur le document intitulé
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la
création d'une assurance autonomie (6)*

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 5 novembre 2013 — Vol. 43 N° 52

Table des matières

Auditions (suite)	1
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)	1
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)	13
Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ)	24
La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec	34
Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)	44
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)	53
Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED)	66

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

M. Réjean Hébert

Mme Suzanne Proulx

M. Yves Bolduc

Mme Marguerite Blais

Mme Stéphanie Vallée

Mme Sylvie Roy

Mme Diane Gadoury-Hamelin

Mme Françoise David

- * Mme Diane Duval, OHDQ
- * Mme Johanne Côté, idem
- * Mme Ghislaine Clément, idem
- * Mme Johanne Deschamps, FTQ
- * Mme Danielle Legault, idem
- * M. Marco Lutfi, idem
- * Mme Lyne Sauriol, FCABQ
- * M. Fimba Tankoano, idem
- * M. Ronald Cormier, idem
- * M. Robert Brouillard, La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec
- * M. J. Benoit Caron, idem
- * M. Yves Desjardins, RQRA
- * M. Luc Maurice, idem
- * Mme Régine Laurent, FIQ
- * Mme Michèle Boisclair, idem
- * M. Jean-Marie Bouchard, FQCRDITED
- * M. Claude Belley, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 5 novembre 2013 — Vol. 43 N° 52

**Consultations particulières sur le document intitulé
*L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la
création d'une assurance autonomie (6)***

(Dix heures quatre minutes)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît. Alors, collègues, ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Daneault (Groulx) est remplacée par Mme Roy (Arthabaska).

Auditions (suite)

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, on souhaite la bienvenue à l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Mme Côté, bienvenue. S'il vous plaît, pour fins d'enregistrement, vos noms, vos titres, et vous avez le prochain 10 minutes pour faire votre présentation.

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)

Mme Duval (Diane) : Alors, merci, M. le Président. M. le ministre, mesdames messieurs, les membres de la commission, j'aimerais vous présenter... d'abord, à ma droite, qui m'accompagnent : Mme Johanne Côté, directrice générale à l'Ordre des hygiénistes dentaires, et Mme Ghislaine Clément, qui est un fournisseur de services en CHSLD, en hygiène dentaire, hygiéniste dentaire également.

On a donc déposé nos commentaires et on a fait un clin d'oeil à la commission en intitulant notre mémoire *Hygiène dentaire pour tous*. Alors, vous allez voir, ça va se... c'est notre sujet, là.

Alors, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec compte près de 5 700 membres répartis dans toutes les régions. Il a pour mission la protection du public en veillant à la qualité de l'exercice de la profession. L'ordre contribue sans cesse à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécoises et des Québécois en s'assurant du maintien des compétences de ses membres par de la formation continue. Des 5 700 membres à prédominance féminine, 98 % sont des femmes, 88 % exercent leur profession en cabinet dentaire, et 8 %, en santé dentaire publique, soit en CSSS.

L'accessibilité aux soins préventifs et à l'hygiène dentaire pour les personnes âgées, à plus grande raison chez les personnes en perte d'autonomie, est un sujet qui nous préoccupe grandement, car les soins buccodentaires préventifs et l'hygiène dentaire font partie des soins et des services professionnels de base. C'est pourquoi nous sommes heureux de participer à la consultation sur le projet de la création d'une assurance autonomie. Tout d'abord, nous saluons l'initiative du ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa volonté d'aller de l'avant avec ce projet de société devenu incontournable pour assurer le maintien à long terme des soins pour les personnes les plus vulnérables de notre société et pour maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible. Nous saluons également le fait que l'assurance autonomie vise à redonner aux personnes le pouvoir de choisir le fournisseur de services qui leur sont requis.

La profession d'hygiéniste dentaire. D'abord, au Québec, la profession d'hygiéniste dentaire débute en 1975 en raison principalement d'un triste record mondial de la carie chez nos enfants québécois. Pour contrer ce fléau, le gouvernement de l'époque instaurait un programme de soins préventifs en santé dentaire publique et misait sur les nouvelles ressources professionnelles en hygiène dentaire. Moins de 15 ans plus tard, une étude de santé dentaire publique confirmait que 75 % des enfants ne présentaient pratiquement plus de caries grâce à l'éducation et aux programmes de fluorure instaurés dans les écoles. La preuve était faite, la prévention fonctionne. Il en coûtait beaucoup moins cher d'ailleurs de prévenir la carie que de la traiter. Cet exemple de réussite exceptionnelle en matière de prévention et d'éducation trace la voie à suivre dans le continuum des soins chez les personnes vulnérables qui désirent préserver leur autonomie le plus longtemps possible. La protection du public oblige les ordres professionnels à assurer à l'ensemble de la population un accès adéquat aux services de leurs membres. En matière de santé, on ne veut plus éviter de répondre aux besoins réels de la population québécoise. L'ordre considère que les services d'hygiène dentaire et de prévention buccodentaire doivent être accessibles à toutes les personnes là où elles se trouvent, en centre d'accueil, en CHSLD, en résidence pour aînés et à domicile, pour toutes les classes de notre société. Notre dada, bien sûr, on l'a souligné, l'hygiène dentaire, c'est un besoin fondamental pour le maintien de la santé buccodentaire.

L'ordre est conscient que, pour remédier aux problèmes buccodentaires des personnes et des collectivités les plus vulnérables tant physiquement que financièrement, l'hygiéniste dentaire devra travailler en collaboration avec le personnel infirmier et les préposés dans les ressources gouvernementales d'hébergement. Il serait envisageable également pour l'hygiéniste dentaire de joindre des organisations qui offrent des services à la personne, comme les coopératives de services à domicile et les coopératives de santé.

Une condition buccodentaire des aînés. En ce qui regarde la condition buccodentaire des aînés et des personnes en perte d'autonomie, une étude réalisée au Québec au cours des années 80 révélait que plus de 70 % des personnes âgées étaient complètement édentées. Maintenant, la population aînée à venir conserve de plus en plus sa dentition naturelle, ce qui nécessitera des soins constants afin de les maintenir en santé. Malheureusement, l'accès aux soins buccodentaires pour les personnes en perte d'autonomie est quasi inexistant au Québec. Les services d'hygiène dentaire, tels que les détartrages, l'enlèvement de la plaque dentaire, et autres, sont limités aux cabinets dentaires et, pour une grande partie de la population, notamment la population visant... vivant, plutôt, en institution d'hébergement, ces services ne sont pas offerts et ne sont pas accessibles.

• (10 h 10) •

La condition d'hygiène dentaire des personnes en CHSLD est déplorable, et les soins de base sont, pour ainsi dire, absents. Pourtant, ces soins réguliers d'hygiène dentaire sont une nécessité pour tous, même pour les personnes avec une bonne santé dentaire. Les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée sont particulièrement à risque de complications découlant d'une piètre santé buccodentaire, étant donné leur santé fragile et dû au fait aussi qu'elles doivent compter de plus en plus sur l'aide des proches aidants ou des préposés pour assurer leurs soins d'hygiène personnelle. Les conséquences d'une mauvaise hygiène buccodentaire sont multiples et bien connues et ont des incidences graves sur la santé générale de la personne âgée et fragilisée. De plus, une nutrition adéquate est essentielle à une bonne santé, et l'état de santé buccodentaire est primordial pour assurer une bonne alimentation, ce qui est un sérieux problème chez nos aînés.

Le projet d'assurance autonomie vise à assurer à tout citoyen un accès adéquat aux services requis pour préserver sa santé et son autonomie fonctionnelle, quel que soit son lieu de résidence, à domicile aussi bien que dans l'une ou l'autre des ressources d'hébergement gouvernementales ou privées, et ce, au meilleur coût. Pour y parvenir, l'Ordre des hygiénistes dentaires est d'accord avec les étapes proposées à la page 32 du livre blanc. Il faudra emprunter le chemin de la prévention, des incapacités et du maintien, voire de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie. Déjà, en 1991, l'Ordre des hygiénistes dentaires avait préparé un projet pilote de soins d'hygiène dentaire auprès des résidents en CHSLD. Il était prévu que l'hygiéniste dentaire exerce des activités traditionnelles de son champ d'exercice, détartrage, polissage, application d'agents anticariogènes, et autres, en toute autonomie, c'est-à-dire, sans la tutelle du dentiste. Depuis, c'est devenu la norme de pratique dans le reste du Canada où les services de l'hygiéniste dentaire sont accessibles directement à la population. Malheureusement, au Québec, la loi n'a pas suivi, et la médicalisation des soins préventifs et d'hygiène dentaire persiste.

Alors, à titre de conclusion et recommandation, le Québec doit rendre accessibles les soins d'hygiène dentaire de base aux personnes en perte d'autonomie, peu importe l'endroit où elles vivent, où elles se trouvent. Présentement, l'hygiéniste dentaire qui offre ses services professionnels à l'extérieur du cabinet dentaire est limitée au brossage des dents et au détartrage des prothèses. Cette limitation à son droit d'exercice prive la population de services préventifs essentiels.

Notre première recommandation : pour le mieux-être de la population du Québec, il est impératif que le législateur reconnaisse à l'hygiéniste dentaire toute l'autonomie professionnelle qui lui est due, comme c'est le cas dans les autres provinces canadiennes. Enfin, il est prévu que... au livre blanc qu'il appartient aux CSSS la responsabilité d'encadrer l'évaluation des besoins de la personne et de veiller à la qualité de cette évaluation, d'élaborer les plans de services, et de les mettre en oeuvre, et, enfin, de s'assurer de la qualité des services fournis. Notre deuxième recommandation : que les CSSS voient à choisir judicieusement les fournisseurs de services les plus appropriés en fonction des coûts et des ressources disponibles dans chacune des régions afin de rencontrer leur responsabilité populationnelle et que des budgets protégés soient prévus afin d'assurer la dispensation des services d'hygiène dentaire dans les ressources publiques d'hébergement.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec estime que nous avons, au Québec, les ressources suffisantes en hygiénistes dentaires afin d'offrir des soins adéquats réguliers aux quelque 45 000 résidents des diverses ressources institutionnelles d'hébergement du Québec. C'est seulement à cette condition qu'on pourra combler les besoins de soins d'hygiène dentaire de base à notre population en perte d'autonomie. Merci.

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme Duval, pour votre présentation. Maintenant, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Bien, merci beaucoup, mesdames, de ce mémoire et aussi de la flexibilité dont vous avez fait preuve pour venir ici ce matin, parce que je pense que vous l'avez su à quelques jours d'avis. Alors, je vous remercie de cette souplesse qui nous permet de pouvoir poursuivre nos travaux.

Je vais commencer par quelques questions d'ordre plus général. D'abord, je vous remercie de l'appui à notre projet d'assurance autonomie. Vous dites dans votre mémoire que c'est un projet de société devenu incontournable pour assurer le maintien à long terme des soins pour les personnes les plus vulnérables et pour maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible. J'aimerais ça vous entendre sur ce qui vous a amenées à manifester cet appui-là.

Mme Duval (Diane) : Alors, pour nous, ça s'inscrit dans un... ce qu'on disait, un continuum de soins.

On a oeuvré au Québec à faire en sorte que nos enfants québécois, qui détenaient, on le disait, le triste record de la carie mondial... ce n'était pas rien, là, à l'époque, c'était mondial... faire en sorte qu'ils gardent leurs dents, qu'ils les conservent. Et ça a marché. Ça a marché, nos gens ont gardé leurs dents. Aujourd'hui, ils sont devenus les parents d'une jeunesse chez qui le fait d'inculquer de garder ses dents puis de prendre soin de ses dents, c'est très important. Mais, dans ce continuum-là aussi et si on prend, il y a 20 ans, l'étude qui s'était faite par rapport aux Québécois, Québécoises qui étaient principalement des porteurs de prothèses, dont nos parents qui sont présentement en CHSLD, notre future clientèle qui s'en vient ont leurs dents.

Donc, pour nous, ça s'inscrit là, dans un continuum et dans l'esprit aussi de se dire que la prévention, ça fonctionne. Quand on veut garder nos personnes en bonne santé au Québec, il faut garder en tête que la santé dentaire, qui permet de bien mastiquer les aliments... Et on croit encore que la santé dentaire est déterminante dans le maintien de la santé générale de la personne, de pouvoir s'alimenter et de prévoir, dans l'avenir, de réduire les médicaments relatifs à la digestion. Donc, dans le continuum de soins, la prévention, ça fonctionne. Donc on croit qu'avec une génération qui garde ses dents, qui n'a peut-être pas eu tous les soins orthodontiques, du chevauchement, des difficultés, des prothèses partielles, des implants, on s'en va vers une hygiène buccale plus sophistiquée à faire à la maison et aussi en centre d'accueil.

Donc, il faut prévoir maintenant le maintien d'une bonne fonction masticatoire, d'un état qui va nous permettre de ne pas aller vers des maladies plus générales et qui originent d'une mauvaise santé buccodentaire. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. Mais, pour nous, c'est un continuum ici.

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

M. Hébert : Ma question était plus générale, sur l'assurance autonomie, mais je vais continuer dans votre voie quand même. Est-ce qu'on a... Vous parlez que les baby-boomers, là, qui sont la prochaine génération de personnes âgées, sont moins édentés. Est-ce qu'on a des données sur leurs habitudes de consultation pour des soins dentaires? Est-ce qu'on a des données sur l'accès de cette population-là à des soins dentaires?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Je vais passer la parole à Mme Côté.

Le Président (M. Bergman) : Mme Côté.

Mme Côté (Johanne) : Alors, oui, on sait que présentement la population active fréquente les cabinets dentaires à 50 %, parce que souvent c'est... C'est ça. Ça va beaucoup en fonction d'avoir les assurances dentaires.

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

M. Hébert : Donc, ce sont ceux qui sont couverts par des assurances dentaires qui...

Mme Côté (Johanne) : Majoritairement, oui.

M. Hébert : Majoritairement.

Mme Côté (Johanne) : Mais on sait que, la population active, oui, c'est 50 % qui fréquentent les cabinets dentaires.

M. Hébert : Et chez les retraités? Parce que la population active, pour vous, c'est la population qui est au travail. C'est ça, ce que vous voulez dire?

Mme Côté (Johanne) : Non, la population active... je veux dire, la population qui ne manque pas de... qui n'est pas à mobilité réduite.

M. Hébert : Ah, O.K. Je comprends.

Mme Côté (Johanne) : Parce que, la population qui est à mobilité réduite, évidemment, nous, on ne peut pas la visiter pour l'instant. Et, moi, lorsque je parle de la population active, c'est la population qui peut se déplacer en cabinet dentaire pour recevoir des soins.

M. Hébert : Est-ce qu'il y a des variations selon l'âge dans cette accessibilité aux soins dentaires? Savez-vous?

Mme Côté (Johanne) : Qu'est-ce que vous voulez dire?

M. Hébert : Bien, est-ce que les baby-boomers, par rapport aux plus jeunes, est-ce qu'ils consomment plus, moins de soins dentaires au Québec? Savez-vous?

Mme Côté (Johanne) : Ils consomment plus. Oui, ils ont plus de besoins, parce qu'évidemment les enfants ont eu droit à nos services de prévention, donc ils conservent plus leurs dents en santé, tandis que la population baby-boomer a eu droit à plus d'obturations, des choses comme ça. Ils ont plus de services de... besoin de services, de soins.

Mme Duval (Diane) : Il y a 70 % quand même des personnes qui sont assurées au Québec, c'est déjà un très bon... un bon pourcentage de gens. Mais effectivement je pense que notre population adulte a été extrêmement sensibilisée, là, on va dire, dans nos âges, par l'action qui s'est faite en prévention avec leur enfant. Il y a eu un continuum, une philosophie qui s'est développée, qui a atteint les parents, et qui ont pris davantage soin... et qui ont effectivement été chercher plus de services pour garder leurs dents en bouche, effectivement.

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

M. Hébert : Actuellement, dans les services à domicile des CSSS... Je parlerai des établissements d'hébergement par la suite, là, mais, dans les services à domicile, est-ce qu'il y a des hygiénistes dentaires, dans les CSSS, pour les services à domicile?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Oui, merci. Alors, oui, on compte 250 hygiénistes dentaires qui sont dévoués présentement, là, pas pour le service à domicile, seulement dans les écoles au niveau du programme avec les enfants où il y a un programme de scellement. Mais il n'y a aucun vraiment soin dédié... politique de santé claire au niveau des... à domicile, ça n'existe pas. Non, c'est complètement absent à domicile, autrement que par des prestataires de soins privés. Mais sinon, sur le plan public, non, ça n'existe pas, là, à cet égard-là. On peut dire : C'est quasi inexistant, là.

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

• (10 h 20) •

M. Hébert : Vous insistez beaucoup, dans votre mémoire, sur le travail avec les dentistes et vous voulez avoir plus d'autonomie professionnelle, si j'ai bien compris. Est-ce que, chez les enfants, le travail que les hygiénistes dentaires font, est-ce qu'il est aussi encadré légalement par les dentistes ou s'il y a une autonomie professionnelle dans ce type de travail?

Mme Duval (Diane) : ...je disais que c'est...

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Merci. C'est strictement l'autonomie professionnelle, parce qu'ici, quand on est en santé publique, on est en prévention.

Ce sont des activités présentement qui ne sont pas dans la loi ou dans le cadre de la Loi des dentistes. Quand on va plus loin puis qu'on veut faire des soins qui sont soit à domicile, en CHSLD ou ailleurs, en résidence où se trouvent les personnes adultes, l'hygiéniste dentaire ne peut pas faire de détartrage de dents. Il faut que ce soit à l'intérieur d'un cabinet de dentiste. Mais, à l'extérieur du cabinet de dentiste, elle ne peut pas aller de l'avant avec son... je dirais, son expertise de base qu'est la prévention et les soins d'hygiène plus spécialisés pour lesquels finalement elle est formée au Québec. Donc, ça, ça n'existe pas. Ce qu'on a dans les CSSS... on a un programme où les hygiénistes dentaires font des scellements chez les enfants, mais il n'y a pas l'équivalent chez nos aînés pour les soins spécifiques qu'ils requièrent en hygiène dentaire présentement, qui est le principal facteur qu'on découvre, là, où l'hygiène dentaire n'est pas faite dans les lieux comme ceux-là, où il y a perte d'autonomie.

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

M. Hébert : Pour les besoins des gens qui nous écoutent, là : Où s'arrête la prévention et où commence le traitement? En d'autres termes, où s'arrêtent vos compétences qui peuvent s'exercer actuellement sans la supervision des dentistes et où commence le traitement?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Pour nous, et l'exemple va être simple dans la mesure où est-ce que, dans toutes les provinces canadiennes, on a statué là-dessus... donc, dans toutes les provinces, l'autonomie des hygiénistes dentaires est dans son champ traditionnel d'exercice, ce qui veut dire que son champ à elle, parce qu'on parle majoritairement féminin... son champ est d'assainir, évidemment de prévenir la maladie de gencives, prévenir la maladie osseuse de l'os de support, prévenir les lésions carieuses, prévenir.

Donc, quand on parle de plaque dentaire, d'enlèvement du tartre, d'éducation, de brossage, d'alimentation cariogénique ou pas, on est dans le champ d'exercice de la prévention. Quand on agit en amont, c'est-à-dire qu'on enlève la plaque, on enlève le tartre parce que le tartre est un problème dans la mesure où il fait progresser la plaque dentaire, la plaque dentaire fait résorber l'os de gencive... quand on regarde tout ça, c'est ça, le champ traditionnel de l'hygiéniste dentaire. D'ailleurs, et en Ontario, et en Alberta, et en Colombie-Britannique, dernièrement au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, ça a été reconnu de façon claire. Et nous, dans l'esprit de la réforme du Code des professions survenue dans les débuts des années 2000... 2002, pour nous, l'expertise de l'hygiéniste dentaire d'évaluer les soins de base à faire, le soin d'hygiène dentaire, de regarder en bouche, c'est le travail fondamental de l'hygiéniste dentaire.

Pour nous, c'est le cadre de notre profession et c'est le même cadre qui a été reconnu par les législateurs des autres provinces canadiennes, d'où les programmes qui sont enclenchés dans des CHSLD ou à domicile, des équipements mobiles qui ont été... se sont procurés les hygiénistes dentaires pour aller devant la population. Elles ont cette possibilité de le faire.

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

M. Hébert : Mais ce que je voudrais comprendre, c'est... La situation actuelle, au Québec, vous permet de faire des gestes préventifs?

Mme Duval (Diane) : Mais pas le détartrage, pas le détartrage des dents. C'est fondamental parce que...

M. Hébert : Non, mais ce que je veux savoir, c'est jusqu'où vous pouvez aller en prévention au Québec actuellement.

Mme Duval (Diane) : Je vais passer peut-être la parole à Mme Clément, qui est sur le terrain. Elle va être en mesure de vous dire ce qu'elle est capable de faire et ses limites aussi.

Mme Clément (Ghislaine) : Alors, sur le terrain, ce que je peux faire, comme hygiéniste dentaire, c'est un brossage de dents. Donc, en fait, c'est tout ce qu'on peut faire de façon autonome. Dès qu'on commence à parler au niveau de détartrage, ça devient un acte qui doit être fait en cabinet dentaire sous la supervision du dentiste.

Si on veut savoir la limite entre les soins préventifs et les traitements ici, au Québec, ce n'est pas clair, je dirais. En France, j'ai trouvé un document d'un dentiste en France qui classe très bien le préventif et le thérapeutique, donc le traitement. Eux, ce qu'ils disent, c'est que... Excusez. Dès qu'il y a chirurgie, donc, quand on parle de chirurgie au niveau d'une dent, c'est, à ce moment-là, faire réparer une dent, donc une carie. Dès qu'on fait une chirurgie au niveau de la gencive, qu'on coupe la gencive, c'est un traitement. Tout ce qu'il y a avant la chirurgie, c'est considéré comme étant préventif. Alors, maintenant, ici...

Mme Duval (Diane) : C'est ça. C'est que la limitation ici présentement, là, fait en sorte que le détartrage est vu comme un acte médical, c'est-à-dire qu'il nécessite une évaluation d'abord par un dentiste. C'est essentiellement ça qui différencie beaucoup, beaucoup, parce que cette étape-là a été franchie ailleurs dans les autres provinces. C'est essentiellement ça qui fait la différence au Québec dans la limite des soins. Ça fait qu'à partir du moment où, avec un équipement mobile... Puis les hygiénistes dentaires sont très, très mobiles. Le fait que ça nécessite un examen préalable, bien ça empêche des soins de base comme le détartrage. Et le détartrage est majeur parce qu'il nous permet finalement d'avoir un meilleur contrôle sur la plaque dentaire par après. Une fois que c'est fait, là, le brossage, l'hygiène buccale se fait beaucoup mieux.

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

M. Hébert : Mais actuellement il y a des équipements mobiles utilisés à domicile dans certaines régions du Québec. Moi, j'ai vu certaines expériences, là, ça existe déjà.

Mme Duval (Diane) : Bien, Mme Clément, en fait elle a son équipement mobile. Mais, quand on parle d'équipement mobile et qu'il se fait du détartrage à domicile, c'est soit que ce soit le dentiste qui le fait présentement ou il y va parce que la législation veut qu'il aille avant l'hygiéniste dentaire puis la législation veut qu'il aille voir après l'hygiéniste dentaire.

Donc, ça, c'est limitatif. Puis il va falloir se dire : Est-ce que c'est ça qu'on veut au Québec? Parce qu'il y a deux choses qu'on a remarquées de façon très claire par rapport au projet de l'autonomie. C'est : d'une part, on reçoit des soins d'hygiène pour que les gens restent autonomes le plus longtemps possible et on croit énormément que l'hygiène dentaire en fait partie, d'une part; puis, d'autre part, ce qui semble être un facteur majeur aussi, c'est tout l'aspect du financement. Alors, nous, on se dit toujours : Les hygiénistes dentaires au Québec sont dûment formés, bien encadrés par un ordre professionnel, donc, en termes de qualité des soins, on est garants de cette qualité-là. Donc, ils sont bien formés dans leur champ d'expertise pour oeuvrer de la même manière que le reste du Canada, parce que, il ne faut pas oublier, une hygiéniste dentaire... Moi, j'enseigne au cégep de l'Outaouais, je gradue des hygiénistes dentaires qui peuvent demain matin être autonomes du côté de l'Ontario, et ils le font des fois, le pas. Donc, on forme des gens ici à très grand coût, qui sont limités dans les soins d'hygiène dentaire. Alors, je disais qu'il y a une préoccupation par rapport à l'hygiène, qui est complètement absente, et là il faut penser les Îles-de-la-Madeleine, la Gaspésie, il faut penser l'Abitibi.

La profession se démobilise un peu, la population vieillit. Comment on peut répondre à des soins de base pour permettre aux gens de rester en bonne santé le plus longtemps possible?

Mais l'autre préoccupation qu'on a, c'est le financement. Le gouvernement doit y accorder bien sûr une attention particulière. Mais le financement est majeur pour la pérennité des soins. Donc, à qui est-ce qu'on les confie? À qui doit-on les confier? Et on garde à l'esprit... la réponse, pour nous, est claire : aux bons professionnels, au meilleur coût et à l'endroit visé par le projet. Et là il faut se poser des questions en termes de financement de coûts, et les autres provinces l'ont vu venir, ça, ce financement-là. Alors, c'est au Québec que la population vieillit le plus longtemps, alors il faut y penser, avec leurs dents naturelles, parce que d'inculquer des soins de brossage, c'est passé dans notre population adulte. Dans 20 ans, ils auront besoin d'aide, de support pour maintenir les acquis. Alors, nous tous, on a besoin d'une hygiéniste dentaire pour enlever le tartre, et puis ça nous facilite après ça le passage de la soie dentaire puis le brossage, mais c'est la même chose en centre d'accueil, il faut voir les mêmes liens. Et donc on a les ressources sur place, on a les gens sur place pour répondre avec eux pour le faire. Mais le gouvernement doit absolument... Puis il faut se poser la question ici en termes de coûts. On a accepté que les infirmières fassent du triage, et c'est arrivé aussi dans une situation où le système était aussi en péril un petit peu.

Les coûts augmentent. Il faut toujours se poser la question de base. Et les hygiénistes dentaires sont des ressources inestimables, ils ont compté dans la balance au niveau de la sauvegarde des dents chez nos enfants au Québec. Et on croit qu'on peut faire un bon bout de chemin avec les Québécois et les Québécoises pour conserver leur santé buccale et de surcroît, évidemment, conserver leur autonomie plus longtemps.

On se disait qu'on était la deuxième population qui vieillit le plus vite, le plus rapidement après le Japon. Le Japon, ils gardent leurs personnes âgées huit ans de plus que nous en bonne santé. Ça compte, ça. Alors, nous, ici, on prend un retard immense en matière de santé dentaire. Il y a 20 ans, 25 ans, on en parlait au Québec, on revenait avec ce dossier-là, on interpellait — vous allez voir, dans les lettres — effectivement le ministre de la Santé en disant : Il faut faire quelque chose pour nos aînés, il n'y a pas d'hygiène buccale. Ça n'a pas changé.

Il y a des initiatives qu'on salue, mais elles sont isolées. Ce n'est pas de ça dont on parle. Premièrement, veut-on rendre accessibles des soins d'hygiène à nos personnes, premièrement, en perte d'autonomie et ceux qu'on veut garder à domicile le plus longtemps possible? Je pense que la question fondamentale est là. Et quelle est l'importance qu'on va accorder à la santé buccodentaire au moins, au moins et au moins au niveau de l'hygiène pour prévenir la maladie? Elle est là la question.

• (10 h 30) •

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

M. Hébert : Si on compare la formation des hygiénistes dentaires au Québec avec les autres provinces canadiennes, est-ce que c'est comparable?

Mme Duval (Diane) : Tout à fait. Je vais laisser la parole à Mme Côté là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : Mme Côté.

Mme Côté (Johanne) : On a un accord de la mobilité de la main-d'oeuvre avec les autres provinces, ce qui fait qu'une hygiéniste dentaire, avec la formation qu'elle a présentement au Québec, elle peut demander un permis de pratique, un permis d'exercice dans toutes les autres provinces sans ajout de formation ou d'évaluation supplémentaires. Le seul ajout de formation qu'il pourrait y avoir dans certaines provinces, c'est qu'il y a des provinces que les hygiénistes dentaires peuvent faire de l'anesthésie locale, sauf que, si l'hygiéniste, elle ne veut pas pratiquer l'anesthésie locale, dans les autres provinces elle n'a pas besoin d'autre formation.

Donc, on a une formation considérée équivalente à travers le pays.

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

M. Hébert : J'aimerais vous entendre sur les services d'hygiène dentaire en CHSLD. Quelle est la proportion des centres d'hébergement au Québec qui ont des services buccodentaires pour leurs usagers?

Mme Duval (Diane) : On n'a pas les chiffres exacts, mais c'est des projets qu'on dit pilotes ou très isolés, là, ce n'est pas, d'emblée, les choses... Ce n'est pas des soins qui se donnent d'emblée, c'est très isolé.

Mme Clément fait partie d'hygiénistes dentaires qui ont pris l'initiative d'être plus autonomes et d'aller faire ce qu'ils peuvent faire dans le milieu, mais ils sont limités, mais c'est très isolé. On est au courant quand même de projets, d'un projet pilote du côté de Sherbrooke, de certains projets, et souvent c'est des projets qui cadrent peut-être dans la résidence des facultés de médecine dentaire où on va vers des populations dans le cadre de programmes de résidence. Mais jusqu'à maintenant, de temps en temps, on entend parler qu'un dentiste va à domicile, mais, en Ontario, c'est courant qu'une hygiéniste dentaire aille à domicile, qu'elle déploie son équipement mobile. Il y en a qui ont parti un équipement, puis ils ont tout ce qu'il faut dans leur... même leurs véhicules wagonnettes où ils peuvent installer une personne et prodiguer des soins. C'est quelque chose. C'est beaucoup une initiative qui vient finalement du secteur privé, puis il va falloir ne pas s'en passer aussi comme étant des prestataires puis des fournisseurs de services potentiels.

Mais au Québec on est limités par rapport aux autres puis on accuse un retard immense, immense à cet égard-là.

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

M. Hébert : J'ai pratiqué pendant toute ma carrière dans un établissement où il y a de tout temps eu des services dentaires. À l'Hôpital D'Youville, qui est devenu l'institut de gériatrie, il y a toujours eu des services dentaires accessibles pour l'ensemble des résidents. Alors, pour moi, ça fait partie du décor.

Ce que j'aurais aimé savoir, c'est s'il y avait beaucoup d'autres établissements au Québec qui avaient ce même genre de services à leurs usagers. Vous me dites que c'est assez exceptionnel. C'est ça?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : C'est assez exceptionnel. Tout à fait, c'est assez exceptionnel.

Dès que vous sortez des grands centres ou vous êtes à distance un peu des universités, ça n'existe pas. Et les services dentaires sont des services dentaires, j'imagine bien, aussi de base. Mais là on parle vraiment d'hygiène buccale, on parle vraiment de prévenir tous les problèmes. Alors, non, c'est très... ça reste encore très isolé. Mais l'hygiène buccale,

pour les hygiénistes dentaires... ou, à chaque fois qu'il y a des projets pour aller vers ces populations-là, on se rend compte que finalement c'est très pauvre en matière d'hygiène buccale partout, partout, partout, les soins. Les préposés sont complètement démunis face à quelque chose qui les dépasse.

M. Hébert : Je vais laisser mes collègues poser quelques questions aussi.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste 3 min 30 s.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Bonjour, mesdames. Bien, un petit peu dans la poursuite de cette réflexion que vous nous proposez, selon vous, qu'est-ce qui explique qu'au Québec on n'ait pas reconnu en fait, là, une partie du travail des hygiénistes en leur permettant d'être autonomes? Et, comme ordre, j'aimerais savoir, dans le passé, est-ce que vous... qu'est-ce que vous avez fait comme représentations, comme propositions, comme démarches, puisque j'entends bien, là, que votre préoccupation, elle est très présente.

Et est-ce qu'il y a des choses qui ont été faites? Et, si oui, selon vous, pourquoi on ne peut pas ici permettre aux hygiénistes dentaires de faire les mêmes actes médicaux que dans le reste du Canada?

Mme Duval (Diane) : Bien, je pense que vous avez...

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Oui. Alors, bien, premièrement, écoutez, moi, j'étais, à l'Ordre des hygiénistes dentaires, en 1991, très jeune présidente de l'ordre, et le discours était totalement, totalement le même. J'ai placé en annexe une lettre, et, vous allez voir — je l'ai relue il n'y a pas tellement longtemps, et elle a été écrite il y a 23 ans — on pourrait croire qu'elle a été écrite aujourd'hui.

Donc, des démarches auprès des divers gouvernements, ça s'est fait de tout temps, de toute époque. Maintenant, ce qu'on voit... et vous parlez... qu'est-ce qui l'empêche, ça? Bien, c'est — pour nous, la réponse est claire : une politique de santé dentaire fort claire, certainement, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'une part, et la volonté, parce qu'ailleurs ça s'est fait par la volonté du gouvernement, jamais via une entente entre les parties, jamais, jamais. Ça s'est fait par volonté gouvernementale de dire : Ça se fait ailleurs aux États-Unis, on va le faire en Alberta. L'Alberta, la Colombie-Britannique a suivi, et c'est le gouvernement, c'est le premier ministre puis c'est le ministre qui s'est levé en Chambre. Et, voilà, ça se fait. Mais, si vous voulez mon point de vue, ça ne pourra pas se faire autrement qu'une volonté ferme du gouvernement d'avoir la parité avec l'ensemble du Canada en cette matière-là et de faire confiance aux ressources que sont les hygiénistes dentaires du Québec, et ça, toujours dans une perspective de dire qu'il ne faut pas que ça se fasse la guerre ou que ça se fasse sur le dos des usagers, de la population du Québec.

Puis jusqu'à maintenant on a pris beaucoup de retard, beaucoup, beaucoup, beaucoup de retard, et ça s'est fait toujours, évidemment, au détriment de la population québécoise.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste une minute.

Mme Proulx : Oui. Bien, rapidement, en termes d'effectifs, si je parle du nombre d'hygiénistes membres de votre ordre, si on allait vers un virage où il y avait une possibilité pour les hygiénistes d'offrir des soins, plus de soins à domicile... Parce que j'ai vu que vous mentionnez, là, qu'actuellement vous êtes en mesure... vous avez suffisamment d'hygiénistes pour répondre aux besoins des 45 000 personnes qui sont en résidence. Mais, si on élargissait la possibilité d'offrir des soins à domicile, est-ce que les effectifs sont en nombre suffisant?

Le Président (M. Bergman) : Le temps pour une très, très courte réponse, Mme Côté.

Mme Côté (Johanne) : Oui, nous croyons que les effectifs sont suffisants. Ce qu'il faut comprendre, c'est que nous avons chaque année près de 300 nouvelles hygiénistes dentaires, nous avons neuf collèges qui donnent la formation, qui fonctionnent à pleine capacité, donc, puis nous avons un membership qui augmente d'année en année, là. Donc, pour nous, il n'y a pas de problème.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bien, bienvenue à notre commission, c'est toujours un plaisir de vous entendre. Avez-vous estimé, advenant le cas qu'on mettait en place l'assurance autonomie, le nombre de personnes qui serait... d'hygiénistes dentaires qui serait nécessaire par ratio de population? Mettons 500 personnes de 65 ans et plus. Est-ce que vous avez fait des estimés? C'est quoi, les ressources supplémentaires qu'on devrait mettre en place?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Bien, à cet effet-là, on a quand même regardé un petit peu en parallèle ce qui se faisait dans nos écoles avec nos 250 hygiénistes dentaires. Pour avoir discuté avec des hygiénistes dentaires qui sont sur le

terrain, qui voient des personnes, on estime qu'un centre qui peut avoir 200... où il y a 200 personnes, une personne, une ressource hygiéniste dentaire, pourrait arriver à voir cette clientèle-là. Donc, faites un lien selon le nombre, c'est probablement, effectivement, autant de ressources qu'on en a présentement dans le cadre des CSSS, là, par rapport aux soins. Donc, on a à peu près 45 000, 50 000 personnes en centre d'hébergement, là, en CHSLD présentement.

Alors, à ce moment-là, nous autres, on avait fait une extrapolation à l'effet qu'à peu près 250 ressources seraient nécessaires si on voulait, d'ici deux ans, trois ans, procéder à des soins, bien sûr avec la capacité professionnelle d'agir, bien entendu.

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

• (10 h 40) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Et puis, si j'écoute vos propos, vous semblez nous dire que, s'il n'y a pas de changement au niveau de la répartition des tâches ou des actes entre les professionnels, donc, entre autres, si vous n'êtes pas capables de faire plus, ça va être difficile d'agir dans les centres, parce que j'assume qu'à toutes les fois que vous allez avoir besoin de poser un acte ça va prendre un dentiste également qui aille dans le CHSLD. Est-ce que je me trompe quand je dis ça?

Mme Duval (Diane) : Vous ne vous trompez pas.

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Vous ne vous trompez pas. À chaque fois que l'hygiéniste dentaire va vouloir poser une activité de son champ traditionnel d'exercice, ça va prendre un dentiste. Pas obligé de... Il peut ne pas être sur place ou être sur place. Ça va dépendre de... Ça dépend peut-être de l'application, qu'on fait présentement, là, des règles du jeu. Mais la loi dit qu'avant de poser un acte de détartrage le dentiste doit faire un examen diagnostique avant, ce qui n'a pas cours dans les autres provinces canadiennes, ce qui était le cas il y a 20 ans, ce qui n'est plus maintenant, tout à fait.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Ça, ce que ça signifie également, qu'advenant le cas qu'on ne modifie pas votre champ de pratique, en pratique, l'assurance autonomie en ce qui concerne l'hygiéniste dentaire va être difficile à mettre en application.

Mme Duval (Diane) : Présentement, dans le cadre actuel de la loi, oui. C'est la première chose, d'où notre première recommandation, c'est de reconnaître l'expertise de l'hygiéniste dentaire dans cette matière-là puis lui donner l'autonomie pour lui permettre d'aller vers cette population, d'établir des évaluations comme telles de la santé buccale, d'agir avec le personnel en place et de référer, comme elles l'ont fait dans les écoles... Ça a marché. Les enfants, là, ils n'ont plus perdu leurs dents, ils les ont gardées sans carie et réparées. Pourquoi? Parce que les hygiénistes dentaires les ont envoyés vers les professionnels, dont les dentistes, pour les conserver, ces dents-là.

Donc, il y a eu ce travail-là de première ligne qui a été fait et il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas en faire autant avec nos aînés au Québec pour se départir de sources d'infection que représente leur hygiène buccale.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Moi, je suis conscient comme vous que probablement un des parents pauvres au niveau de la santé générale des gens, entre autres de nos aînés, c'est l'hygiène buccodentaire parce que souvent les gens ont été soit édentés ou on ne s'en est pas occupé au cours de leurs dernières années, puis il y a une récupération à faire à ce niveau-là.

Tantôt, vous disiez également que l'assurance autonomie permettrait de choisir l'endroit où est-ce qu'on pourrait recevoir nos soins. Dans votre modèle que vous proposez, est-ce que les soins sont assumés par la personne qui les reçoit ou encore c'est assumé par le système de santé?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Oui. Alors, ce qu'on a compris du projet d'autonomie, c'est qu'il y a une certaine population qui va être identifiée.

Donc, on parle d'une étendue, d'une couverture qui couvre environ 40 % des gens, l'estimation qui est faite. Donc, il y a des soins qui sont évalués. Les personnes qui sont en perte d'autonomie, l'autonomie sera évaluée : où est-ce qu'elle est, cette perte-là?, pour avoir des soins. Alors, une personne qui est encore capable de s'offrir des soins, une personne qui est encore capable de faire son hygiène buccale, pour nous, là, ça ne s'inscrit pas là. On parle plutôt de la possibilité qu'au privé les hygiénistes dentaires puissent les offrir, ces soins-là, pour ceux qui veulent rester à domicile, là où ils sont. Dans le programme où les personnes ont été identifiées comme ayant des besoins mais qui sont à domicile, dans le maintien il y aura des évaluations qui seront faites par les personnes responsables, et, s'ils ont besoin de services d'hygiène dentaire, à ce moment-là on verrait très bien les ressources pouvoir se déplacer vers ces personnes-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. C'est très intéressant, ce que vous apportez. Pour vous, là, parce que j'aimerais ça vraiment comprendre de façon assez claire, pour vous, la personne qui est à domicile, elle pourrait utiliser les services d'une hygiéniste dentaire et, à ce moment-là, cette personne-là paierait de sa poche pour recevoir les soins.

Mme Duval (Diane) : Ça pourrait être possible, comme ce l'est pour la personne qui s'y déplaçait il y a un an passé. Exemple d'une personne qui ne peut plus... bien, il faudrait poursuivre dans cette direction-là si c'est une personne qui requiert tout simplement des soins de base annuels par l'hygiéniste dentaire. Ça se fait ailleurs dans les autres provinces de cette façon-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Et, si on comprend bien le modèle que vous proposez, à ce moment-là on n'aurait besoin d'aucune intervention d'un dentiste, l'hygiéniste dentaire serait autonome.

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Oui. L'intervention du dentiste se situe au niveau du diagnostic, et on encourage fortement la population du Québec à obtenir un diagnostic.

Donc, toutes ces initiatives-là de déplacement des dentistes vers les domiciles, on les applaudit totalement. Ce qu'on cherche à obtenir, c'est ne pas avoir la restriction, cependant. Donc, les dentistes peuvent sortir avec un équipement mobile, peuvent y aller avec des hygiénistes dentaires, ils peuvent y aller avec des assistantes dentaires et peuvent se déplacer, mais ils ne doivent pas empêcher par contre que d'autres se déplacent quand ils peuvent y aller avec leur équipement dans des régions données, ou peu importe. C'est l'empêchement à l'envers qui pose un problème, c'est-à-dire que, quand les ressources ne peuvent pas y répondre, on empêche les hygiénistes dentaires de répondre aux besoins.

C'est ça qu'on veut venir clarifier dans le projet. Quant à l'examen de diagnostic de dentiste, c'est comme un examen médical, on souhaite tous que tout le monde en ait, qu'il y ait un diagnostic. Mais d'empêcher une hygiéniste dentaire de prodiguer des soins, d'évaluer ces besoins-là, de référer pour des besoins autres vers le dentiste, cet empêchement-là, pour nous, c'est une brisure dans l'accessibilité. C'est là qu'elle est, la brisure de l'accessibilité, pour les soins.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Mais assumons un scénario : on ne peut pas le faire, on ne vous donne pas les actes que vous pensez que vous pourriez poser, on reste avec le même système. Entre autres, dans les autres provinces, à ma connaissance, il n'y a pas d'assurance autonomie. Ce que vous me dites, les hygiénistes des autres provinces, elles, en majorité des femmes, peuvent pratiquer les actes, alors qu'au Québec, où est-ce qu'on propose de faire une assurance autonomie, on ne peut pas faire des actes.

Ma question, c'est : Si on ne vous donne pas ces nouveaux actes là, pour vous, est-ce que l'assurance autonomie a une valeur ajoutée?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Quel prix on veut payer au Québec? Moi, ça me reste... il faut garder ça en tête. Quel est le prix de déplacer deux et trois personnes, sinon deux... ou de faire trois gestes, dont deux médicaux, pour assurer le détartrage?

Quel est le prix de ça si on garde le système actuel? Il faut se poser la question là, là. Présentement, il faut tout de suite se la poser, cette question-là. Donc, pour nous, on dit : Il faut justement ne pas aller là-dedans, il faut démedicaliser l'acte d'hygiène de détartrage et de soins dentaires comme dans les autres provinces qui l'ont vu venir, ce projet-là. Alors, si ça peut se faire, tant mieux, mais il y a une facture à payer, tant au privé par le consommateur et tant pour l'État. Alors, il faut se poser la question. Et je me dis qu'au Québec on est riches, très riches de ressources, mais on est très pauvres dans leur utilisation maximale, de ces ressources-là. Et c'est là qu'arrivent les entraves à l'accessibilité des soins.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, vous savez, une donnée qui semble ressortir de la commission, c'est qu'actuellement il semblerait qu'entre autres, dans les soins à domicile, on répond à 15 % des besoins.

Le ministre nous le rappelle souvent. Avec le 500 millions qui va être mis au cours des cinq prochaines années, qui... De toute façon, avec ou sans assurance autonomie, on va mettre 500 millions. Ce n'est pas une question de savoir la structure, mais bien l'argent qui est mis directement au niveau des patients. On va pouvoir répondre pour de 15 % à 30 %... Donc, si on voulait répondre à 100 % des besoins de la population, comme ça avait été laissé miroiter au début de l'assurance autonomie, la facture serait probablement, une petite règle de trois, autour de 2 milliards de dollars. Donc, avec l'assurance autonomie, une structure qu'on met en place, on change des façons de faire, on va passer de 15 % à 30 %, mais je ne suis pas certain qu'on va être capables de modifier les actes professionnels d'hygiénistes dentaires, dentistes d'ici à ce qu'on passe l'assurance autonomie. Si j'écoute vos propos, si on embarque dans l'assurance autonomie sans

faire cette modification-là, on se crée peut-être un plus gros problème parce que ça va être encore les dentistes qui vont devoir agir au niveau de médecins à domicile au niveau des CHSLD avec des hygiénistes dentaires.

Mais, en plus de ça, je ne suis pas sûr que vous allez être dans le 30 % qu'on va couvrir selon les besoins et l'argent qui va être mis au cours des cinq prochaines années.

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : On est conscientes, je dirais, au Québec, là, des ressources qui doivent être allouées au bon endroit, puis au bon moment, puis au meilleur coût.

Ce qu'on dit, c'est qu'en CHSLD, présentement, là, au moment où on se parle, il n'y en a pas, d'hygiène buccale. Et ça, ça devient un problème. Ça devient un problème, dès qu'il y a de l'inconfort, dès qu'il y a des situations, qui fait que les personnes ne sont plus capables de mettre leurs prothèses ou que l'hygiène n'est pas faite dans la prothèse, ils ne sont plus capables de les mettre. Pour toutes ces raisons-là, puis pour ceux qui gardent leurs dents, il faut au moins faire ça de base. Pour nous, là, ça devrait être dans une politique de santé de façon très, très claire. Pour ce qui est de l'ensemble de la population, si une personne à domicile a les mêmes besoins, les mêmes besoins pour les mêmes raisons qui ont été identifiées par une ressource, à mon point de vue, elle devrait l'obtenir, O.K.? Pour les autres qui peuvent se les offrir, bien continuons à faire exactement ce qui se fait ailleurs dans les autres provinces.

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

• (10 h 50) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. C'est juste que moi, je veux comprendre votre propos, là.

Vous dites, en arrivant ici... vous êtes pour l'assurance autonomie, ce qu'on comprend, là, tout le monde est... En passant, tout le monde est pour le maintien à domicile, l'organisation des soins, le changement au niveau des pratiques, là. Ça, on est tous d'accord. La question : Est-ce qu'on a besoin de l'assurance autonomie pour faire la transformation que vous nous proposez?

Si on ne fait pas d'assurance autonomie, vous, vous dites quand même : Il faut qu'on procède à une transformation, au niveau de nos actes, comme hygiénistes dentaires, il faut en faire plus. La question : Est-ce qu'il y a une relation entre ce que vous demandez puis la mise en place d'une assurance autonomie? Deuxième question : Est-ce que vous voyez l'assurance autonomie comme étant une possibilité d'augmenter l'argent qui va être investi dans vos secteurs? Parce que c'est comme ça que je le comprends, là. Mais moi, je n'ai pas vu un appui si fort à l'assurance autonomie, si c'est juste que vous venez de nous dire : Ça nous prend des transformations, puis en même temps, bien, l'assurance autonomie devrait nous permettre de mettre plus d'argent. Ça, on est tous d'accord. C'est d'ailleurs le discours qu'on a eu ici de tout le monde. Là, tout le monde a dit : Regardez, on croit dans l'assurance autonomie parce que ça va nous permettre d'avoir plus d'argent. Là, il faut juste qu'on m'explique où il va venir, l'argent, là. Mais, une fois qu'on a dit ça, si c'est la seule raison pour laquelle on fait de l'assurance autonomie, dans les autres provinces...

Si je comprends bien, ce que vous voulez mettre en place au Québec, ça existe dans les autres provinces, puis on n'a pas d'assurance autonomie.

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Mais il faut faire attention, par exemple. Le gouvernement investit de façon majeure.

L'exemple que j'ai en tête, c'est l'Alberta. Ça fait longtemps que les hygiénistes dentaires sont dans le cadre des CHSLD. Peu importe, la méthode de financement vous appartient... à regarder comment on va financer tout ça. Mais les hygiénistes dentaires, dans des programmes de santé dentaire publics auprès des aînés, ça existe, ça existe vraiment. L'Alberta est un bon exemple. Donc, il existe des programmes ailleurs. Donc, commençons. D'abord, commençons par la base, sur le terrain, dans les CHSLD puis permettons aux hygiénistes dentaires d'en faire plus en prévention par un décloisonnement puis une démedicalisation des activités. Peut-être qu'on aura une population, dans 20 ans puis 30 ans, qui sera en meilleure santé, mais commençons par la base. Ça existe ailleurs. Les mécanismes pour y arriver... l'assurance autonomie est un mécanisme. Nous, ce qu'on applaudit, c'est l'intention du maintien à domicile. L'intention de donner des services, on l'applaudit, mais ce qu'on s'aperçoit, c'est que, dans le cadre du projet, les soins et les services professionnels de base, incluant les soins infirmiers et les services de nutrition, réadaptation et services psychosociaux... il n'y a pas les soins dentaires de base, de base. Parce qu'on sait que des personnes en perte d'autonomie plus âgées, bien, évidemment vont... On va agir davantage... on sera conservateur et agir davantage pour les garder confortables au niveau de l'hygiène buccale. C'est ce qu'on cherche à faire.

Commençons par ça, puis après ça on verra. Mais, nous, ce qu'on dit : Ça en prend. Oui, effectivement, le gouvernement doit avoir le courage d'offrir à sa population au Québec des soins, au moins, d'hygiène de base et du support à l'intérieur de ces centres-là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Deux petites questions très rapides parce que je veux laisser la parole à mes collègues. En Alberta, est-ce qu'ils ont mis en place une assurance autonomie?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Le contexte du financement, ça, je vous laisse vérifier ça, mais il y a des changements majeurs ailleurs.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je vais vous donner la réponse : c'est non, O.K.? Est-ce qu'on a besoin de mettre en place une assurance autonomie pour faire la transformation que vous nous demandez? Si les autres provinces l'ont faite puis au Québec on est, ce que vous nous dites, les derniers, on devrait peut-être plus se consacrer à faire la transformation que vous nous parlez que de faire l'assurance autonomie. Le problème, c'est quand on a mis la transformation avec l'autonomie. C'est deux facteurs, quant à moi, qui sont indépendants. Donc, c'est pour ça que je suis très prudent par rapport à la notion.

Est-ce qu'on doit faire de l'assurance autonomie pour atteindre votre objectif? Moi, d'après moi, c'est non. Il faut travailler peut-être autrement. Là-dessus, je vais laisser la parole à ma collègue.

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

Mme Blais : Merci beaucoup. Je vais vous dire, ce qui m'a étonnée le plus de ce que j'ai entendu — je trouve qu'on va devoir travailler là-dessus — c'est que vous avez mentionné que 50 % de la population actuellement allait dans les cabinets de dentiste parce qu'ils avaient des assurances. Ça veut dire qu'il y a 50 % de la population qui fréquente peu ou pas les dentistes, alors, je pense... et conséquemment les hygiénistes. Ça veut donc dire qu'on va devoir travailler sur ce 50 % là parce que sinon on aura éventuellement une aussi grosse problématique que celle que vous exposez actuellement, hein, et il faut commencer dès maintenant à aider la population qui n'a pas accès à des soins dentaires.

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Eh bien, lorsqu'on a parlé d'assurance... Il faut voir que c'est notre population qui est au travail maintenant qui maintient des régimes d'assurance dentaire via leurs employeurs qui sont assurés.

Alors, dans la population adulte, c'est... on va chercher jusqu'à peut-être 70 %, beaucoup concentrés au niveau des plus grands centres. Moi, je suis de l'Outaouais québécois, et il y a beaucoup plus de gens assurés là qu'il n'y en a ailleurs... donc près du gouvernement fédéral, mais il n'en reste pas moins que la population, là, qui est à la retraite présentement, là, nos gens qui sont à domicile et nos gens, encore plus, qui sont en CHSLD, c'est 5 %, qu'on dit, là, dans les chiffres qu'on a vus passer. 5 % détiennent des assurances dentaires, qui seraient la population qui en détiendrait dans le cadre des CHSLD.

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

Mme Blais : Mais nos pauvres, puis il y en a beaucoup, ils n'ont pas accès à des soins dentaires, alors ils arrivent, en vieillissant, avec vraiment une situation problématique. Et je pense qu'il faut vraiment travailler aussi sur cette situation qui va empêcher cette autonomie au niveau des dents. C'est vrai que, si, à un moment donné, en vieillissant, à la maison on a des problèmes de dénutrition, bien ça peut être multifactoriel, mais les dents et l'alimentation, ça entre là-dedans.

En conclusion... je veux laisser un peu de place à ma collègue, mais, en conclusion, je crois qu'il faut travailler sur les personnes qui ont peu de revenus et qui ont besoin d'avoir une santé dentaire correcte, et ils font partie d'un 50 %.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau, il vous reste 2 min 30 s.

Mme Vallée : Bonjour, mesdames. J'ai une question, parce que vous avez parlé beaucoup des personnes âgées, des personnes en CHSLD, mais l'assurance autonomie, c'est aussi nos personnes handicapées, les gens à mobilité réduite, des gens de plus de 18 ans qui ont aussi des limitations fonctionnelles importantes. Et, je me demandais, cette clientèle-là — vous en avez peu parlé dans votre exposé — actuellement elle est desservie de quelle façon au niveau de l'hygiène dentaire?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Encore une fois, on est très limités aussi, parce que... Écoutez, moi, je vais faire référence... On n'a pas les chiffres, mais souvent les... Il se peut que les hygiénistes dentaires en CSSS, par exemple, aient des projets particuliers, mais ça se limite toujours à de l'éducation, brossage, support aux préposés. Je vais faire référence... Moi, j'ai été longtemps travailler dans un CLSC à l'époque et je m'occupais principalement d'un organisme où est-ce que c'était un centre d'hébergement auprès des personnes, justement, handicapées, les déficiences intellectuelles, des personnes en jeune âge, 18, 19, 20 ans, 30 ans, et c'était limitatif au fait de supporter les préposés qui étaient dépassés par l'hygiène buccale à faire chez ces personnes-là.

Alors, je dirais que, les aînés et nos personnes qui ont ces besoins-là, on est au même point au Québec. Mais il faut faire attention, là, il ne faut pas penser que la solution porteuse à long terme va être encore par l'État, via des négociations pour, à la pièce, payer des soins dentaires par la Régie de l'assurance maladie ou autrement. On ne pourra pas regagner un terrain... Ça va être difficile, mais on ne pourra pas regagner la perte de l'attente qu'on a eue de mettre nos ressources en place au Québec, de les utiliser correctement. Alors, moi, je reviens toujours là-dessus, les retards, les écarts sont immenses avec les autres provinces canadiennes. Et un aspect du problème, c'est effectivement l'utilisation de la ressource hygiéniste dentaire dans le milieu de la santé dentaire. Et, je reste là-dessus, je vais marteler le clou, il faut

que ça change. Ça a changé pour d'autres professionnels, on a fait confiance à d'autres professionnels, alors il va falloir faire confiance aux hygiénistes dentaires de collaborer, d'augmenter l'offre de services auprès de toute la population.

Et il reste au gouvernement de regarder comment finalement ça cadre dans le projet. Mais, de passer par ce qui se faisait traditionnellement, je pense qu'il va falloir regarder ce qui se fait ailleurs.

Le Président (M. Bergman) : Maintenant, pour le bloc du deuxième groupe d'opposition, Mme la députée d'Arthabaska.

Mme Roy (Arthabaska) : Merci. J'ai bien compris qu'il y avait des difficultés au niveau des actes professionnels requis au niveau du détartrage. Les autres actes que vous pouvez faire sans la prescription d'un dentiste, le brossage, le nettoyage de prothèse, est-ce que c'est des actes réservés à votre profession ou les infirmières peuvent le faire?

Le Président (M. Bergman) : Mme Duval.

Mme Duval (Diane) : Les infirmières peuvent le faire, les préposés peuvent le faire. Ce ne sont pas des activités qui sont réservées à la profession. Je ne sais pas...

Mme Roy (Arthabaska) : Oui, oui, c'est...

Mme Duval (Diane) : Alors, non.

Mme Roy (Arthabaska) : Il faut se mettre dans le contexte.

Mme Duval (Diane) : Oui.

Mme Roy (Arthabaska) : Maintenant, j'ai compris qu'à chaque personne handicapée qui intervenait, qui demandait des services à l'État... et chaque personne aînée qui rentrait dans l'univers du maintien à domicile était évaluée en fonction d'outils, SMAF, ou autres. Mais, vous, est-ce qu'il y a, dans ces coches-là qu'on doit évaluer, l'élément de santé dentaire dans ces outils d'évaluation là?

• (11 heures) •

Mme Duval (Diane) : Bien, pour nous, ça va être important effectivement de contribuer. En tout cas, on est là pour contribuer à un outil d'évaluation pour les besoins de soins d'hygiène dentaire certainement dans ces milieux-là.

Mme Roy (Arthabaska) : ...une ligne pour évaluer les besoins en... Puis vous, vous évaluez ça à combien, à peu près, de personnes ayant soit une prothèse soit une... ayant leurs dents? Vous évaluez ça à combien d'interventions? Deux interventions par année?

Mme Duval (Diane) : Bien, je vais laisser la parole à Mme Clément qui travaille sur le terrain. Elle va pouvoir dire un petit peu comment elle voit ça avec une personne âgée, comment elle intervient, là, à ce rythme-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme Clément.

Mme Clément (Ghislaine) : En fait, si on parle au niveau du détartrage, je crois que l'important, c'est qu'au niveau de l'hygiène dentaire on doit commencer par un détartrage.

Et, lorsqu'on a des suivis réguliers, donc, s'il y a un protocole au niveau des, déjà, infirmières, préposées qui sont déjà sur place, puis ils ont déjà une procédure pour maintenir à tous les jours... pour bien contrôler l'accumulation de plaque en bouche, je crois qu'à ce moment-là une fois par année, ça peut être suffisant. Quand les soins de base sont faits de façon adéquate, on commence par un bon détartrage et ensuite on contrôle l'accumulation de plaque, qui évite, à ce moment-là, la formation de tartre. Moi personnellement, qui vais dans les CHSLD, je vois des gens une fois par semaine, d'autres une fois par deux semaines, d'autres une fois par mois. En général, même les gens que je vois une fois par mois, je peux arriver à contrôler l'accumulation de tartre. Donc, ça veut dire que je peux toujours faire les soins de base pour, donc, juste enlever la plaque. Donc, c'est un peu...

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

Mme Roy (Arthabaska) : Vous mentionnez que c'est fait dans les autres provinces, c'est documenté, ce que vous nous demandez, de modifier les lois professionnelles et d'intervenir plus facilement auprès des clientèles ciblées ici par le présent projet. Mais savez-vous combien ça coûte per capita, dans les autres provinces, le service privé, parce que c'est ce que vous dites, pour ceux qui sont à domicile et le service public pour ceux qui sont en CHSLD?

Mme Duval (Diane) : On n'a pas ces données-là, malheureusement.

Mme Roy (Arthabaska) : Bon. Ça va. Moi, c'est toutes les questions que j'avais à poser.

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme Duval, Mme Côté et Mme Clément, merci pour être ici avec nous aujourd'hui et partager votre expertise avec nous.

Et je demande les gens de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec pour prendre la place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 11 h 3)

(Reprise à 11 h 5)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, on souhaite la bienvenue à la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Bienvenue à l'Assemblée nationale. Pour les fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms, vos titres, et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation. Alors, le micro, c'est à vous, madame.

**Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec (FTQ)**

Mme Deschamps (Johanne) : Parfait. Merci. Alors, je me présente — je vais présenter également les personnes qui m'accompagnent — mon nom est Johanne Deschamps, je suis conseillère politique à la FTQ et je remplace, sûrement sans étonnement pour vous, Daniel Boyer ce matin compte tenu de ce qui se passe chez nous.

Donc, les personnes qui m'accompagnent et qui vont intervenir sont Danielle Legault, qui est vice-présidente du syndicat québécois des employés de service; Marco Lutfi, vice-président du SCFP-Québec et également président du secteur des affaires sociales. Nos chercheurs nous accompagnent également ce matin, Benoit Hamilton, Pierre-Guy Sylvestre et Jennifer Whiteside. Alors, d'abord, nos excuses pour vous avoir fait parvenir notre mémoire un peu à la dernière minute. Écoutez, on va essayer quand même de vous le présenter rapidement.

La FTQ veut d'abord saluer la volonté gouvernementale de donner une nouvelle impulsion à l'accès aux soins et aux services de longue durée pour toutes les personnes qui vivent avec des incapacités, surtout dans le contexte où il y a vieillissement de la population. Cette réflexion-là, pour nous, est absolument nécessaire étant donné que les besoins des personnes en perte d'autonomie ne sont pas déjà suffisamment couverts. On va vouloir vous suggérer certaines pistes à l'égard de l'organisation des soins, du financement et de l'importance de la main-d'œuvre. Ces propositions, sans grand étonnement sûrement pour vous, vont être en lien avec des objectifs qui nous sont chers, soit l'universalité, l'accessibilité, l'équité, la gestion publique sans surfacturation ni frais d'utilisation. Et enfin on voudrait inviter le gouvernement, avant que je cède la parole à mes collègues... on vous inviterait également à intégrer, dans l'élaboration de la législation et dans l'implantation également de toutes les composantes d'une politique, l'analyse différenciée selon le sexe compte tenu de l'importance des femmes dans ce secteur, qu'elles soient travailleuses, qu'elles soient aidantes ou qu'elles soient bénéficiaires de ces services.

Alors, sans plus tarder, je vais passer la parole à Danielle Legault.

• (11 h 10) •

Mme Legault (Danielle) : Alors, bonjour. La proposition du livre blanc est claire, est très claire, il s'agit d'accentuer la privatisation ou la sous-traitance vers les entreprises d'économie sociale en aide domestique, les organismes privés ainsi que les résidences privées pour aînés.

À la FTQ, on croit qu'une administration à but lucratif se traduit par une diminution numérique du personnel, un appauvrissement de la qualité des soins et des services ainsi qu'une augmentation des coûts pour les bénéficiaires. Les preuves en sont d'ailleurs nombreuses avec l'expérience de nombreux autres pays. Alors, juste m'excuser, là, pour la voix, là, c'est hors de mon contrôle. Excusez-moi. Le Vérificateur général a observé que, déjà là où le travail est privatisé, les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de la qualité des soins offerts. D'ailleurs, la société québécoise a collectivement décidé de se construire un système de santé et de services sociaux basé sur la solidarité sociale, pas sur les principes du marché. Au contraire, les Québécois et les Québécoises, on veut se sentir en confiance en sachant que notre système de santé et de services sociaux pourra fournir tous les soins et les services dont ont besoin... et ce, de façon facile, sans complexité inutile et difficile à gérer.

Ainsi, la FTQ est en profond désaccord avec l'orientation gouvernementale de privatisation. On ne sera pas surpris, on décrie cette situation-là depuis plusieurs années. Puis ce n'est pas parce qu'on souhaite créer une assurance autonomie qu'il faut privatiser les prestations des soins et des services de longue durée.

La FTQ croit que la prestation doit être publique, offerte par du personnel du secteur public dans les différents lieux où habitent les personnes nécessitant des soins et des services de longue durée. Notre recommandation sur ce thème, c'est, afin d'assurer une continuité dans des soins et des services de longue durée de qualité et d'éviter toute confusion sur le véritable employeur, que tous les services qui touchent les AVQ, l'aide à la vie quotidienne, soient offerts par le personnel des CSSS.

Pour nous, c'est sûr que l'organisation des services de longue durée, c'est très important. C'est bien connu que le Canada dépense moins dans les soins à domicile et les services de longue durée que les autres pays de l'OCDE et que, par conséquent, notre système de santé, en ce qui touche les soins à domicile, a de nombreuses lacunes. Récemment, le Protecteur du citoyen et le Vérificateur général ont pu publier des rapports où on répertorie ces failles qui sont vécues au quotidien par les membres qu'on représente sur le terrain jour après jour. Entre autres, on nommait, on vous disait...

on énumérait que les usagers ne reçoivent pas nécessairement tous les services qui sont requis, auxquels ils ont besoin, et tout ça pour plusieurs raisons : manque de financement; manque d'évaluation spécifique. On sait qu'il y a des temps d'attente pour avoir accès aux services qui sont excessifs. Il y a un manque de normes pour l'ensemble du Québec, qui ne permet pas d'assurer un contrôle suffisant sur la qualité des soins qui sont donnés, et évidemment un problème qu'on connaît depuis plusieurs années, c'est la pénurie de main-d'oeuvre, la pénurie de professionnels, bon, qui peut aussi faire en sorte que ça va être difficile de pouvoir avoir des soins à domicile qui pourront être efficaces pour les bénéficiaires. On croit qu'il ne faut pas viser une organisation fragmentée des soins de santé. Le continuum de services va être très important. On ne peut pas sortir les soins de santé de longue durée du réseau de la santé et des services sociaux, en général. On pense que tout ça doit... Pour s'assurer d'une bonne qualité, il doit y avoir un continuum de services. Ça doit partir du premier moment où les personnes ont besoin de services et qu'on puisse suivre ce qui se passe. Et, de la façon qu'on pense d'offrir les services maintenant, heureusement, les CSSS vont pouvoir garder... c'est eux qui vont déterminer les besoins, c'est eux qui vont déterminer qui va donner ces services-là, mais on ne pourra pas faire la continuité à la suite de l'évaluation des besoins. Est-ce que c'est les bons besoins qu'on donne? Ça va être difficile, ça va devenir une machine incroyable. Et déjà les CSSS ont de la difficulté à pouvoir offrir tous les services qui sont nécessaires aux personnes qui sont à domicile.

Donc, on pense qu'il faut vraiment s'assurer que tout passe par les CSSS, de mettre le financement nécessaire pour qu'on puisse, là, ensuite s'assurer des bons services qui vont être offerts aux personnes.

Une autre grande préoccupation qu'on a à la FTQ, c'est les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Il n'est pas acceptable que le système de soins à domicile se développe au détriment des places en CHSLD. On sait depuis plusieurs années que déjà on a diminué énormément les places en CHSLD. On réduit les financements offerts dans les CHSLD, et ça, c'est très inquiétant. Les services à domicile, c'est important, mais les places en longue durée, en centre d'hébergement, c'est aussi important, entre autres, pour les personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, entre autres, pour les personnes qui ont des problèmes cognitifs. Parce que, quand on parle de soins à domicile, ça, c'est inquiétant pour les familles, pour les proches parce que c'est des maladies qui sont dégénératives, évolutives rapidement. Et comment est-ce qu'on fait pour garder des personnes à la maison, qui souvent vont être seules, quand elles ont des problèmes de cet ordre-là? On pense qu'il faut réinvestir dans les CHSLD pour s'assurer que ces personnes-là, les personnes qui ont des déficiences, aussi, physiques puissent avoir des lieux où elles vont pouvoir être en sécurité, obtenir les soins nécessaires. Et ce n'est pas toujours nécessairement par les soins à domicile que ça passe.

Donc, il faut regarder l'ensemble des services qu'on offre aux personnes qui sont en perte d'autonomie et les personnes âgées, évidemment.

Le ministre a déjà indiqué de vouloir s'inspirer du modèle danois. Alors, on est d'accord...

Une voix : ...

Mme Legault (Danielle) : Oui?

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

Mme Legault (Danielle) : Oh! J'ai encore une minute. J'ai dépassé beaucoup, excusez.

Alors, écoutez, modèle danois, on est d'accord, pourvu qu'on suive le modèle danois, pas juste de dire : C'est les soins à domicile. Mais il y a une panoplie d'autres services qui ont été développés dans le modèle danois. Alors, pour nous, c'est important. Et vous avez les deux recommandations qui suivent là-dessus. Alors, c'est élargir l'éventaire des services et de mettre des pratiques innovantes dans notre système de santé, dont le système danois. C'est court. Excusez.

M. Lutfi (Marco) : Alors, pour ma part — on n'a pas de temps à perdre, on le voit bien — je commencerai peut-être par le financement qui nous semble être une... bien, une question non pas réglée, mais disons qu'avec la déclaration de Mme Marois, qui semble diriger le financement vers les tables d'imposition, nous, ça fait grandement notre affaire, finalement.

Donc, j'irai tout de suite avec les recommandations 7 et 8 en page 19, là : Que le financement des soins du service de longue durée, même s'il devait prévoir la création d'une caisse partiellement capitalisée, soit assuré par l'impôt général des contribuables et des entreprises et, la recommandation 8, que le gouvernement prépare divers scénarios de financement bien documentés qui seraient soumis à une consultation avant l'adoption de mesures précises de financement. Une dernière chose peut-être sur le financement : le deuxième paragraphe de la page 19, il nous inquiète grandement, dans le sens où le non-renouvellement de l'accord sur la santé que le gouvernement fédéral conservateur a modifié unilatéralement, ça nous préoccupe beaucoup au niveau du financement.

On sait que pour le Québec en fait les analyses prévoient, sur 10 ans, une perte de 8 milliards de dollars. Ce n'est pas rien. Et je m'étonne encore, moi, de voir qu'il n'y a pas grand provinces, dont la nôtre, qui font du chemin là-dessus.

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

M. Lutfi (Marco) : Pardon?

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

M. Lutfi (Marco) : En conclusion?

Une voix : Oui, il te reste 30 secondes.

M. Lutfi (Marco) : My God! La formation ultradéficiente. On ne peut pas partir un projet comme ça sans une nécessaire formation, que j'aurais grand aimé vous parler, puis peut-être que les questions pourront venir nous aider là-dessus. Merci.

Le Président (M. Bergman) : Merci pour votre présentation. Maintenant, pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Bien, merci beaucoup, messieurs mesdames, de votre mémoire et de votre intérêt pour le projet que nous soumettons.

Permettez-moi de diverger de façon importante sur votre notion de privatisation, parce que, pour moi, c'est justement une récupération au système public du financement et de la gestion des soins à domicile, qui échappent en grande partie au système public actuellement. On sait qu'en maintien à domicile l'État ne finance et ne donne les services que pour 15 % des besoins, 85 % est assumé par les personnes, les proches aidants, les proches aidantes surtout. Alors, quand on fait, là, une analyse différenciée selon les sexes, on la fait, l'analyse différenciée selon les sexes, c'est les proches aidantes qui le font et qui quittent le marché du travail pour devenir des proches aidantes. Chaque année, au Québec, ça représente 100 millions de coût d'opportunité. Et je pense qu'il faut réaliser que c'est ce qu'on fait actuellement. Donc, il y a 85 % qui représentent le privé. La Sun Life a estimé même entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois le déboursé que ça veut dire pour les individus.

Alors, il y a un secteur privé actuellement qui est sans contrôle, et l'assurance autonomie permet de redonner une gestion publique, c'est-à-dire de contrôler la qualité de ce qui se fait dans ce secteur-là et de financer une partie de ce secteur avec des fonds publics. Alors, c'est un retour au public. Vous défendez bien vos membres, là, vous voudriez que la prestation soit entièrement publique, mais il ne faut pas nier qu'il y a une prestation privée, là. 50 % des entreprises d'économie sociale donnent des services aux activités de la vie quotidienne. Presque toutes les résidences privées pour personnes semi-autonomes donnent des services aux activités de la vie quotidienne. Il existe, ce secteur-là. Voulez-vous le nationaliser? C'est-à-dire ça, ce que vous demandez? C'est que ce soit entièrement les établissements publics qui donnent ces services-là? On ne va pas dans cette voie-là.

On préfère assurer le financement et le contrôle de la gestion de qualité plutôt que d'aller remplacer ce qui se fait déjà dans ce secteur-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme Deschamps.

M. Lutfi (Marco) : Si je peux me permettre...

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Pardon.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

• (11 h 20) •

M. Lutfi (Marco) : «I'm sorry». Il est fort louable de redonner le... de redonner, voyons, tout ça au service public, j'en conviens.

Mais, quand vous dites qu'entre autres les entreprises d'économie sociale font déjà le travail, c'est là où ça achoppe comme point. Parce qu'au-delà de notre membership, nous, ce qui nous préoccupe vraiment beaucoup plus que ça, parce qu'on a une expérience terrain... Parce que je suis moi-même, depuis 1981, préposé aux bénéficiaires et que j'ai tout vu dans ce domaine-là, je sais pertinemment que les soins rendus présentement par les entreprises d'économie sociale ne sont pas à la hauteur de ce que nos aînés méritent.

Et je m'expliquerai rapidement avec un exemple concret : ils sont capables, oui, de faire des AVD, quelques-uns font des AVQ, mais je me demande de quelle façon ça s'effectue. Les AVD, c'est de l'aide à la vie domestique : entretien ménager, etc. Ça n'a rien à voir avec s'occuper d'une personne âgée, ou handicapée, ou... physiquement, lui donner son bain, etc., ce qui fait partie des AVQ. C'est comme si présentement on disait en CHSLD ou dans tout autre centre : Oh, mon Dieu, il manque trois préposés aux bénéficiaires sur tel étage, ce n'est pas grave, on va prendre deux personnes de l'entretien ménager et une aide alimentaire, on les met là puis on ne les surveille même pas parce qu'ils vont être capables de faire l'ouvrage. C'est exactement ça, le portrait actuel, selon nous. Et les employés, les travailleuses surtout des entreprises d'économie sociale n'ont pas la formation, le savoir-faire et, quelquefois, le savoir-être qu'il faut absolument développer pour être en contact avec nos personnes âgées. D'autant plus, si on entre dans ça un alourdissement qui va s'ensuivre, c'est sûr, au niveau de ceux qui vont rester à domicile, l'isolement. Autant pour les aînés que pour les travailleurs qui auront à aller donner des soins là, c'est une situation particulière.

On n'est pas prêt à mettre ça en branle. Et pourtant on veut la même chose parce que nous, on continue de croire que c'est un projet qui est fort intéressant. Mais, M. le ministre, vous ne pouvez pas vous planter avec ça — excusez l'expression — en partant trop tôt. Et présentement il y a une grave lacune au niveau de la formation de ces travailleuses-là.

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

M. Hébert : Vous avez une perception des entreprises d'économie sociale, que je ne partage pas.

Notre objectif avec l'assurance autonomie, c'est de rehausser cette formation. Nous convenons avec vous qu'on doit surtout la contrôler, c'est-à-dire faire en sorte qu'il y ait un processus d'accréditation des entreprises d'économie sociale, des résidences privées et même des organismes communautaires qui sont des prestataires de services. Ça, on s'entend là-dessus. On s'entend sur le nécessaire rehaussement de la formation et on travaille actuellement avec les entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent être au rendez-vous, qui est très important pour assurer une qualité de services aux personnes.

Alors, là où on s'entend, c'est qu'il faut rehausser la formation, il faut rehausser le financement des entreprises d'économie sociale, et l'assurance autonomie va être là pour le faire. Mais d'exclure complètement l'économie sociale de l'aide à domicile, là, moi, je ne vous suis pas là-dedans. Et les entreprises d'économie sociale sont des entreprises responsables qui sont prêtes à relever ce défi-là. Et ils vont venir témoigner devant nous cet après-midi et ils sont prêts — je les ai rencontrés à plusieurs reprises — ils sont prêts à relever ce défi. Et la seule organisation syndicale qui en fait approuve ça, c'est la Fédération de la santé et des services sociaux, la CSN, qui ont des employés de ces entreprises d'économie sociale là qui sont syndiqués et qui, eux, jugent que c'est une prestation de qualité.

Alors, moi, je pense qu'on peut avoir une prestation de qualité dans ce secteur qui est actuellement sans aucun contrôle. Ce qu'on veut, c'est retrouver la gestion publique de ce marché qui actuellement échappe à tout contrôle public.

Mme Deschamps (Johanne) : Est-ce que je peux demander à Mme Legault d'intervenir, s'il vous plaît?

Le Président (M. Bergman) : Mme Legault.

Mme Legault (Danielle) : Alors, on est tout à fait d'accord à ce que l'aide à la vie domestique soit faite par les EESAD. C'est ce qu'ils font présentement, d'ailleurs, et ils le font très bien. Le personnel en place... D'ailleurs, on a travaillé à développer une norme professionnelle pour les personnes qui sont en aide domestique, pour s'assurer que, là aussi, il y ait une qualité de services qui se donne à la maison, sauf que, quand on parle d'aide à la vie quotidienne, là ça devient une chose différente.

Présentement, dans les CSSS, les personnes, les auxiliaires de santé et de services sociaux, ont une formation de presque 1 800 heures, si je ne me trompe pas, là... ou, en tout cas, 750 heures, mais ce n'est pas du tout une norme professionnelle. Ça se fait à l'intérieur de la maison, où on suit : Est-ce qu'elle est capable de faire le ménage, est-ce qu'elle est capable de faire ci, faire ça? Quand on parle d'aide à la vie quotidienne, là ça prend des personnes qui sont formées, qui ont une formation, soit un D.E.P. de préposé aux bénéficiaires ou en assistance à la vie à domicile. Et ces personnes-là développent des habiletés parce qu'elles sont formées pour voir comment... Est-ce qu'il y a des changements chez la personne? On apprend à observer la détérioration chez la personne âgée, qu'est-ce qui mène à ça. On peut se référer au CLSC s'il y a des besoins supérieurs qui surviennent. Il y a un lien direct entre les personnes qui sont au CSSS et les personnes qui vont dans les domiciles. Il y a un lien qui se fait là exactement, tandis que ce n'est pas le cas avec présentement les entreprises en économie sociale. On ne dit pas que ces gens-là... On respecte beaucoup ces travailleuses-là parce qu'elles font des miracles avec le peu qu'elles ont présentement. On le sait, on en représente plusieurs, groupes, des coopératives. Et effectivement les AVQ sont venues parce que les gouvernements, depuis le temps, n'ont pas subventionné assez les CSSS pour s'assurer qu'il y ait des soins à domicile qui soient faits. Donc, la communauté a dû se prendre en main.

Mais ce qu'on dit présentement, c'est qu'elle s'est prise en main, mais ce n'est pas de la bonne façon. Et on voudrait que ça soit fait de la bonne façon, que ce soient des personnes qui soient bien formées, des personnes qui relèvent effectivement du secteur public pour qu'il y ait une continuité et que tout ça se fasse. Tu sais, on peut bien regarder les expériences ailleurs puis dire : Ah, ça va bien là-bas, mais, si on regarde les expériences ailleurs, il faut les regarder dans l'entité complète, pas juste des bouts.

Et, pour nous, travailler à domicile, pour donner des AVQ, il faut être bien formé, et ce n'est pas présentement ce que ça fait, et puis ça prend des formations spécifiques.

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

M. Hébert : On s'entend là-dessus. Et c'est l'un des objectifs de l'assurance autonomie, c'est de s'assurer de la formation de tous les prestataires qui donnent des services de soutien à l'autonomie, qu'ils soient dans les entreprises d'économie sociale, dans des résidences privées ou dans des organismes communautaires. Alors, ça, là-dessus, là, on est tout à fait sur la même longueur d'onde.

Vous avez mentionné le Danemark. Pourquoi le Danemark a fait cette réforme, là? Il faut se souvenir de ça, dans les années... début des années 90, la réforme Hadler : aucun nouveau lit de soins de longue durée construit à un moment où ils avaient moins de personnes âgées que nous actuellement. Et cette réforme-là a abouti avec 73 % du budget qui est dévolu aux soins à domicile. Et, si vous allez au Danemark et que vous demandez de visiter un CHSLD, là il n'y en a pas... il n'y en a pratiquement pas. Au Danemark, on donne des services, même pour les personnes avec des troubles cognitifs, dans des résidences collectives ou les gens restent dans leurs résidences, et on leur donne les services dont ils ont besoin. C'est comme ça que ça marche. Et eux, ils l'ont fait en délocalisant tous les services dans les municipalités. Bon, ce n'est pas notre système à nous, ça. On ne peut pas prendre le système danois et l'importer au Québec, on n'a pas ce transfert dans les municipalités. C'est les municipalités et non pas le système de santé qui sont responsables des soins à domicile au Danemark. Alors, on le fait via ce que les autres pays européens et asiatiques ont fait, via une assurance autonomie.

Alors, c'est un modèle différent. Mais, quand on connaît bien le modèle danois, vous voyez qu'ils l'ont fait en prenant une décision extrêmement importante au début des années 90.

Et, je reviens sur une de vos craintes, ça ne se fera pas au détriment des CHSLD. Ce qu'on veut, c'est que le CHSLD ne soit pas la seule réponse, lorsque les gens ont une perte d'autonomie puis qu'il n'y a pas une proche aidante prête à s'épuiser, pour donner des services. C'est ce qui arrive au Québec actuellement. Et on veut que les CHSLD soient vraiment là pour répondre à un lourd besoin de soutien à l'autonomie sans que ce soit possible de le faire à domicile.

Il va toujours y en avoir besoin, des CHSLD. Mais actuellement 35 % à 45 % des admissions à Montréal, là, en CHSLD ne devraient pas être en CHSLD, et il faut absolument être capables de réserver aux CHSLD les usagers dont ils peuvent s'occuper. C'est ça, cette alternative-là qu'on est en train de faire.

Le Président (M. Bergman) : Mme Legault.

M. Hébert : Mais je suis très content que vous souleviez le modèle danois, c'est un beau modèle.

Le Président (M. Bergman) : Mme Legault.

M. Lutfi (Marco) : Oui, en fait...

Le Président (M. Bergman) : Ou M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Merci. Le système danois, effectivement c'est un beau modèle, mais il faut aussi le prendre dans son entier, dans le sens où ils ont légiféré pour se rendre là, il n'y a qu'une seule méthode d'apprentissage, la formation est requise et est surveillée par l'État de a à z, et c'est la même. Alors, c'est important, ça. Vous nous dites, M. le ministre, que la formation, pour vous, au niveau des entreprises d'économie sociale, c'est acquis, mais...

M. Hébert : C'est à faire avec la loi sur l'assurance autonomie. C'est là où on va se donner les moyens d'obliger la formation et d'accréditer les entreprises puis les prestataires, peu importe qu'ils soient publics, privés lucratifs ou privés non lucratifs.

M. Lutfi (Marco) : Oui, mais de quelle façon vous l'entrez, cette formation-là? Si on prend, par exemple, vous l'avez dit tantôt, 750 heures, l'aide à domicile, on parle plutôt de 975 heures. Et moi, quand je regarde ce qui est écrit sur les EESAD, bien je constate que ce n'est incroyablement pas ça, là. On parle : Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, 20 à 80 heures; Montréal, 14 à 35; Laurentides, huit à 60; Montérégie, sept à 30; dans les autres régions, on parle de moins de 15 heures de formation.

• (11 h 30) •

M. Hébert : Mais la première responsabilité — je vous arrête — la première responsabilité du gouvernement, c'est de légiférer sur la gestion de la qualité, c'est de se donner les moyens.

On n'a pas actuellement les moyens d'obliger qui que ce soit à avoir des niveaux de formation. Alors, avec la loi sur l'assurance autonomie, on va se donner les moyens d'obliger.

M. Lutfi (Marco) : ...façons, M. le ministre.

M. Hébert : Et, actuellement, je vous ferai remarquer que la seule place où on exige une formation spécifique pour les préposés, c'est dans le règlement sur les résidences privées d'hébergement. Même dans le public, on n'a pas de norme et de critère pour la formation des préposés. Alors, il faut, et je suis tout à fait d'accord avec vous, qu'un préposé qui travaille n'importe où, qu'un auxiliaire en santé et services sociaux qui travaille n'importe où répondent aux mêmes normes de qualité. Tout à fait d'accord avec vous, mais il faut se donner les moyens de le faire.

M. Lutfi (Marco) : Je suis très d'accord avec ça. C'est juste que nous... On parle d'un départ en 2014, là, je veux dire, ce n'est pas envisageable. Puis il y a, quoi, là, 6 800, peut-être, travailleuses des EESAD, qui ont entre 49 ans et 54 ans? Je ne suis pas sûr, moi, qu'elles ont tout ce qu'il faut déjà à travers... Mais, bon, tant mieux si oui, parce qu'on en a besoin, de ces travailleuses-là. Effectivement, les travailleurs du secteur public présentement ne sont pas assez nombreux, les auxiliaires familiales ne sont pas au rendez-vous, ça prend du monde. Maintenant, je ne sais pas comment on va pouvoir faire ça parce que... Et, quand vous dites : Oui, le secteur privé a fait des normes, oui, tout à fait, mais je constate que les PDSB, les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, n'y sont pas. Et, pour moi, c'est la formation la plus efficace et efficiente que j'ai eue de ma vie. Alors, il faudrait que ça, ça soit pris en compte.

Maintenant, 2014, c'est demain, c'est là notre inquiétude. Parce que, quand je vous entends parler, ça peut être rassurant, mais, quand je regarde le travail à faire, et vous le savez peut-être mieux que moi, je ne vois pas comment on va y arriver. Et c'est ça, notre inquiétude, nous. C'est...

Le Président (M. Bergman) : Mme Legault.

Mme Legault (Danielle) : Oui. La crainte aussi, c'est que 2014, ça vient vite, très, très vite. Qu'est-ce qui va se passer si les EESAD ne sont pas bien préparées? Où on va aller les chercher, ces services-là? Est-ce qu'on va aller plus

encore vers le secteur privé au lieu d'aller vers le secteur communautaire? Est-ce qu'éventuellement c'est ça qui va arriver? Parce que ce qu'on a compris aussi avec le temps, c'est que, oui, les CHSLD, on a fermé beaucoup de lits, sauf qu'on en a ouvert dans le secteur privé, dans les résidences privées. C'est que maintenant on achète des lits dans les résidences privées, donc on subventionne le secteur privé pour des places en longue durée. Alors, tout ça mis ensemble fait en sorte que, quand on regarde le portrait, on regarde ce qui se passe avec les résidences privées, on regarde maintenant où on veut nous amener avec les EESAD, et, de plus en plus, les services, qu'on veut offrir, de santé et de soins à la population, on s'éloigne du secteur public, on envoie ça au communautaire, on envoie ça au privé.

Et, pour nous, c'est une grande inquiétude effectivement, parce qu'on pense que le contrôle de la qualité, le contrôle des soins doit passer par le secteur public. Et c'est sûr...

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

M. Hébert : On s'entend que le contrôle doit passer par le secteur public. Ce que vous souhaitez, c'est que la prestation soit publique. Ça, c'est une autre histoire.

Pour moi, ce qui est important, c'est que l'État soit là dans la gestion, dans le contrôle de la qualité, dans le financement. Mais, la prestation, je pense qu'on peut mettre à contribution l'ensemble des partenaires actuels. Et on ne peut pas, là, résumer l'intégration des services puis... Dans l'intégration des services... je connais ça un peu, là, et l'intégration des services, un réseau intégré, là, ce n'est pas juste les établissements publics, là. Un réseau intégré, c'est l'ensemble des partenaires, entreprises d'économie sociale, résidences privées, organismes communautaires. C'est ça, un réseau intégré. Et c'est là où, quand on met ça en place, il faut tenir compte des partenaires et ne pas juste être en vase clos dans les établissements publics. Un réseau intégré, c'est vraiment sortir de l'établissement public et d'avoir l'intégration de l'ensemble des partenaires autour de la personne en perte d'autonomie. Et c'est ça, l'essentiel. Il faut sortir, là, de l'interdisciplinarité ou de l'intersectorialité de machine à café, là, dans l'établissement de santé et des services sociaux puis faire en sorte qu'on élargisse ça à l'ensemble des partenaires. C'est important, cette vision-là, et elle est soutenue dans l'assurance autonomie parce que les partenaires, ils doivent répondre à des standards de qualité.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Oui. Bien, M. le ministre, écoutez, nous, pour nous, ce n'est pas une question de se regarder le nombril, là, c'est juste que le respect de tous les critères qui sont, pour vous et comme pour nous, nécessaires est plus facilement assuré par un employeur commun, oui, du réseau public; une seule façon de faire, enlever la confusion et surtout faire en sorte qu'on ne soit pas en train de faire une consécration au secteur privé des soins des AVQ en imposant une logique de marché. Puis, si on fait ça, bien c'est clair qu'en même temps on enlève le droit de tous les citoyens à des soins de qualité, à de l'accessibilité, etc. C'est ça, notre point sur les services publics.

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

M. Hébert : Vous semblez dire : Hors de la prestation publique, point de salut. On diverge d'opinion là-dessus. Moi, je pense qu'on doit retrouver la gestion publique, et on atteint ces objectifs-là.

Quand vous dites : 2014 vient vite, moi, je trouve qu'il y a urgence en la demeure. Il y a des personnes âgées actuellement qui reçoivent des prestations — et je vais prendre l'exemple de résidences privées — sans aucune évaluation des besoins, sans aucune grille tarifaire, puis ils paient de leurs poches pour avoir les services. Il faut cesser ça, là. Il faut absolument qu'on puisse bien évaluer ces personnes qui sont en résidence privée, bien évaluer leurs services, et l'évaluation reste la responsabilité du secteur public, et avoir un financement public et des exigences de qualité pour la prestation des services. Il faut absolument cesser cette situation qui échappe complètement au secteur public et qui est totalement inéquitable. Et moi, je pense qu'il y a urgence.

Je pense qu'on aurait dû faire ça bien avant 2014. Il faut le faire et il faut pouvoir légiférer, d'une part; deuxièmement, il faut travailler sur les besoins de main-d'oeuvre, la formation et mettre en place rapidement des mesures correctives pour assurer la qualité des services aux aînés.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Bien, je pense qu'on s'entend sur beaucoup de choses pourtant dans ça, on n'est pas loin un de l'autre.

Puis, oui, il y a urgence et, oui, il faut s'occuper de ça rapidement, mais, écoutez, si ce n'est pas par le public entièrement, bien on va avoir une dispensation privée avec un financement public, et mon Dieu que les exemples sont nombreux de pourquoi ça cohabite mal, les deux ensemble. C'est une grande crainte qu'on a, et je pense que la majorité de la population la partage. On ne voit pas... Mais, oui, vous avez raison, il y a urgence d'agir. Et je pense que le livre blanc est quelque chose de très bien qui s'en va à la bonne place. Nous, ce qu'on dit : Assurons-nous d'être prêts avant de partir, parce que, là, ce n'est pas des boîtes de jeans qu'on déménage, là, on s'occupe des êtres humains. Vous le savez, tout le monde le sait. Mais on ne peut pas se tromper, et vous ne voulez pas laisser votre... voyons... Le livre blanc, en fait c'est les volontés du ministre, là. On ne veut pas que ça vire mal, je vais le dire comme ça, mal.

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

M. Hébert : Je n'ai pas terminé avec le financement. Je suis tout à fait d'accord avec vous que les décisions unilatérales du fédéral font en sorte qu'on va perdre plus de 8 milliards sur 10 ans et que le Québec, comme les provinces qui vieillissent plus vite, perde beaucoup plus que l'Alberta, pour ne pas la nommer, une province jeune qui va avoir un bénéfice relatif de cette nouvelle politique de transferts fédéraux. Et le 8 milliards financerait largement l'assurance autonomie.

Lorsque vous dites dans votre mémoire qu'on n'a pas fait de planification financière, là je regrette, là, mais on a calculé quel était le statu quo. Si on continue à construire des lits de CHSLD comme on est parti, là on arrive, là, en 2027, avec un statu quo qui est intenable pour notre système de santé publique. Avec l'assurance autonomie, on réussit à baisser de 1,5 milliard, à terme, cette facture, mais il y a quand même une facture supplémentaire. Nous avons indiqué que la voie des impôts serait celle que nous privilégierions parce qu'elle est la plus progressive. Et je suis d'accord avec vous. Quand on a regardé tous les mémoires qui sont rentrés, il n'y avait pas d'organisme... et on va les entendre, là, mais il n'y avait pas d'indication voulant qu'on puisse capitaliser cette caisse-là pour le futur par d'autres moyens. Alors, on se range à cet avis.

Mais, comme tous les systèmes d'assurance autonomie ont été implantés sur ce modèle-là de «pay-as-you-go», comme vous le savez, aucun n'a capitalisé, et, bon, je pense que le Québec ne fera pas exception. Alors, là-dessus, on est d'accord.

M. Lutfi (Marco) : Peut-être juste un questionnement sur l'accord sur la santé. En fait, le questionnement que nous avons, c'est : Comment ça se fait qu'on n'entend pas notre gouvernement insister davantage sur «essayons de rapatrier ça»? Ça avait de grands avantages, l'accord sur la santé, ça assurait le financement à hauteur de 6 % par année, etc. Là, on va perdre ces argents-là, mais on ne sent pas la volonté gouvernementale de faire quelque chose pour éviter que ça arrive. Et là-dessus je me pose des questions vraiment...

M. Hébert : ...les rencontres fédérales-provinciales auxquelles j'ai participé, et mon collègue le ministre des Finances, à toutes les rencontres fédérales-provinciales auxquelles il a participé, même chose pour le ministre des relations avec le gouvernement canadien, nous avons soulevé cette question à chacune des rencontres, et le gouvernement fédéral fait la sourde oreille.

Et je pense qu'il y a un moyen de pouvoir récupérer notre dû, c'est d'accéder à la souveraineté. Mais ça, c'est un autre débat que nous aurons en temps et lieu.

• (11 h 40) •

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Je suis sans voix.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, il vous reste une...

M. Hébert : Est-ce que mes collègues ont une question brûlante?

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, il reste 30 secondes pour les commentaires. Alors, maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

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

Puis je vous écoutais, puis vous savez qu'il y a eu un grand virage qu'on a fait, qui a été complètement manqué, sur une bonne idée, hein? Vous vous souvenez le nom que ça portait? Ça s'appelait le virage ambulatoire. Et puis c'est à peu près le même principe qu'il y avait, c'est-à-dire que quelqu'un nous arrivait avec une idée, là, qu'il essayait de planter dans la population, et, quand est arrivée l'application, ça a été un chambardement dans notre réseau. Et combien de personnes ont souffert non pas de l'idée, mais de la façon dont ça a été fait? Et moi, je peux vous dire, là, l'assurance autonomie, c'est vers là qu'on s'en va, parce qu'on nous met... Entre autres, quand le ministre nous dit : On a fait les calculs financiers, il nous montre deux, trois petites courbes, là, entre vous puis moi, là, il n'y a pas un planificateur financier qui dit que ça va tenir la route dans les discussions. C'est des hypothèses qui sont sur 20, 25 ans. Qui aurait pu prédire, voilà... aujourd'hui, le réseau de la santé, voilà 20 ans? À peu près personne, hein? C'est à peu près ça. Et, l'autre affaire, vous avez vu que l'idée de génie du début a complètement changé, on est passé de «tout le monde va demeurer à domicile», hein, mais on s'en rend compte... puis vous avez très bien... vous en avez fait mention, ça prend des CHSLD, ça prend des RI. Juste en passant, l'argument de Montréal, là, c'est... Voilà quelques années, il y a eu cette évaluation qu'il y a 40 % des patients qui auraient dû être en ressources intermédiaires, et possiblement une faible partie en maintien à domicile parce qu'il n'y avait pas assez de ressources intermédiaires dans le réseau et peut-être un peu trop de CHSLD. Mais je peux vous dire que les gens qui rentrent dans les CHSLD à Montréal actuellement sont pas mal malades. Puis je pense que vous êtes capables de témoigner de ça. Et je ne suis pas certain qu'il y en a tant que ça qui vont être capables d'aller en maintien à domicile, parce que ça prend une ressource entre les deux, qui est pour... ressource semi-autonome. Ça, on oublie souvent de dire ça puis on prend souvent un fait de voilà 10 ans. On dit : Aujourd'hui, c'est encore comme ça. Moi, j'ai vécu le réseau, là. Ça, c'était le diagnostic qu'on a fait voilà à peu près huit ans, puis je peux vous dire qu'il y a eu des grandes transformations.

Et Montréal actuellement est en train de faire la grande transformation sans assurance autonomie. Et vous êtes au courant, hein, à Montréal, ils sont en train de développer des places à domicile, ils sont en train de faire la transformation qui, en passant... Dans les régions, ça a été fait. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, à Alma, entre autres, là, Lac-Saint-Jean-Est,

Arthabaska également, on est à peu près à 2,5 lits par 100 personnes de 65 ans et plus en CHSLD. Je ne suis pas sûr qu'on va être capables de descendre en bas de ça.

Ça fait qu'à des endroits sans assurance autonomie on a fait cette transformation.

Au début, également, on avait dit : On va vous évaluer puis on va répondre à tous vos besoins. On sait qu'actuellement, avec 500 millions, on répond à 15 % de plus des besoins. Il en manque probablement un autre, 1,5 milliard. Ça, c'est l'autre élément qu'on a appris. La transformation qui nous avait été promise : On va répondre à tous vos besoins, on est loin de là. Également, au début, c'était : Vous savez, on va vous donner l'allocation, vous déciderez qu'est-ce que vous faites avec, un choix de privé ou public. C'était ça qui a été dit, vous vous en souvenez, hein, vous penchez la tête en disant oui, là. La télévision ne peut pas vous voir, mais la réalité, c'est celle-là. Au début, c'était : Vous choisirez où vous voulez demeurer : résidence privée, à domicile, et vous choisirez qui va vous le donner. Il y a eu des pressions de toutes sortes de groupes, puis maintenant on ne sait plus trop. Entre autres, juste pour vous dire, c'est un beau projet, en tout cas, moi, je le regarde de l'extérieur, un beau projet d'impartition, parce qu'on est actuel dans un système de soins intégrés continus où les décisions se prennent à l'intérieur du CSSS, on fait l'évaluation par le CSSS, mais on envoie l'argent à la RAMQ, qui, elle, va le transférer à ceux qui ont certains besoins. On court-circuite un petit peu le CSSS. Et ce que je vois, si vous décidez d'avoir des services d'entreprise sociale, à la limite, le privé — puis je ne vous dis pas que ça va être ça au début du projet, mais je le vois évoluer, là — à la limite, ça pourrait être une entreprise à but lucratif qui, pour le même prix ou moins cher, pourrait donner le service en autant que la qualité soit là, et la qualité va être évaluée de façon indépendante au niveau gouvernemental.

Je vous explique un peu vers quoi on s'en va parce qu'on est parti d'un projet quand les gens ont déposé leur mémoire, et plus on parle, plus on voit que ça évolue vers autre chose.

L'autre élément que les gens disaient : Oui, ça va être intéressant, on va enfin capitaliser les besoins et les soins du futur. On sait qu'actuellement, et le ministre l'a dit à plusieurs reprises, il n'y a à peu près nulle part qu'ils ont réussi à capitaliser. Et ce qu'on a dans le projet actuellement, bien, entre autres, avec ce que la première ministre a dit la semaine dernière, qui a été confirmé par le ministre, ça va être pris à partir de vos impôts. Ça, en passant, on l'a toujours dit, la capitalisation, c'est très difficile à faire. Et la caisse en capitalisation, de ce que je comprends, ça va être le même argent qu'il y a dans le réseau de la santé actuellement, c'est-à-dire les 3 ou 4 milliards, qu'on va prendre et qu'on va envoyer à la RAMQ. Ça va être ça, le projet. Et, à partir de la RAMQ, on va redonner l'argent, selon les services qui vont être donnés, en fonction de 30 % des besoins, à différents endroits, dont, entre autres, le maintien à domicile, les CHSLD et les RI.

La question, puis je vais vous la poser : Si je suis pour donner 90 000 \$ à un CHSLD public, pourquoi je ne le ferais pas au Danemark puis je n'appellerais pas ça une résidence collective? Parce que, ce que je comprends, au Danemark, il n'y a pas de CHSLD, mais ils ont des résidences collectives. Ça fait que je vous pose... Je ne sais pas c'est quoi, la grosse différence entre les deux, entre une bâtisse de 100 places, résidence collective, qu'on appelle résidence collective, puis qu'ici, au Québec, on appelle CHSLD, sauf que là-bas c'est géré par le municipal. Donc, si on prenait le principe du Danemark, il faudrait redonner toutes ces organisations-là au municipal, un peu sur le principe des loyers à prix modique. Puis ça, c'est un principe qu'on a adopté.

Qu'est-ce qui m'empêche, à partir de la RAMQ, de ne pas transférer ça en CHSLD privé si je sais que la qualité est assurée?

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : C'est une bonne question...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je veux la réponse.

M. Lutfi (Marco) : Il y a beaucoup de choses dans ce que vous avez dit, puis je partirai peut-être un peu du début. Le virage ambulatoire, oui, vous savez que nous, dans le milieu, on disait que c'était le mirage ambulatoire. Et ça, on déplore ça.

Il y a eu beaucoup, beaucoup de grandes réformes dans les 15, 20 dernières années, et, malheureusement, on dirait qu'on n'est jamais capable d'aller au bout d'une... Souvent, il va y avoir un renversement au niveau politique, et puis là, bien, on arrive avec le goût du jour. Alors, ça, c'est dommage, et ça a fait très mal aux travailleurs, en passant, dans le service public. Toutes ces réformes-là, là, ça s'empile une sur l'autre. Et, au-delà d'un coup de crayon ministériel, il en demeure que les gens qui ont travaillé à faire que ça arrive doivent recommencer avec un autre système. Un élément important que vous avez mentionné aussi, c'est au niveau des CHSLD. C'est sûr que, dans le livre blanc, on prévoit — je ne dis pas qu'on le prévoit encore — un ralentissement... ou, en tout cas, des CHSLD... On veut ralentir la progression des CHSLD. Moi, je pense que ce serait quand même une erreur, puisque tous les soins qui seront reçus par la population ne pourront être donnés à domicile. Je veux dire, il y a plusieurs études qui démontrent qu'après 20 heures-soins-semaine, habituellement, là, tu dois te diriger vers un CHSLD parce que, là, tu as une équipe 24 heures sur place et tu as besoin, comme personne, d'être entouré de ces gens-là.

Alors, il ne faut pas freiner le développement des CHSLD à ce point, car on en aura besoin dans toute cette évolution populationnelle là qui aura besoin des soins. C'est clair pour nous qu'il ne faut pas faire ça.

Pour ce qui est de votre question à 1 000 \$, bien là je ne sais pas quoi répondre, là, je ne suis pas trop sûr de la... Je ne me souviens plus de la question, en fait, là.

Une voix : ...

M. Lutfi (Marco) : Bon, c'est sûr que, pour nous, nos analyses nous pointent vers... que la qualité, la formation, etc., si c'est au même coût, au même salaire... on ne voit pas pourquoi on sortirait du système public, qui est beaucoup plus gérable, selon nous, pour aller vers la privatisation des soins.

Écoutez, à partir du moment où on rajoute la notion de profit dans l'équation, il est dur de penser qu'à la fin il demeure les mêmes soins, là. Je veux dire, il y a une notion de profit, et l'entrepreneur peut être tenté de diminuer les conditions de travail pour augmenter cette notion de profit là. Alors, à prime abord, on est en grincements de dents contre cette...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Écoutez, si vous aviez un système séparé, comme il est proposé dans le livre blanc, qu'est-ce que vous voudriez faire?

Vous voudriez l'intégrer. On a déjà un système intégré : le CSSS gère autant, au niveau des CHSLD, les maintiens à domicile que les ressources intermédiaires. C'est déjà fait. Là, ce qu'on dit : Maintenant, on va les séparer parce qu'on va faire faire le financement par la RAMQ après l'évaluation. On passe par une tierce partie pour après redonner l'argent. Moi, ma question : Qu'est-ce qui nous empêche de faire de l'impartition? C'est le mot que je vais vous dire. Moi, de la façon dont je vois le projet, comme le ministre l'avait expliqué au début, mais il a évolué là-dedans, c'est qu'une fois qu'on sait c'est quoi, le besoin, il y a un montant ou une allocation qui vient avec. Pourquoi ce ne serait pas donné au public, à des entreprises d'économie sociale, comme c'est déjà prévu, d'ailleurs? Les AVQ, selon moi, vont finir avec les entreprises d'économie sociale, et là ça va aller au moins cher avec la même qualité. C'est ça que je vois dans le livre blanc. Je ne sais pas, mais je n'ai pas besoin d'être un grand visionnaire, là, pour voir par la suite, également, pourquoi... si une entreprise comme une résidence privée n'offrirait pas de donner les mêmes services au même coût, pourquoi est-ce qu'on ne le donnerait pas à l'entreprise privée?

Je comprends que vous êtes contre ça puis je respecte ça, mais c'est ça qui est dans le livre blanc et la possibilité que nous avons de le faire.

Puis, en passant, je ne favorise pas nécessairement ça, je pense qu'on doit rester dans un système intégré et continu.

• (11 h 50) •

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Écoutez, c'est tellement plus facile de gérer tout ça. L'entreprise privée, elle va avoir d'autres normes, d'autres façons de faire, etc. C'est là où ça n'a pas de bon sens. Il faut avoir un seul système qui s'en va à la même place, tout comme le Danemark, on le disait tantôt. Ce n'est pas pour rien qu'il... Non, mais, dans le sens où la législation, les normes sont nationales, tout le monde a les mêmes barèmes, joue sur la même patinoire.

Là, en divisant tout ça, ça va être compliqué. On va augmenter les frais de gestion, d'administration et on sera incapable en fait de livrer la marchandise, mais de surveiller aussi comment ça se passe.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, alors, je vous pose la question : Comment vous pouvez être d'accord avec l'assurance autonomie? C'est ça, l'assurance autonomie.

M. Lutfi (Marco) : On veut la modifier.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, mais, je veux dire, les gens viennent ici, là, puis : Nous autres, on est pour l'assurance autonomie parce qu'on est pour le maintien à domicile. Tout à fait d'accord. Ça fait peut-être 20 ans qu'on fait ça pour ça, on avance de plus en plus. Le ministre a l'impression qu'il n'y a jamais été fait rien dans le réseau. Je ne sais pas où est-ce qu'il était au cours des cinq dernières années, mais il y en a eu, des transformations, dans le réseau de la santé. Entre autres, à Montréal, il y a une grande transformation qui se fait.

Dites-moi donc, est-ce que c'est vrai ou pas qu'il y a une transformation dans le réseau de la santé vers le maintien à domicile depuis plusieurs années? Vous êtes là-dedans, vous autres.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Tout à fait. Mais, malgré les transformations organisationnelles, puis des fois on va déplacer des murs, je veux dire, dans les faits, il ne se passe pas grand-chose de concret pour les travailleurs, les travailleuses. On le sait, depuis... mon Dieu, depuis que je fais ça, moi, je n'ai jamais vu une année où l'alourdissement est moindre que l'année d'avant. Pourtant, ce que je constate autour de moi partout sur les planchers, que ça soit en soins à domicile, CLSC, CHSLD, les bras, entre guillemets, les travailleurs qui donnent les soins de proximité n'ont pas été augmentés, leur tâche a été augmentée. D'autres postes administratifs ont été coupés, et ces gens-là faisaient des choses.

Alors, qu'est-ce qui a résulté de ça? C'est que les fonctions que ces gens-là ne font plus parce qu'ils ne sont plus là, eh bien, elles sont réparties à l'équipe restante. C'est ce que moi, je constate sur le terrain. Et ce n'est pas nécessairement une vision qu'on veut qui continue.

Et, non, dans ce sens-là, je ne peux pas abonder dans votre sens.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Les gens viennent ici puis ils nous disent tous tout ce qui doit être fait, là, puis il y a des commandes, hein, les gens nous disent : On devrait faire ci, on devrait faire ça. Mais, à la fin, ce qu'on nous dit, c'est qu'il y a une insuffisance d'argent, puis le message qu'on décode des organismes, c'est : Il faut tout simplement mettre plus d'argent dans le réseau.

Le ministre s'est engagé à faire ça à coût nul. Est-ce que vous pensez que c'est réaliste de mettre en place l'assurance autonomie, telle que décrite, à coût nul ou encore ça va nous prendre plusieurs centaines de millions de dollars d'argent supplémentaire?

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Bien sûr, ça va prendre de l'argent supplémentaire. Je pense qu'il y a un bon chemin de fait avec le taux d'imposition.

Il ne faut pas avoir peur, à un moment donné, pour des projets aussi valorisants pour la société, d'y aller par le biais des impôts. Moi, je n'ai pas peur de ça. Mais la question demeure pertinente, à savoir : il y a 8 milliards qu'on va se faire enlever par le gouvernement fédéral. 8 milliards, ce n'est pas rien. Il y a d'autres sources de financement. Il y en a d'autres, sources de financement, que de tout donner au secteur privé parce qu'ils vont venir nous sauver. On ne croit pas à ça. Il y a d'autres façons de faire, il y a d'autres choses à regarder. Dans le rapport, on en traite un peu. Mais, particulièrement, moi, je ne sens pas de grogne ni du gouvernement québécois ni des autres provinces face à cette coupure monstrueuse de l'accord sur la santé, qui, en plus de donner de l'argent en transferts fédéraux, prévoyait des normes. Et, tout ça, on va le perdre d'un coup. Et je comprends que le ministre nous dit qu'à chaque assemblée on dénote la chose, mais je ne vois personne de fâché, moi, dans toutes les provinces et je ne comprends pas. On dirait qu'il y a une volonté de nous diriger vers cette privatisation-là.

Avant de regarder de tout donner aux services privés, il faudrait toujours bien aller chercher ce qu'on peut dans ce qu'on a. Et puis ça, c'est quelque chose qui a fonctionné. Le dernier accord sur la santé, parti de 2004 à 2014, ça assurait, à tout le moins, un minimum à tous les niveaux. Mais voilà qu'on laisse tomber ça, et puis c'est là où ça ne marche pas. Il y a d'autres choses à faire avant de donner ça au privé.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Moi, je pense qu'il y a des négociations qui sont en cours et qui vont se continuer, mais il faut vouloir être autour de la table puis il faut arrêter de juste dire : Nous autres, notre solution, c'est qu'on se sépare.

Si c'est juste ça, votre solution, les autres provinces vous regardent, puis ils disent: Bien, allez jouer dans votre cour, le Québec, faites vos affaires, nous autres, on va la négocier, l'entente. Et puis de s'asseoir autour d'une table, là, ce n'est pas mauvais. Puis toutes les grandes ententes de ce type-là, je vous ferais remarquer, ça se règle toujours à minuit moins cinq. Et, oui, il y a des discussions qui se font, je suis convaincu de ça, mais encore il faut arrêter d'arriver avec l'argumentation : Si vous ne me donnez pas tout ce que je veux, je vais me retirer. Son problème, c'est que ça lui prend un référendum. C'est ça, son problème. Ça fait que, si vous voulez mon avis, on est peut-être mieux de s'asseoir autour de la table. Et, je suis d'accord avec vous, moi, on est les premiers à dire que ça n'a pas de bon sens, cette entente-là. Il faut qu'on soit capables de négocier quelque chose de différent, mais on va le faire avec les autres provinces, pas tout seuls dans notre coin comme une petite île, là. En passant, le référendum, ce n'est pas pour demain matin, ça fait que, les négociations, il faut qu'elles arrivent avant. En tout cas, c'est la position. Le monde se feront leurs messages politiques autour de la table. Je pense que la population est en mesure de juger qu'il faut être mature pour s'asseoir autour de la table puis être capable de négocier.

Et, comme toute grande négociation, hein, vous le savez, vous êtes dans la fonction publique, ça se règle rarement trois semaines avant, ça se règle la veille, le soir même, avec un petit sursis de quelques heures pour qu'on s'entende sur les modalités finales. C'est comme ça que ça se négocie avec vous autres et puis c'est comme ça que ça va continuer à se négocier dans le futur.

Moi, j'en reviens à l'affaire des maintiens à domicile, RI, CHSLD. Pour moi, c'est un enjeu majeur, parce que le projet a été vendu seulement qu'en disant : On augmente les maintiens à domicile, alors que ça prend une offre équilibrée, une offre équilibrée avec le maximum de soins à domicile et également des ressources intermédiaires. On peut discuter, ça peut être privé ou public, parce que ça prend des gens qui sont... des ressources pour des gens qui sont semi-autonomes et ça prend également des CHSLD. Et on sait que, si on y va avec une norme de 2,5 lits par 100 personnes de 65 ans et plus, au cours des 10 prochaines années, il y aura probablement assez de lits, mais par la suite il va falloir en développer, des nouveaux.

D'ailleurs, le ministre, dans son projet, il dit : Je vais sauver 350 millions. De la façon dont il sauve, c'est qu'il dit tout simplement : Je ne développe plus de... En passant, ce n'est pas : Je ralentis, je n'en développe plus et je récupère le 350 millions. Mais de façon réaliste, puis j'aimerais ça avoir votre opinion là-dessus, pensez-vous vraiment que ça va se réaliser, qu'il va sauver son 350 millions ou il n'aura pas le choix de développer certaines ressources? Réponse honnête.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Réponse honnête : Non, ça ne marchera pas. Je pense que, dans cette vision-là... Et c'est de pelleter par en avant. Ça va nous rattraper rapidement, car les besoins en CHSLD, ils sont présents présentement, ils

vont continuer de l'être, ils vont même se développer par l'alourdissement de notre clientèle et par la population aussi qui va augmenter.

Vous savez, c'est vrai que c'est noble, rester à la maison, recevoir des soins. C'est noble, mais on dirait que, woups, si tu finis en CHSLD, ça, c'est pas mal moins noble, alors que, pour nous, non, le continuum de santé fait en sorte que le choix qui s'offre à toi, avec tes capacités restantes, eh bien, c'est, oui, peut-être rester à domicile, mais c'est peut-être aussi recevoir de très bons soins en CHSLD. Et je peux vous assurer qu'il s'en donne, de très bons soins, en CHSLD. Malheureusement, les seules fois où on a un peu de visibilité télévisuelle, c'est quand un hurluberlu traîne quelqu'un par les cheveux. Mais il y a des millions d'heures de bons soins qui se donnent tous les jours. Et je pense qu'il ne faut pas séparer les deux et dire : Voici, ça, c'est noble, ça, ça l'est moins.

Il faut que la personne âgée ou avec des troubles cognitifs ou à un handicap quelconque ait le choix, tout au long de son cheminement, à des soins de qualité. Et ça peut vouloir dire, oui, une entrée en CHSLD, surtout après un minimum, selon moi, de 20 heures-soins-semaine, ce qui n'est pas énorme, là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je vous remercie de votre excellente réponse. Je vais laisser la parole à ma collègue.

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

• (12 heures) •

Mme Blais : Écoutez, j'aimerais peut-être, avant de vous poser une question, faire un... parce que le ministre mentionne souvent qu'il y a peu de choses qui ont été faites auparavant. Mais, dans le budget qu'on avait déposé avant les élections, il faut quand même dire qu'il y avait un cumulatif, sur cinq ans, juste pour les soins à domicile, de 1 123 000 000 \$. Alors, il ne faut pas... c'était là. Il y a des sommes d'argent, comme en 2013-2014, c'était un ajout de 149 millions, juste pour les soins à domicile; 2014-2015, 231 millions; 2015-2016, 312 millions. Donc, le tango, ça se danse aussi à deux.

Donc, le 500 millions, on le retrouve possiblement là. Je voulais seulement dire ça au début. Mais il y a une chose qui me préoccupe beaucoup, c'est que c'est le personnel. Pour être en mesure d'offrir tous les soins, à la fois à domicile, à la fois en CHSLD, à la fois en ressources intermédiaires... moi, ça me préoccupe énormément, ces professionnels de la santé, et je pense qu'on va devoir tous ensemble travailler pour faire en sorte de trouver ces personnels-là et les encourager à travailler auprès des personnes à mobilité réduite, parce que ce n'est pas un milieu facile, et ça prend beaucoup de vocation et de don de soi. Et je veux vous entendre là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi.

M. Lutfi (Marco) : Bien, écoutez, vous avez tout à fait raison — mais là, les prochaines questions, je pense que mes consocuteurs et confrères aimeraient y répondre aussi — c'est tout à fait ça.

La vocation, bien on pourrait en parler longtemps. Ce qui est clair, c'est que présentement on n'est pas prêt. Ça, c'est clair. Mon exemple, là, entretien ménager, aide-cuisinier ou préposé à la buanderie qu'on enverrait donner des soins, ça ne fait pas de sens pour personne présentement ici, mais, dans le contexte actuel des EESAD, c'est ce qu'on est en train de faire. J'entends bien la préoccupation du ministre et de tout le monde de dire : On va augmenter bien sûr toute la formation nécessaire. Alors, pour nous, il est clair qu'il faut que ça fasse. Il faut que le personnel soit capable d'oeuvrer, comme vous le disiez, dans toutes ces places-là, nonobstant ce qu'il rencontre, nonobstant la lourdeur, qu'il soit capable de travailler et de faire ce pour quoi il a été formé, alors, et d'autant plus que, quand on dit... Bon, j'entendais des entreprises d'économie sociale aussi : Il y a des actes légers qu'on peut faire au niveau des AVQ. Ça n'existe pas pour nous, ça, des actes légers. À partir du moment où tu as à mobiliser une personne, d'autant plus si elle a des déficits physiques et cognitifs, bien là on parle de quelqu'un qui rentre dans la bulle d'un autre. Dépendamment de ton ethnie, ça peut être facile ou moins facile. Il y a plein de choses qu'il faut absolument, absolument savoir mais être capable de mettre en action lorsqu'on rencontre la personne. Et c'est une des grandes forces aussi de la formation du PDSB, les principes de déplacement sécuritaire. Et le «P» est important, là. On ne parle pas de techniques de déplacement sécuritaire, on parle de principes.

À partir des principes enseignés, la personne va être habilitée, en face d'à peu près n'importe quoi, de les adapter et de trouver la bonne technique, qu'elle soit relationnelle ou physique, d'accompagnement.

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

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Excusez. Mme Legault.

Mme Legault (Danielle) : Oui. Moi, je voudrais juste rajouter aussi : Il faut penser que c'est un milieu où c'est grandement, majoritairement, des femmes, des femmes qui se dévouent tous les jours pour pouvoir s'assurer que les personnes qui sont sous leurs soins obtiennent les meilleurs services que possible.

Donc, effectivement, la formation, c'est une préoccupation numéro un chez nous, sauf que, vous savez, dans les résidences privées pour la certification, on va exiger de la formation. On met ça en 2015, on n'a pas commencé. Il y a 8 000 personnes qu'il va falloir qu'elles soient formées là. Là, on arrive avec en plus, dans le secteur des soins à domicile,

un nombre impressionnant de personnes qu'il va falloir former pour 2014, qui est demain matin. Moi, je pense qu'effectivement il va y avoir un dérapage qui va se faire à quelque part. Malheureusement, ce qui va arriver, c'est que c'est les personnes qui devraient recevoir les services, les soins de qualité, qui vont écoper. Et, les femmes qui travaillent dans les...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion.

Mme Legault (Danielle) : ...les EESAD, eux autres, il faut s'en préoccuper aussi, énormément.

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

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Rapidement. Je sais que vous faites un plaidoyer pour assurer les services publics, mais on a entendu beaucoup de groupes et de représentants des personnes handicapées nous dire : Nous, on veut aussi avoir le droit de choisir qui va entrer dans notre bulle. Et il y a de ça aussi avec la question, par exemple, du maintien du chèque emploi-services, c'est que la personne qui est à domicile a le droit de dire : Moi, je m'entends bien avec telle personne qui va venir m'offrir des soins, et je suis l'employeur, et je veux avoir un certain contrôle.

Ceci étant dit, on plaide, oui, pour la formation, oui, pour l'encadrement, oui, pour... mais comment pouvez-vous dénigrer à ces gens-là le droit d'être chez eux pleinement, le droit de choisir qui sera celui ou celle qui va rendre les services de base, qui va entrer dans votre bulle, dans votre intimité? Puis, comme députés, je pense qu'on a tous des cas où les services publics parfois rentrent dans la bulle puis arrivent avec leur façon de faire, puis tassez-vous, c'est nous qui décidons, alors que la personne a le droit d'être l'employeur, a le droit d'être celui et celle qui aura le dernier mot à dire, en disant : Regarde, moi, je n'aime pas la façon de faire et puis je vais trouver quelqu'un qui va me rendre les services qui correspondent avec mes valeurs et ma philosophie.

Le Président (M. Bergman) : M. Lutfi, pour une très, très courte réponse.

M. Lutfi (Marco) : Écoutez, je pense que vous avez raison dans le questionnement. Par contre, c'est parcimonieux, les cas qu'on rencontre comme ça.

Le danger, pour nous, de laisser ce faux libre choix là aux gens, c'est que la majorité des gens qui ont des besoins ne sont pas en mesure souvent de les évaluer et de magasiner la bonne personne ou le bon soin. Et c'est ça qu'on va retrouver de plus en plus. Mais on n'est pas contre, dans ce que vous nous disiez au départ, mais ça rencontre une infime portion. Les autres sont en isolement, sont chez eux. Souvent, il faut les trouver par le biais des popotes roulantes, etc. Ils sont démunis et ils n'ont pas ce choix-là.

Les Québécois, lorsqu'ils sont malades, veulent des services de qualité offerts par des... ils ne veulent pas se casser la tête, ils veulent qu'on... On rentre quelque part, on veut être soigné correctement. C'est surtout ça que les gens retiennent.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme Whiteside, M. Sylvestre, M. Lutfi, Mme Deschamps, Mme Legault, M. Hamilton, merci pour votre présentation, merci d'être ici avec nous aujourd'hui et partager votre expertise.

Collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'après les affaires courantes, vers 15 heures. Et vous pouvez laisser vos documents ici pendant les affaires courantes. Merci.

(Suspension de la séance à 12 h 7)

(Reprise à 15 h 22)

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

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

On reçoit maintenant la Fédération des centres d'action bénévole du Québec. Alors, bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, on vous demande de donner vos noms, vos titres, et le prochain 10 minutes, c'est à vous pour faire votre présentation.

Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ)

Mme Sauriol (Lyne) : Oui. Alors, bonjour à vous tous. Je me présente, mon nom est Lyne Sauriol, je suis présidente de la Fédération des centres d'action bénévole du Québec et je suis accompagnée de M. Ronald Cormier, membre du conseil d'administration, et de M. Fimba Tankoano, directeur général de la fédération.

Merci de nous accueillir pour la présentation du mémoire de la fédération sur l'assurance autonomie.

La fédération a été créée en 1972 et a pour mission de contribuer au mieux-être des populations par la promotion, la reconnaissance et le développement de l'action bénévole. Elle regroupe 111 centres, répartis dans toutes les régions du Québec, où sont impliqués près de 30 000 bénévoles, plus de 900 salariés et quelque 1 000 membres de conseil

d'administration. Les centres d'action bénévole ont, pour eux, comme mission de promouvoir l'action bénévole dans les divers secteurs de l'activité humaine et de susciter réponse aux besoins non comblés des populations de leurs communautés.

Concernant l'assurance autonomie, la fédération salue cette initiative novatrice et est prête à collaborer à la mise en oeuvre de ce projet de société. Toutefois, nous désirons vous faire part des réflexions, inquiétudes et commentaires recueillis lors de la consultation de nos membres tenue en août et septembre derniers.

Dans un premier temps, nous tenons aussi à vous signifier qu'en aucun cas les centres d'action bénévole ne veulent offrir de soins ou de services de santé. À notre avis, ceux-ci doivent continuer à être dispensés par l'État par le biais de professionnels qualifiés. Nous croyons que l'assurance autonomie aura des impacts majeurs sur l'offre de services en soutien à domicile dispensés par les centres d'action bénévole et entraînera une croissance importante des demandes de services auprès de ceux-ci et plus particulièrement sur quatre des services en soutien à domicile, soit l'accompagnement-transport, la popote roulante, les visites et téléphones d'amitié ainsi que les activités de socialisation destinées aux aînés.

À notre avis, les centres d'action bénévole devront anticiper les impacts suscités par l'assurance autonomie et être vigilants quant aux mesures à mettre en place pour soutenir les bénévoles et éviter de les surcharger de travail. Il faut se rappeler que les services offerts par les centres d'action bénévole sont basés sur la disponibilité des bénévoles. Or, le bénévolat montre actuellement des signes préoccupants quant à la relève. La population vieillit, les bénévoles aussi; réalité qui amène les centres d'action bénévole à faire face aux problèmes causés par les nombreux départs de leurs bénévoles vieillissants. 70 % d'entre eux sont âgés de 55 ans et plus, et, s'ils sont les piliers des centres d'action bénévole, le travail pour la relève s'annonce plus ardu, pour le recrutement. Les organismes doivent recevoir le soutien et les outils appropriés afin d'éviter une surcharge de travail et un épuisement des bénévoles qui pourrait avoir pour résultante l'abandon de l'implication de certains d'entre eux. De plus, nous craignons que les centres d'action bénévole soient également confrontés à une surcharge de travail. Déjà qu'au cours des dernières années les demandes des services ne cessent d'augmenter, avec l'arrivée de l'assurance autonomie il est à prévoir que celles-ci s'accroîtront davantage. Tout comme les centres d'action bénévole, la plupart des organismes offrent des services grâce à la contribution des bénévoles. Or, selon le cadre de référence d'un centre d'action bénévole, le volet 3, qui est le support, le soutien aux organismes communautaires, ce volet-là veut qu'il recrute et réfère des bénévoles vers les organismes qui en font la demande.

Il est donc à prévoir qu'avec l'augmentation des besoins de la population il y aura accroissement des demandes de référence de bénévoles et de soutien pour plusieurs organismes en soutien à domicile.

Cette réalité nécessitera donc davantage d'activités de promotion, recrutement, formation et d'accompagnement des bénévoles ainsi que des organismes du milieu. Par ailleurs, chaque centre d'action bénévole aura également à assurer sa propre demande accrue de bénévoles pour assurer les services en soutien à domicile qu'il offre lui-même dans sa communauté. Actuellement, les centres d'action bénévole doivent composer avec une organisation monstre en matière de coordination des bénévoles, sans compter toute la gestion administrative qu'occasionnent ces services. C'est pourquoi il sera important d'être sensible aux besoins de renforcement des capacités institutionnelles des centres d'action bénévole.

Maintenant, je cède la parole à Fimba Tankoano, notre directeur, pour la présentation des recommandations de la fédération et de ses membres en regard de l'assurance autonomie. Merci.

• (15 h 30) •

M. Tankoano (Fimba) : Alors, la fédération a six principales recommandations, dont la première est l'intensification des activités de promotion, de recrutement, de reconnaissance de l'action bénévole en santé et services sociaux. Et, pour ce faire, nous pensons que le ministère devra augmenter le financement à la mission des centres d'action bénévole afin de permettre de renforcer le développement des volets 1, 2, 3, dont le recrutement, la référence et l'encadrement des bénévoles, la formation et aussi le soutien aux organismes du milieu. Il est à prévoir aussi que le ministère devra prendre en compte la réalité de l'offre de services bénévoles dans le processus de mise en place de l'assurance autonomie, car, les services des centres d'action bénévole étant essentiellement offerts par des bénévoles, il est primordial de respecter les limites du bénévolat de façon à éviter la surcharge de travail pour les bénévoles.

La deuxième recommandation fait référence au renforcement des capacités institutionnelles des centres d'action bénévole pour une meilleure offre de services basée sur un financement à la mission globale et non sur des ententes de service. Pour ce faire, le ministère devra voir à un meilleur financement pour pallier à l'insuffisance d'infrastructures adéquates, l'insuffisance d'employés permanents nécessaires à la gestion courante des différents volets et programmes d'action ainsi que pour couvrir les besoins en termes de renforcement des capacités institutionnelles des centres d'action bénévole. Une stabilité des centres d'action bénévole permettra d'offrir de meilleurs services et d'encadrement des bénévoles.

La troisième recommandation, c'est être en lien avec les limites possibles de l'allocation de soutien à l'autonomie, l'ASA, car nous pensons qu'il serait quasiment impossible de prévoir à l'avance combien peut coûter un service d'accompagnement-transport, par exemple, parce que ce n'est pas toujours le même bénévole qui rend le service ni pour le même bénéficiaire. Ça fait que, pour ce faire, nous exhortons fortement le ministère de nous associer dans le processus de mise en place des procédures en lien avec l'ASA afin de s'assurer du choix de la meilleure formule pour les bénéficiaires, les prestataires de services et pour les programmes gouvernementaux concernés.

La quatrième recommandation fait référence au respect de l'autonomie et de l'expertise des centres d'action bénévole dans le processus d'harmonisation des coûts en lien avec les services offerts. Si nous prenons l'exemple des popotes roulantes, il y a plusieurs variables qui rentrent en ligne de compte pour déterminer les coûts à la grandeur du territoire, dépendamment que l'établissement dispose d'infrastructures et peut compter sur des employés ou sur des bénévoles ou si on prend encore des organismes qui n'ont pas d'infrastructures, qui doivent se référer à l'externe pour le service, et, dépendamment qu'ils font affaire avec un CHSLD ou un service traiteur, les coûts vont varier. Alors, pour ce faire, nous pensons que le ministère devra associer les différentes parties prenantes dans l'harmonisation des coûts

afin de bénéficier de toute l'expertise nécessaire pour la mise en place de cette procédure, là, qu'elle soit réaliste mais surtout viable sur le terrain.

Notre cinquième recommandation exhorte fortement le ministère à respecter l'autonomie des centres d'action bénévole dans la réalisation des offres de services de sorte à éviter que ceux-ci ne s'éloignent de leur mission de base qui est d'offrir des services aux aînés et à l'ensemble de la population de leurs territoires dans une perspective d'amélioration générale de la qualité de vie. Pour ce faire, la FCABQ, de concert avec le ministère, pourra établir des critères d'admissibilité nationaux pour les services offerts dans les centres d'action bénévole. Et, comme ces critères seront reconnus par l'assurance autonomie, les centres d'action bénévole pourront eux-mêmes procéder à l'évaluation des bénéficiaires sans passer par les gestionnaires de cas. Cela va permettre justement aux personnes qui font des demandes de service au niveau des popotes roulantes ou de l'accompagnement-transport de ne pas souffrir d'une trop longue attente qui pourrait avoir pour effet une atteinte à leur bien-être physique ou mental.

La dernière recommandation est que le ministère devrait reconnaître l'expertise des centres d'action bénévole dans la mise en place du projet en les impliquant sur les différents lieux consultatifs et/ou décisionnels pour s'assurer d'une meilleure prise en compte des réalités terrain. Pour ce faire, nous pensons que chaque CSSS, par exemple, pourrait se doter d'un comité consultatif regroupant les principales parties prenantes afin de déterminer de façon collégiale les mécanismes de coordination efficaces et de mise en œuvre des normes de qualité dans l'offre de services. Comme vous le savez, les centres d'action bénévole sauront apporter le côté humain de toute cette démarche-là, car ils seront pratiquement les seuls autour de la table à ne pas avoir à retirer un bénéfice pécuniaire en lien avec les services qui vont être donnés. Et nous pensons qu'au niveau national un tel comité pourrait être mis en place aussi pour soutenir le ministère dans l'élaboration de toutes les normes de qualité qui vont s'ensuivre dans l'assurance autonomie, et la Fédération des centres d'action bénévole devrait y siéger pour toutes les raisons que je viens de citer pour les centres d'action bénévole.

En terminant, la FCABQ tient à remercier le ministère de nous avoir conviés aujourd'hui ici pour cette commission, et nous espérons être consultés lorsque le ministère sera prêt à déposer un projet de loi concernant l'assurance autonomie. Et, pour finir, la fédération aimerait appuyer le mémoire de l'association des dentistes.

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

M. Tankoano (Fimba) : Oui, c'est la conclusion. On appuie une recommandation de l'association des dentistes selon laquelle elle aimerait qu'on inclue, dans l'assurance autonomie, des soins dentaires. Et nous pensons que ça pourrait être intéressant pour les personnes, pour les bénéficiaires.

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme Sauriol, M. Tankoano et M. Cormier, d'être ici et d'avoir présenté votre mémoire.

Écoutez, les organismes communautaires et les centres d'action bénévole en particulier sont extrêmement importants pour les personnes âgées, surtout dans le contexte des soins à domicile, pour l'ensemble des actions que vous avez énumérées, mais particulièrement vos actions en popote roulante qui fournissent des repas à plusieurs personnes en perte d'autonomie qui peuvent être maintenues à domicile grâce à ces initiatives extrêmement importantes pour la population.

Vous soulignez, avec beaucoup de justesse, l'importance du financement à la mission globale. Nous avons annoncé, la semaine dernière, un rehaussement de ce financement, qui ne s'était pas fait depuis 20 ans, à 40 millions de rehaussement à la mission globale pour les organismes communautaires du secteur santé et services sociaux. Et, dans le premier volet d'investissement de maintien à domicile, on a investi un 10 millions, dans le 110 millions, spécifiquement pour les organismes communautaires qui desservent les personnes âgées en perte d'autonomie.

Alors, j'aimerais ça avoir votre appréciation de ce réinvestissement à la mission globale et à la mission spécifique des organismes communautaires pour les personnes âgées.

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

Mme Sauriol (Lyne) : Bien, c'est sûr que c'est une excellente nouvelle pour mieux répondre, encore là, aux besoins des personnes qui sont rejointes par nos organisations et nous permettre aussi, les organismes qui travaillons en soutien à domicile, de se doter d'infrastructures pour pouvoir mieux encadrer nos bénévoles et dispenser les services aux personnes qui fréquentent nos organisations. Effectivement, c'est une bonne nouvelle, oui. Ronald?

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Et j'ajouterais que la gestion de bénévoles, c'est de la gestion de personnel. Ce sont des personnes qui arrivent avec toute la bonne volonté pour travailler mais qui ont besoin d'être encadrées, avoir des définitions de tâches, de respecter leurs limites aussi, les risques, s'assurer de la sécurité aussi des gens qui vont avoir leurs services. Donc, comme nos aînés sont souvent en situation de vulnérabilité, nous devons nous assurer de la sécurité de ces personnes-là. Donc, lorsqu'il y a un choix de bénévoles, c'est aussi une gestion responsable, un filtrage, une vérification d'antécédents criminels pour s'assurer d'offrir le meilleur service possible.

Ce n'est pas parce que nous sommes un organisme bénévole que nous n'avons pas le souci de la qualité de service.

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

M. Tankoano (Fimba) : ...

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

M. Tankoano (Fimba) : Oui. Effectivement, c'est une bonne nouvelle, ces annonces-là. Et nous aimerions que la prise en compte du soutien au niveau des infrastructures soit un point central aussi dans l'allocation qui va... dans la répartition des fonds.

Souvent, les fonds, quand ça arrive, les agences ont tendance à beaucoup mettre l'accent sur les services directs qui vont être donnés, sans prendre en considération tout le mécanisme qui entoure ces services directs là. Si on a une augmentation de ressources bénévoles, si on a besoin d'augmenter le personnel, on a besoin d'agrandir les espaces de travail, on a besoin d'acquérir du nouveau matériel, on a besoin d'acquérir de nouvelles infrastructures. Dans le cas des popotes roulantes, les cuisines, et autres, c'est des dépenses qui sont souvent très coûteuses, très lourdes et que, malheureusement, les fonds qui nous sont alloués ne peuvent pas prendre en considération. Et donc, nous tenons à le dire aujourd'hui, si jamais, dans la répartition des fonds, cet aspect-là pouvait être pris en compte, ça va venir aider pas mal les centres d'action bénévole à mieux faire leur travail. Et je continue en disant que... Pourquoi cette distinction-là? Parce que nous ne sommes pas des entreprises privées ni des entreprises d'économie sociale. Tous les fonds qui nous sont alloués ne génèrent pas nécessairement de profit.

Donc, si on n'a pas un fonds pour améliorer notre cadre de travail, on ne pourra pas rendre ce service-là adéquatement parce que tous nos services sont basés sur des bénévoles. Et, si on signe des ententes de service, la plupart du temps, les ententes de service, c'est des fonds qui rentrent et qui ressortent pour nous parce qu'on ne fait pas de bénéfice là-dessus, et ces ententes-là sont directement rattachées à des services. Nous, on ne peut pas aller dans cette logique-là.

C'est pour ça qu'on espère avoir un rehaussement à la mission globale, pour pouvoir nous permettre d'asseoir quelque chose, des structures stables, capables de répondre aux services.

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

M. Hébert : C'est justement. Nous avons prévu faire un réinvestissement à la mission globale avant d'implanter l'assurance autonomie. Vous voyez la logique, là.

Pour vous donner justement les moyens que vous réclamez, on est allés au-devant de ce que vous demandez. Pas pour rien. Parce qu'on s'assoit avec vous. Mme Hivon et ses sous-ministres s'assoient avec vous depuis plusieurs mois pour examiner toute cette question du financement de la mission globale. Et ce 40 millions ne sert pas aux infrastructures, il y a d'autres programmes qui sont disponibles pour les infrastructures. Notamment, dans le pilier de solidarité, il y avait des programmes qui peuvent permettre à des municipalités, là, de pouvoir loger convenablement des organismes communautaires, et c'est en sus du 40 millions et du 10 millions qu'on a investis pour les soins à domicile. Je suis un petit peu étonné de la partie qui concerne l'évaluation des personnes, parce que, écoutez, pour évaluer les personnes, ça demande des ressources professionnelles que vous n'avez pas, et nous pensons que la gestion publique de l'assurance autonomie inclut l'évaluation des personnes. Alors, c'est les CSSS qui ont cette responsabilité de faire l'évaluation des personnes, et je ne voudrais pas vous donner cette charge-là en plus parce que, là, vous allez être obligés de recruter des professionnels.

On sait que l'Outil d'évaluation multiclientèle, ça nécessite des professionnels formés, et il y a eu toute une opération formation pour l'utilisation de l'outil multiclientèle. Et moi, je ne voudrais pas transférer ça aux organismes bénévoles, là.

Je pense que ça ne serait pas une charge de travail qu'il soit raisonnable pour vous d'assumer. Alors, je ne comprendrais pas tout à fait votre suggestion là-dessus.

• (15 h 40) •

Mme Sauriol (Lyne) : ...peut répondre à la question. Toi, aussi, tu voulais?

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

Mme Sauriol (Lyne) : Toi aussi, tu voulais...

M. Tankoano (Fimba) : O.K.

Le Président (M. Bergman) : ...

M. Tankoano (Fimba) : C'est exactement une bonne question. Et, dans notre mémoire, à la page 8, on a décrit plus en détail ce volet-là.

En fait, l'évaluation des personnes par le biais de l'ISO-SMAF... on ne remet pas ça en question, l'utilisation de cet outil-là, ni le professionnalisme de cet outil-là. On pose plutôt des questionnements à ce niveau-là. Que se passera-t-il pour des personnes qui ne vont pas être acceptées par l'assurance autonomie parce que, soit, ils ne répondent pas aux critères qui avaient été établis? Or, les centres d'action bénévole ont l'habitude d'offrir déjà des services à des personnes aînées

en se basant sur des critères d'évaluation qu'eux-mêmes ont l'habitude d'utiliser. Est-ce que les critères d'évaluation de l'assurance autonomie viendraient surplomber ces critères d'évaluation que nous, on utilise déjà? Et que se passera-t-il si c'est ça qui arrive? Donc, est-ce que ça voudrait dire que les centres d'action bénévole n'auraient plus cette légitimité-là d'accepter des personnes qui seront refusées, par exemple, à l'assurance autonomie?

C'est pour ça que, dans notre recommandation, on disait qu'on pourrait s'asseoir avec le ministère...

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

M. Tankoano (Fimba) : ...pour voir certains critères qu'on pourrait utiliser.

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

M. Hébert : Je vous rassure tout de suite, je vous rassure tout de suite, il n'est pas question que l'assurance autonomie vous empêche de faire des actions que vous faites déjà. Elle va permettre à certaines personnes qui ont des pertes d'autonomie, selon des critères, de pouvoir bénéficier... et même d'être financées pour faire appel à certains de vos services, mais ça n'exclut pas du tout que vous puissiez servir d'autres personnes. D'ailleurs, moi, je connais bien Sercovie dans ma circonscription, et c'est beaucoup plus large que les personnes âgées. Et vous offrez les services même aux étudiants en fait qui bénéficient d'un certain nombre de repas qui sont préparés dans ces centres d'action bénévole.

Alors, il est absolument hors de question que l'assurance autonomie soit un monopole, là, pour vos services. Alors, ça, je vous rassure là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

Mme Sauriol (Lyne) : On ne voulait pas craindre que des personnes tombent dans un vide de service.

M. Hébert : Je vous rassure tout de suite là-dessus, il n'est pas question...

Mme Sauriol (Lyne) : D'accord. Merci.

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

M. Hébert : Alors, l'assurance autonomie va permettre un financement public des personnes qui se qualifient.

Et vous souleviez une autre hypothèse, là, que les CSSS priorisent les profils les plus lourds. C'est en fait la personne qui va prioriser les services qu'elle nécessite avec l'allocation de soutien à l'autonomie. Alors, c'est les personnes âgées ou handicapées qui vont faire cette priorisation-là et non pas les CSSS. Et c'est ça, l'essence même de l'assurance autonomie, c'est de redonner ce pouvoir-là à l'usager et non pas de le laisser entre les mains du CSSS uniquement.

Je voudrais vous entendre sur la relève des bénévoles parce que c'est une préoccupation importante. Quelles sont les solutions que vous envisagez pour que vous puissiez renouveler votre personnel bénévole?

Mme Sauriol (Lyne) : Il est démontré que le...

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

Mme Sauriol (Lyne) : Oui. Il est démontré que le recrutement est de plus en plus difficile. Les bénévoles qu'on recrutait il y a 20, 25 ans ne sont plus les mêmes aujourd'hui. Les gens, c'est beaucoup plus difficile à recruter. On pense aux gens qui prennent leur retraite actuellement, les baby-boomers. Bien, ça pense à voyager avant tout. Bon, tu sais, ce n'est pas le même profil de personne qu'on recrute qu'il y a 25 ans, que... Bon. Ça fait qu'il faut travailler fort pour assurer la relève. Et les centres d'action bénévole travaillent fort pour amener de nouveaux outils pour le recrutement, aussi faire des contacts aussi avec les milieux d'affaires ou les milieux... les étudiants, les programmes internationaux de bénévoles dans les écoles secondaires. Bon, on essaie de...

Une voix : ...de diversifier.

Mme Sauriol (Lyne) : ...de diversifier et d'augmenter notre rayonnement pour aller chercher de nouveaux bénévoles dans des nouveaux... des secteurs où on n'allait pas auparavant et... Mais ça demeure que... Et il y a beaucoup de programmes de sensibilisation qui existent dans les centres d'action bénévole, dans les écoles primaires. Il y a plusieurs expériences au Québec là-dessus pour déjà sensibiliser les enfants. Mais c'est un programme de sensibilisation, c'est pour déjà sensibiliser les enfants à la participation citoyenne, à l'entraide, bon, etc.

Ça fait qu'on essaie de travailler en amont pour pouvoir avoir un résultat dans quelques années avec... pour faciliter, parler davantage au niveau de l'action bénévole et que le rayonnement fasse en sorte que les gens s'impliquent davantage. Mais c'est vrai que statistiquement, comparé... en 2001, on avait 275 bénévoles en moyenne, par centre d'action bénévole, et en 2009 c'est tombé à 216, ça fait que... Mais ce n'est pas que dans les centres d'action bénévole, c'est... Et les bénévoles sont de plus en plus sollicités également partout, dans plusieurs organismes, dans plusieurs créneaux.

Ça fait que c'est un petit peu tout ça, mais je vous dirais qu'on travaille fort pour...

M. Tankoano (Fimba) : Je pourrais ajouter quelque chose?

Mme Sauriol (Lyne) : Oui. Fimba aimerait ajouter quelque chose.

Le Président (M. Bergman) : M. Tankoano.

M. Tankoano (Fimba) : Oui. Et en plus, au niveau des bénévoles spécifiquement en santé et services sociaux, la palme des préférences ne se retrouve pas là.

La santé et services sociaux se classe au neuvième rang des préférences choisies par les bénévoles. Donc, vous allez avoir... Dans l'environnement, dans la culture, dans le sport et loisir, vous allez retrouver beaucoup de jeunes bénévoles, beaucoup de familles qui font du bénévolat là, mais, quand vous rentrez en santé et services sociaux, c'est vraiment à l'arrache qu'on s'en va retrouver des personnes qui sont prêtes à s'engager là parce que le temps d'engagement est beaucoup plus long. On ne peut pas s'engager ponctuellement en santé et services sociaux, il faut au minimum un trois mois d'engagement, sinon six mois pour que le bénévole puisse vraiment contribuer à donner des services aux populations. Et ça prend une catégorie de personnes qui ont du temps, alors qu'on remarque que, dans les statistiques, les jeunes s'engagent de plus en plus. Il y en a 54 %, de jeunes qui s'engagent, et ces jeunes-là, ils ne sont pas prêts à donner trois mois d'affilée ou six mois d'affilée. Donc, on se rabat vers des personnes qui sont soit souvent prérétraitées, à la retraite. Mais, comme on a expliqué dans notre mémoire aussi, la population vieillit, et les bénévoles aussi vieillissent, donc il faut qu'on joue avec ça. Et actuellement, à la fédé, on est en train de réfléchir à monter un projet de recherche sur les baby-boomers parce qu'on se questionne, parce que beaucoup de personnes focalisent l'espoir sur ces baby-boomers-là, mais pour l'instant on ne sait pas quel type de bénévolat ils veulent faire. Est-ce qu'ils ont même... le bénévolat se retrouve dans leur plan de retraite? On ne le sait même pas.

Donc, on est en train de penser à un projet de recherche là-dessus. Et je pense que nous avons soumis un avant-projet au CADA justement dans ce sens-là pour aller sonder un peu le terrain, voir l'orientation qu'ils prennent.

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

M. Hébert : Oui. Alors, vous savez que l'assurance autonomie va s'appliquer à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées plus jeunes. Avez-vous une idée de la proportion des services que vous offrez aux personnes handicapées plus jeunes et de la proportion des services qui sont dédiés à cette clientèle?

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

M. Cormier (Ronald) : Moi, je pourrais ajouter pour chez nous.

Mme Sauriol (Lyne) : Oui, vas-y.

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Moi, je peux en parler pour notre expérience dans notre centre d'action bénévole, comparativement aux moins de... 80 % des usagers des services en soutien à domicile s'adressent aux aînés de plus de 60 ans, 20 % s'adressent à des personnes en perte d'autonomie, en convalescence ou avec des handicaps, pour environ 20 %, qui ressemblent à peu près... dans notre vérification, le chiffre de l'ensemble du Québec au niveau des centres d'action bénévole, je pense.

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

M. Hébert : Actuellement, vous offrez des services. Si je prends la popote roulante, quelle est la contribution que vous demandez à la personne elle-même pour ces services-là?

M. Cormier (Ronald) : ...qu'on demande...

Mme Sauriol (Lyne) : ...

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Mais je ne veux pas parler pour toutes les popotes roulantes du Québec, chacune a ses politiques.

Ce qui est recherché, c'est que les personnes soient capables de payer la valeur de la nourriture et les frais de transport. Mais, les gens, s'ils avaient à payer les frais du cuisinier, tout ce que ça implique, les factures seraient trop lourdes. Quelqu'un qui paie un repas 6 \$, un repas complet, livré à domicile... les aînés qui bénéficient du supplément de revenu trouvent ça dur à payer. Nous retrouvons, exemple, dans notre centre d'action bénévole, des aînés qui sont capables de payer deux semaines ou trois semaines dans le mois. Donc, c'est avec des levées de fonds qu'on va combler le manque à gagner des services que nous offrons, parce qu'ils n'ont pas l'argent pour payer tout le mois, surtout les gens

qui sont à domicile et qui ont des frais d'électricité à payer, de téléphone. Et, l'hiver, ça coûte plus cher, et ils manquent d'argent.

Donc, il y a souvent cette capacité que nous avons de nous ajuster, d'aller chercher des fonds ailleurs pour combler le manque à gagner. Ça demande aussi du travail aux organisations.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, il vous reste trois minutes.

• (15 h 50) •

M. Hébert : Donc, le fait que l'assurance autonomie va permettre de couvrir, surtout pour les moins bien nantis, ces services-là est une bonne nouvelle pour vos organismes communautaires.

M. Cormier (Ronald) : Elle est la bienvenue, M. le ministre.

M. Hébert : Je vais passer la parole à mes collègues pour les trois dernières minutes.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson, il vous reste 2 min 30 s.

Mme Gadoury-Hamelin : Oui. Bonjour, madame, messieurs, merci d'être là. Moi, j'avais une question, parce que je connais mon organisme dans mon coin, mais vous n'offrez pas, à la grandeur du Québec, tout le même panier de services, d'un organisme à l'autre, si je comprends bien.

Mme Sauriol (Lyne) : C'est vrai. C'est sûr que les centres d'action bénévole, d'une région à l'autre, se sont développés différemment en fonction des ressources présentes chacun dans leur milieu.

C'est ça. S'il y avait déjà un service qui était offert puis il y avait... Bon, le centre d'action bénévole ne le développera pas pour ne pas dédoubler un service déjà existant, il va plutôt... Parce qu'on tente de répondre à des besoins non comblés dans la communauté. Alors, c'est pour ça que c'est un peu différent. Et aussi, entre les régions, il y a une différence, mais c'est aussi selon la marge de manoeuvre que les régions avaient au niveau de la mise en place des services en soutien à domicile, là, à l'époque, quand ça a été créé. Alors, c'est ça. Ça fait que ça... Mais ça fait une belle palette de couleurs différentes, ça fait que c'est... mais il y a quand même une ressemblance au niveau des fonctionnements et de...

Le cadre de référence s'applique quand même à l'ensemble des centres d'action bénévole, mais les moyens qu'ils prennent peuvent être différents.

Mme Gadoury-Hamelin : Pensez-vous qu'il y a des organismes qui n'ont pas développé tel ou tel service en fonction de l'argent ou de la disponibilité budgétaire qu'ils peuvent avoir?

Mme Sauriol (Lyne) : Aussi.

Mme Gadoury-Hamelin : Aussi, c'est ça...

Mme Sauriol (Lyne) : Et c'est sûr qu'il y a... des centres d'action bénévole n'ont pas développé tel créneau parce que, par exemple, dans leur région, il y a eu une décision qui a été prise, au niveau du financement, par leurs bailleurs de fonds, qui a fait en sorte que ça n'a pas été la priorité dans leur milieu au niveau de l'orientation à investir. Ça fait qu'ils n'ont pas pu le développer, mais c'est ça, ça...

Le Président (M. Bergman) : Ceci met fin au bloc du gouvernement. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : Merci beaucoup, M. le Président. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue.

Je dois vous dire que le ministre et moi, nous partageons, concernant tout le travail que vous faites, un très grand respect. On sait combien c'est important. Moi, je vous connais depuis plusieurs années, dans une autre vie, lorsque j'animais la remise des prix durant la Semaine de l'action bénévole, et j'ai pu sentir toute l'importance de cette implication. L'implication bénévole, c'est le don de soi, et je considère que c'est un très beau cadeau que l'on puisse faire à quelqu'un d'autre. Et, quand le ministre parle de mettre en place une assurance autonomie, ça m'apparaît tout à fait comme étant quelque chose de salutaire, qu'on puisse travailler conjointement avec les centres d'action bénévole qui... C'est vrai qu'ils ne sont pas homogènes partout à travers le Québec, mais partout ils font un très, très bon travail. Et je suis, comme lui, très préoccupée par le vieillissement de vos bénévoles : 55 ans et plus, 70 % des personnes âgées. Moi, je pense qu'on devrait inculquer cette culture à l'école. Il y a les écoles internationales qui le font déjà, c'est dans le cursus, c'est obligatoire. Mais je pense que ça devrait se faire parce que, si on ne développe pas très, très jeune le goût du bénévolat, bien c'est beaucoup plus difficile quand on devient baby-boomer, et je suis certaine que vous êtes d'accord avec ça.

Mme Sauriol (Lyne) : C'est pour ça que j'ai parlé des expériences, qui existent déjà dans différents centres d'action bénévole, de sensibilisation auprès des écoles autant au niveau secondaire que primaire et même auprès de services de garde... ou, bon, tout ça, pour sensibiliser déjà les enfants. Et il y a... c'est ça, il faut commencer à former déjà cette petite relève et à inculquer cette notion-là d'entraide dans... oui, et ça répond bien.

Mme Blais : On parle d'autonomie, mais vous faites beaucoup de transport, et le transport, ça fait partie de l'autonomie. On le sait, Montréal, ce n'est pas la Gaspésie ou ce n'est pas les régions éloignées. Alors, on doit évidemment, si on veut garder notre autonomie, avoir du transport. Alors, ça, c'est fondamental.

Vous faites aussi quelque chose que j'aime beaucoup, les appels téléphoniques. Et, les appels téléphoniques, parfois c'est le seul appel téléphonique, dans la journée, qu'une personne reçoit. Et, pendant la consultation publique, nous avons entendu, le ministre et moi, toute la question des personnes qui avaient besoin d'information, le manque d'information, et est née l'implantation des carrefours d'information pour aînés. Quand j'ai quitté, il y en avait 30 à travers le Québec, avec une possibilité, d'ici 2017, d'une centaine de carrefours d'information.

J'aimerais vous entendre. Est-ce que ces carrefours d'information qui visent à renseigner... C'est souvent la population aînée. Est-ce que ces carrefours portent leurs fruits actuellement? Est-ce que vous vous rendez compte que c'était important de le faire?

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Moi, je pourrais en parler parce que notre carrefour d'information fait partie du premier projet des carrefours d'information pour aînés, où nous avons commencé à faire une sensibilisation auprès des aînés, et nous réglons de 300 à 400 demandes d'aide venant des aînés, de formulaires incapables d'être complétés, d'incompréhension des programmes, d'incapacité de faire des appels où ils tombent sur : Pour tel service, signalez... Ils viennent qu'ils ne savent plus, surtout les personnes vulnérables.

Je vous dirais que c'est un service chez nous qui a connu une expansion au-delà de ce que nous attendions en termes de demandes de service. Et ce que nous nous sommes aperçus, c'est que les gens que nous pensions aptes à connaître les services et à comprendre, même dans les gens qui ont une instruction certaine, ils se retrouvaient en situation de difficulté. Donc, tout le service d'accompagnement venant des bénévoles qui sont formés avec un coordonnateur, tout cet accompagnement-là est nécessaire à des personnes qui vivent une situation de vulnérabilité. Non, ce n'est pas toujours en étant des personnes vulnérables au départ, mais leur situation, un veuvage subit, un accident... et des gens disent : Bien, je n'ai jamais... je ne sais pas par quel bout prendre ma situation. Souvent, de l'accompagnement qui est fait, et c'est fort apprécié.

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

Mme Blais : Vous êtes en train de nous dire que ça fait partie aussi de l'autonomie, et ça devrait faire partie du panier de services de l'assurance autonomie, de continuer à considérer les services qui sont offerts, non seulement les carrefours d'information, mais les services. Et moi, je vais demander au ministre aujourd'hui de bien vouloir soutenir la Fédération des centres d'action bénévole pour être en mesure de poursuivre vos carrefours d'information parce que je pense que ça fait partie... vous devez être forts vous-mêmes, la fédération, pour être capables d'accompagner les centres d'action bénévole dans leur déploiement de services parce que ce sont des bénévoles qui aident des personnes âgées à trouver la solution à leurs problèmes.

Mme Sauriol (Lyne) : ...

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

Mme Sauriol (Lyne) : Oui. Excusez. Actuellement, par rapport aux carrefours d'information aux aînés, vu que le programme va être transféré vers les conférences régionales des élus, les CRE, ça va descendre régionalement, et la fédération n'assumera plus la coordination nationale des CIA à partir de la fin mars.

C'est sûr qu'on nous a annoncé ça il y a un mois à peu près, le Secrétariat aux aînés. Bon, on est devant le fait. Nous, on avait déjà mentionné qu'on souhaitait qu'il y ait une coordination nationale, parce que notre inquiétude, à la fédération... de poursuivre la coordination nationale parce que, la fédération, notre inquiétude était que la... comment qu'on dit ça, donc?, la...

Une voix : La pérennité.

Mme Sauriol (Lyne) : ...la pérennité des carrefours d'information se perde et... l'uniformité aussi du développement de services se perde, alors. Mais, bon, il en a été autrement, je pense que ça descend vers les CRE, et on nous a dit que ce serait régionalement maintenant, là, que les CIA...

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

Mme Blais : Juste en terminant, avant de passer la parole à ma collègue, j'espère que vous allez le garder, ce contrôle-là, parce que je considère que c'est important, parce que c'est vous qui connaissez le mieux vos centres d'action bénévole pour être en mesure de pouvoir continuer à bien travailler avec eux.

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

• (16 heures) •

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Alors, bonjour. Merci de partager avec nous votre vision et les questionnements aussi quant à la mise en oeuvre de l'assurance autonomie.

Je constate qu'évidemment vous êtes présents partout sur le territoire, mais ce n'est pas... Je comprends aussi de vos réponses à la question de ma collègue que vous n'arrivez pas... vos organismes ne couvrent pas l'ensemble des territoires. C'est-à-dire, dans certaines régions, vous êtes présents en centre urbain, vos membres sont présents en centre urbain, mais les milieux ruraux sont desservis par d'autres organismes parfois. Est-ce que c'est ce que je comprends ou...

Mme Sauriol (Lyne) : ...centre d'action bénévole?

Mme Vallée : Oui.

Mme Sauriol (Lyne) : C'est ça. Bien, les centres d'action bénévole ont des territoires, souvent, de MRC, on couvre des MRC complètes. Notre mandat est de desservir la MRC au complet. À mon avis, je ne crois pas qu'il y ait des municipalités ou des régions qui ne soient pas couvertes. Je peux me tromper, là, je vais demander à Fimba. Mais je crois que toutes les municipalités, et tous les territoires, et les régions ont des centres d'action bénévole pour leur offrir des services partout. Il y en a 111, membres de la fédération, mais il en existe 130, environ, centres d'action bénévole au Québec.

Mme Vallée : Je vous pose la question parce qu'une des interrogations dans la mise en oeuvre, c'est que c'est assez rapide, on souhaite mettre en oeuvre... le ministre souhaite mettre en oeuvre l'assurance autonomie assez rapidement. Et vous nous amenez un élément, vous dites : Bien, ça va apporter des demandes additionnelles auprès de nos membres. Et, si on met en oeuvre l'assurance autonomie, je pense qu'on doit s'assurer que les services offerts qu'on... le panier de services va être disponible partout, c'est-à-dire que l'autonomie pour tous, ça ne doit pas être variable en fonction de l'endroit, du choix que fait un citoyen de demeurer dans une petite municipalité rurale plus éloignée ou de demeurer dans un centre urbain.

Et je prends l'exemple de la popote roulante. Je ne crois pas que la popote roulante soit disponible partout, dans toutes les municipalités du Québec, de façon équitable.

Mme Sauriol (Lyne) : ...

Mme Vallée : Oui. Bien, c'est ça. Avez-vous recensé les services offerts, à savoir : Est-ce qu'il y a des trous de services sur le territoire?

Est-ce qu'on a des endroits... Est-ce qu'on est en mesure vraiment d'assurer un réel maintien à domicile partout sur le territoire du Québec si, par exemple, on n'a pas accès à un service de popote roulante ou si on n'a pas accès, par exemple, à du transport? Parce que, comme le disait si bien ma collègue, c'est beau, le transport en commun, c'est pratique, sauf que, dans la municipalité de Denholm, là, puis à Grand-Remous, là, il n'y en a pas, de transport en commun, alors on fait appel... les gens font appel au service de transport fait par des bénévoles. Alors, est-ce qu'on... Avez-vous fait ce recensement-là à savoir qu'est-ce qui est disponible sur le territoire? Puis est-ce qu'on sera prêt à répondre à la mise en place au printemps 2014?

Le Président (M. Bergman) : M. Tankoano.

M. Tankoano (Fimba) : Oui. C'est sûr qu'avec les rapports d'activité que nous avons de tous les centres d'action bénévole ça nous donne une vision assez holistique de ce qui est fait sur le terrain, et on constate effectivement que certains centres d'action bénévole n'offrent pas, justement, des services de façon continue parce qu'ils n'ont pas suffisamment des infrastructures pour le faire. Et il y en a plusieurs qui ont signifié qu'ils donnaient les services cependant de popote roulante peut-être pour deux jours seulement et qu'avec l'intensification des services il faut s'attendre à ce que ça aille sur une semaine, mais ils ne sont pas certains qu'ils vont pouvoir aller sur une semaine s'ils n'ont pas tout l'accompagnement nécessaire pour le faire.

Donc, c'est clair qu'il y a cette inquiétude-là qui s'installe au niveau des centres d'action bénévole. Et, si la fédération, justement, aujourd'hui présente son mémoire et pose toutes ces questions-là, c'est justement après la consultation qu'on a eue avec nos membres. Ils sont volontaires pour accompagner le processus, mais en même temps ils s'inquiètent de leur capacité à répondre adéquatement à la demande qui va s'en venir s'ils ne sont pas suffisamment accompagnés dans le processus.

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Vous parlez d'inégalité. Je reconnais qu'au Québec il y a une inégalité au niveau des services, mais il y a aussi une inégalité au niveau des subventions.

Certaines régions administratives ont décidé que certains organismes communautaires, que ce soit en soutien à domicile... ne seraient pas favorisés, tandis que d'autres régions l'ont fait. Nous reconnaissons, à l'intérieur de notre fédération, des centres d'action bénévole qui ont un excellent financement de leur agence de santé, et une région qui peut doubler la population que nous avons à peu près le quart de la subvention que nous avons. Et il y a iniquité au niveau des subventions de fonctionnement de base et à la mission au niveau des réseaux de santé, ce qui a des conséquences aussi

au niveau des services que nous donnons. Si des subventions arrivaient et qu'elles nous permettaient de développer des services, moi, je suis convaincu qu'il y a des gens qui n'attendent que ça, et nous sommes prêts à répondre à une demande.

Et je voudrais faire une référence à un aspect que vous n'avez peut-être pas abordé. On parle de collaboration et d'entente. Et, dans l'ensemble des régions du Québec, nous avons des centres d'action bénévole qui sont partie prenante des tables de soutien à domicile dans leur MRC et avec les CSSS. Depuis des années... moi, je regarde chez nous, c'est une table qui existe depuis 19 ans, où les centres d'action bénévole, avec le CLSC, des services aux handicapés, des centres de jour, tous ces services-là se regroupent et développent des projets communs, se réfèrent des gens, développent une façon de fonctionner.

Il y a déjà des bases qui sont présentes, mais on offre les services qu'on a le moyen d'offrir, madame.

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

Mme Vallée : Je comprends. Est-ce que vous avez recensé ou une idée de ce que peut représenter ce besoin-là grandissant? Bon, vous dites : Il y a un besoin, il y a un vieillissement de la population, le besoin ou le recours aux services offerts par nos membres va s'accroître.

Est-ce que vous l'avez quantifié? Est-ce que vous avez quantifié les besoins de vos membres? Le ministre parlait, tout à l'heure, de rehaussement de financement du PSOC, entre autres, et de certains programmes d'infrastructure. Est-ce que vous êtes en... Est-ce que c'est suffisant... ce qui a été annoncé est suffisant pour répondre à l'avènement de l'entrée en vigueur de l'assurance autonomie? Est-ce que c'est bien, mais il y a encore du progrès à faire? Est-ce que vous l'avez quantifié, tout ça?

Le Président (M. Bergman) : M. Tankoano.

M. Tankoano (Fimba) : Oui. C'est une excellente question, qui plus est que nous sommes en train d'élaborer ce qu'on appelle le portrait des centres d'action bénévole, et ça nous permet de colliger toutes les données dont vous parlez et ça va être disponible en début de 2014.

Tous ces chiffres-là vont être disponibles en début de 2014. Et il y a déjà... Mais avec le bout qu'on a fait on... Ce qui a été annoncé, c'est bon, mais ça ne va pas atteindre les attentes des groupes. Parce que, pour plusieurs d'entre eux, même les seuils planchers ne sont pas encore atteints, sans compter que les seuils planchers ne couvrent pas tout ce dont on a besoin. C'est clair que c'est un apport financier important, mais il y aura quand même beaucoup de... comment dirais-je, un déséquilibre par rapport à ce qui va s'en venir, c'est certain.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bienvenue à notre commission, c'est toujours un plaisir de vous entendre.

Vous savez qu'au niveau des organismes communautaires puis des organismes bénévoles en général ça s'est développé de façon asymétrique dans les différentes communautés, et il y avait des besoins différents qui ont été répondus de façon différente. Mais, compte tenu que la masse globale d'argent octroyé est la même, s'il y a des organismes qui avaient plus, il y en a d'autres, à un moment donné, qui en avaient moins.

Dans le projet d'assurance autonomie, il y a une grande volonté de standardisation, c'est-à-dire qu'on devrait avoir les mêmes services partout au Québec et avoir une accessibilité, dont, entre autres, tout ce qui concerne les personnes âgées. Comment vous allez vivre ça compte tenu qu'il y a eu une augmentation des montants d'argent, les organismes communautaires sont en grand besoin? Et comment vous allez faire pour vous assurer d'avoir une répartition équitable des ressources sur le territoire et que surtout ça soit à peu près le même accès pour les citoyens du Québec, quel que soit l'endroit qu'ils soient?

Le Président (M. Bergman) : Mme Sauriol.

• (16 h 10) •

Mme Sauriol (Lyne) : Mais, à mon avis, chaque région a... Il va falloir regarder par région, à mon avis, parce que chaque région, comme on le disait tantôt, s'est développée différemment, faire un état de situation de ce qu'il y a et répertorier tout ça et voir de quelle manière on peut faire, avec les ressources qui vont nous être offertes, ce qu'on peut faire de plus et pour répondre aux besoins qui sont non comblés dans la communauté.

Je pense, à mon avis, il faut laisser la marge de manoeuvre à chaque région de faire l'exercice et de ne pas... en tout cas, c'est mon avis, là, de ne pas tenter de standardiser, à partir d'en haut, un modèle unique qui serait partout pareil parce que... Puis chaque région a son propre portrait et sa propre histoire, et tout ça.

C'est sûr, c'est facile comme ça de dire ça comme actuellement, mais, je pense, il faut laisser une certaine marge de manoeuvre pour s'organiser en région. Les ressources se connaissent.

Le Président (M. Bergman) : M. Cormier.

M. Cormier (Ronald) : Monsieur, la réponse que j'apporterais, c'est : Le mur-à-mur n'est pas réaliste actuellement dans l'offre de services, pas plus que le mur-à-mur n'existe dans le support aux organismes d'une région à l'autre.

Donc, je pense qu'il y a aussi un travail qui doit être fait. S'il y a des attentes, il doit aussi y avoir un support aux organismes qui décident de s'engager. Mais certains organismes, ils ont décidé de ne jamais faire de popote roulante parce qu'ils n'avaient pas les ressources pour le faire et que le réseau de la santé ne les supportait pas dans un projet comme celui-là.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il vous reste une minute.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, j'aimerais faire un commentaire là-dessus.

C'est intéressant, ce que vous dites, parce que le réseau de la santé, comme de fait, s'est développé avec une saveur locale dans la plupart des secteurs. Là, le projet nous arrive puis dit : Maintenant, au Québec, partout, que vous soyez n'importe où, la majorité des services vont être donnés de la même façon. Si c'est vrai pour vous qu'il faut respecter la culture locale, avec un développement qui peut être différent à Montréal, de la Gaspésie, de Rimouski... mais la façon dont le projet est amené, c'est que maintenant ça va être centralisé, et l'octroi des montants va être en fonction que vous devez fonctionner partout de la même façon parce que l'argent va suivre le patient. Dans votre cas à vous autres, c'est une enveloppe globale, mais le réseau de la santé, et l'assurance autonomie en fait la promotion, ça va être la même recette partout au Québec. Que vous soyez au Lac-Saint-Jean, comme je vous dis, en région rurale, ou à Montréal, théoriquement ça va être les mêmes règles qui vont s'appliquer partout.

Et, moi, la question que je me pose, puis c'est une question que, je pense, les gens doivent se poser : Cette grande volonté d'homogénéisation, est-ce que ça ne nuira pas, justement, au développement de ressources qui sont plus appropriées localement, parce que chaque endroit est différent? Qu'est-ce que vous en pensez?

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, malheureusement, le temps s'est écoulé, M. le député de Jean-Talon.

Alors, Mme Sauriol, M. Tankoano, M. Cormier, on vous remercie d'être ici avec nous aujourd'hui, et faire votre présentation, et partager votre expertise avec nous.

Je demande les gens de La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec pour prendre la place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 16 h 13)

(Reprise à 16 h 16)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, on souhaite la bienvenue à La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. Bienvenue. Vous avez 10 minutes pour faire votre présentation, suivie d'un échange avec les membres de la commission. Avant de commencer votre présentation, pour les fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms et vos titres, s'il vous plaît.

La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec

M. Brouillard (Robert) : M. le Président, M. le ministre de la Santé, Réjean Hébert, mesdames messieurs de la commission, bonjour. Mon nom est Robert Brouillard, je suis président de La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec. Je suis accompagné aujourd'hui de M. Pierre Beaulieu, vice-président Santé, de Mme Manon Loranger, vice-présidente, secteur Services à domicile et gestionnaire d'une importante EESAD — Mme Loranger — et de M. J. Benoît Caron, directeur général de la fédération.

Fondée en 1985 par les cinq premières coopératives de services à domicile du Québec, La Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec regroupe présentement 43 coopératives et 19 OBNL de services à domicile ainsi que de 35 coopératives de santé. Les entreprises membres de la fédération, dont principalement les coopératives que nous représentons, sont majoritairement administrées par des usagers et des représentants d'usagers. Elles ont été créées pour et par les personnes qui en utilisent les services. Ultimement, la fédération s'exprime au nom de personnes qui sont directement visées par le projet d'assurance autonomie.

Maintenant que vous avez une brève idée de la clientèle que nous représentons, je cède la parole à M. J. Benoît Caron, le directeur général, que nous avons mandaté pour vous présenter les grandes lignes de notre mémoire. Merci.

M. Caron (J. Benoît) : Alors, bonjour à tous. Afin d'être efficace, je vais me concentrer sur un texte que je vais vous lire. Par la suite, je serai très heureux de répondre aux questions.

Alors, comme le précisait M. Brouillard, c'est par et pour les usagers que nous travaillons. Les entreprises d'économie sociale en aide à domicile que nous représentons sont principalement administrées par les usagers. Je préciserais dès le départ aussi que c'est un réseau qui s'est... Le réseau des EESAD particulièrement, parce qu'on va parler des coopératives de services à domicile, des OBNL de services à domicile, mais également des coopératives de santé... mais, en ce qui concerne le réseau des entreprises d'économie sociale en aide à domicile, je vous dirais qu'elles se sont développées, ces entreprises-là, d'une façon stratégique et avec un développement qui était réfléchi préalablement.

Alors, il me fait plaisir de vous présenter le mémoire de la fédération, intitulé *Des réseaux d'expérience pour soutenir des personnes*.

La population du Québec vieillit rapidement, et notre système de santé exerce une pression croissante sur les ressources financières de l'État. Le statu quo est, selon nous, difficile pour la livraison de services de santé. Ça ne représente pas une option viable et réaliste. Pour nous, l'assurance autonomie s'inscrit dans une démarche logique, incontournable dans le développement des services à domicile. C'est pourquoi nous saluons l'initiative du gouvernement du Québec d'entreprendre un changement de cap important vers l'autonomie des personnes et le soutien à domicile. Les entreprises d'économie sociale en aide à domicile et les coopératives de santé constituent des infrastructures déjà opérationnelles et présentes auprès d'un grand nombre de personnes âgées ou souffrant d'incapacités. Elles sont par conséquent en mesure de jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration et dans la mise en oeuvre du projet d'assurance autonomie. Les EESAD, en raison de leur expérience de plus de 17 ans avec une clientèle en perte d'autonomie et la qualité reconnue de leurs services, constituent et sont prêtes à entamer ce tournant majeur dans le redéploiement de leur offre de services.

D'ailleurs, dans ce contexte, le ministre a ouvertement indiqué que les EESAD seraient des partenaires privilégiés dans le développement des services à domicile, ce qui est tout à fait en accord, nous croyons, avec l'adoption récente du projet de loi n° 27 qui reconnaît formellement l'apport des entreprises d'économie sociale dans le développement socioéconomique du Québec.

• (16 h 20) •

Les coopératives de santé, en offrant, à proximité du citoyen, l'accès à des services de santé de première ligne, contribuent déjà à la prévention de la perte d'autonomie, particulièrement pour les personnes âgées. La proximité des services de santé de première ligne est un élément important dans le choix du milieu de vie et un facteur déterminant dans le développement de leur autonomie. En matière de services à domicile, de services à domicile... pardon, les EESAD ont été identifiées comme des partenaires dans le déploiement des services à domicile par la mise en place de l'assurance autonomie, et ce n'est pas pour rien.

On compte au Québec 102 EESAD, 102 entreprises d'économie sociale en aide à domicile, réparties dans 17 régions administratives de la province. On se rappelle que les EESAD regroupées au sein de la fédération bénéficient d'un réseau d'affaires organisé offrant divers services professionnels dans le domaine du droit, de la gestion des ressources humaines, du développement des affaires, de la gestion des entreprises, du marketing, de la recherche, du développement de la santé et de la sécurité du travail. Le lien de confiance durable, en ce qui concerne les usagers, qui a été développé avec les EESAD repose non seulement sur leur satisfaction vis-à-vis les services rendus, mais aussi par le contrôle qu'exercent les usagers sur les activités. Seules les EESAD, et plus spécifiquement encore peut-être les coopératives, confèrent ainsi un pouvoir décisionnel réel aux utilisateurs de services. Étant donné l'influence qu'exercent les usagers sur les EESAD, la qualité et l'accessibilité des services figurent en tête de liste des priorités de nos membres, et l'offre de services de ces intervenants évolue en fonction des besoins exprimés par leurs clientèles. En favorisant le maintien à domicile, les EESAD contribuent à la baisse des coûts d'hébergement, ce qui génère des économies considérables pour la société. De plus, elles favorisent également l'économie des communautés en permettant aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible dans leurs localités.

Les EESAD sont en quelque sorte la preuve concrète des impacts positifs que peut avoir l'investissement dans le soutien à domicile et le renforcement de l'autonomie des citoyens. Cette réussite démontre aussi, selon nous, le potentiel immense de la mobilisation des individus et des milieux. Concernant les coopératives de santé, elles sont 50 actuellement à être présentes au Québec. Elles développent leur activité selon un principe de subsidiarité et de complémentarité à l'égard des autres intervenants locaux, notamment les centres de santé et de services sociaux. Elles représentent un atout significatif pour la qualité de vie des personnes et la cohésion des communautés en permettant aux personnes en perte d'autonomie de choisir de rester à domicile grâce à la proximité des services qui y sont offerts. Les coopératives de santé n'agissent pas seulement en offrant des services curatifs, mais également en offrant des services préventifs. Le développement de l'autonomie, à notre avis, débute par le soutien d'une offre de services complémentaire pour la prévention de la perte d'autonomie et le soutien aux personnes et à leurs proches aidants. Bien vieillir en santé est, selon nous, le point de départ de l'autonomie.

Nous avons, dans le mémoire que nous avons déposé, 27 recommandations. Je ne vous citerai pas ces 27 recommandations dans cette partie de notre présentation, mais, bien que très ouverte au projet d'assurance autonomie, la fédération tient à faire quelques recommandations ici afin que l'implantation de l'assurance autonomie se fasse au plus grand bénéfice de tous.

Pour être une réussite, selon nous, l'assurance autonomie doit tenir compte, dans son élaboration et sa mise en oeuvre, de certains principes directeurs. Le mémoire que nous vous présentons, comme je viens de le préciser, contient 27 recommandations. Il nous apparaît essentiel de maintenir une aide financière pour l'ensemble des clientèles actuellement soutenues par le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, et le crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée. La prévention et le soutien aux proches aidants sont également importants pour nous. Il sera primordial de tenir compte de la capacité de payer des usagers lorsque viendra le temps de fixer les tarifs des services et les aides financières disponibles. Je vous dirais que c'est un point sur lequel on insiste beaucoup : la capacité de payer des usagers. Il sera aussi nécessaire d'élargir l'actuel panier de services du PEFSAD aux services relatifs aux activités de la vie quotidienne, cela en misant sur l'actuel réseau des EESAD solidement implanté partout au Québec. De plus, nous souhaitons que les EESAD soient reconnues comme les fournisseurs prioritaires de l'offre de services relative aux activités de la vie domestique et aux activités de la vie quotidienne. En ce sens, une collaboration en complémentarité des services devrait être accentuée avec les centres de santé.

Également, il serait important de définir pour les EESAD une base de service en AVD et en AVQ qui réponde aux besoins des communautés mais également aux réalités régionales. Il est important pour la fédération de reconnaître,

dans le cadre de l'assurance autonomie ou en marge de celle-ci, les coopératives de santé comme des ressources complémentaires du réseau public en matière de services de santé de première ligne et en prévention et promotion de la santé.

En terminant, il faudra s'assurer de la disponibilité du soutien. Ça, c'est un point important aussi, s'assurer de la disponibilité du soutien, des ressources et des programmes nécessaires pour former une main-d'oeuvre qualifiée. Il faudra aussi prévoir une rémunération et une reconnaissance correspondant au travail accompli par les préposés d'aide à domicile. Si toutes ces conditions sont réunies et que le réseau des EESAD et des coopératives de santé, des réseaux d'expérience, sont mis à contribution pour soutenir l'autonomie des personnes, nous pensons que plus de Québécoises et plus de Québécois auront la chance de vieillir chez eux en recevant des services de qualité. Merci.

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

M. Hébert : Bien, merci beaucoup, messieurs, madame, de votre mémoire et de votre appui à ce projet d'assurance autonomie.

Vous l'avez souligné, la loi-cadre sur l'économie sociale est venue confirmer l'intention de notre gouvernement de donner une importance plus grande à l'économie sociale, et l'assurance autonomie s'inscrit tout à fait dans cette lignée et dans cette philosophie.

Je voudrais, avant d'aller plus directement sur votre mémoire, corriger certaines affirmations du député de Jean-Talon, tout à l'heure, qui dit : On veut imposer la même recette partout. Ce n'est pas la même recette partout. On veut avoir une équité dans l'allocation budgétaire qui est donnée pour les services en autonomie, mais le menu va varier d'une région à l'autre, dépendamment de ce qui a été développé dans les entreprises d'économie sociale, dans les organismes communautaires, dans l'offre de services, en général, des partenaires. Alors, l'assurance autonomie, c'est tout l'inverse, c'est de s'adapter aux réalités générales, aux réalités locales, régionales mais d'avoir une équité dans la distribution des ressources. On a entendu des groupes. Et puis je ne sais pas si vous avez suivi les travaux de la commission, mais les oreilles ont dû vous siffler parce qu'il y a des groupes qui ont tenu ici des propos assez négatifs et teintés de toutes sortes de clichés à l'endroit des entreprises d'économie sociale, sur la qualité du travail, sur la qualité de la formation.

J'aimerais que vous nous donniez votre point de vue sur la qualité et les services qui sont rendus par les entreprises d'économie sociale au Québec.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : On a pris la peine, dès le départ, M. Hébert, de préciser les caractéristiques qui sont présentes dans les entreprises d'économie sociale, celles qu'on représente particulièrement, et on vous a dit que c'était par et pour l'utilisateur.

Alors, il est peu probable que, dans une entreprise comme celles dont on parle... que les services de qualité ne soient pas présents, parce que ce sont les usagers eux-mêmes qui administrent ces entreprises-là, pour la très, très grande majorité. Alors, bien qu'on ne puisse pas prétendre... Il y a 6 700 préposés, hein, qui interviennent, 6 700 préposés d'aide à domicile qui interviennent. Simplement dans le PEFSAD, là, c'est près de 6 millions d'heures de services, vous le savez tout aussi bien que moi. Alors, c'est sûr que chacune de ces heures de services là... on intervient auprès d'un utilisateur, d'un usager qui est différent, avec des préposées qui sont différentes. Pour plusieurs, c'est sûr que ce n'est pas à 100 % toujours pareil. Il y a des circonstances, il y a des situations qui vont faire en sorte que le service d'une préposée versus une autre préposée va peut-être être différent. Mais ce sont des individus qui interviennent auprès de personnes en perte d'autonomie, qui ont maintenant un métier, hein? Les préposés d'aide à domicile, il y a une norme professionnelle maintenant au Québec, c'est un métier qui est reconnu. La plupart des entreprises, pour ne pas dire la presque totalité des entreprises, ont des budgets de formation. Ils investissent dans la formation. C'est un réseau qui n'a pas été improvisé, vous le savez tous, parlementaires que vous êtes, parce que c'est un réseau qui a été planifié à compter de 1996-1997, qui s'est développé en fonction de la volonté des communautés mais également en fonction de la volonté de l'État, à cause du PEFSAD mais à cause aussi d'une stratégie qui était là.

Alors, on est heureux, nous, d'affirmer que la qualité qu'on retrouve dans les EESAD est fort appréciable, et c'est sans beaucoup d'hésitation... ou sans aucune hésitation, même, qu'on va vous dire qu'on est prêts à relever le défi de l'élargissement du panier de services aux AVQ, ce qu'on fait déjà dans plus de la moitié des entreprises. Alors, au niveau des services d'AVQ, qui sont des services qui demandent peut-être une formation supplémentaire, c'est plus de la moitié des entreprises... la moitié des 102 entreprises qui interviennent déjà à ce niveau-là. On travaille en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux. On est administrés par des usagers.

Alors, la marge de manoeuvre pour ne pas offrir des services de qualité est vraiment très, très mince. On doit offrir des services de qualité.

• (16 h 30) •

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

M. Hébert : Les groupes syndicaux vous considèrent plus comme des compétiteurs que comme des partenaires, ce qui m'a un petit peu étonné parce que vous êtes déjà membres des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées notamment depuis de très nombreuses années, et ce partenariat-là est important, à mon avis, pour l'intégration des services. L'argument évoqué, c'est qu'en multipliant les partenaires on diminue la continuité des soins puis on diminue l'intégration.

Quelle est votre perception à vous de cette affirmation?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Comme les gens chez qui on intervient sont nos administrateurs très souvent, on a toujours préconisé, nous, d'éviter la multiplication des intervenants, sans pour autant prétendre qu'on avait toutes les compétences.

Alors, selon nous, le travail qu'on peut faire, qu'une préposée d'aide à domicile peut faire — une préposée qui a été formée pour faire des AVQ, une préposée qui est aussi formée pour faire des AVD, bien entendu — va agir en complémentarité avec les ressources peut-être plus spécialisées qu'on va retrouver en centre de santé et de services sociaux auprès des autres intervenants. On pense... puis, nous, c'est un mot qui est omniprésent, là, dans notre démarche actuellement, c'est la complémentarité. Alors, ce qu'on souhaite, ce n'est pas remplacer, d'aucune façon. On ne veut pas remplacer les gens. Par contre, pour avoir lu attentivement la première partie du livre blanc, on est tous capables de comprendre qu'il faut changer les choses, puis il faut peut-être multiplier les ressources disponibles, de façon à pouvoir répondre à une demande qui peut être assez importante au cours des prochaines années.

Donc, on veut travailler en complémentarité avec l'ensemble des acteurs tout en affirmant notre capacité de le faire.

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

M. Hébert : Le projet d'assurance autonomie prévoit une certaine forme d'accréditation pour les prestataires notamment qui va déterminer la formation nécessaire pour le personnel et les professionnels qui sont appelés à intervenir auprès des usagers.

Est-ce que vous êtes d'accord avec cette orientation de l'assurance autonomie?

M. Caron (J. Benoit) : Les 102 EESAD...

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Merci. Les 102 EESAD, qui se sont développées un peu avant 1996, parce qu'on avait des coopératives qui existaient déjà avant, mais qui n'étaient pas nécessairement accréditées dans le cadre du PEFSAD qui est arrivé en 1997, les 102 EESAD ont été accréditées.

Je racontais à des gens cet après-midi qu'une démarche d'accréditation, là, ce n'est pas une démarche qui est simple, c'est une démarche qui est complexe et qui implique beaucoup d'intervenants, qui implique les organismes du milieu, qui implique... à l'époque, qui impliquait les centres locaux de services et de santé, qui impliquait les régies régionales — aujourd'hui, les agences — pour arriver finalement à obtenir une accréditation comme entreprise d'économie sociale pouvant offrir à ses usagers le programme d'exonération financière. Alors, les 102 EESAD l'ont déjà fait en ce qui concerne le programme d'exonération financière. Et la plupart des EESAD ont déjà des ententes de contractées, là, avec les centres de santé et de services sociaux. On avait une rencontre provinciale récemment où un grand nombre d'EESAD étaient représentées.

Et c'est sans hésitation que les EESAD vous disent qu'elles sont prêtes à faire les processus d'accréditation, pour les raisons que j'ai déjà notées, comme par exemple l'importance de la qualité ou le fait qu'on est administrés... que les EESAD sont administrées principalement par les usagers. Donc, oui à l'accréditation.

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

M. Hébert : Vous soulignez dans votre mémoire que l'assurance autonomie devrait tenir compte de la capacité de payer des usagers, parce qu'actuellement l'État fournit 15 % du financement du soutien à domicile. L'assurance autonomie va nous permettre de contribuer beaucoup plus par un financement public, et il faut s'assurer que cette contribution de l'État puisse être plus importante pour les usagers qui sont en situation précaire au niveau économique et donc un peu plus importante pour... un peu moins importante, c'est-à-dire, l'allocation, pour ceux qui ont les moyens de se payer des services. Et donc, quand on dit que le maintien à domicile est gratuit, là, il n'est pas gratuit, le maintien à domicile, hein? On sait que 85 % des services sont assumés par les personnes. Même, on estime entre 2 000 \$ et 5 000 \$ par mois ce que les gens ont à déboursier pour le soutien à domicile.

Alors, vous, vous êtes d'accord avec une modulation de l'allocation de soutien à l'autonomie en fonction de la capacité de payer des usagers.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Absolument. Alors, on croit... C'est des valeurs coopératives, d'ailleurs. On a notamment comme valeur coopérative l'équité. Alors, effectivement, on croit à l'équité.

Par contre, je profiterais de l'occasion pour souligner que, selon nous — puis on fait des démarches en ce sens depuis plusieurs années déjà — la capacité de payer des usagers n'est souvent pas toujours... n'est pas toujours présente. Le coût pour obtenir des services, quand on a besoin de quelques heures, peut être assez accessible pour un grand nombre d'usagers, mais, quand il y a vraiment une perte d'autonomie, qu'il y a un nombre important d'heures qui doivent être consommées par une personne âgée en perte d'autonomie, on ne croit pas qu'actuellement ce soit accessible.

Alors, oui à l'équité, oui à une participation de l'utilisateur, mais il y a un besoin qui est présent depuis plusieurs années, qui est encore présent, c'est l'aide financière que l'utilisateur... la disponibilité financière dont il disposera pour se

procurer des services. Si on a besoin de quelques heures, au moment où on se parle, je crois que c'est accessible à tous ou à plusieurs, mais, si on a besoin de beaucoup d'heures et si on veut vraiment faire du soutien à domicile, ça veut dire qu'on va permettre à des personnes en perte d'autonomie de demeurer chez eux avec une perte d'autonomie accentuée et importante. À ce moment-là, il y a beaucoup de gens qui n'ont pas la capacité de payer, au moment où on se parle.

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

M. Hébert : De là l'importance d'augmenter le financement public de... Vous avez déjà une expérience avec la Régie de l'assurance maladie qui est impliquée dans le calcul de la contribution de l'utilisateur. L'assurance autonomie prévoit utiliser également cette même voie pour faire ce même calcul. Quelle est votre appréciation du rôle de la Régie de l'assurance maladie actuellement?

M. Caron (J. Benoit) : Il y a longtemps qu'on a appris à travailler avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. Alors, ça ne fait pas partie de nos préoccupations actuellement, à savoir si c'est une bonne chose ou une mauvaise chose. C'est notre quotidien. On travaille avec la Régie de l'assurance maladie du Québec dans l'administration des aides financières pour les usagers, mais dans l'administration du programme d'exonération financière pour des services d'aide à domicile.

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

M. Hébert : Alors, vous soulignez dans votre mémoire que le statu quo quant aux stratégies pour la livraison des services de santé, notamment aux aînés, ne représente plus une option viable et réaliste et même d'un point de vue des finances publiques. Alors, contrairement à ce qu'on prétend, juste d'injecter de l'argent, ça ne sera pas suffisant, il faut changer la façon également de financer les services à domicile.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Absolument. Je crois qu'il faut changer les façons de faire, il faut améliorer les façons de faire. Il y a effectivement... Nous, on vous l'a dit tantôt, là, nos membres, nos usagers sont des citoyens. Beaucoup de ces citoyens-là pourraient demeurer plus longtemps à domicile s'ils avaient la capacité de payer, si les services étaient disponibles, si les services étaient accessibles.

Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Et on pense qu'il faut insister sur inciter les citoyens à avoir le choix. On est d'accord avec le projet d'assurance autonomie dans ce sens-là, mais il faut véritablement, et je vais dire encore une fois «véritablement», donner aux usagers la capacité financière de se payer les services et d'avoir accès aux services.

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

M. Hébert : Vous mentionnez également dans votre mémoire, dans une des recommandations, qu'on doit tenir compte du contrôle démocratique des usagers dans le processus d'accréditation. J'aimerais ça vous entendre un peu plus là-dessus. Qu'est-ce que vous voulez dire?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Bien, on est des entreprises d'économie sociale, alors on est des entreprises... Les organisations que je représente ou les 102 qui sont présentes au Québec sont des entreprises collectives, des entreprises d'économie sociale qui sont administrées, on l'a dit tantôt, par des usagers. On pense que le fait que l'utilisateur soit impliqué de façon substantielle... Puis on a des conseils d'administration qui ne sont formés, dans certains cas, que d'utilisateurs ou de représentants d'utilisateurs. On pense que c'est un gage solide pour assurer la qualité des services. Alors, on ne croit pas qu'un réseau parallèle ou un réseau... le réseau actuel doit poursuivre de se développer en accréditant d'autres types d'entreprise.

En ce qui concerne l'offre de services d'AVD et l'offre de services d'AVQ, on pense que ce réseau-là doit être consolidé. C'est un réseau qu'on a développé ensemble, tout le monde, ici, au Québec, c'est un réseau qui est structuré, c'est des infrastructures qui sont installées, alors on pense qu'il faut miser sur ce réseau-là, d'autant plus... et, comme je le disais au départ, c'est un réseau qui est dirigé, administré par des usagers ou des représentants d'utilisateurs. Alors, si je consomme un service et que je suis en mesure d'évaluer la qualité et de faire part de ma satisfaction ou de mon insatisfaction, on croit que c'est un moyen beaucoup plus facile de s'assurer de la continuité de la qualité des services.

Donc, le contrôle démocratique, pour nous, c'est un moyen d'assurer la qualité des services et la continuité des services.

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

M. Hébert : Vous n'êtes pas favorables à une utilisation à grande échelle du chèque emploi-services, et là je comprends mal cette recommandation avec votre préoccupation du libre choix de l'utilisateur. Puis vous savez que beaucoup

de personnes handicapées plus jeunes utilisent le chèque emploi-services, et c'est un moyen d'avoir une autonomie décisionnelle par rapport au choix du personnel qui vient donner des services.

Alors, j'aimerais ça que vous élaboriez là-dessus, sur vos craintes par rapport au chèque emploi-services.

• (16 h 40) •

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Bien, on vient de parler de qualité. Alors, on a des interrogations, à savoir : Comment on peut contrôler la qualité quand le service est offert par des milliers de travailleurs autonomes qui n'ont que très peu de comptes à rendre à qui que ce soit?

On ne dit pas que le chèque emploi-services doit disparaître. On est conscients que pour certaines clientèles, celles que vous avez nommées notamment, ce mécanisme-là ou cette façon de faire là correspond à leurs besoins. Et on respecte ça. Cependant, on croit... et on a de la difficulté à imaginer qu'une personne en perte d'autonomie, une personne aînée ait les capacités ou l'envie de devenir soudainement un employeur. Parce que c'est ça, le chèque emploi-services. C'est l'usager qui devient un employeur, qui doit identifier, peut-être avec certaines références... mais qui doit identifier un fournisseur de services. Et la relation employeur-employé se passe entre deux personnes. On a parlé beaucoup de maltraitance ici. On ne dit pas que c'est une source de maltraitance, on dit qu'il faut être prudent.

On dit aussi que le réseau des EESAD que nous représentons sont, à notre avis, des fournisseurs de services beaucoup plus opportuns que ce qu'on vient de décrire.

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

M. Hébert : Vous parlez dans votre mémoire que l'assurance autonomie devrait se préoccuper aussi de prévention de la perte d'autonomie. Alors, j'aimerais ça que vous puissiez élaborer sur ce que vous entendez par «la prévention» et quelles sont les mesures qui devraient être mises en place pour assurer cette prévention.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Quand on a 75, 80 ou 85 ans, si on regarde le mécanisme de cotation, l'ISO-SMAF, et tout ça, on doit noter que ça prend quand même une certaine perte d'autonomie pour avoir une cote, là, dans l'ISO-SMAF.

On a des exemples très concrets de personnes qui ont 80, 82 ans, 83 ans, qui sont relativement autonomes mais qui ne peuvent plus laver une porte-patio, qui ne peuvent plus laver un tour de bain, qui ne peuvent plus ou qui ne doivent pas passer l'aspirateur, pour différentes raisons. Alors, ces actions-là sont susceptibles d'amener des blessures. Alors, c'est là qu'on peut faire de la prévention. On en a parlé tantôt, je vous le disais, de maltraitance. Nos 6 700 préposés qui se rendent chez 87 000 usagers annuellement, ils ont un regard sur ce qui se passe. Ils sont capables de détecter. Tu sais, pour savoir si quelqu'un est bien ou mal, on n'a pas besoin d'avoir une longue démarche scolaire, là, pour être capable d'identifier ça. Alors, on pense qu'il y a un rôle plus important qu'on pourrait jouer. On pense que les EESAD, comme d'ailleurs les coopératives de santé, jouent un rôle, là, dans la prévention, et dans le développement de l'autonomie, et dans le maintien de l'autonomie aussi.

Alors, on pense qu'on peut jouer encore un plus grand rôle à ce niveau-là. Et on veut surtout aussi, puis j'en profite pour le mentionner, que l'assurance autonomie ne soit pas une occasion pour laisser de côté des milliers d'usagers actuellement qui ne coteraient pas à l'ISO-SMAF.

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

M. Hébert : Je vous rassure là-dessus, ce n'est pas... je vais dire comme au groupe précédent, et vous y étiez, alors il n'est pas question de vous empêcher de desservir d'autres clientèles que les usagers qui vont recevoir l'allocation de soutien à l'autonomie, là. Alors, soyez rassurés là-dessus.

En terminant, on souhaite démarrer le projet d'assurance autonomie dès 2014. Vous êtes interpellés au premier chef. Est-ce que c'est un défi que vous êtes prêts à relever, et vous sentez-vous prêts à relever ce défi rapidement pour un démarrage d'assurance autonomie dès 2014?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : On a déjà plus de la moitié des entreprises, là, qui offrent des services d'activités de la vie quotidienne, donc. Puis c'est une démarche qui a été entreprise il y a déjà plusieurs années, où progressivement il y a une augmentation, une croissance de la demande de services en matière d'AVQ. Vous savez qu'il y a une augmentation... Au cours des dernières années... des deux ou trois dernières années, l'augmentation du volume de services AVQ vendus par les EESAD a connu... c'est à peu près une moyenne de 20 %. Donc, à chaque année, depuis quelques années, le volume d'heures vendues en activités de la vie quotidienne augmente de 20 %. La grande majorité des préposés d'aide à domicile ont déjà une formation ou une partie de formation nécessaire à l'offre de services d'AVQ. Alors, c'est : Oui, on est prêts à relever ce défi-là. On a consulté l'ensemble de nos entreprises. Celles qui ont un peu plus de réserves, c'est concernant leur capacité, au niveau de leurs ressources financières, à payer la formation, à recruter les préposés. Il y a un grand, grand enjeu dans toute cette démarche-là, M. Hébert, c'est la capacité d'avoir les ressources humaines pour aller offrir les services. On vous affirme qu'on est capables d'avoir les ressources humaines si nous avons les ressources financières pour les payer convenablement.

Le Président (M. Bergman) : ...fin au bloc du gouvernement. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Gatineau... Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne.

Mme Blais : Merci beaucoup, M. le Président. Merci d'être ici. On parlait de financement. Je pense qu'on va continuer sur cette lancée. Avec la politique Vieillir et vivre ensemble — Chez soi, dans sa communauté, au Québec, lancée le 3 mai 2012, il y a eu quand même des fonds supplémentaires qu'on est allés chercher, je pense, à l'arraché. Je ne me souviens plus exactement le montant. C'est aux alentours de 30 millions.

M. Caron (J. Benoit) : 5 millions.

Mme Blais : 5 millions de dollars.

M. Caron (J. Benoit) : Pour les EESAD, c'est 5 millions.

Mme Blais : Alors, je pense que... 5 millions, ce n'est pas suffisant si vous voulez vraiment vous implanter au niveau de l'assurance autonomie ou si vous considérez que c'est suffisant... ou vous avez besoin d'un rehaussement de financement?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Vous le savez, Mme Blais, il y a des années où que la fédération, avec les deux autres regroupements, la coalition et l'aile rurale, on fait des représentations auprès de l'État, auprès du gouvernement afin que l'aide financière accordée aux usagers soit augmentée. Au cours des cinq dernières années, on a réussi à passer de 10 \$, d'aide financière totale, à 13 \$. C'est encore insuffisant. Il y a cinq ans, quand on a commencé la démarche, on estimait que c'était 25 millions que ça prenait.

Alors, à ce jour, avec le 5 millions de la politique Vieillir et vivre ensemble, on a dépassé légèrement le 10, 12 millions qui se sont ajoutés. Mais, depuis ce temps-là, il s'est écoulé cinq ans. Alors, je vous confirme que, oui, ça prend plus d'argent. Ça prend plus d'argent parce qu'on a une structure, 102 EESAD, des usagers, on l'a dit, 87 000 juste au niveau du PEFSAD. À ça il faut ajouter les usagers qui consomment les AVQ qui ne sont pas nécessairement dans le PEFSAD. Ces personnes-là ont besoin d'avoir une capacité de payer. Pour avoir une capacité de payer, elles ont besoin d'aide, ces personnes-là. Et, nous, pour avoir les ressources, il faut avoir quand même des salaires qui sont convenables, idéalement, concurrentiels, mais disons simplement «convenables». On ne peut pas prétendre, au moment où on se parle, d'offrir peut-être le salaire le plus convenable qu'on pourrait offrir. La disponibilité des ressources humaines, on croit qu'ils sont... qu'elles... C'est réel, il y en a, sur le terrain, on peut embaucher des gens. Par contre, il faut les payer convenablement, et ça, c'est plus difficile pour nous parce qu'on a toujours la préoccupation de maintenir la capacité de payer de l'utilisateur pour qu'il puisse avoir accès aux services.

Donc, les entreprises, pendant trop longtemps, ont maintenu leurs tarifs le plus bas possible pour permettre à l'utilisateur d'avoir accès aux services. Ce faisant, ils ont aussi maintenu les conditions de travail peut-être en deçà de ce qu'elles auraient dû être.

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

Mme Blais : Vous avez touché un point très important. Vous le savez, que j'apprécie le travail des 102 entreprises d'économie sociale. C'est la capacité des citoyens de payer, le roulement du personnel. Si le personnel n'est pas assez rémunéré, alors il bouge énormément, et ce n'est pas toujours facile pour la personne qui reçoit les services de se reconnaître dans tout ça parce qu'elle a besoin d'une personne qu'elle retrouve régulièrement, et souvent la même personne, même si éventuellement elle peut changer de travail. Mais, quand il y a trop de bouleversements à toutes les trois semaines, à tous les mois, ce n'est pas nécessairement sain non plus.

Alors, je pense qu'il faut que les salaires des personnes qui offrent ces services soient augmentés en conséquence.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : On est complètement avec vous, d'accord avec vous, Mme Blais.

C'est ce qu'on préconise, nous, depuis déjà longtemps. Par contre, il faut savoir que c'est 65 % des préposés actuellement qui sont dans les entreprises depuis plus d'un an jusqu'à sept ans. Donc, le jeu se passe entre un an et sept ans. Et on en a presque 40 % qui sont là depuis plus de sept ans. Alors, il y a quand même une certaine stabilité. Il faut savoir que les gens qui sont là, les préposés d'aide à domicile, sont des gens, principalement des femmes, mais des gens de coeur, des gens qui... J'en ai rencontré 40 la semaine dernière, et vous auriez été présents... vous auriez senti que c'étaient de bonnes personnes qui aimaient le travail qu'elles faisaient, qui aimaient les gens chez qui elles se rendaient. Alors, ça aussi, ça joue et ça pèse dans la balance.

Mais force est d'admettre effectivement que, si on veut avoir une main-d'oeuvre stable et de qualité, il faut avoir les moyens de payer tout en maintenant la capacité de payer des usagers.

• (16 h 50) •

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

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Alors, dans cette même lignée, l'avez-vous chiffré, qu'est-ce que serait un salaire convenable, un revenu convenable? C'est beau de dire... Bien, on est ici, là, en consultations sur le livre blanc, puis c'est beau de dire : On a besoin d'offrir à nos préposés un salaire convenable.

Vous êtes sur le terrain, vous êtes probablement les meilleures personnes pour identifier ce qu'est un salaire convenable. Ça représente quoi? Parce qu'au bout de l'exercice il va falloir déterminer si on a la capacité de se payer l'assurance autonomie telle qu'on la souhaite. Et vous disiez tout à l'heure aussi : Il faut donner la capacité financière de s'offrir les services. Oui, il faut l'évaluer, notre capacité financière. On peut avoir de beaux rêves, mais il faut être capable encore... Pour les mener à bien, encore faut-il être capable de se les payer.

Donc, qu'est-ce qu'un salaire convenable? Et ça peut représenter combien en fonction du nombre de préposés qu'on a sur le terrain et qu'on devra avoir aussi sur le terrain pour réaliser pleinement le projet?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Merci. La matière première des entreprises que nous représentons ou du sujet qu'on aborde, c'est des ressources humaines.

Au cours des deux dernières années, nous, à la fédération, on a réalisé deux enquêtes sur la rémunération afin de pouvoir alimenter nos membres, à savoir : Bon, quels sont les salaires convenables? C'est quoi, les salaires du marché? Alors, c'est 4 \$ que le privé va offrir de plus, généralement, et c'est 6 \$ que le public va offrir de plus. Je vous dis ça... à quelques sous près, là. Donc, on est facilement, minimalement, 4 \$ en dessous de ce qu'on pourrait payer. Mais on en trouve, des gens. Le salaire moyen au niveau des AVQ est entre 12 \$ et 14 \$. Au niveau des AVD, c'est entre 11 \$ et 13 \$. À chaque jour, il s'en embauche, des préposés d'aide à domicile. Alors, est-ce qu'on doit aller si loin? C'est sûr que tous les préposés d'aide à domicile du Québec vont dire : Oui, il faut aller si loin.

Comme État ou comme citoyens, est-ce qu'on a la capacité? Il faudra voir. Mais c'est sûr que ça ne peut rester ce que c'est actuellement. Et, si on veut aller de l'avant dans le projet d'assurance autonomie, surtout, considérant la formation supplémentaire que les gens vont devoir avoir pour offrir des services au niveau des activités de la vie quotidienne, le salaire doit être augmenté de quelques dollars. Ça, c'est sans hésitation que je vous le confirme.

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

Mme Vallée : Vous avez aussi, tout à l'heure, suite à une question du ministre, émis votre opinion quant au chèque emploi-services. Pourtant, on a eu ici des groupes, majoritairement des groupes qui représentent les personnes handicapées, qui sont venus nous dire que, pour eux, c'était essentiel de maintenir le chèque emploi-services parce qu'il était important pour eux de pouvoir déterminer qui viendrait dans leur quotidien, qui viendrait dans leur bulle et que, ce chèque-là, évidemment, les modalités méritent aussi d'être améliorées, hein?

C'est ce qu'on entend, là, de tous les groupes, que, bon, ce qu'on a actuellement, ce qu'on connaît actuellement est intéressant, mais les conditions de travail méritent d'être bonifiées. Et donc c'est ça. Et les personnes handicapées nous disent : Nous, ce chèque-là, le chèque emploi-services, cette formule-là nous convient, et on souhaite la maintenir. On craint qu'elle soit retirée et que ce soit substitué par quelque chose qui ne sera pas satisfaisant et...

Une voix : ...

Mme Vallée : Bon. Et vous disiez : Bon, c'est des travailleurs autonomes, ils n'ont pas de compte à rendre. Mais, dans la mesure où c'est encadré par l'exigence d'une formation ou par une certaine forme de reddition de comptes, quelles sont vos craintes à ce moment-là?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : On n'est pas... Je pense qu'on respecte le souhait des associations de personnes handicapées. Il n'y a pas de problème à ce niveau-là. Puis on n'a pas dit que le chèque emploi-services devait disparaître, on a dit qu'il devait être utilisé à des fins particulières ou à des fins exceptionnelles.

On prétend, on affirme que le réseau des EESAD est le meilleur fournisseur de services, pour les raisons que je ne vous répéterai pas mais que j'ai nommées à plusieurs reprises, à cause de la qualité, à cause de l'administration, à cause des infrastructures structurées, organisées, des 102 sites qu'on a partout, de Tête-à-la-Baleine, en passant par l'Abitibi, la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine. On est partout. Alors, on pense que ce réseau-là, ces 102 sites-là sont mieux organisés pour assurer l'offre de services à une personne en perte d'autonomie qui a... On le sait, hein, 70 % des usagers du PEFSAD actuellement ont 70 ans et plus et sont des femmes qui vivent seules.

Alors, on croit que nos structures d'entreprises collectives administrées démocratiquement sont de meilleurs fournisseurs de services que M. et Mme Tout-le-monde, et ça n'enlève pas la pertinence de garder le chèque emploi-services pour les personnes handicapées.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je voudrais revenir sur les AVD puis les AVQ. Je pense que ça fait relativement un consensus que les AVD, vous êtes quand même le groupe qui êtes le plus approprié pour les faire. Mais, quand on arrive dans les AVQ, les différents groupes qui sont venus, en tout cas, les groupes

syndicaux tiennent mordicus à ce que ça reste dans le domaine public avec les employés du CSSS et ils mettaient en doute vos compétences. Qu'est-ce que vous avez à dire là-dessus?

M. Caron (J. Benoit) : Je vous dirais que plusieurs des services qui sont requis, qu'on peut qualifier d'AVQ... qu'ils peuvent très bien être offerts par une préposée d'aide à domicile qui a reçu la formation.

Très souvent, la formation que va détenir la préposée d'aide à domicile est la même formation qu'un autre intervenant dans d'autres organisations. Il y a déjà un peu plus de 500 000 ou 600 000 heures de services AVQ qui sont offerts par les EESAD actuellement. Ces services-là sont souvent offerts en complémentarité avec les CSSS. Alors, c'est sûr que nous, on défend l'usager, on défend l'utilisateur. M. Brouillard l'a précisé dès le départ. On n'a pas d'autre intérêt que de s'assurer de la satisfaction et de la qualité des services. On est contre l'offre de services sans formation, et on va la dénoncer, et on ne préconise pas ça. Alors, la préposée d'aide à domicile qui va aller offrir des services d'AVQ va avoir obtenu préalablement une formation reconnue par une commission scolaire, par le ministère de l'Éducation.

Alors, on pense avoir la capacité... on ne pense pas, on affirme avoir la capacité, on le fait déjà et on est prêts aussi à aller de l'avant pour avoir une offre qui pourra correspondre à la demande qui nous sera faite.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. D'ailleurs, quand on voit le projet, vous seriez probablement une des organisations qui seraient le plus à se développer au Québec.

Compte tenu de ce qu'on peut voir, c'est qu'une bonne part de ces services-là qui sont AVD et AVQ serait dispensée par vos organisations. Est-ce que c'est la même lecture que vous faites ou vous voyez un partage des AVQ avec les CSSS et vous en mineur?

M. Caron (J. Benoit) : On a utilisé le mot «complémentarité». Je vais le répéter, on pense qu'on doit agir en complémentarité.

Notre souhait, c'est d'aller de l'avant dans ce projet-là, comme on serait allés de l'avant aussi, dans tous les cas, en fonction de la réalité puis des besoins qui sont présents dans notre société actuellement. Alors, on a la capacité, on pense qu'on est capables d'avoir les ressources si on a la capacité financière. Alors, c'est assez confortablement qu'on est prêts à aller de l'avant. On pense être un fournisseur important. Pourquoi? Parce qu'on a déjà 6 700 préposés qui se rendent chez des dizaines de milliers d'usagers. Je l'ai dit tantôt au départ, aussi on est un réseau structuré qui s'est développé stratégiquement, avec la collaboration des communautés, avec la collaboration de l'État.

Alors, on pense que c'est simplement la suite logique du développement qu'on connaît depuis 1996.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste deux...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci. Dans vos organisations, est-ce qu'il y a la présence de syndicats?

M. Caron (J. Benoit) : À 30 %.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci. Puis elles sont affiliées avec quelles centrales syndicales?

M. Caron (J. Benoit) : On en a dans les principales centrales syndicales.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Comment vous expliquez à ce moment-là, compte tenu que ça fait également partie des membres de syndicat, que les syndicats s'opposent tant? Parce qu'on sent vraiment, là, qu'il y a une opposition à ce que vous puissiez faire les activités de vie quotidienne.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : En fait, on sentait la même... Pour ceux qui étaient là en 1996 ou en 1997, on sentait la même opposition en 1996-1997.

Ça n'a pas empêché un réseau important, que j'ai décrit tantôt, de se mettre en place et d'avoir des actions et d'avoir des répercussions importantes pour la société québécoise, là. Demain matin, si vous disiez à tout ce monde-là qu'ils n'auront plus les 6 700 préposés qui se rendent chez eux, ce serait une crise importante. Je pense que chacun a ses points de vue. Je pense que les centrales syndicales ont une job à faire. Nous, on fait la nôtre, eux font la leur. Il y a déjà 30 % des entreprises qui sont syndiquées.

Et je ne veux pas extrapoler, là, sur les raisons qui les motivent là-dedans, je me contente d'affirmer ce que je vous ai déjà dit.

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

• (17 heures) •

Mme Roy (Arthabaska) : Je vois que vous recommandez de mieux soutenir les aidants, les proches aidants. Vous offrez déjà du répit-gardiennage à présence-surveillance. Ça, c'est destiné à alléger le fardeau des proches aidants, c'est ça?

M. Caron (J. Benoit) : ...c'est aussi pour les aider, si on veut, là. C'est-à-dire que, oui, ces services-là de présence-surveillance et de répit-gardiennage vont contribuer à améliorer la situation des proches aidants. Alors, oui.

Et on pense qu'il y a un marché et des besoins encore plus grands que ceux auxquels on répond actuellement. Beaucoup de proches aidants, bon, doivent composer avec des réalités familiales, professionnelles, personnelles qui exigent peut-être un soutien. C'est une minorité de nos clients, hein? Principalement, je l'ai dit tantôt, nos interventions se font chez des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais il y aurait certainement une pertinence à développer des services plus considérables en augmentant le volume d'interventions auprès des proches aidants.

Il faut savoir que le proche aidant, Mme Roy, c'est quelqu'un qui aide une personne en perte d'autonomie. Donc, moi, je dis souvent : En aidant l'aidant, on aide l'aidé.

Mme Roy (Arthabaska) : Il y a des chercheurs de chaires de recherche qui sont venus nous parler du fait que ces proches aidants là se retrouvent souvent avant la personne aidée dans le système de la santé à cause de la lourdeur de la tâche puis de l'émotivité qui s'y rattache aussi.

Mais, quand vous avez fait votre répit-gardiennage ou présence-surveillance pour alléger le fardeau des proches aidants, vous avez procédé comment pour... Ces personnes-là vous demandent de l'aide ou... Dans les faits, ça fonctionne comment, là? Est-ce qu'il y a un service d'offert? Est-ce que c'est vous, en intervenant dans le milieu, qui se rendez compte que le proche aidant est pas mal cerné puis il serait temps qu'on fasse quelque chose pour elle ou lui... surtout elle, hein?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : On est, je l'ai dit, des entreprises collectives et bien implantées dans la plupart des communautés du Québec.

Alors, très souvent, ce sont les conseils d'administration, les gestionnaires de ces entreprises-là qui vont être informés d'un besoin qui est présent dans leur milieu. La plupart du temps, cependant, ça va être en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux ou avec d'autres organisations du milieu où il y a un partenariat qui s'établit afin de répondre à un besoin qui est identifié, là, préalablement. Donc, c'est un marché qui n'est pas... Ce n'est pas le principal marché qu'on a dans les EESAD, c'est un marché où on croit qu'il y a des besoins encore plus grands, où on pourrait aussi investir afin de satisfaire ces besoins-là.

Par contre, vous savez que la présence-surveillance, répit-gardiennage, ce n'est pas admissible au PEFSAD, là. Donc, ça doit être des références des CSSS ou encore c'est les personnes, mais ça, c'est une minorité... qui vont être capables d'assumer eux-mêmes les coûts engendrés par ces services-là.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme la députée de Gouin, pour un bloc de 3 min 30 s.

Mme David : Pour?

Le Président (M. Bergman) : 3 min 30 s.

Mme David : Merci, M. le Président. Madame, messieurs, bonjour. J'ai une petite question toute simple pour commencer.

Vous parlez beaucoup de la question de la tarification et de la capacité de payer des utilisatrices et utilisateurs de services. J'aimerais savoir quelle est la situation actuelle, c'est-à-dire ça coûte combien, pouvoir bénéficier d'une heure, disons, de services des entreprises d'économie sociale. Ça peut coûter entre quoi et quoi, minimum; maximum?

Le Président (M. Bergman) : M. Caron.

M. Caron (J. Benoit) : Le tarif horaire des entreprises... Tantôt, on parlait du mur-à-mur, là. On n'a pas de tarif mur à mur parce qu'on a des réalités régionales qui sont très différentes.

Je vous donne l'exemple. On était avec la gestionnaire de Tête-à-la-Baleine récemment, puis ils étaient sur le point de sortir leur skidoo, d'aller offrir des services en avion. Alors, c'est sûr que ce n'est pas la même chose qu'au centre-ville de Québec. Le tarif moyen, on a fait plusieurs recherches là-dessus, je vous dirais que c'est... bon, c'est peut-être, si on y va vite, vite, à peu près 20 \$ dans la province, là, dépendamment... Ça peut 18 \$ à 21 \$ au niveau des services d'AVD. Depuis quelque temps, l'utilisateur le plus pauvre, celui qui a sa pension, son supplément au revenu, va obtenir un maximum d'aide financière, constituée de l'aide fixe et d'aide variable du PEFSAD, qui va atteindre 13 \$.

Donc, si on fait un calcul simple, la personne doit... ça lui coûte 20 \$, approximativement, et elle doit obtenir, dépendamment de sa situation financière, jusqu'à 13 \$ d'aide financière.

Mme David : Donc, si on se comprend bien, il y a des personnes qui doivent payer un minimum de 5 \$ l'heure, disons. Je prends votre chiffre le plus bas qui était de 18 \$. 5 \$ l'heure, pour des personnes pauvres, c'est beaucoup d'argent. Et, comme vous l'avez dit vous-même, s'il faut donner beaucoup d'heures et de plus en plus d'heures parce qu'on veut éviter que les gens soient placés en hébergement, là on parle de quelque chose qui est absolument impossible pour une grande partie des femmes utilisatrices en particulier qui n'ont que le supplément de revenu garanti.

Donc, je participe pleinement à votre discours sur l'augmentation de la capacité de payer des utilisatrices et utilisateurs. Et effectivement il va falloir faire le calcul de combien ça coûte pour vrai. Sinon, on va faire accroire aux gens qu'on est en train de mettre en place tout un système de services mais en fait qui va être inaccessible à un certain nombre.

Il me reste une minute, peut-être?

Le Président (M. Bergman) : Oui.

Mme David : Il me semblait. Je voudrais juste souligner que personnellement je suis toujours dans le même dilemme face aux emplois donnés par les services publics et ce que vous proposez de développer, c'est-à-dire toute l'aide à la vie quotidienne. Et, pour moi, ce n'est pas une question de compétition ou quoi que ce soit, c'est une question de savoir est-ce que les services d'aide à la vie quotidienne doivent demeurer des services publics, donc gratuits, donc effectués par des travailleuses qui gagnent, vous l'avez dit vous-même, plus cher que dans les EESAD, qui ont un fonds de pension, qui ont des avantages sociaux. Je pense que c'est ça, la question de société qu'on doit se poser, et pour le moment je trouve que c'est difficile d'y apporter une réponse.

Le Président (M. Bergman) : M. Caron, pour une très courte réponse.

M. Caron (J. Benoit) : Ce n'est pas une question facile. Effectivement, tout n'est pas parfait.

Effectivement, les conditions de travail des préposés doivent être améliorées. Par contre, je terminerais simplement en vous disant que, quand on parle du développement des AVQ dans les EESAD, pour nous, ce n'est pas un projet nouveau, hein? On le sait, ça fait déjà plusieurs années qu'on le développe, et on souhaite naturellement continuer à le développer mais avec les meilleures conditions de travail possible et les meilleurs tarifs possible pour les usagers, en essayant d'offrir et de favoriser, selon nos capacités, le soutien à domicile au Québec.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Brouillard, M. Beaulieu, Mme Loranger, M. Caron, merci pour votre présentation, merci de partager votre expertise avec nous.

Je demande les gens du Regroupement québécois des résidences pour aînés pour prendre leur place à la table et je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 17 h 7)

(Reprise à 17 h 10)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! On reçoit le Regroupement québécois des résidences pour aînés. Alors, bienvenue.

Pour fins d'enregistrement, on a besoin de vos noms, vos titres, et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation.

Regroupement québécois des résidences pour aînés (RQRA)

M. Desjardins (Yves) : Merci. Alors, bonjour, tout le monde, M. le ministre, MM., Mmes les députés. Mon nom est Yves Desjardins, je suis le président-directeur général du Regroupement québécois des résidences pour aînés, qui couvre l'ensemble du territoire québécois.

M. Maurice (Luc) : Bonjour. Luc Maurice, président du conseil du même regroupement, avec Yves.

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

M. Desjardins (Yves) : Alors, tout d'abord, j'aimerais remercier la commission de nous donner l'occasion de pouvoir exprimer notre point de vue sur ce projet de loi si... ou ce livre vert, pour l'instant, si important pour nos aînés.

Le Regroupement québécois des résidences pour aînés regroupe 650 membres répartis sur l'ensemble du territoire québécois qui offrent aux aînés plus de 77 000 unités d'habitation. Notre travail quotidien consiste à regrouper, à représenter et à soutenir les propriétaires et gestionnaires de résidences privées pour aînés offrant un milieu de vie de qualité à des

personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie. Comme association, nous nous efforçons de promouvoir l'efficacité, l'efficience et la qualité des services offerts par nos membres à leurs clientèles. Nous travaillons à proposer des solutions gagnantes pour nos membres, la clientèle, les décideurs politiques et tous les intervenants de ce secteur. Toutes nos actions et nos représentations sont faites en fonction d'offrir à ceux qui ont bâti le Québec d'aujourd'hui une alternative de qualité à leur résidence individuelle. Nous leur proposons un lieu sécuritaire où ils se sentent chez eux, où ils reçoivent des services et des soins d'assistance de qualité et où ils conservent aussi longtemps que possible leur autonomie et la liberté d'organiser leur vie. C'est donc dans un esprit d'ouverture et de collaboration que nous nous présentons ici aujourd'hui. Comme nous l'avons mentionné dans le cadre du projet de loi sur la certification des résidences privées pour aînés, nous sommes d'avis que notre devoir est d'appuyer toute initiative visant à améliorer la qualité de vie et la sécurité des aînés au Québec. Nous vous invitons cependant à la plus grande prudence, car la mise en place de tels programmes à grande échelle peut facilement mener à des dépassements de coûts importants et des dérapages non souhaités au départ. Le RQRA base notamment sa réflexion sur une étude produite en janvier 2012, à sa demande, par la firme Secor, ainsi que sur l'expérience de ses membres.

Comme vous pourrez le constater dans le résumé de cette étude que nous avons placé en annexe de notre mémoire, ont, entre autres, été mandatés par la firme Secor MM. Philippe Couillard, alors conseiller stratégique chez Secor, et Michel Clair, président et chef de la direction du Groupe Santé Sedna. Et c'est notamment forts de la participation de ces experts du monde de la santé et de l'expertise du Groupe Secor dans ce genre d'étude que nous vous présentons ce mémoire.

D'entrée de jeu, je vous dirais que nous sommes favorables à la mise en place d'un nouveau mode de financement des services destinés aux aînés. Le RQRA défend bec et ongles la liberté de choix du lieu de résidence des aînés. Nous croyons que le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie peut être bénéfique pour la protection de cette liberté de choix. Le livre blanc peut représenter une réponse adéquate au contexte de vieillissement de la population au Québec qui, comme vous l'exposez judicieusement dans votre livre blanc, viendra mettre une pression insoutenable sur les finances publiques québécoises. Il est, selon nous, plus que temps de répondre de front à cette question. Nous sommes d'avis que notre personnel représente une ressource importante en mesure d'offrir, sur l'ensemble du territoire, les services d'aide à la vie domestique et les services d'aide à la vie quotidienne auxquels les aînés sont en droit de s'attendre. En fait, nous les offrons déjà. Décider à l'avance bureaucratiquement, comme on le fait à la page 25 du livre blanc, de l'organisme ou de l'association qui sera apte à offrir une gamme de services ou une autre est, selon nous, une erreur. Dans la situation démographique vers laquelle se dirige le Québec, nous devons impliquer tous les acteurs susceptibles de mener à bien cet important virage.

Les résidences privées pour aînés représentent dorénavant un mode d'hébergement incontournable au Québec. Il serait aberrant de ne pas considérer une personne hébergée en résidence privée pour aînés comme une personne demeurant aussi chez elle, et bien mal avisés sont ceux qui tenteraient de convaincre un résident du contraire. Un aîné en résidence est à son domicile, il a signé un bail pour y habiter et, plus souvent qu'autrement, il y profite des mêmes facilités qu'un appartement standard. Au Québec, ce sont 18 % des aînés québécois de 75 ans et plus qui ont fait le choix de vivre en résidence privée pour aînés.

Le RQRA... rappelle, pardon, qu'il est en accord avec le principe et les grandes orientations proposées dans ce livre blanc. La formule des crédits d'impôt a fait ses preuves jusqu'à maintenant. Selon le budget 2012-2013 présenté par le ministère des Finances, ce sont plus de 220 000 aînés qui ont bénéficié, en 2011, du crédit d'impôt pour maintien à domicile, totalisant une aide fiscale de 259 millions de dollars. À l'évidence, cette façon de retourner directement l'argent aux aînés fonctionne, et il serait contre-productif, voire totalement incohérent de faire disparaître cette mesure. Ce crédit d'impôt, parce qu'universel, offre une véritable liberté de choix aux aînés. Plusieurs aînés ont pu faire le choix de la résidence privée pour aînés grâce à ce crédit d'impôt. Ces aînés, si cette aide leur est retirée, devront, dans une grande proportion, déménager. Comme le livre blanc repose sur cette liberté de choisir, nous nous interrogeons sur la volonté gouvernementale de faire disparaître le crédit d'impôt.

En résumé, le RQRA est d'avis, comme le gouvernement, que le contexte financier et la démographie commandent un virage important dans la façon de financer les services offerts aux aînés. Nous demandons aux parlementaires de porter une attention particulière... de porter une attention particulière, pardon, à ce que les discussions entourant le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie ne discriminent pas les aînés selon le genre de domicile qu'ils ont choisi et qu'elles s'en tiennent au niveau d'autonomie des aînés. Nous craignons que, dans plusieurs régions, le personnel apte à effectuer les évaluations ne soit pas en mesure de suffire à la demande. La formule de crédit d'impôt sert la liberté de choisir des aînés. Il est, selon nous, primordial de le maintenir et de l'élargir. Le RQRA voit d'un bon oeil le rôle de surveillance et le contrôle que devraient jouer les CSSS dans la nouvelle assurance autonomie. Cependant, il faudrait s'assurer que les façons de faire et les balises utilisées pour accomplir cette tâche ne soient pas à géographie variable.

Finalement, le RQRA considère que la certification devrait être le seul critère utilisé par les CSSS pour permettre à une résidence privée pour aînés de prodiguer ou de dispenser des services AVD, AVQ aux aînés, ce qu'elles font déjà. Voilà.

Le Président (M. Bergman) : Merci pour votre présentation. Pour le premier bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Merci beaucoup, M. Maurice, M. Desjardins, merci beaucoup pour votre mémoire, qui nous rappelle ce document de Secor, qui a été cosigné d'ailleurs par Philippe Couillard. Et j'ai hâte que M. Couillard puisse discuter avec le député de Jean-Talon, son collègue, des bénéfices de l'assurance autonomie parce que ce qui est recommandé dans ce document ressemble étrangement au projet d'assurance autonomie que nous étudions actuellement, est basé sur les mêmes principes et je pense que c'est... J'ai participé, avec M. Clair, à un débat qui n'en fut pas un à une occasion parce

que nous étions en parfaite harmonie sur à la fois les objectifs de ce qui est proposé par le document, Philippe Couillard, Michel Clair et l'assurance autonomie que nous sommes en train de discuter.

Alors, pour vous, donc ce que vous retenez de ceci, c'est le choix par l'ainé, un outil d'évaluation unique, standardisé pour déterminer les besoins, un financement modulé en fonction du niveau de dépendance et du revenu. Alors, on voit, là, les mêmes principes qui sont dans l'assurance autonomie. Je ne me trompe pas?

M. Desjardins (Yves) : On est très près.

Le Président (M. Bergman) : Oui, M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : Excusez-moi. Effectivement, on est très près, à quelques différences, mais sinon je vous dirais... C'est pour ça qu'on est d'accord avec le projet d'assurance autonomie dans son ensemble.

M. Hébert : On mentionne souvent, dans l'opposition surtout, que juste d'injecter plus d'argent, ça va régler le problème du maintien à domicile, ce que... Si je comprends bien, pour vous, c'est vraiment un changement majeur dans la structure de financement, qui va apporter des changements majeurs.

Le Président (M. Bergman) : ...

M. Desjardins (Yves) : Vas-y.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

• (17 h 20) •

M. Maurice (Luc) : Oui, effectivement, il y a un besoin important d'amener des sous. Je vous dirais, une critique qu'on a faite du rapport, c'est le manque.

Qu'est-ce que ça coûte exactement? Et on a fait ensemble un petit exercice... un groupe, un petit comité chez nous, et, si vous permettez, je vais juste donner en chiffres absolus, là, qu'est-ce que ça coûte, cette initiative qu'on supporte grandement, par ailleurs. Si on prend une personne... Il y avait le groupe avant nous, hein, qui parlait d'économie sociale plus. Si on prend une année-personne, qu'on met à 40 000 \$, pour faire un chiffre simple, 15 \$ l'heure avec bénéfices, et tout, disons, 40 000 \$, une personne peut faire à peu près 660 visites par année, hein, sur une période de 220 jours, bon an mal an, trois visites par jour, c'est pas mal ce qui se passe présentement. Lorsqu'on fait ça, on arrive à une année-personne, employée, directement ou indirectement, préférablement indirectement... peut servir un peu moins de deux clients, deux personnes, si c'est une visite par jour, sept jours sur sept. Alors, un employé, 1,8 personne, sept jours sur sept. Jusque-là, ça va? On indique ici qu'il y a 725 000 personnes qui ont une incapacité. À peu près 250 000... incapacité plus importante, une incapacité plus grave. On a mis 200 000. Alors, il y a 200 000 personnes au Québec qui auraient un besoin, disons, d'une visite par jour, sept jours sur sept toujours, hein? 200 000 personnes, ce qui est trois fois moins. Si on met le facteur de 1,8 qu'on avait tantôt, c'est donc dire qu'on aurait besoin de 111 000 employés ou personnes à temps plein pour faire ce travail-là, un travail qu'on considère par ailleurs essentiel. Mais c'est quand même 111 000 personnes à temps plein fois 40 000 \$, le même 40 000 \$. On parle de 4,4 milliards. Alors, pour moi, c'est important. On est tous d'accord, je pense, avec ce qu'on veut faire, mais il faut la «coster», cette affaire-là, tu sais?

Alors, 4,4 milliards. Présentement, si on regarde les chiffres ici, on exclut le CHSLD, on parle de 39 % fois 2,9 milliards. On parle de 1 milliard qui est injecté en soins à domicile présentement, au moment où on se parle. On est sur le 500 millions, pour lequel on est très contents, l'année prochaine, qui sera en place. Alors, on a 4,4 milliards moins 1 milliard. Ça coûterait donc, année 1, 3,4 milliards. Ici, j'ai exclu quoi? J'ai exclu les voitures que ça va prendre, l'infrastructure, la supervision, les évaluations, parce que les évaluations ne partent pas pour ça, la coordination, tout ça. Ce n'est pas rien, là, il y a une exclusion importante, puis je suis sûr que plusieurs d'entre vous ont déjà fait des estimés importants à ce niveau-là, mais je mets de côté... Et je sais que, cette bibitte-là, si c'est très bien organisé, coordonné, on parle d'au moins 30 %. Alors, ce n'est pas rien parce que c'est dans tous les CSSS. Alors, je voulais juste amener cet élément-là.

Comment on va le financer, ça? Parce que, là, on est à 4,4 milliards. Moins le 1 milliard qu'on a déjà, il reste 3,4. Il y a 3,6 Québécois qui travaillent. Donc, c'est 1 000 \$ par tête de pipe, par travailleur, au Québec par année, c'est 20 \$ par semaine. Et, compte tenu qu'il y a beaucoup de gens qu'on ne veut pas qu'ils paient ce 1 000 \$ là, on aime mieux que les gens plus aisés les paient et on est tout à fait d'accord avec ça. Mais, en termes de quantums, c'est important qu'on saisisse ces quantums-là, en tout cas que moi, je les saisisse, avant d'aller plus loin dans ce rapport-là.

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

M. Hébert : Vous soulignez avec beaucoup de justesse la contribution privée au soutien à domicile, qui est actuellement de 85 % et même qui frise le 100 % si on... sauf le crédit d'impôt, dans vos résidences. Alors, il n'est pas question pour nous d'aller à 100 % de couverture publique, là, c'est bien clair, alors, et vous le soulignez très bien. Je pense qu'on peut aller jusqu'à 30 % à 40 % de couverture publique avec ce qu'on propose actuellement, mais on ne pourra pas aller à 100 %, puis vous le soulignez très bien.

M. Maurice (Luc) : Et c'est la raison, M. Hébert...

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Excusez-moi. C'est la raison, M. Hébert, pour laquelle je n'ai pas inclus toute l'organisation, le 30 % additionnel, parce qu'effectivement on pense, avec raison, vous nous le soulignez très correctement, que 30 % à 50 % des gens vont... Et c'est pour ça qu'on a baissé aussi à 200 000, de 725 000, parce qu'on sait que 50 % de l'effort, c'est les familles qui le font beaucoup.

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

M. Hébert : Et là, je vois le temps filer, je voudrais tout de suite vous rassurer sur une affirmation que vous avez dite, qu'il est dans l'intention du gouvernement de faire disparaître les crédits d'impôt. Là, je ne sais pas où vous avez lu ça, mais il n'est pas dans l'intention du gouvernement de faire disparaître les crédits d'impôt. Par contre, nous ne voulons pas que le crédit d'impôt fasse double emploi avec l'allocation du soutien à l'autonomie. En d'autres termes, les gens qui vont recevoir une subvention directe pour financer leurs services dans vos résidences, il ne faudrait pas qu'en plus ils aient le crédit d'impôt.

Alors, c'est ce qu'on va s'assurer de ne pas faire en double. Mais il n'est pas question de faire disparaître le crédit d'impôt, soyez rassurés là-dessus... le crédit d'impôt de maintien à domicile et les autres crédits d'impôt qui, eux, ne font pas double emploi de toute façon.

Je reviens sur un élément que vous avez souligné. Pour vous, de pouvoir accréditer vos résidences sur les services qui sont donnés aux personnes, parce qu'actuellement on ne les accrédite pas vraiment sur les services, là, mais sur d'autres critères... Mais les CSSS vont avoir une responsabilité de contrôle de qualité et donc vont s'assurer que les résidences privées sont équipées convenablement en termes de formation du personnel, structure de personnel pour pouvoir donner les services. Je comprends que vous êtes favorables à ce genre de contrôle de qualité?

Le Président (M. Bergman) : M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : Bien, c'était aussi dans notre constat, effectivement. Le rôle du gouvernement en est un aussi de contrôle. Il ne faut pas faire n'importe quoi, et bien sûr on appuie cette mesure.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Oui, juste une petite parenthèse. Chez nous, on a 550 unités de soins lourds — par «lourds»... c'est moins lourd que... bien, qu'au public, on s'entend — moyenne : 1,55 heure-soins et assistance par jour. Pour ces 550 là, ça coûte 45 \$ par jour d'assistance, soins, alors infirmières, préposés et services à l'entretien de ces unités-là. Les chiffres dont je vous ai montré tantôt, ça coûte 60 \$ par jour pour une visite à domicile par jour si le domicile est à l'extérieur d'une résidence.

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

M. Hébert : Vous semblez dire que le livre blanc ne considère pas beaucoup les résidences privées. Pour moi, ça ne fait pas de doute que c'est un domicile, là. Et, cette distinction-là, je ne la fais même pas.

Alors donc, les gens choisissent d'aller en résidence privée pour aînés. C'est un choix que plusieurs font, d'ailleurs. Alors, pour moi, c'est tout à fait inclus dans le domicile des personnes. Alors, ça aussi, je tiens à vous rassurer là-dessus. Et les résidences privées, d'ailleurs, dans les réseaux intégrés de services, sont de plus en plus intégrées, et je souhaite qu'elles le soient encore plus par le biais de l'assurance autonomie.

Et, même, on a évoqué l'expérience du Danemark dans une comparution précédente, où effectivement on ne retrouve presque plus de CHSLD. En fait, les gens choisissent de vivre dans une résidence collective et ils reçoivent les services dont ils ont besoin au gré de leur perte d'autonomie. Alors, ça fait toute une différence avec un CHSLD, vous en conviendrez. Les gens sont dans leur appartement. Alors, ce n'est pas un petit lit de CHSLD, là, une petite chambre de CHSLD, mais c'est un appartement où on fournit les services. Alors, ça, c'est le modèle danois et qui cadre très bien avec ce que vous avez, avec le réseau de résidences privées que vous avez.

Alors, le but de l'assurance autonomie, c'est d'adapter les services au fur et à mesure de la perte d'autonomie, et je vois que vous vous inscrivez dans cette lignée-là, plutôt que de déménager les personnes.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Merci. Oui, merci, on est rassurés de vos commentaires, M. Hébert. Il y avait des éléments dans le rapport qui nous laissaient... portaient à croire qu'on était un petit peu à l'écart. Alors, c'est pour ça.

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

M. Hébert : Autre point. Vous avez souligné, là, ce que ça vous prendrait comme effort pour améliorer les services et puis vous nous dites : Il ne faut pas déterminer de façon bureaucratique quel est le rôle de chacun des prestataires de services. J'aimerais ça que vous puissiez m'expliquer pourquoi, à la page 25, vous semblez dire qu'on détermine de façon bureaucratique les services qui seront donnés par les uns et les autres.

Le Président (M. Bergman) : M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : À la page 25 du livre blanc, on spécifie que les AVQ sont offerts par les entreprises d'économie sociale.

Nous, on dit : C'est peut-être à l'ainé à choisir s'il va prendre ses services soit d'une EESAD, ou soit de la résidence, ou soit de la famille, ou soit d'un autre. Peut-être qu'on est allés un peu pointu, M. le ministre, mais on voulait juste en tout cas établir que, pour nous, le principe numéro un, puis c'était ça aussi dans notre étude, c'est le choix à l'ainé : le choix à l'ainé pour sa résidence, le choix à l'ainé pour son prestataire de services.

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

• (17 h 30) •

M. Hébert : Si je lis la phrase suivante, là : Les services d'assistance aux AVQ sont offerts principalement par les entreprises d'économie sociale ou par des organismes privés RPA...

M. Desjardins (Yves) : Les organismes privés.

M. Hébert : Oui. C'est vous autres, ça.

M. Desjardins (Yves) : Pourquoi on n'a pas écrit «résidences pour aînés»?

M. Hébert : Il est juste marqué entre parenthèses.

M. Desjardins (Yves) : Ah! Bien oui, bien oui.

M. Hébert : Alors, je vous rassure là-dessus, là.

M. Desjardins (Yves) : C'est ça, c'est entre parenthèses. C'est parce qu'on a l'impression qu'on est entre parenthèses un petit peu dans le document.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : C'est les AVD qui étaient en cause, M. le ministre, et non pas les AVQ.

M. Hébert : Les AVQ. Ah, les AVD aussi.

M. Maurice (Luc) : Non. Alors, ce n'est pas indiqué, là, RPA pour les AVD. Alors, c'est les nuances, bien, qu'on faisait ici.

M. Hébert : O.K. Merci de le spécifier.

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

M. Hébert : Mais ce n'était pas une prescription bureaucratique, je vous rassure là-dessus, c'est... on essayait de décrire la situation.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste six minutes.

M. Hébert : Je vais peut-être passer la parole à mes collègues pour des questions supplémentaires.

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

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Dans votre mémoire, parmi les préoccupations... quelques préoccupations que vous soulevez, vous en avez une en termes de disparité régionale. Vous mentionnez que vous craignez que le personnel apte à effectuer les évaluations ne soit pas en mesure de suffire à la demande, notamment dans les régions. Est-ce que vous avez un petit peu plus, là, de détails à nous donner sur cette préoccupation-là? Est-ce qu'il y a des constats que vous avez faits ou des exemples que vous pouvez nous donner, là?

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Oui, tout à fait. Je suis présent dans 19 CSSS différents à travers le Québec et je peux vous dire que c'est très, très inégal, madame, en termes de disponibilité, de collaboration, de tout ça.

Dans bien des endroits, c'est très bien. On est fiers même d'être en partenariat avec le secteur public. Dans d'autres endroits, c'est beaucoup moins bien, pour toutes sortes de bonnes raisons : des questions budgétaires, des questions de ressources, des questions d'individus de temps en temps. Mais je peux vous dire que c'est très inégal. Même chose d'ailleurs pour les per diem, pour les ententes, toutes sortes d'ententes — je pense que plusieurs sont très au courant ici — même dans les CHSLD. On parle d'entre 172 \$ et 242 \$ per diem par jour pour le même soin.

Alors, c'est très inégal dans le Québec présentement, dans les 94 ou 96 CSSS, madame.

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

Mme Proulx : Et j'aimerais ça que vous nous parliez de votre vision de contrôle de qualité. Vous avez une préoccupation aussi, et en fait j'aimerais savoir quels types de contrôle de qualité vous préconisez d'instaurer pour l'ensemble des prestataires de services dans le cadre d'une assurance autonomie.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : On le voit comme tout un défi. Écoutez, juste d'identifier toutes les personnes qui ont besoin d'un coup de pouce, de les évaluer, présentement, dans nos CHSLD publics comme privés, on n'est même pas capable d'évaluer aux six mois nos patients.

Alors, les évaluations, et évidemment ça diffère de CSSS en CSSS toujours, ensuite coordonner une prestation de services, créer des ententes. Il y a des familles là-dedans, il y a les... ce n'est pas simple. Ensuite, vous rentrez dans les appartements, ou dans les maisons, ou dans les résidences, dans les villages, de chaque entité ou de chaque personne qui a besoin d'un coup de main, et le processus décisionnel de quelqu'un qui a 85 ans n'est pas du tout le même que chez nous. Alors, c'est tout un... il y a beaucoup de défis, et j'apprécie beaucoup la patience et le savoir-être de beaucoup des travailleurs sociaux qui sont au Québec présentement. Mais, une fois que tout ça, c'est fait, on a évalué, on a identifié, on a évalué, on a coordonné une prestation de services, de contrôler la qualité de la prestation au quotidien, parce que ce n'est pas juste une fois contrôlé une fois par mois, une fois par six mois, de voir si c'est correct ou pas, c'est au quotidien de savoir est-ce que la personne est venue, et, croyez-moi, j'entends toutes sortes de choses dans les différents CSSS, ou CHSLD... ou CLSC, je devrais dire. Ce n'est pas simple, le samedi ou le dimanche, d'avoir quelqu'un qui va faire deux visites, puis qui ne se présente pas, puis que ça prend une agence, puis ça prend... avec une auto, une tierce partie, à temps double, qui rentre pour pouvoir contrecarrer ça. Et c'est fréquent, ça.

Alors, tous ces éléments-là font en sorte que le contrôle de qualité va être tout un défi pour que ce soit fait avec rigueur et avec justesse.

Le Président (M. Bergman) : M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : J'aimerais ajouter, madame, que l'association a, depuis trois ans, mis en place de façon continue des mesures additionnelles pour augmenter la qualité chez ses membres.

Le premier souci chez nos membres, propriétaires et gestionnaires, c'est qu'on n'en veut pas non plus, des mauvaises résidences. Il y en a qu'on refuse, qui veulent être membres et qu'on ne les accepte pas malgré la certification. On a mis en place, cette année, des engagements et on travaille présentement avec la Corporation de l'industrie touristique du Québec qui est à développer pour nous un programme semblable à ce qu'on voit dans le système hôtelier, c'est-à-dire un système par les étoiles, qu'on compte mettre en place, qui sera combiné également avec des évaluations auprès de la clientèle sur la satisfaction de la clientèle. On va être en mesure de mesurer, à ce moment-là, les services qui sont offerts et la qualité des services qui sont offerts en résidence.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bienvenue. Puis je peux vous assurer que notre formation politique trouve que vous êtes des grands partenaires dans le réseau de la santé. Je crois que c'est plus de 100 000 personnes qui habitent dans des résidences privées. Et puis même moi, à l'occasion, je rencontre des gens et je leur dis : Parfois, on ne peut plus rester à la maison parce que ça prend plus de support, les résidences privées offrent une belle alternative en termes de logement.

Je veux apporter une clarification. Le ministre dit qu'on dit qu'il faut juste rajouter de l'argent. Ça n'a jamais été ça. Ça fait déjà plusieurs années qu'on a commencé la transformation du réseau, développé plus de médecins à domicile, travaillé avec les CSSS, l'interdisciplinarité également, l'évaluation. La preuve, c'est qu'on a mis en place le système ISO-SMAF pour l'évaluation des patients, et il faut travailler en fonction de ça.

Je tiens à vous remercier. Vous êtes les premiers qui nous arrivent avec un cadre financier, puis je crois que vous êtes dans le domaine, et vous êtes en mesure de bien calculer ce que ça coûte pour garder un patient à domicile. D'ailleurs, le ministre, lorsqu'on a parlé du cadre financier, a complètement éludé la question. Il n'a pas... vous en discuter tout simplement parce que... c'est une bonne idée, les principes sont corrects, le maintien à domicile. D'ailleurs, il a renoncé à beaucoup d'éléments de son projet, la capitalisation, faire payer une taxe qui va être différente. Il va augmenter les taxes à l'intérieur de l'impôt. Maintenant, c'est ça, le jeu qu'ils vont faire. Ce qu'on voit, puis, en passant, c'est la perception que j'avais de... Quand on évalue de façon sérieuse un cadre financier, ce n'est pas seulement que trois lignes sur 15 ans, là, c'est combien ça va coûter, combien ça va prendre plus de personnes, comment chacun va contribuer, et à la fin, lorsque vous êtes malade et que vous avez des incapacités, ça veut dire quoi en termes de coût. Et ce que je comprends, puis je pense que le cadre financier se tient bien, moi, j'estimais à plus de 2 milliards de dollars la mise en place de l'assurance autonomie, 2 milliards supplémentaires.

Vous arrivez avec un chiffre de 3,4 milliards, selon les calculs. Ce qui est impressionnant également, et ça ressemble beaucoup à la transformation du virage ambulatoire, c'est-à-dire qu'on met en place des principes, on change les lois, mais, quand on arrive pour l'application, ça ne tient pas. Ça ne tient pas, pourquoi? Parce que, pour tout donner les services

que les gens ont besoin, si ça prend 111 000 personnes, c'est un chiffre que je pense que le réseau ne pourra même pas réussir à recruter pour les 10, 15 prochaines années. Ça, c'est sans compter l'évaluation. Puis ça, je tiens à vous remercier. Les gens s'imaginent qu'on évalue le patient et puis qu'après ça on est correct pour tout le temps, mais c'est 200 000 personnes à évaluer avec nos ressources. En passant, il y a déjà une commande de prise dans le réseau de la santé actuellement où des ressources sont en train d'évaluer les patients, les 40 000 qu'il y a dans les CHSLD, et naturellement, si les situations se détériorent, parce qu'on va en fonction du financement à l'activité, ça veut dire qu'il faut réévaluer les patients sur une base régulière. Vous vous imaginez, évaluer 200 000 patients? Moi, je ne pas sûr que, du côté gouvernemental, ils savent, ils ont réalisé à quel point ça peut être du travail qui doit être répété. Et, pendant qu'on fait ça, on tient à le dire, on ne donne pas de soin, on ne s'occupe pas des gens. Ça, je pense que c'est le commentaire. Et on va retenir votre démonstration mathématique, puis je pense que le ministre devrait la regarder également, je pense que la première ministre devrait la regarder également, mais je suis certain en tout cas que le Conseil du trésor va la regarder et je pense que les médias également doivent s'intéresser à ça. Parce que tout le monde supportait le virage pour le maintien à domicile. On est d'accord avec ça, mais, dans l'applicabilité, on s'en va vers une situation de virage ambulatoire où ça va faire dérailler le système, et il va y avoir beaucoup de dérapages.

Merci pour la démonstration, puis je pense que vous êtes les premiers qui arrivent avec une... D'ailleurs, tout le monde déplorait qu'on n'avait pas de cadre financier. Tout le monde disait : On est d'accord avec le principe, mais à la fin ça veut dire quoi, là? Combien ça va nous coûter? Combien est-ce qu'on va payer les gens, puis ça va être quoi, l'allocation par incapacité? Moi, je reviendrais à un point qui est central, c'est la question de si, oui ou non, vous allez pouvoir faire des AVD et les AVQ à partir de vos propres ressources. Le discours qu'on a entendu jusqu'à maintenant, là, c'est que ce serait soit le côté public, CLSC, ou encore les entreprises d'économie sociale. Mais, jusqu'à date, le ministre n'a jamais été clair. Même quand j'ai lu dans le document que c'était la possibilité d'avoir du privé, bien, ce que j'ai senti de la part du ministre autour de la table, il ne favorisait pas du tout que l'allocation aille aux résidences privées et directement à vos employés.

J'aimerais ça que... votre perception. Puis, s'il le faut, le ministre le clarifiera par la suite, parce que, là, il ne faut pas avoir le triple discours, là, il va falloir le savoir exactement...

• (17 h 40) •

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît!

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...est-ce que, oui ou non, si on évalue un patient qui coûterait... L'allocation est de 30 000 \$. Est-ce que ce 30 000 \$ peut être donné à la personne qui va utiliser les services de la résidence privée? Moi, ma perception, puis le discours du ministre jusqu'à date, je pense que c'était non, mais je pense qu'aujourd'hui vous lui avez fait dire que c'était peut-être oui.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : C'est un excellent point. Trois, quatre sous-réponses à vos questions.

En ce qui a trait au dernier point, nous, évidemment, notre souhait, c'est qu'on a 128 000 personnes que l'on prend soin, il y a beaucoup de gens... Je disais la semaine passée : Il y a le tiers des gens qui viennent chez nous parce qu'ils se sentent seuls. C'est une question d'isolation, une question de meilleure qualité de vie, de voir des gens, de parler à des gens. Ceci dit, ces gens-là vieillissent et, dans plusieurs cas, ont des pertes d'autonomie, ils voudraient rester chez nous. De payer 1 200 \$, 1 300 \$, 1 500 \$ par mois pour rester chez nous, ils sont capables, mais quand c'est tout inclus. Mais c'est quand on a besoin de soins, là ils ne sont pas capables. Le petit 500 \$, le petit 800 \$ ou le 2 000 \$... en fait, c'est plutôt 700 \$, 800 \$ de plus, et c'est là où les gens quittent, s'institutionnalisent parce qu'il manque ce petit bout là. Et ce petit bout là, que ce soit sous la forme du crédit d'impôt maintien à domicile, que ce soit sous forme d'une assurance quelconque, ça ferait en sorte que les gens resteraient avec les quelques personnes avec lesquelles ils ont des atomes crochus encore pour une grande partie du reste de leur vie. Mais ça, pour moi, bien c'est important. Tantôt, vous avez dit... vous avez parlé de coûts. Tout ça, c'est vrai. J'ajouterais deux éléments à ça. Il y a le risque de perdre un peu le contrôle des coûts. Si vous avez des préposés ou des gens qui font ça au quotidien, sont payés 15 \$ de l'heure, puis les gens, dans les garderies, sont payés 20 \$ ou 22 \$, bien c'est une question de temps avant qu'il y en ait un qui dise : Pourquoi pour les personnes âgées c'est moins cher puis les... Et ça va amener des choses. Surtout, il y a un risque important d'amener ça vers la hausse. Ce n'est pas nécessairement mal, mais c'est des coûts.

L'autre élément : réputationnel. Si les instances gouvernementales sont impliquées directement dans les soins au fond du rang, du sixième rang de tel village, et tout ça, les risques de dérapage, pour toutes sortes de personnes, à 111 000 nouvelles personnes, là, sont importants pour les instances gouvernementales. Je sais que pour le gouvernement c'est assez important de ne pas avoir à encourir ces risques-là, qui sont souvent mal fondés, des fois bien fondés, mais il y a un risque réputationnel, je pense, assez important à ça.

Troisième point. Ce n'est pas sûr, mais c'est bien sûr qu'au niveau démographique le 111 000 dont on parle aujourd'hui va être 200 000 dans 15 ans. Alors, ce n'est pas rien, ça. Ça, c'est 15 ou 20 ans.

Alors, c'est ces trois éléments-là de risque additionnels que je trouve qu'il faut faire attention comment on les gère.

Dernier petit point, un petit clin d'oeil. C'est vous, M. Bolduc, qui m'avez forcé la main grandement à adopter le SMAF de monsieur. Alors, tous les deux, il y a déjà cinq ans, vous étiez en harmonie et en accord avec cet outil d'évaluation là important.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci. Puis, je peux vous dire, c'est moi qui ai fait le travail au ministère pour faire l'évaluation au niveau des ressources intermédiaires et j'ai prêché, avant même d'être ministre, l'utilisation universelle du SMAF. Ça a été développé par l'équipe de Sherbrooke, et c'est un bon mode d'évaluation. D'ailleurs, c'est pour ça que je trouve drôle aujourd'hui qu'on nous dise : Vous savez, on va commencer. On dirait que c'est quelque chose de nouveau, alors que pratiquement tout le réseau, puis je tiens à le dire, sauf Montréal, qui a été plus long... et on ramène beaucoup de problèmes dans le réseau qui ont été plus des problèmes de Montréal, mais, partout dans les régions, c'est déjà réglé, ça.

Mais je reviendrais à une question fondamentale. Ça fait la troisième semaine qu'on est ici, là, puis j'entends aujourd'hui, puis il va falloir que le ministre me clarifie ça de façon sérieuse... Supposons qu'on fait l'évaluation d'un résident chez vous et puis qu'on évalue que cette personne-là, en termes d'allocation, mérite des services de 25 000 \$. Son incapacité, c'est 25 000 \$ en termes d'allocation. On a trois possibilités de le donner, deux que le ministre a été clair : ça pourrait être donné par le CLSC, par des services; ça pourrait être donné par les entreprises d'économie sociale, par des services. Ça, on est tous d'accord, ça va bien jusque-là.

Mais, la troisième, là, est-ce que ça pourrait être donné par la résidence privée avec leurs employés accrédités, assurance qualité évaluée et que l'argent aille à la résidence privée via la personne qui aurait une allocation sur le même principe que le chèque services emploi?

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Dans la mesure où c'est via la personne, là, pas directement à la résidence. J'aime mieux que ça vienne via la personne. Moi, je suis... ce serait très, très, très bien.

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'est parce que, là, il va falloir le redire aussi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Il va falloir le redire également aux syndicats, parce que, quand les syndicats étaient ici, on développait beaucoup que ça va être vraiment dans le public. Mais, maintenant, ce qu'on nous dit, puis, je pense, c'est bien enregistré, le ministre semble vouloir nous dire que l'argent pourrait aller directement à la personne qui pourrait utiliser le service des résidences privées.

M. Hébert : Vous me donnez la permission de répondre, M. le Président?

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Hébert : M. le Président, est-ce que vous me donnez la permission...

Le Président (M. Bergman) : Non, la parole...

M. Hébert : ...

Le Président (M. Bergman) : Non, la parole n'est pas au ministre.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Allez-y, M. le ministre.

M. Hébert : ...consent, M. le Président, me donnez-vous le choix?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, je consens.

Le Président (M. Bergman) : Consentement?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui.

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

M. Hébert : Consentement. Alors, écoutez, tout à fait, ce sera donné par un prestataire, qu'il soit une entreprise d'économie sociale, un organisme communautaire ou une entreprise privée du style des résidences privées, tout à fait. Alors, je tiens à le réaffirmer. Et j'ai dit la même chose aux syndicats aussi, qui n'étaient pas content de cette réponse, mais je la maintiens.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je suis très heureux de la réponse du ministre, moi aussi.

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

Mme Blais : Alors, merci beaucoup d'être ici, M. Desjardins, M. Maurice. On est tous les deux d'accord avec le fait qu'il faut qu'il y ait de plus en plus de services à domicile et que les résidences sont les domiciles des personnes qui font le choix de vivre dans les résidences privées.

Quand vous avez posé la question du crédit d'impôt pour maintien à domicile des personnes de 70 ans et plus, c'est un secret de polichinelle, on sait que le ministre n'aimait pas ce crédit d'impôt là. Moi, je le sais, je l'ai entendu souvent. Et vous aviez raison de vous questionner, parce qu'à la page 29 du livre blanc c'est écrit : Le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'un aîné pourrait être réexaminé afin d'établir l'opportunité de l'adapter et de réallouer une partie des sommes économisées à la caisse autonomie. Ça fait que ce n'est pas tout à fait clair, clair, la façon dont c'est libellé pour dire que le crédit d'impôt sera maintenu. Alors, moi, aujourd'hui, j'aime ça, on dit : Le crédit d'impôt sera maintenu.

Et, dans le budget Le Québec et ses aînés — Pour mieux vieillir chez soi — et je veux vous entendre à savoir si vraiment ça a été mis en place — avant le budget 2012-2013, pour les personnes autonomes, c'était 15 600 \$ et, après le budget, c'était 19 500 \$, pour un écart de plus de 3 900 \$. Et, pour les personnes en perte d'autonomie, c'était 21 600 \$, après le budget 25 500 \$, pour un écart de plus de 3 900 \$.

Est-ce que ce crédit d'impôt là, au 1er janvier 2013, a été appliqué pour les personnes de 70 ans et plus dans les résidences privées pour aînés?

Le Président (M. Bergman) : M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : À notre connaissance, oui. On fait des vérifications, puis les gens nous disent qu'effectivement ça a été appliqué. J'aimerais peut-être apporter : La formule du crédit d'impôt, des fois on cherche des recettes nouvelles, mais cette recette-là, elle fonctionne très bien. Les gens sont heureux. C'est difficile pour un aîné, mais il a le soutien de la résidence pour compléter les documents, puis ainsi de suite, mais c'est facile. Il n'y a pas de travail au noir. Ça prend naturellement ces soins inscrits au bail ou ça prend des factures. Le crédit est versé au compte de la personne. Alors, tout fonctionne.

Nous, ce qu'on disait, c'est : Si ça, ça fonctionne pour les AVD, peut-on l'étendre pour les AVQ et fournir de la même façon, que l'argent aille à l'aîné puis que lui choisisse son prestataire de services?

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

• (17 h 50) •

Mme Blais : Tout à l'heure, M. Maurice a dit quelque chose qui sonne et qui résonne, parce qu'il y a eu une augmentation pour les personnes qui commencent à perdre de leur autonomie, et c'est là où le bât blesse parce que ces personnes-là ont besoin de plus d'heures de service, plus de soins. Vous avez parlé d'un montant peut-être de 700 \$ de plus par mois.

Est-ce que l'augmentation actuellement fait en sorte que ça comble l'écart ou s'il manque encore un montant d'argent pour faire en sorte que les gens qui pouvaient vivre avec 1 300 \$, par exemple, par mois ou 1 200 \$... Puis, à un moment donné, ça coûte 2 000 \$, ils ne sont plus capables de vivre dans la résidence, ils sont obligés d'aller ailleurs, d'être institutionnalisés. Est-ce que ça couvre ce montant-là ou ce n'est pas suffisant?

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Non, ça ne couvre pas, et c'est plus complexe comme mécanique aussi, alors les gens ont plus de difficultés à l'utiliser. C'est utilisé en partie, mais on a un petit peu de difficultés à roder ça avec autant de facilité que le premier programme. Incidemment, dans les résidences que j'ai, 37 % à peu près de ma clientèle n'utilisent pas de crédit d'impôt parce que leurs revenus sont trop élevés. Alors, c'est correct, ça fait exactement ce que ça doit faire : aider les gens qui en ont plus besoin, laisser faire ceux qui peuvent se le permettre.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme la députée de Gouin, pour un bloc de quatre minutes.

Mme David : Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Peut-être d'abord des questions très concrètes. Vous dites que vous hébergez 128 000 personnes dans votre réseau de résidences privées. Sur ces 128 000 personnes, vous diriez, soit en nombre ou en pourcentage, là, combien de personnes ont besoin de soins ou de services mais qui ne sont pas... vous savez, qui sont à l'extérieur, là, de ce qu'on pourrait appeler l'hébergement, la restauration, les services de base? Vous diriez quelle proportion?

M. Maurice (Luc) : 35 % à 45 %, madame.

Mme David : 35 % à 45 %. Évidemment, ce que vous nous dites, c'est que, parmi ces 35 %... c'est-à-dire, parmi les autres personnes, bien, évidemment, elles vont vieillir et demander, à un moment donné, à avoir des services. Et la question que vous amenez ici, c'est : Qui va donner ces services? Alors, moi, je vous en repose une, c'est : Quelle est la formation du personnel que vous avez dans vos résidences, pour répondre aux besoins, peut-être pas tant les besoins liés, disons, au ménage quotidien, etc., mais des besoins un peu plus lourds, là? Parce que vous dites : On peut le faire nous-mêmes.

J'aimerais ça savoir de quelle formation dispose votre personnel pour faire ça.

Le Président (M. Bergman) : M. Desjardins.

M. Desjardins (Yves) : Actuellement, c'est tout récent que le nouveau règlement sur la certification des résidences va amener des exigences au niveau de la formation, laquelle on était absolument d'accord, puisque nous avons nous-mêmes mis en place une mutuelle de formation. Et il y a un peu plus de 2 000 personnes qui avaient suivi un programme qui est très similaire, celui qui sera dorénavant obligatoire.

Il ne faut pas oublier également qu'il y a beaucoup de préposés qui ont une formation, ce qu'on appelle le diplôme d'études professionnelles, du réseau scolaire. Donc, beaucoup d'employés ont aussi cette formation-là.

Mais ce que ça fait appel, le soutien aux aînés, c'est beaucoup plus des savoir-être que des savoirs. Et ce qu'on a besoin et ce qu'on recherche, c'est des employés qui ont des grandes qualités humaines avant tout, et les techniques s'apprennent par la suite.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Merci. De façon précise, pour les 1 300 personnes de ce type qui travaillent chez moi, je peux vous dire que tout le monde a au moins le cours de base. À cela, bien, on ajoute un cours pour soins palliatifs, des petites capsules de savoir-être puis de savoir-faire qu'on fait. Mais tout le monde a au moins un 150 heures, si vous voulez, de formation initiale à ce niveau-là. Toutes nos bâtisses ont des infirmières auxiliaires 24/7, des infirmières licenciées, une infirmière licenciée par bâtisse le jour seulement, pour répondre directement à ce que...

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

Mme David : Diriez-vous que la formation de votre personnel en ce moment est équivalente à la formation qui est donnée au personnel des EESAD, pour... Évidemment, je reste toujours à la partie de l'aide à la vie quotidienne, là.

Le Président (M. Bergman) : M. Maurice.

M. Maurice (Luc) : Je dirais que plus. J'ai un frère et j'ai une soeur, au Cap-de-la-Madeleine et à Louiseville, qui travaillent dans les EESAD, et la formation de chez nous, elle est plus rigoureuse, aucun doute. Il y a beaucoup, beaucoup de bénévoles, il y a beaucoup de gens de coeur qui font du travail un peu partout au Québec. L'économie sociale est très importante, et on peut la garder, cette économie sociale là, mais ce n'est pas des gens qui ont beaucoup de formation, nécessairement, madame.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Maurice, M. Desjardins, merci d'être ici avec nous et partager votre expertise avec nous.

Collègues, compte tenu de l'heure, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 19 h 30, ce soir, et vous pouvez laisser vos documents ici pendant l'heure du souper. Merci.

(Suspension de la séance à 17 h 55)

(Reprise à 19 h 30)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, collègues, la commission reprend ses travaux, et nous allons poursuivre, sans plus tarder, les consultations particulières et auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*.

Alors, ce soir, on reçoit la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Bienvenue. Pour les fins d'enregistrement, si vous pouvez nous donner vos noms, vos titres, et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation aux députés de la commission. Alors, le micro, c'est à vous.

**Fédération interprofessionnelle
de la santé du Québec (FIQ)**

Mme Laurent (Régine) : Merci. Bonsoir, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les députés. Alors, je suis accompagnée, à ma gauche, de la première vice-présidente de la fédération, Mme Michèle Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Bonjour.

Mme Laurent (Régine) : À sa gauche, conseillère syndicale au secteur sociopolitique, Lucie Mercier; et, à ma droite, conseillère au secteur Tâches et organisation du travail, Julie Martin. M. le Président, on a juste 10 minutes?

Le Président (M. Bergman) : Oui.

Mme Laurent (Régine) : Il me semble, à chaque fois que je viens, vous me coupez des... D'habitude, c'est 15 minutes.

Une voix : Ça a déjà été 20.

Le Président (M. Bergman) : ...envoyé...

Mme Laurent (Régine) : 10 minutes?

Le Président (M. Bergman) : ...l'invitation, c'est 10 minutes.

Mme Laurent (Régine) : O.K.

Le Président (M. Bergman) : C'est un ordre de la Chambre, alors...

Mme Laurent (Régine) : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : C'est un ordre de la Chambre, alors on ne peut pas déroger.

Mme Laurent (Régine) : O.K. Je ne peux même pas vous en vouloir à vous. D'accord.

Merci. Alors, je vais aller à l'essentiel avec 10 minutes. Alors, nous vous remercions de nous permettre de nous exprimer sur ce projet de loi... sur ce livre blanc, pardon. Vous avez dû voir dans notre mémoire qu'on vous a déposé — alors, je vais commencer par ça — que la fédération est en mode proposition et vous allez comprendre pourquoi il y a des choses qui se recoupent avec le livre blanc du ministre Hébert.

Alors, en 2011, lors de notre congrès, on a fait une réflexion, et c'était important qu'on développe des nouvelles avenues et où les professionnels en soins pouvaient employer leur expertise, leur savoir, leur humanité dans la construction de modèles novateurs et porteurs d'espoir pour l'avenir et la pérennité de notre système de santé. Alors, vous avez, dans notre mémoire, les principes centraux qui servent de balises à la création de ces nouveaux modèles. Vous avez dû voir aussi dans notre mémoire qu'on a deux pôles sur lesquels on a réfléchi.

Alors, les personnes âgées, dans un premier temps. On cherche à proposer la mise sur pied de maisons pour aînés, c'est-à-dire des milieux d'hébergement sans but lucratif pour les personnes en perte d'autonomie comme option au modèle des ressources intermédiaires qui, on le sait, à notre avis, n'a d'autre visée que le profit. Et ces lieux doivent incontestablement être à dimension humaine, ancrés dans la communauté et surtout donner du pouvoir aux personnes qui y habitent, aux familles et aux professionnels qui en prennent soin. Et la clientèle, pour nous, ciblée de ces petites maisons pour personnes âgées n'est pas en termes d'heures-soins, mais plutôt axée sur le libre choix de la personne de vivre dans un environnement sécuritaire où elle peut prendre toutes les décisions qui la concernent. L'autre point sur lequel on a réfléchi, c'est la première ligne. C'est clair qu'il y a une façon de mieux faire pour la première ligne et de mieux utiliser les professionnels en soins et leur expertise. En ce sens, vous allez tous comprendre autour de la table, nous proposons et nous travaillons à la mise sur pied de dispensaires, entre guillemets — entre nous, on parle de dispensaires urbains — qui pourraient, comme vous le savez, prendre en charge la clientèle avec des maladies chroniques, qui pourraient... par exemple, les gens qui n'ont pas de médecin de famille. Donc, on pense que les professionnels en soins seraient mieux utilisés.

Alors, vous voyez, j'arrive maintenant à l'assurance autonomie, que nous recevons comme un projet novateur et qui est porteur d'espoir. On est d'avis que l'universalité, la solidarité, l'accessibilité, l'individualisation, l'équité et la gestion publique doivent être les principes sur lesquels reposera l'assurance autonomie. En particulier, la fédération est heureuse qu'un gouvernement ose enfin remettre en question l'hospitalocentrisme, qui caractérise depuis trop longtemps l'organisation des soins et des services. Et d'ailleurs, depuis l'époque du virage ambulatoire, nous étions d'accord avec le virage ambulatoire pour réduire la durée de séjour, humaniser les soins en privilégiant le domicile. Malheureusement, à plusieurs reprises, on a dû dénoncer les effets pervers, puisque les finances n'ont pas suivi et que le virage ambulatoire s'est fait beaucoup sur le dos des aidantes naturelles et — comme, la plupart du temps, le nom le dit, ce sont des femmes — sans pour avoir autant modifié l'approche institutionnelle. Je vais arriver rapidement. Je l'ai dit, c'est un projet qu'on trouve novateur et porteur d'espoir.

Cependant, il y a des incontournables, pour nous, dans ce projet d'assurance autonomie. Le succès de l'assurance autonomie dépendra directement, entre autres, de la capacité de l'instance locale, donc le CSSS, d'assurer la coordination adéquate entre les partenaires, prestataires de services de son territoire et rendre cohérent l'ensemble de leurs actions. Pour nous, c'est un enjeu aussi, la communication et la clarification des rôles des différents intervenants. Tant la population que les intervenants et intervenantes doivent avoir l'information nécessaire pour bien comprendre le fonctionnement et la portée de l'assurance autonomie. Évidemment, sur le plan clinique, on s'attend à ce que le CSSS en ait la responsabilité. On se questionne cependant sur l'ère de rationalisation de ressources et on souhaite que les tâches ne soient pas morcelées et que le travail à la chaîne qui est déshumanisé ne soit pas reproduit dans le projet d'assurance autonomie pour les personnes âgées. Pour ce qui est des professionnels en soins, nous sommes d'accord avec le gouvernement qui place les professionnels en soins, particulièrement les infirmières, au cœur de ça et nous pensons aussi que c'est important que ça ne change pas, parce qu'avec le plan thérapeutique infirmier elles peuvent assurer le suivi clinique. On trouve aussi que le gouvernement devrait... On ne sait pas s'il y a eu une erreur ou pas, mais il y a un endroit où, dans le projet, le gouvernement fait le mélange entre AVD et AVQ. Or, pour nous, c'est important que ça reste vraiment séparé. Quand on parle de soins, ça devrait être fait avec les bonnes personnes. Quand on parle de soins, j'arrive avec la formation des préposés à domicile. Et, comme ça va reposer sur le dos des professionnels en soins, le suivi dans les différents lieux de dispensation des soins soit avec des aidants naturels ou avec des préposés à domicile, nous vous proposons que la formation soit plus adéquate pour les personnes qui vont être à domicile.

L'autre point sur lequel on tient à attirer l'attention du ministre, c'est le financement. Pour nous, c'est important que ce projet de société doit être financé équitablement. Tel que je vous l'ai mentionné tout à l'heure, on a déploré que le virage ambulatoire n'ait pas été financé à la mesure de nos ambitions. On est très sensibles aux finances publiques du Québec. Cependant, on est prudentes face aux scénarios catastrophiques qui prédisent toujours l'apocalypse financière pour mieux justifier des mesures d'austérité. On a pris la liberté de vous mettre en annexe les propositions faites par la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, dont la FIQ est membre. Autre volet dans le financement : pour nous, dans un souci d'équité, on considère que les crédits d'impôt devraient être abolis et que les sommes devraient plutôt être ajoutées au budget dédié à l'assurance autonomie. Quant au financement à l'activité, on se souvient que le précédent gouvernement libéral avait formé un groupe d'experts sur le financement à l'activité à la suite du discours du budget de mars 2012. L'actuel gouvernement a élargi son mandat, de ce comité-là. Comme il n'y a pas rien qui est sorti du comité qui concerne les personnes âgées et le financement des activités liées au soutien à l'autonomie, on demande au ministre d'user de prudence et de ne pas prendre tout de suite des décisions tant qu'on n'a pas le rapport du comité.

Sur le financement, l'autre point que je voudrais attirer à votre attention, c'est la RAMQ. On souhaite que ça demeure un processus transparent. On ne souhaite pas que, parce que ce serait géré par la RAMQ, qu'on ne puisse pas faire d'intervention et qu'il y ait des décisions prises avec une logique uniquement comptable. Alors, en ce sens, on propose que, parmi les conseils d'administration de la RAMQ qui gèreraient ce budget, des personnes qui sont intimement liées à ce projet-là ou qui sont des prestataires qui vont recevoir ces services siègent au conseil d'administration de la RAMQ.

Dernier point, c'est des précisions qu'on demanderait. On comprend qu'avec les 14 profils ISO-SMAF c'est clair que les profils 1, 2 et peut-être le profil 3 pourraient ne pas être financés, et, selon nous, on trouve que ce n'est pas une bonne idée parce qu'à ce moment-là ce serait un recul pour des gens qui sont en perte d'autonomie.

Alors, en résumé, en dépit des réserves que je viens rapidement d'exprimer, on tient à réaffirmer notre intérêt envers la création d'une assurance autonomie au Québec. Cependant, la fédération tient à affirmer de nouveau sa conviction qu'un recours accru au privé à but lucratif ne peut se traduire que par un transfert de ressources publiques vers des comptes personnels d'investisseurs motivés par la seule et unique volonté de faire des profits. C'est pourquoi la FIQ sera toujours opposée à la marchandisation des soins et des services de santé. D'ailleurs, on a une question à cet égard : Quels seront les impacts potentiels de l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne? Est-ce que cet accord sera l'occasion pour des entreprises multinationales de venir accaparer des parts de marché au détriment des acteurs des secteurs publics et privés à but non lucratif au Québec? Dans quelle mesure les ressources financières de l'État nécessaires à la mise en place de l'assurance autonomie seront-elles drainées par un prolongement de la durée des brevets de médicaments?

Avec tout ça, on ne dit pas que le statu quo est acceptable, et c'est d'ailleurs pourquoi je vous ai rapidement brossé les travaux sur lesquels la FIQ travaille depuis trois ans. Alors, dans la mesure où le gouvernement va répondre adéquatement aux questionnements et aux inquiétudes de la fédération, celui-ci pourra compter sur le soutien et la pleine collaboration de la FIQ. Merci.

• (19 h 40) •

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent, merci pour votre présentation.

Mme Laurent (Régine) : ...combien de minutes, là?

Le Président (M. Bergman) : C'était exactement 10 minutes avec les... Alors, pour le premier bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue, mesdames. Merci pour votre mémoire. Vous voyez, Mme Laurent, c'est de l'optimisation, vous êtes passée de 15 à 10 minutes en livrant votre message convenablement, alors c'est intéressant.

Mme Laurent (Régine) : Je n'ai jamais eu aussi chaud de la vie.

M. Hébert : Écoutez, merci de l'appui à ce projet important d'assurance autonomie qui, comme vous le dites, ne fait pas juste augmenter le financement des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais change le mode de financement en redonnant à la personne le pouvoir. Et cette nouvelle formule permettra l'émergence de services nouveaux pour les personnes en perte d'autonomie comme ceux que vous proposez dans votre mémoire. Je suis heureux de voir ça.

Au niveau de la clarification des rôles, le livre blanc donne aux CSSS le rôle d'évaluer les besoins, de superviser, par les gestionnaires de cas, l'élaboration du plan de services individualisé et également un certain rôle de gestion de la qualité par les prestataires autres que les prestataires publics. Est-ce que vous êtes en accord avec ces rôles qui sont confiés aux CSSS?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Par rapport aux CSSS, dans notre mémoire, on a émis un questionnaire concernant la flexibilité qui est donnée pour tenir compte de certains paramètres. Et ce que nous disons dans le mémoire, c'est qu'il ne faudrait pas, sous le couvert de problèmes financiers ou de pénurie de personnel, que les soins et les services ne soient pas dispensés. Mais on est d'accord que le CSSS doit assumer la responsabilité.

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

M. Hébert : Au niveau de la prestation de services, vous n'êtes pas sans savoir qu'actuellement les entreprises d'économie sociale, et on les a reçues tout à l'heure dans cette commission, sont déjà impliquées de façon importante dans la prestation de soins tant pour les tâches domestiques que pour les AVQ. Vous n'êtes pas sans savoir également que les résidences privées offrent également des soins d'aide aux AVQ en plus des tâches domestiques. Nous souhaitons retrouver, dans ce secteur, une gestion publique et un financement public. Mais nous souhaitons permettre à ces prestataires de continuer à pouvoir contribuer aux services aux personnes.

Je voudrais que vous clarifiiez votre position là-dessus, sur cette orientation de l'assurance autonomie.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Merci. Le questionnaire qu'on émet sur les AVD et AVQ, c'est qu'on a... Dans le livre blanc, si je me souviens, page 22... on a l'impression que la dispensation de soins... et, nous, ce qu'on voudrait, c'est que vraiment les activités de vie domestique demeurent les activités domestiques et, dès qu'on touche à la personne, que, nous, pour nous, ce sont des soins. Donc, que les deux soient clairement établis, parce qu'on avait l'impression, à la lecture du livre blanc, que quelqu'un qui est là pour des AVD peut aussi faire des AVQ, et ce n'est pas ce qu'on souhaite.

M. Hébert : C'est bien ce que nous, nous souhaitons...

Mme Laurent (Régine) : Oui.

M. Hébert : ...dans le livre blanc. Nous souhaitons que les entreprises d'économie sociale qui donnent déjà des soins à la personne puissent continuer à le faire mais avec un contrôle de qualité, c'est-à-dire des exigences de formation de la part du personnel qui donne ces soins-là. Alors, c'est ce que j'appelle la gestion publique de la qualité, c'est-à-dire par une amélioration de la formation, et ça, ça rejoint votre préoccupation d'améliorer la formation des préposés à domicile.

Mme Laurent (Régine) : ...aussi, on est d'accord sur la formation, ça va.

Le Président (M. Bergman) : O.K. M. le ministre.

Mme Laurent (Régine) : Excusez, est-ce que je peux ajouter ce qu'on n'a pas probablement précisé dans notre mémoire? C'est : Quand on parle de formation, ce n'est pas la formation dans le milieu de travail, mais c'est vraiment un D.E.P., là, que nous souhaitons.

Le Président (M. Bergman) : O.K. M. le ministre.

M. Hébert : Tout à fait. Alors, c'est tout à fait ça. Donc, une grande partie, actuellement, des soins à la personne sont donnés soit chez les gens qui vivent dans des domiciles individuels par les entreprises d'économie sociale ou dans des résidences privées d'hébergement. On avait aussi la fédération des résidences privées de personnes âgées. Ils sont donnés dans ces résidences-là par du personnel. Nous souhaitons qu'ils soient mieux formés ou en tout cas assurer un contrôle de qualité, et là vous me rejoignez là-dessus. O.K. Vous proposez que les crédits d'impôt soient abolis... le crédit d'impôt pour le maintien à domicile. J'aimerais ça que vous justifiiez cette position de votre...

Mme Laurent (Régine) : Mme Boisclair va se faire le plaisir...

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Alors, quand on a regardé le financement, on s'est dit : Comment on serait en mesure de pouvoir réorganiser les services en ayant le meilleur montant pour les gens? Vous savez, pour avoir un crédit d'impôt, ce que les gens font face, c'est qu'ils doivent déboursier au départ, et, à la fin de l'année, ils peuvent réclamer leur crédit d'impôt. Et, dans ce contexte-là, on sait que des gens se privent de certains services parce qu'ils n'ont pas les argents pour être en mesure de recevoir les soins. Nous, on dit : Il n'y aurait plus de crédit d'impôt, ça devrait être, ces argents-là, investi pour que l'enveloppe, si je peux m'exprimer ainsi, soit plus grande pour que les gens puissent recevoir toute la gamme de soins et de services financés publiquement par des impôts progressifs, pas seulement sur les particuliers. Nous croyons que les entreprises doivent faire leur part. Et, si les entreprises ne font pas leur part, c'est un problème majeur de société. C'est une question de justice et de solidarité sociales. Alors, le crédit d'impôt, pour nous, devrait être éliminé.

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

M. Hébert : Notre position dans cet aspect-là, c'est de conserver les crédits d'impôt, sauf de s'assurer qu'ils ne fassent pas double emploi, c'est-à-dire que les gens qui auront l'allocation de soutien à l'autonomie devront renoncer au crédit d'impôt pour qu'on puisse ne pas financer deux fois pour les mêmes services. Alors, c'est la façon dont on va assurer la transition pour être sûr que personne ne perd des crédits d'impôt, mais que les gens qui ont l'allocation de soutien à l'autonomie... que le crédit d'impôt ne fasse pas double emploi. Alors, c'est la façon dont on envisage de...

Mme Laurent (Régine) : ...la même logique.

Mme Boisclair (Michèle) : Si on regarde une question d'équité puis de justice, il y a un problème quand on garde les crédits d'impôt parce que, pour avoir droit au crédit d'impôt, il faut que vous soyez capables de le payer, de le défrayer à l'avance.

Nous, on dit : Si on a une assurance soutien à l'autonomie, on devrait être en mesure de l'avoir sans avoir à débours. Alors, automatiquement, vous récupérez ces argent-là parce que ça fait une iniquité. Parce que les gens qui sont capables de le payer, puis on a vu des différences marquantes entre l'est et l'ouest de l'île de Montréal... bien, on voit que, dans l'ouest, on peut se rendre à 1 500 \$, dans l'est on peut se rendre à 500 \$ parce que les revenus ne sont pas du même niveau. Si on veut vraiment qu'une assurance autonomie soit juste et équitable, on ne devrait plus avoir de crédit d'impôt, et ça devrait être accessible à tout le monde. Et, si les impôts sont prélevés progressivement et qu'on a... puis, vous savez, dans l'annexe qu'on a mise, on dit d'augmenter le nombre de paliers d'imposition... vous allez récupérer des argent qui sont importants pour justement pouvoir les mettre en assurance autonomie.

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

M. Hébert : Mais on va laisser le crédit d'impôt pour les gens qui y seraient intéressés, dépendamment de leurs revenus. Mais les gens les moins fortunés effectivement vont préférer l'allocation de soutien à l'autonomie de façon grandement majoritaire.

Mme Boisclair (Michèle) : Mais ça crée deux classes de gens. Nous, on ne veut pas. On dit : Une assurance autonomie. Et les gens vont se les payer par le niveau de revenus qu'ils vont avoir. Si je gagne plus, même si je suis à la retraite, bien, à ce moment-là, je vais avoir un impôt à payer qui va soutenir le reste de la société. Moi, je pense que l'impôt progressif est toujours le choix le plus juste et le plus équitable dans une société. Et en tout cas on est convaincues que, s'il y avait quelques paliers d'imposition supplémentaires, vous n'auriez plus de problème au niveau financier.

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

• (19 h 50) •

M. Hébert : Vous parlez du financement d'activités. Effectivement, il y a un groupe de travail qui planche là-dessus mais surtout au niveau du financement de l'hôpital.

Alors, on les a rencontrés, et effectivement il n'était pas de leur intention d'examiner les soins de longue durée. Et ils voyaient d'un très bon oeil l'orientation de l'assurance autonomie d'implanter le financement d'activités dans ce secteur-là. Mais leur rapport... ne vous attendez pas à autre chose que le financement des services hospitaliers, notamment chirurgicaux et pour certains actes diagnostiques. C'est là-dessus qu'ils travaillent en priorité. Alors, on n'a pas besoin d'attendre. Je veux juste vous dire : On n'a pas besoin d'attendre le rapport de ce groupe de travail là avant de prendre les décisions sur les soins de longue durée qui ne sont pas dans leur mandat actuellement.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Excusez-moi, M. le ministre. Je veux bien comprendre. C'est que, la logique pour la caisse d'autonomie, ça va être à l'activité qu'elle va être regardée.

M. Hébert : Tout à fait.

Mme Laurent (Régine) : C'est ça. Mais, nous, ce qu'on dit dans notre mémoire, la question qu'on pose, c'est : Comment, puisqu'on n'a pas de donnée pour nous dire ce que ça pourrait ressembler de faire ça de cette façon-là?

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

Mme Laurent (Régine) : C'est ça, la question qu'on pose.

M. Hébert : Mais, au moment du dépôt du projet de loi, vous en aurez.

Mais le livre blanc fait une proposition des grands principes de l'assurance autonomie. C'est ce que nous examinons aujourd'hui. Et c'est clair que l'assurance autonomie, avec la notion d'allocation de soutien à l'autonomie, implique un financement à l'activité pour les établissements qui vont non plus être financés sur une base historique mais bien sur la lourdeur ou le profil d'autonomie des usagers qu'ils desservent, notamment en CHSLD, et pour les services de soutien à domicile. Alors, c'est l'allocation de soutien à l'autonomie qui va servir au financement des établissements publics également. Alors, ça amène un financement à l'activité. Et l'AQESSS voyait de façon très positive cette modification du financement, qui va permettre aux établissements d'être mieux financés par rapport aux clientèles qu'elles desservent.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Oui, je comprends, M. le ministre, et je pense que, sur ça, je ne suis pas sûre qu'on va être en accord, parce qu'on a rencontré effectivement le groupe de travail au printemps dernier et on a émis de sérieuses réserves sur le financement à l'activité. Alors, encore plus... Et, dans ce projet-là, on a vraiment des gros questionnements. Et, le projet de la caisse d'assurance autonomie, on vous l'a dit, on est favorables, mais il y a un noeud important qui est le

financement. Parce qu'on ne veut pas, nous, qu'on retrouve des personnes âgées qui vont être à la maison, à domicile, derrière des portes closes et qui ne pourront pas avoir les services parce que ce sera mal financé, parce qu'il y aura des effets pervers au financement à l'activité.

Alors, on ne les a pas, on va attendre d'avoir plus d'informations, mais, je vous le dis d'emblée, on a de sérieuses réserves sur le financement à l'activité.

M. Hébert : Mais on ne peut pas...

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

M. Hébert : Vous comprenez qu'on ne peut pas implanter une assurance autonomie sans le financement à l'activité. Comment on finance les services publics? Il faut les financer par l'allocation de soutien à l'autonomie, les services publics. Alors, lorsque les gens choisissent d'aller en CHSLD, par exemple, bien c'est leur allocation de soutien à l'autonomie qui sert à financer l'établissement qui les accueille, c'est-à-dire le CHSLD. Alors, c'est implicite. Sinon, on continue le financement tel qu'il est actuellement puis on ne change rien. Il faut être en mesure de changer le mode de financement, même pour les établissements publics.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Boisclair (Michèle) : Bien, je vais y aller, moi.

Mme Laurent (Régine) : Oui, d'accord.

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Dans le financement à l'activité, M. le ministre, quand on avait rencontré Mme Thomson et son équipe, on avait soulevé des grands questionnements par rapport au fait du choix que des centres hospitaliers, des CSSS pourraient prendre pour avoir des activités qui seraient plus payantes au niveau hospitalo. Si vous me dites qu'il n'y a pas les effets pervers que l'Angleterre a pu voir dans le financement à l'activité, et certains pays, dans le soutien à domicile, moi, j'aimerais ça que vous soyez plus convaincant. Parce que ce qu'on en lit, ce n'est pas jojo au niveau de tout ce qui se passe en... de financement à l'activité, en termes de principes, puis tout ça. Puis je comprends ce que vous dites, vous dites : Si je ne sais pas que madame a besoin... qu'on aurait tant de... pas tant d'heures-soins, parce que nous autres, on ne veut pas les heures-soins, on veut les besoins de la personne... que pour faire son lavage, que pour l'aider à prendre ses médicaments, et tout ça, ça vaut 50 \$, pour dire un prix. Mais, aujourd'hui même, on n'est même pas capable d'identifier le coût d'un geste ou de ce qu'on fait présentement parce que ce n'est pas quantifié de cette façon-là.

Nous autres, on dit : On répond aux besoins, on s'organise pour avoir un bon financement et on ne va pas vers un financement à l'activité, il faut être en mesure de répondre aux besoins. Il y a trop d'effets pervers sur le financement à l'activité.

M. Hébert : ...des effets...

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

M. Hébert : Vous parlez des effets pervers, là, dans un mode hospitalier, et je comprends que le mode de budgétisation hospitalier présente un certain nombre de défis, effectivement. Mais, dans le domaine des soins de longue durée, on a déjà les profils ISO-SMAF qui quantifient vraiment le besoin de la personne. Et actuellement le problème qu'il y a, c'est que deux CHSLD qui accueillent des clientèles très différentes peuvent être financés de la même façon. Alors, il faut sortir de ça, là, il faut financer les CHSLD sur la base de la lourdeur de la clientèle qu'ils accueillent et non pas sur la base d'un budget historique. Alors, il faut passer... Lorsqu'on passe à une assurance autonomie, on passe à un financement plus équitable des établissements d'hébergement et des missions CLSC également.

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Ça va être déposé quand?

M. Hébert : Déposé quand? Le projet de loi?

Mme Laurent (Régine) : Parce qu'on on a dit qu'on aura...

M. Hébert : Très bientôt.

Mme Laurent (Régine) : ...plus d'informations.

M. Hébert : On est en consultation sur le livre blanc, alors...

Mme Laurent (Régine) : O.K.

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

Mme Boisclair (Michèle) : On réagira.

M. Hébert : Je voudrais revenir sur les profils 1, 2, 3 que vous souhaitez financer.

Quel est l'ordre de priorité que vous accordez aux profils 1, 2 3? Parce qu'à un moment donné il va falloir avoir des priorités, hein, dans l'admissibilité à l'assurance autonomie. Est-ce qu'on doit financer les profils les moins lourds, où il y a seulement des besoins en tâches domestiques, ou on doit se concentrer et apporter un financement plus important pour les profils 4 à 14, qui ont des besoins plus lourds? Alors, à un moment donné, il faut faire des choix, puis j'aimerais ça que vous me donniez vos indications quant aux choix qu'on sera appelés à faire.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Merci. Nous, on pense qu'il faut répondre à tous les besoins. Alors, je ne vais pas vous répondre, M. le ministre, qu'il faut moins financer tel ou tel profil. Je ne serai pas capable de le faire parce que, nous, il faut répondre à tous les besoins, et c'est pour ça qu'on a fait des propositions en termes financiers pour être capables, on pense, de répondre à tous les besoins.

Mme Boisclair (Michèle) : Si vous me permettez?

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Dans votre philosophie de votre livre blanc, si je l'ai bien compris, c'est qu'on puisse être en mesure d'assurer aux personnes qui le désirent de demeurer le plus longtemps à domicile. C'est votre base. Quand les gens commencent à avoir des difficultés, prenons-les physiques, plus capables d'aller faire leurs commissions parce qu'ils ont des escaliers, l'entretien ou des choses comme ça... Je croyais qu'on voulait atteindre ça aussi avec l'assurance autonomie.

La faiblesse qu'on a présentement, à part du manque de financement pour le soutien à domicile des personnes qui s'y retrouvent puis qu'on est capable de savoir lesquelles en ont vraiment besoin parce que c'est une problématique qu'on rencontre dans différentes régions, c'est qu'ils n'ont pas nécessairement tous ces services-là. Alors, ils se doivent de défrayer, selon leurs capacités, des gens qui puissent le faire, parce qu'on n'est pas capable de soutenir ça. Si, demain matin, mes parents avaient besoin d'avoir quelqu'un, parce que moi, je suis à l'extérieur, mes frères sont à l'extérieur, pour être en mesure de faire leurs commissions, parce qu'on a envie qu'ils demeurent dans leur maison, l'assurance soutien à domicile pour les activités de vie domestique devrait être là.

Et ce n'est pas une question de dire : Je finance un ou l'autre, c'est de favoriser le maintien à domicile à partir du moment où on identifie une certaine incapacité pour ces gens-là d'être complètement autonomes.

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

M. Hébert : Vous mentionnez, dans votre mémoire, votre préoccupation concernant les structures administratives qui pourraient être mises en place.

L'assurance autonomie s'appuie sur les structures déjà en place, les CSSS, et je vous rassure au niveau du rôle de la RAMQ, qui va être un rôle simplement de pouvoir gérer le montant d'allocation en fonction du revenu des personnes, parce que ce qu'on veut, c'est que les personnes avec des plus faibles revenus aient une allocation plus importante de soutien à l'autonomie de façon à pouvoir les aider davantage. Parce qu'actuellement, comme vous le savez, 15 % des services de soutien à l'autonomie sont financés par l'État, peu importe le revenu de la personne, et le reste, le 85 %, bien ça peut être considérable pour les personnes, surtout celles qui sont à faibles revenus. Alors, le rôle de la régie va être le même que ce qu'ils font actuellement pour l'établissement du Programme d'exonération financière pour l'aide domestique, là, le PEFSAD, un rôle de pouvoir moduler l'allocation en fonction du revenu. Alors, c'est simplement un rôle très administratif et non pas un rôle décisionnel qui, lui, va être plutôt entre les mains du CSSS.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Oui. On a bien compris le rôle de la RAMQ, M. le ministre, et justement on se dit qu'on va intervenir comment suite aux décisions de la RAMQ si la RAMQ fait des choix pour rationaliser, des choix budgétaires? On ne peut pas aller intervenir à la RAMQ. Alors, c'est pour ça qu'on propose que des gens... Par exemple, ça peut être le Conseil de la protection des malades qui siège là, le Regroupement pour le mieux-être des personnes en perte d'autonomie. Donc, on voudrait qu'il y ait quelqu'un, citoyen, préoccupé de près et qu'il puisse siéger à la RAMQ parce qu'autrement on va se faire dire à la RAMQ : Bien, nous, on fait juste gérer l'argent, alors allez intervenir... On ne veut pas être obligé de... que tout le monde se renvoie la balle quand on voudra intervenir et on voudrait surtout avoir une personne là de ce type-là, question de transparence dans les décisions de la RAMQ.

• (20 heures) •

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

M. Hébert : Vous êtes préoccupées par l'accord Québec-Canada... excusez, Canada-Europe de libre-échange. Les services de santé sont exclus de cet accord-là. Et l'impact des modifications sur la protection intellectuelle pour les médicaments ne va se faire sentir que pour les nouveaux médicaments, donc dans 10 ans, et cet impact-là devrait être compensé par le fédéral. On a une lettre assez ferme là-dessus. Donc, il y aura peu d'impacts, là, sur le financement du système de santé.

Alors, je voudrais vous rassurer sur les impacts de cet accord-là sur le système de santé. Évidemment, si le fédéral n'avait pas modifié unilatéralement la formule de transfert qui nous prive de 8 milliards sur les 10 prochaines années, on aurait amplement de financement pour l'assurance autonomie. Mais le fédéral a pris des décisions sans même consulter les provinces, et ça nous prive, au Québec, de ces apports financiers supplémentaires.

Je vais laisser mes collègues compléter si vous avez des questions.

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

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Allez-y, Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Excusez-moi, je voulais... j'ai bien compris, M. le ministre, que vous nous dites que la santé est exclue. Nous sommes, Mme Boisclair et moi, des infirmières, donc on a des travers d'infirmières. Nous, là, tant qu'on n'a pas vu puis tant que ce n'est pas écrit là, on a de la misère. C'est comme dans nos dossiers : si ce n'est pas écrit, c'est présumé pas fait. Donc, tant qu'on n'a pas les textes, on ne sera pas vraiment rassurées.

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Rapidement, pour faire du pouce sur ce que Régine vient de dire, vous croyez que dans 10 ans le fédéral va vraiment vouloir combler? Écoutez, on voit les décisions unilatérales qui sont faites, on ne sait pas qui va être là dans 10 ans. Il a beau avoir signé des lettres, moi, je vais vous dire que, tant et aussi longtemps que les textes ne seront pas sortis... Parce que ça a été un exercice totalement antidémocratique, cet accord-là, sans connaître les... puis tout ce qui arrive aussi avec les coupures à l'assurance-emploi, moi, je veux dire, on ne peut pas avoir un grain de confiance envers le gouvernement fédéral actuel puis on ne peut pas prévoir dans l'avenir.

M. Hébert : Il n'y en aura peut-être plus dans l'avenir, de gouvernement fédéral, alors...

Mme Boisclair (Michèle) : On va se garder une petite gêne.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste trois minutes.

Mme Proulx : Oui. En fait, j'aimerais avoir votre point de vue parce que vous avez mentionné dans votre mémoire que vous êtes ouvertes, dans le cas d'un projet d'assurance autonomie, à un partenariat plus élargi avec les entreprises d'économie sociale. En fait, je dirais que ce que vous spécifiez, c'est que vous ne souhaitez pas qu'il y ait un élargissement, là, ou un transfert vers les entreprises qui ont une vision plus marchande, donc l'entreprise privée, mais vous êtes ouvertes aux entreprises d'économie sociale. J'aimerais ça voir votre point de vue parce qu'on a entendu des syndicats qui sont venus et qui nous ont dit, eux : Pas du tout, au contraire, tous les services et les soins devraient être dispensés exclusivement par le public, même qu'on devrait intégrer au réseau public les travailleurs des entreprises d'économie sociale. Et j'aimerais ça que vous nous expliquiez, dans le temps qui reste, votre position.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Rapidement. Merci. Oui, c'est un travail qu'on a fait, c'est une réflexion qu'on a faite et c'est parti de notre dernier congrès, comme je vous disais, rapidement, il y a trois ans, où on s'est mis dans un mode proactif et on s'est dit : Il faut trouver une autre façon d'aider le réseau public quand on veut que ça reste public.

Alors, on est d'accord avec l'économie sociale parce que c'est à but non lucratif. C'est clair que nos désaccords, c'est le privé lucratif, et on ne veut surtout pas que l'argent public aille enrichir les poches du privé. Alors, nous, oui, on est ouvertes. Et, dans les projets sur lesquels nous, on travaille comme organisation syndicale, par exemple les maisons pour personnes âgées, ça va, il va y avoir de l'économie sociale là-dedans, on a... Donc, c'est clair que nous, on est à l'aise avec ce qu'il y a dans le projet.

Le Président (M. Bergman) : Collègues, il y a un vote à l'Assemblée nationale, alors je dois suspendre cette commission pour quelques instants pour permettre aux députés à aller à l'Assemblée nationale pour voter.

Alors, on suspend cette commission pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 20 h 4)

(Reprise à 20 h 41)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, M. le ministre, il vous reste 1 min 30 s. Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste 1 min 30 s.

Une voix : Te souviens-tu?

Mme Proulx : En fait, oui, j'avais noté dans votre mémoire et je voulais simplement vous entendre là-dessus... Vous semblez avoir une grande préoccupation aussi d'augmenter l'autonomie des professionnels en soins, et j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Pourquoi ça vous préoccupe tant?

Mme Laurent (Régine) : Merci. Depuis trop d'années, à notre avis, les professionnels en soins ne sont pas mis à contribution au maximum de leurs compétences. Le meilleur exemple, c'est, par exemple, la loi n° 90, qui a été adoptée depuis plus de 10 ans, 12 ans... 13 ans aujourd'hui et qui pourrait nous donner des ordonnances collectives.

Donc, on pourrait faire une prise en charge plus grande de façon très autonome, et ça répondrait aux besoins de la population. Malheureusement, beaucoup de nos concitoyens, concitoyennes sont atteints de maladies chroniques, des problèmes d'hypertension, de diabète. Donc, on pourrait prendre en charge cette clientèle-là qui est déjà diagnostiquée et qu'on peut faire le suivi clinique. L'autre chose, et sur laquelle on a travaillé quand je vous faisais l'image des dispensaires urbains, on pense qu'avec des ordonnances collectives en ce moment on pourrait faire plus et une meilleure prise en charge. Malheureusement, par exemple, souvent nos enfants, pour en avoir eu, ils commencent à faire de la fièvre le samedi à 7 h 45. On ne pense pas que l'urgence soit le meilleur lieu. Alors, ce serait possible. On peut savoir, on peut regarder puis voir que l'enfant, il débute une otite.

Alors, avec des ordonnances collectives, on pourrait faire la prise en charge et avoir un corridor s'il y a besoin d'un suivi médical par la suite.

Le Président (M. Bergman) : S'il vous plaît. Alors, ceci met fin au bloc du gouvernement. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. D'abord, bienvenue devant notre commission. C'est toujours un plaisir de vous revoir et de pouvoir discuter. Vous avez parlé au début, le virage ambulatoire, et puis je pense que tous au début ont cru que c'était une bonne idée. Comme de fait, je pense que c'était un virage qui était essentiel. Par contre, à ma connaissance, vous avez beaucoup critiqué le virage ambulatoire. En tout cas, moi, dans nos hôpitaux, là, ça ne s'est pas fait dans la dentelle, ça a été très difficile.

C'est quoi, votre perception du virage ambulatoire lorsqu'il s'est fait?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Merci. Comme organisation syndicale professionnelle en soins, on était d'accord avec le virage ambulatoire, nous l'avons exprimé, parce qu'on croyait effectivement que, quand les gens peuvent être à la maison et avoir les soins requis, que c'était la meilleure chose. Personne ne veut rester plus longtemps qu'il faut à l'hôpital. Le problème, c'est que le financement n'a pas suivi dans la communauté. Ensuite, il y a eu beaucoup de travail qui a été déversé au niveau des CLSC pour faire les suivis postops. Donc, ça a aussi fait qu'il y avait moins de temps et moins de finances pour les soins à domicile ou pour le maintien à domicile.

Alors, le problème du virage ambulatoire — vous avez raison, on l'a dénoncé souvent — c'est que le financement n'a pas suivi. Alors, c'est pour ça que, dans ce beau projet prometteur qu'est la caisse d'assurance autonomie, on ne souhaite pas que les problèmes qu'on a eus avec le virage ambulatoire se reproduisent. Et, comme je l'ai dit tout à l'heure, ce sont des personnes en perte d'autonomie qui sont derrière des portes closes. Alors, c'est encore plus de vigilance de notre part.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Seulement qu'un commentaire. Vous savez que, théoriquement, l'assurance autonomie devrait se mettre en place presque à coût nul, c'est-à-dire qu'il y a un coût annualisé qui a été mis actuellement par le ministre, c'est-à-dire 100 millions de dollars... 110 ou 120 millions de dollars, pour faire 500 millions sur cinq ans, mais, théoriquement, ça devrait se faire à coût nul par des économies dans le réseau, dont... entre autres, on veut économiser au niveau des CHSLD. Il y a un montant de 300, 325 millions de dollars qui devrait être économisé au niveau des CHSLD.

Bien, c'est intéressant, parce qu'au niveau financier, à part les trois courbes qui nous disent que ça va coûter plus cher puis qu'on peut récupérer, d'une certaine façon, en faisant l'assurance autonomie, on n'a pas eu de coûts par rapport à la mise en place de ce projet-là, dont, entre autres... Je ne sais pas si vous avez estimé à combien on pouvait justement estimer le coût des profils ISO-SMAF. C'est-à-dire, là, quelqu'un qui est un profil ISO-SMAF 7, ça devrait se traduire par une offre de soins, et cette offre de soins là devrait correspondre à un prix. Parce que, comme vous l'avez si bien mentionné, si on fait du financement à l'activité, c'est important qu'on sache combien ça va coûter pour l'activité, c'est-à-dire le besoin de la personne.

Puis tous se sont entendus que ça irait en fonction du profil ISO-SMAF. Est-ce que vous avez évalué les coûts des profils?

Mme Laurent (Régine) : Merci de votre question.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Le financement, dans ce projet-là, c'est le noeud de nos questions. On souhaite ardemment qu'une fois que le projet de loi va être sorti il y aura des consultations sur le projet de loi.

Quand j'entends «économies au niveau des CHSLD», comme infirmière, j'ai un peu froid dans le dos parce que déjà, maintenant, c'est difficile. C'est parfois honteux, comme société, de voir ce qui se passe dans certains CHSLD. Sur les profils ISO-SMAF, non, on n'a pas estimé de coûts. Donc, raison de plus pour avoir une consultation. Et même, quand on parle des profils ISO-SMAF, c'est un budget global et non pas détailler chacune des activités. Donc, j'imagine qu'effectivement, quand on va voir le projet de loi, on aura plus d'informations... être capable de se faire une tête par rapport au financement.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. On est tous d'accord avec les principes. Puis d'ailleurs les gens, quand ils ont donné leur appui au projet d'assurance autonomie, presque tous les groupes qui sont venus nous ont dit qu'ils étaient d'accord avec les principes qui, en passant, je ne sais pas, vous avez dû le constater, au cours des dernières années... Entre autres, dans la région de Montréal, il y a un virage qui est en train de se faire au niveau des maintiens à domicile. D'ailleurs, vous avez même décrié la fermeture de certains lits de CHSLD dans le cadre de ce transfert vers les activités de maintien à domicile.

Également, il y a eu des ouvertures de ressources intermédiaires qui se sont faites au cours des dernières années, qui... en passant, c'est le principe du virage ambulatoire... du virage de l'assurance autonomie qui est proposé. Ce qui se fait à Montréal depuis cinq à six ans, c'est ce que l'assurance autonomie propose, mais à la grandeur du Québec. Parce que c'est très clair dans le projet. Il n'y aura pas de développement de nouvelles places en CHSLD, et l'argent va être mis dans le maintien à domicile, possiblement aussi en développement de ressources intermédiaires dans certaines régions, Québec et Montréal. Ça, vous avez constaté ça puis vous êtes d'accord avec cette transformation-là.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Quand il y a eu des fermetures de lits en CHSLD, on a vraiment, vraiment décrié ça. On ne comprenait pas qu'on ferme des lits en CHSLD quand il y avait à l'époque, si ma mémoire est bonne, autour de 3 000 personnes âgées sur une liste d'attente, entre autres, pour les CHSLD.

La mise en place des ressources intermédiaires nous pose encore problème parce que, d'une part, sur le territoire d'un CSSS où il y a x nombre de ressources intermédiaires, on a de la difficulté à s'assurer de la qualité des soins et des services qui y sont dispensés. Les ressources intermédiaires aussi, c'est de l'argent public où on remplit les poches du privé. À notre avis, tout ce qui va être public... Et c'est pour ça que, tout à l'heure, on a réitéré encore une fois que l'argent pour financer la caisse de l'assurance autonomie devrait être fait par un impôt progressif, et on a proposé des choses à la Coalition opposée à la tarification. Donc, pour nous, on ne le voit pas comme les ressources intermédiaires, parce qu'au moment où on parle aujourd'hui il y a des soi-disant ressources intermédiaires qui ont plus d'une centaine de lits. Je n'appelle plus ça des ressources intermédiaires. Donc, c'est du privé à but lucratif.

Nous, on a mis des balises et on a appuyé certaines choses dans la caisse de l'assurance autonomie justement parce qu'on ne veut pas qu'il y ait une plus grande ouverture du privé. Et ça, on l'a mentionné à différentes reprises dans notre mémoire.

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

• (20 h 50) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Mais je suis un peu surpris parce que, quand on parle d'hospitalocentrisme, là ça veut dire qu'on veut passer des institutions, soit un hôpital, ça pourrait être, à la limite, les CHSLD également, et on veut ramener les gens dans la communauté. C'était ça, le principe du virage ambulatoire. Et moi, je suis d'accord avec ça. J'ai travaillé fort pour qu'on puisse le faire.

Mais c'est ça, l'assurance autonomie. C'est ça qui est proposé. Ça fait que ce que vous venez... Vous venez de dire que vous étiez opposés. L'assurance autonomie propose d'offrir également le choix aux citoyens, et le ministre nous l'a très bien expliqué tantôt. C'est-à-dire qu'au début on pensait que ça serait juste des services publics, mais ça va être la gestion publique pour la question de l'assurance qualité et de l'allocation des ressources. Mais, si on prend l'exemple, en CHSLD, ça demeure, en majorité, public. Mais, quand on arrive, ressources intermédiaires, comme de fait, ça va être des ressources qui peuvent être opérées par du privé. Mais, quand on arrive dans les résidences privées, à ce moment-là, les trois possibilités vont être disponibles, c'est-à-dire la résidence privée pourrait faire affaire avec le CLSC, la résidence privée pourrait également faire affaire avec des entreprises d'économie sociale, mais tantôt ça a été dit très clair, tout le monde l'a bien entendu, le ministre m'a même dit : Je vais répondre — je lui ai donné un droit de parole sur mon temps pour qu'il puisse répondre — la résidence privée va pouvoir utiliser ses propres ressources privées pour pouvoir donner le même service avec l'allocation qui va être fournie.

Je pense que tout le monde a entendu ça, là. Ça, appelez-vous ça de la privatisation?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Ce bout-là, oui. Ce bout-là, oui, c'est de la privatisation et c'est pour ça que nous, on a fait des débats. Et on est d'accord avec l'économie sociale, mais le privé à but lucratif dont vous parlez, ça, on est en total désaccord.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Sans porter de jugement, c'est ça qu'il y a dans l'assurance autonomie. Ça, c'est pour tout le monde, c'est clair, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : On fait des suggestions. On fait des suggestions et on espère qu'on est entendus en commission parlementaire. Nous, on fait d'autres propositions au ministre, entre autres, pour aller chercher du financement et, entre autres, aussi pour garantir que l'argent public... On ne va pas faire plus d'ouvertures au privé pour aller enrichir le privé parce qu'à notre évaluation il y en a suffisamment, d'argent public qui s'en va au privé.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. L'autre élément, c'est qu'au début, dans l'assurance autonomie, comme ça a été vendu aux gens, ça a été : Vous avez des besoins, on va y répondre. Et là ce qu'on a su pendant cette commission, c'est qu'on passerait d'une réponse de 15 % à une réponse à 30 %. Donc, il y a 70 % des besoins qui ne seront probablement pas remplis, ce qui fait que la personne va devoir piger dans sa poche et payer d'elle-même ces services-là. Parce que, si vous faites le calcul, 500 millions de dollars, vous allez passer de 15 % à 30 %.

Moi, j'avais fait une petite règle de trois rapide, là, mais ça veut dire que mettre en place l'assurance autonomie telle qu'elle nous avait été promise au début, ça voudrait dire que ce sera une facture d'environ 2, 2,5 milliards de dollars. Bien, je comprends que le gouvernement n'a pas cet argent. Et l'élément également, c'est combien les gens vont devoir payer leurs propres services.

Là, l'autre élément qui est bien important, puis c'est là-dessus que je vais vous questionner, c'est que, là, on parle qu'il y aurait un déductible, c'est-à-dire qu'on vous évalue, vous avez droit à tant de montant qui va sous forme d'une allocation, mais, si vous avez des revenus... Puis vous savez qu'au Québec on est considéré riche à 40 000 \$. Ça fait qu'à partir de 40 000 \$, si vous avez des revenus suffisants et puis que vous avez payé toute votre vie des impôts qui ont payé l'assurance autonomie, qu'on estime à peu près à 1 000 \$ par travailleur, selon les estimés qu'on a eus cet après-midi, ça, ce que ça veut dire, c'est que toi... Si vous avez un bon revenu, un petit peu plus tard, comme un revenu de retraite, c'est possible que vous ayez un montant d'allocation qui soit très diminué ou tout simplement pas d'allocation, parce que, sur un principe d'équité, ça serait sur le principe des CHSLD. C'est-à-dire que, si vous avez le moins des revenus puis vous avez un peu d'argent, jusqu'à 3 000 \$ ou 4 000 \$ en banque, vous pouvez être appelés à contribuer à 21 000 \$ dans un CHSLD.

Ça fait que, dans un principe d'équité, parce que c'était ça qui était dans le projet, vous devriez contribuer l'équivalent de ces montants-là, pour que ce soit équitable, soit au maintien à domicile, soit en ressources intermédiaires ou soit en CHSLD. Est-ce que vous avez compris le projet comme ça? Parce que, là, on commence à le comprendre après trois semaines, là.

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Oui. Nous, on pense que, par rapport au financement, on en apprend un petit peu tous les jours.

Donc, je ne suis pas sûre de pouvoir vous répondre là-dessus, mais ce qui est clair, ce qui est clair, pour nous, et c'est pour ça qu'on vous l'a mis en annexe, c'est qu'il y a moyen d'aller chercher de l'argent pour s'assurer que ce soit équitable pour l'ensemble des citoyens et citoyennes. Alors, que ce soit le crédit d'impôt, qu'on dit : Mais mettez-le dans la caisse, il y a des paliers d'imposition qui sont proposés, on pense qu'on peut aller chercher l'argent pour financer ce beau projet là et que ce soit équitable pour tout le monde.

Le Président (M. Bergman) : Mme Boisclair.

Mme Boisclair (Michèle) : Bien, écoutez, on est surprises, mais on est aussi intéressées d'en savoir plus sur les orientations qui se dessinent.

Cependant, tout à l'heure, à la réponse de M. le ministre, on avait déduit entre les lignes que ça pouvait aller vers ça, mais vous l'avez mis de façon plus claire. C'est préoccupant parce que ce qu'on voit comme réclame à la télévision, c'est qu'on va être en mesure de répondre aux besoins de tout le monde pour les garder à domicile. Alors, il faudra, comme on l'avait mentionné dans notre mémoire, avoir un système de communication très claire, très franche, ce vers quoi on va aller avec cette assurance de soutien à domicile. Et, je réitère ce que la présidente a dit tout à l'heure, s'il y a un dépôt de projet de loi qui se fait, ça va prendre des commissions parlementaires parce que, là, on aura vraiment le portrait exact de ce que sera la caisse d'assurance autonomie.

Et je considère que, pour un projet aussi important, les organisations civiles et les organisations syndicales et communautaires, nous nous devons de revenir et de venir faire part de nos préoccupations quand on aura le texte final et des orientations, et ça, c'est majeur.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il vous reste quatre minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Ce que je trouve intéressant, c'est que c'est l'opposition qui explique plus clairement le projet de loi, tel qu'on le comprend actuellement, que le gouvernement.

Puis, entre vous puis moi, quand on propose comme ça puis on va payer 1 million de dollars de publicité à la télévision, il me semble que ça aurait pris un minimum de cadre financier. Juste pour vous dire, ce que je vous dis là, on l'a appris au cours des auditions parce qu'on a posé des questions. Ça fait que moi, je dis aux gens : Tous ceux qui ont dit oui à l'assurance autonomie, là, je pense que vous avez dit oui au maintien à domicile. Ça, c'est unanime, tout le monde veut aller au ciel, mais, tant que vous n'avez pas le cadre financier, puis tant que vous ne savez pas combien vous allez chercher dans votre poche, et tant que vous ne savez pas combien vos impôts vont augmenter, quel que soit votre niveau de salaire, vous ne pouvez pas vous prononcer oui. C'est comme quelqu'un qui va visiter des maisons à 2 millions de dollars, puis il gagne 30 000 \$ par année.

C'est ça, l'assurance autonomie actuellement. Puis ce n'est pas imagé, c'est 4,4 milliards de dollars pour répondre à tous les besoins. Ou vous allez piger dans votre poche ou on va vous augmenter vos impôts. Estimé : chaque travailleur du Québec va payer, à chaque année, 1 000 \$ d'impôt supplémentaires. Puis vous avez beau faire l'équité que vous voulez puis charger nos milliardaires, à la fin c'est 4,4 milliards de dollars pour répondre à tous les besoins. Et si vous ne répondez pas à tous les besoins, la différence va devoir venir de votre poche à vous autres. Puis l'autre élément qui est important, puis ça, je suis d'accord, le ministre, il nous dit que c'est comme ça, on va avoir un choix. Ça peut être un choix d'utiliser les services publics, avec une gestion de la qualité publique, ou possiblement les services privés. Et puis moi, je ne sais pas si le ministre va aller jusqu'à dire que, si vous avez besoin de services CHSLD, pourquoi on ne vous laisserait pas les avoir dans une résidence privée, les services CHSLD, si c'est le même prix que dans le public, avec la qualité publique? Ça, on n'a pas encore la réponse à ça. Mais j'imagine que quelqu'un qui regarde ça, puis on dit : On offre le choix, puis la personne voudrait rester dans une résidence privée mais avec des services d'équivalents CHSLD, plutôt que d'ouvrir des places en CHSLD, bien on pourrait utiliser du privé et là on aurait un système mixte privé-public.

Puis je ne vous dis pas que c'est ça qu'il faut faire, je vous dis juste que c'est ça qu'on voit qui pointe à l'horizon, parce que les gens qui ont des besoins importants de services dans les résidences privées, si on leur donne le montant nécessaire, ils vont être capables de se les procurer dans leur propre résidence privée, sans déménager. Qu'est-ce que vous en pensez, comme scénario?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Oui. On est d'accord avec les orientations de la caisse d'assurance autonomie.

Je l'ai dit, Mme Boisclair aussi, notre noeud, c'est le financement. C'est tellement un noeud pour nous que nous avons, bien humblement, déposé des propositions de mesures fiscales pour aller chercher de l'argent, par exemple des paliers d'imposition supplémentaires. Je comprends que ce n'est pas un geste politique qui rend probablement populaire à la place où sont les politiciens, mais on pense que, pour le bien de la société et pour le bien de la communauté, ça prend un jour quelqu'un qui a le courage de dire : Voici ce qu'on va faire, des paliers d'imposition supplémentaires pour arriver à financer, qu'on va, par exemple, diminuer le plafond des REER pour financer, qu'on va demander une meilleure contribution des entreprises qui font de l'argent au Québec. On pense que ça se fait. Donc, nous, on est là-dedans. Et, je le répète, ce qu'on attend, c'est vraiment d'avoir une consultation quand le projet de loi va sortir et qu'on aura des choses tangibles sur le financement.

Mais vous avez raison de dire que, nous, ça nous inquiète, le financement, mais on va attendre de voir comment ça va se faire. Et ce n'est pas la première fois dont on en fait part. À chaque fois qu'on s'est rencontrées, les organisations syndicales... Et M. le ministre avait fait une rencontre avec l'ensemble des organisations syndicales au printemps dernier, et nous avions déjà dit que notre questionnaire, c'était le financement.

Le Président (M. Bergman) : Ceci met fin au bloc de l'opposition officielle. Maintenant, Mme la députée de Gouin.

Mme David : Pour une période de?

Le Président (M. Bergman) : Pour un bloc de 8 min 40 s.

• (21 heures) •

Mme David : Merci, M. le Président. Mesdames, bonsoir. On est un peu désolés de vous faire veiller si tard, mais ça, c'est les aléas de la vie parlementaire. J'ai quelques questions pour vous.

La première, c'est que, depuis que je siége à la commission, j'ai entendu à quelques reprises le ministre dire : Il y a pas mal de gens — et il semblerait que ça varie selon les régions — qui sont actuellement en CHSLD et qui pourraient très bien et avantageusement être, en ce moment même, chez eux, à domicile, s'ils avaient les services requis. Est-ce que c'est votre opinion?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Je ne penserais pas, moi. Je ne penserais pas, parce qu'en ce moment, en CHSLD, en ce moment, il faut dire que les CHSLD au Québec, c'est les soins critiques pour personnes âgées, pour faire une image.

En CHSLD, en ce moment, il faut au moins qu'on ait été identifié avec un besoin d'au moins trois heures-soins par jour. Trois heures-soins, c'est beaucoup. Donc, je serais assez étonnée qu'il y ait beaucoup de gens en CHSLD admis

aujourd'hui qui puissent retourner à la maison. On est d'accord avec la caisse, mais on sait qu'il y aura toujours des gens qui auront besoin d'un CHSLD pour toutes sortes de raisons. Les gens qui souffrent de problèmes de troubles mentaux, ou qui ont vraiment besoin de plusieurs heures de soins par jour ou de services, ou qui se sentent mieux dans un cadre institutionnel, moi, je pense qu'il faudra respecter ça.

Mais, pour répondre à votre question, je serais étonnée qu'il y ait beaucoup de gens en ce moment qui puissent retourner à la maison et qui sont dans des CHSLD.

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

Mme David : Merci, M. le Président. Dans votre document, dans votre mémoire, vous recommandez la mise en place de maisons pour aînés. On comprend très bien qu'il s'agit d'organismes sans but lucratif. D'autres que vous en ont parlé aussi, je pense, entre autres, au Chantier sur l'économie sociale. Et on comprend que ça se veut convivial, plus petit que beaucoup d'organismes et certaines ressources intermédiaires effectivement qui sont des immenses bâtiments avec des chambres anonymes, mais est-ce que vous voyez ces maisons pour aînés comme pouvant accueillir des aînés en perte d'autonomie, vraiment?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Réine) : Oui, effectivement. Parce qu'en ce moment ceux qui ont trois heures-soins, on vient d'en parler, ils sont en CHSLD, mais il y a ceux qui sont en perte d'autonomie, qui commencent et qui... Donc, on se dit : Ceux-là, au lieu d'aller vers des ressources intermédiaires privées... mettons, dans nos communautés, des petites maisons, puis je dis un chiffre : 10, 12, 13 personnes... la nuance que nous faisons et ce qu'on souhaite mettre sur pied, c'est que ce ne soit pas avec des heures-soins et qu'ils soient obligés d'être déplacés. Alors, les personnes âgées qui seraient dans ces petites maisons vont y rester tant qu'elles le souhaitent et peu importent leurs conditions. Alors, ça veut... Et ça va très loin. On est venus ici il n'y a pas longtemps parler de mourir dans la dignité. Ça peut être quelqu'un qui est rentré là et qui, 15 ans après, est vers la fin de sa vie et peut décider de rester et de mourir dans cette petite maison, et on doit être capable de lui dispenser les soins.

Nous, on ne veut plus que nos personnes âgées soient virailées d'une fois à l'autre parce qu'elles ne répondent plus dans la petite case. C'est-à-dire, les codes-barres à tout le monde, là, on n'en veut plus.

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

Mme David : Oui, je pense que là-dessus on va être pas mal d'accord.

J'aimerais que vous clarifiiez aussi un petit peu toute cette notion de clinique pluridisciplinaire, là. Vous appelez ça des dispensaires, mais, au fond, est-ce que ça ne devrait pas être le rôle d'un CLSC ou, à la limite, d'un GMF, puisque les CLSC sont moins à la mode qu'ils l'ont déjà été, malheureusement, à mon avis? Mais ne trouvez-vous pas qu'il existe déjà des structures qui, si elles étaient ouvertes le jour, le soir, la fin de semaine, répondraient très bien aux objectifs que vous fixez à ces nouvelles cliniques là ou nouveaux dispensaires?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Réine) : Merci. On a eu la même réflexion que vous. Effectivement, si les CLSC s'étaient développés selon leur mission première... donc ils devaient être la porte d'entrée du réseau de la santé — souvenons-nous, c'était ça, le slogan, l'époque, *Les CLSC, la porte d'entrée* — on se rend bien compte qu'ils sont loin d'être la porte d'entrée.

La porte d'entrée est plus maintenant les GMF. Et ce que nous... Et, même à ça, les GMF ne sont pas capables de répondre, en termes d'accessibilité, aux besoins de la population. Dites-vous que, si aujourd'hui des infirmières sont capables de faire un Info-Santé par téléphone, elles vont faire plus si on fait l'Info-Santé visuel. Alors, ce qu'on dit, c'est que... Et sortons du fait que la porte d'entrée du réseau doit forcément être une porte d'entrée médicale. Par exemple, quelqu'un qui n'a pas de médecin de famille et qui doit, une fois par année, faire un bilan de santé... je peux le faire, le bilan de santé. Vous revenez, je fais un questionnaire, et, si c'est anormal, que vous avez besoin d'un suivi médical, bien, au moment où vous arrivez dans le bureau du médecin, vous avez déjà... tout est fait. Vous n'allez pas, une première fois, vous faire prescrire vos analyses, vous allez les faire, puis vous revenez. Ça, on trouve que c'est du temps mal utilisé et mal utiliser l'ensemble des professionnels du réseau.

Par exemple, on l'a regardé aussi avec les maisons pour personnes âgées, pour nos aînés. Cette équipe pluridisciplinaire peut aussi être en lien et répondre à des besoins de ces petites maisons là. Ce n'est pas quelque chose de complètement statique, c'est une équipe aussi qui peut se déployer dans la communauté.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gouin, il vous reste 2 min 30 s.

Mme David : O.K. Mais je vous repose la question : Pourquoi pas en CLSC? Tout ce que vous m'expliquez là, il y a un certain nombre de choses d'ailleurs qui se font dans le CLSC de mon quartier, entre autres, où c'est quand même ouvert la fin de semaine, il y a des infirmières, il y a certains actes que les infirmières font.

Donc, pourquoi ne pas aller plus loin dans une structure qui existe déjà?

Mme Laurent (Régine) : Parce que probablement qu'on est trop réalistes et qu'on voit très bien... les orientations qui ont été prises durant les 10 dernières années ne vont pas dans le sens de donner plus aux CLSC dans la communauté. Au contraire, ça va plus vers le médical, alors on s'est dit...

Une voix : ...

Mme Laurent (Régine) : Vers les GMF. Donc, on est peut-être un peu trop réalistes, mais on s'est dit : On va arrêter, là, de rêver que les CSLC, partout sur le territoire du Québec, vont vraiment remplir leur mission. On va proposer autre chose où on va mettre de l'avant les infirmières, par exemple les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, qui devraient être dans la communauté, avec le nombre de maladies respiratoires chroniques. Donc, on s'est dit : Il faut proposer autre chose, parce qu'on va arrêter de vouloir rêver que les CSLC vont remplir leur mission.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gouin, il vous reste une minute.

Mme David : D'accord. Dernière question, donc. Je me permets de dire que je ne trouve pas ça tout à fait clair, votre position sur la question des AVQ, parce que, dans votre mémoire, vous dites : Surtout pas la dispensation... je ne sais pas comment appeler ça, là, en tout cas, quand on donne les médicaments, là, ça, il faut que ça reste entre les mains des infirmières, si j'ai bien compris, ou en tout cas de personnel qualifié pour ce faire. Donc, ça ne peut pas être mis sur le même pied que, mettons, aider une personne à s'habiller.

Autrement dit, tout à l'heure, le ministre vous a fait dire : Oui, les AVQ, dans l'économie sociale, il n'y a pas de problème. Mais, si je comprends bien, c'est un petit peu plus nuancé que ça, c'est oui pour certains actes et non pour d'autres?

Le Président (M. Bergman) : Mme Laurent.

Mme Laurent (Régine) : Merci. C'est-à-dire que, pour nous, on souhaite qu'il y ait vraiment une séparation entre les activités de vie quotidienne et les activités de vie domestique. Pour nous, quelqu'un qui vient aider au niveau domestique, on a un peu plus de difficultés, puis on le regarde maintenant, un peu plus de difficultés que cette personne-là aille plus vers la dispensation, ce qui, pour nous, sont des soins. On comprend que le Code des professions a déréglementé beaucoup il y a quelques années, mais on est préoccupés. Et c'est pour ça qu'on se permet de dire que la formation de toutes personnes, peu important les noms parce que ça change régulièrement, qui vont à domicile et qui approchent la personne doivent... ces gens-là doivent être beaucoup mieux formés, et on a demandé un D.E.P.

Parce que la crainte qu'on a, c'est que, si ce n'est pas clairement fait, la distinction entre les deux, et que les gens ne sont pas bien formés, on risque de se ramasser avec des professionnels en soins et des infirmières gestionnaires de cas qui ne seront pas sûrs de la capacité de la personne, même si on lui a expliqué : Bon, voici ce qui répond aux besoins, avec le plan thérapeutique infirmier. Mais, si on ne peut pas compter sur quelqu'un qui est bien formé pour faire ça... Parce que, quand on parle de...

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

Mme Laurent (Régine) : Je disais seulement en conclusion qu'il y a beaucoup d'activités invasives sur la personne qu'on ne faisait pas, que ces personnes-là n'avaient pas le droit de faire avant les non-professionnels et qu'avec la déréglementation ils ont le droit de le faire. Donc, on a des craintes de ces lieux qui vont se multiplier et on souhaite que ce soient des gens formés pour ça.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. Mme Laurent, Mme Boisclair, Mme Mercier, Mme Doyon, merci d'être ici avec nous ce soir et de partager vos expertises avec nous.

Je demande à la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de prendre leur place à la table.

Je suspends pour quelques instants seulement.

(Suspension de la séance à 21 h 10)

(Reprise à 21 h 11)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! On vous souhaite la bienvenue. Alors, pour les fins d'enregistrement, vous nous donnez vos noms, vos titres et vous avez 10 minutes pour faire votre présentation.

**Fédération québécoise des centres
de réadaptation en déficience
intellectuelle et en troubles envahissants
du développement (FQCRDITED)**

M. Bouchard (Jean-Marie) : M. le ministre, mesdames messieurs de la commission, je suis Jean-Marie Bouchard, président du conseil d'administration de la fédération en déficience intellectuelle de la province de Québec. Je suis

accompagné de M. Claude Belley, qui est le directeur général, et de Mme Claudine Thivierge, qui est responsable des finances.

Ça nous fait plaisir de vous présenter, ce soir, notre mémoire. J'espère qu'il vous reste encore un peu de force, avec tout ce que vous avez... pour entendre parler de déficience intellectuelle. Ce n'est pas un sujet qui court les rues, ce n'est pas un sujet qui intéresse bien du monde de façon générale, mais nous avons un message à vous livrer. Et vous me permettez de... quelques minutes seulement, puis ensuite je vais donner la parole à M. Belley qui va expliquer notre point de vue sur le mémoire qui est devant vous.

Quelques mots sur ce que nous sommes et ce que nous faisons. La fédération est un établissement coopératif qui regroupe 20 établissements régionaux, qui est un des services d'adaptation, de réadaptation pour la clientèle déficience intellectuelle et troubles graves de comportement. Nous avons 20 000 personnes comme clientèle et nous avons 8 400 personnes qui ont un trouble grave de comportement. Pour dispenser nos services, nous comptons sur 7 000 employés et 3 500 ressources. Nos centres, au nombre de 20, sont présents dans chacune des régions et, je vous le déclare, travaillent sans relâche au développement optimal du potentiel des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un TED. Les CRDI, qui sont chargés d'offrir des services spécialisés, ont conjugué leurs efforts et leur expertise de manière que, dans toutes les régions du Québec, nous avons une offre de services spécialisés commune pour les personnes que nous servons. Notre intervention se situe au niveau de la deuxième ligne, c'est-à-dire que nous donnons des services qui répondent à des besoins aigus, intenses ou chroniques, dont la nature est complexe ou découle d'une incapacité significative ou persistante. Les services que nous dispensons se divisent en sept grandes catégories que je vous énumère très rapidement : l'accès, l'évaluation, l'orientation; adaptation, réadaptation à la personne; adaptation en contexte d'intégration résidentielle; adaptation en contexte d'intégration au travail; adaptation en contexte d'intégration communautaire; service d'assistance spécialisée aux familles et aux proches; et les services spécialisés pour les partenaires.

Nos services à notre clientèle sont dispensés par différents intervenants et professionnels, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, orthophonistes, ergothérapeutes, sexologues, psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, adaptation physique et qui... toutes ces équipes qui travaillent maintenant en interdisciplinarité.

Voilà, en quelques mots, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle de la province de Québec dispensés dans 20 régions. Je veux demander maintenant à M. Belley de vous exposer en quelques lignes notre point de vue sur le mémoire ce soir.

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Alors, bonsoir, M. le Président, M. le ministre, membres de la commission. D'entrée de jeu, on a positionné... notre mémoire fait écho, là, à ce que la...

La fédération québécoise souscrit à un projet qu'on a défini dans notre mémoire comme étant sociétal, qui a été soumis, là, par le ministre Hébert. Et depuis le début, en tout cas, on signifie au ministre Hébert que nous souhaitons être associés à toute la mise en place de la caisse comme telle. Et, si, au point de départ, le projet de l'assurance autonomie concernait particulièrement les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie, on a trouvé important de faire valoir auprès de notre ministre que les gens qui sont aussi en quête d'autonomie, les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement avaient aussi besoin quelque part de ce soutien-là qui était proposé à travers la caisse d'assurance autonomie. On a, en tout cas... Et, comme on est engagés dans la mise en place et comme on est sollicités actuellement par les orientations ministérielles, où on doit contribuer à la participation et à l'intégration sociale de la personne, que, de plus en plus, ces services-là se donnent dans la communauté, dans des services de proximité, on comprend que c'est un levier important et fondamental, pour nous, dans le soutien qu'on doit apporter aux personnes qui sont dans cette quête d'autonomie là comme telle.

Rapidement, le contexte dans lequel on se retrouve, hein, depuis tout près de 10 ans.

On est engagés, à travers tout le réseau de la santé, dans la mise en place, là, de cette réforme-là, qui fait écho à deux grands principes qui sont l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services. Et toute cette dimension-là de l'approche populationnelle située bien, en tout cas, le rôle des centres de réadaptation maintenant qui doivent travailler en étroite collaboration et collégialité avec les CSSS qui ont cette responsabilité-là d'animer des gens autour d'un réseau local de services et la mise en place de continuums et de couloirs de services qui vont garantir aux personnes qu'elles vont accéder aux services qu'elles nécessitent. Ça fait que nous, on est un acteur à l'intérieur de tout ça et on pense qu'il nous faut vraiment cibler puis travailler à la mise en place de tout ça et être en étroite collaboration. Mais, en tout cas, dans une des propositions et dans la première... une des propositions importantes qui est faite à travers le livre blanc, cette approche progressive, qui est faite, d'implantation et de déploiement de l'assurance autonomie comme telle, on croit qu'il ne faut pas faire ce déploiement-là sur la base, quelque part, des diagnostics, parce que, dans la proposition qui est faite d'entrée de jeu, c'est de dire : On va d'abord déployer l'assurance autonomie pour les personnes âgées, par la suite on s'adressera aux personnes qui ont une déficience physique et, par après, aux personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. On pense que cette approche-là présente des risques importants et porte un jugement, en tout cas, pour nous, quelque part, qui n'a pas sa place actuellement par rapport à cette réflexion-là importante à laquelle on est conviés. On pense que cette façon-là de voir fait en sorte que, bon, cette clientèle-là, qui est souvent marginalisée, qui a souvent peu de voix au chapitre et qui est un tout petit nombre et souvent un nombre restreint par rapport, quelque part, à l'ensemble du nombre que vont représenter tantôt les personnes âgées comme telles, fait en sorte qu'il y a un risque, quelque part, que les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement n'y trouvent pas leur compte, dans ce projet-là.

De toute façon, quand on regarde actuellement comment est organisé le système, les gestionnaires qui gèrent les différents programmes et les programmes tels qu'ils sont bâtis aujourd'hui, si on voulait aller de cette façon-là, ce n'est

pas défini de cette façon-là, là, c'est le... Et le soutien à domicile qui peut être accordé actuellement à une personne qui a une déficience intellectuelle ou une déficience physique n'est pas fait en fonction, quelque part, de son diagnostic, c'est en fonction du soutien qu'il requiert, comme tel. Déjà, le système n'est pas réfléchi de cette façon-là. De plus, en tout cas, on a constaté... Puis on veut être vigilants dans la transformation, parce que, quand on regarde comment on constitue et on bâtit... avec quoi on va travailler au point de départ dans la mise en oeuvre et qu'on dit : On a tant de sous aujourd'hui, il y a tant de sous dans le Programme-services DI-TED, il y a 870 millions qu'on va avoir là-dedans, c'est important pour nous, on pense que c'est important qu'on puisse protéger ce Programme-services-là. Et on a pu constater... Puis on veut vraiment qu'on soit vigilants et de dire qu'il faut vraiment réussir à préserver ces sommes-là pour ces personnes-là, pour ces familles qui s'adressent à nous, comme tel.

Ça fait que, dans ce vaste projet là, on a pu observer que des ressources qui ont été consenties, entre autres, par exemple, aux CSSS, dans la création des CSSS... le mur qui devait être installé pour ne pas qu'il y ait de sous qui passent de la première ligne vers la santé physique n'a pas été si étanche que ça. Et on a pu voir à quelque part que des sommes puis des ressources qui étaient dédiées aux programmes DI-TED à l'intérieur de ce processus-là ont pu disparaître. Et on pense que, dans cette vaste opération là, il va falloir être associés puis faire partie dès le départ, à quelque part, du projet comme tel.

L'autre élément important, en tout cas, l'autre recommandation, c'est toute la question de l'Outil d'évaluation multiclientèle. Oui, monsieur?

• (21 h 20) •

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste une minute.

M. Belley (Claude) : Il me reste deux minutes ou une?

Le Président (M. Bergman) : Une.

M. Belley (Claude) : Oh! Ça va vite. Écoutez, rapidement, l'outil d'évaluation multiclientèle, on reconnaît sa valeur, tu as des mesures ISO-SMAF et tout ça, mais on pense qu'il y a du travail à lui faire pour le bonifier, pour s'assurer particulièrement que les clientèles qui présentent un polyhandicap soient beaucoup mieux évaluées, qu'on va s'assurer, quelque part, qu'on prendra en compte. Et actuellement cet outil-là, on pense, ne fait pas tout le travail. Il y a un travail à y faire pour l'améliorer, pour vraiment s'assurer qu'on va bien prendre en compte ces besoins-là.

On vous fait aussi écho au fait de vouloir maintenir les personnes dans leur milieu naturel puis de pouvoir les maintenir... va faire aussi une pression importante sur les aidants naturels, sur les proches, et il faut nécessairement qu'à l'intérieur, à quelque part, de cette caisse d'assurance autonomie, qu'on puisse prendre soin... puis prendre, en tout cas, bien en compte les besoins des aidants naturels. D'autre part, il y a une logique, et on est dans un système où on dit : Aujourd'hui, il y a une transformation importante qui se passe au niveau de la clientèle. Les personnes qui présentent un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble envahissant de développement, on assiste à une explosion de la prévalence. Ces clientèles-là doublent presque aux cinq ans, et on s'aperçoit que les besoins de ces gens-là vont être bien différents, à quelque part, quand ils arrivent à l'âge adulte. Et l'hébergement est beaucoup moins une réalité, on va devoir travailler beaucoup plus sur le logement. Et, à ce moment-là, l'assurance autonomie devient un outil et un levier importants pour faire face aux besoins des gens.

Pour ce qui est du financement, on dit qu'il va falloir y travailler. À court terme, je pense que les ressources sont là quand on réfléchit, et, le financement à long terme, on a besoin d'y réfléchir, et ce n'est pas nécessairement par l'ajout de taxes ou par des impôts supplémentaires, mais comment on va trouver ces sources de financement à moyen terme et qui va permettre, quelque part, de le traiter d'une façon... en toute équité avec les générations à venir.

Le Président (M. Bergman) : Merci pour votre présentation. Pour le bloc du gouvernement, M. le ministre.

M. Hébert : Merci beaucoup, messieurs, madame, de votre mémoire et surtout de votre ouverture et, je dirais même, enthousiasme par rapport à ce projet-là.

Dès les premières rencontres que nous avons eues ensemble, vous avez tout de suite manifesté un très grand intérêt à intégrer l'assurance autonomie. Et je pense que le mémoire que vous nous présentez aujourd'hui reflète très bien cet enthousiasme-là et même l'urgence que vous voyez, pour les personnes dont vous vous occupez, à être inclus et j'y reviendrai tout à l'heure.

Je voudrais juste, avant d'aborder votre mémoire, revenir sur une affirmation du député de Jean-Talon tout à l'heure, là, qui laissait croire qu'on prendrait 325 millions des sommes d'hébergement puis qu'on transporterait ça dans les soins à domicile. Ce n'est pas du tout ça qu'il y a dans le projet d'assurance autonomie. Il y a un ralentissement des dépenses en CHSLD et, effectivement, de l'ordre de 325 millions. Mais ce n'est pas des économies qu'on prend des CHSLD pour les mettre dans les soins à domicile, c'est une bonification des soins à domicile qui va entraîner une diminution de la pression sur les CHSLD. Et je pense qu'il faut bien comprendre ceci. Mais j'imagine que le député de Jean-Talon va comprendre au fur et à mesure. À un moment donné, il va finir par comprendre, et sans doute que son chef va lui expliquer un certain nombre de choses également, alors, j'espère, lorsqu'il sera ici.

L'orientation que vous avez de plus loger, moins héberger est en plein dans la philosophie de l'assurance autonomie. Alors, ce que je vois, moi, dans votre recommandation, c'est que vous soutenez beaucoup ce choix-là, qu'on peut donner aux gens, de rester dans un logement et de recevoir les services dont ils ont besoin.

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

M. Bouchard (Jean-Marie) : Exactement. Et vous avez compris également, M. le ministre, qu'au fond l'essentiel de notre mémoire, là, c'est de dire, là : Dans le projet qui est le vôtre, à l'heure actuelle, là, faites une part entière à la déficience intellectuelle.

Et allez-y pas par degrés et allez-y pas en ajoutant des clientèles additionnelles de telle sorte que la déficience intellectuelle, comme c'est malheureusement toujours le cas, soit le parent pauvre des régimes. Et on a l'a fait, on a insisté plus particulièrement sur la clientèle TED. C'est un phénomène absolument extraordinaire, ce qu'on assiste, là. Et puis c'est exponentiel, les services qu'on rend maintenant à cette clientèle-là, clientèle de plus en plus lourde, de plus en plus complexe, qui nécessite des soins très spécialisés avec les mêmes ressources qu'on a. Ce qui veut dire que, pour une clientèle très difficile... Comme, par exemple, je peux vous dire que, dans un de mes centres, seulement que pour un client, ça coûte 1 million par année. Imaginez-vous que je prends 1 million sur un budget de l'établissement, là, durant tout ce temps-là, l'argent, je ne le donne pas aux autres, là, avec le même budget.

Donc, ce qu'on dit là-dedans, là : De grâce, ce projet-là, c'est un bon projet, mais faites une part intégrale, entière à la déficience intellectuelle. Ne l'oubliez pas. Que vous ne reteniez que ça de notre mémoire, M. le ministre, on aura obtenu à atteindre notre mission.

M. Hébert : Ce que vous souhaitez notamment, c'est que, dès l'implantation de l'assurance autonomie, les clientèles de déficience intellectuelle soient incluses. Alors, vous nous exhortez à aller plus vite que ce qu'on souhaitait à l'origine, c'est ce que je comprends.

M. Bouchard (Jean-Marie) : Exactement.

Le Président (M. Bergman) : Avant de donner la parole au ministre, collègues, j'ai besoin de votre consentement pour dépasser 21 h 30 ce soir. Consentement? Consentement. M. le ministre.

M. Hébert : Vous nous parlez de bonifier l'outil d'évaluation multiclientèle.

Il y a eu, il y a plusieurs années, je dirais, une dizaine d'années, un comité qui avait cette responsabilité-là, qui était composé d'ailleurs du milieu des déficiences physique, déficiences intellectuelles, milieux de personnes âgées, pour bonifier l'Outil d'évaluation multiclientèle. Malheureusement, les recommandations de ce comité sont restées lettre morte. Je souscris à votre demande et je vous annonce tout de suite que l'outil multiclientèle va intégrer des recommandations du comité d'il y a 10 ans en intégrant la participation sociale et l'évaluation des proches aidants. Alors, déjà, on fera ce pas-là.

Mais effectivement, votre suggestion de remettre en force un comité vivant pour faire évoluer l'Outil d'évaluation multiclientèle, je la retiens.

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

M. Bouchard (Jean-Marie) : Ça va. Très heureux, M. le ministre, d'entendre...

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

M. Hébert : Les proches aidants. J'aimerais ça vous entendre sur les services que vous voudriez qu'ils soient couverts par l'assurance autonomie pour les proches aidants.

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Oui. Je pense qu'il y a un enjeu important, là, concernant les... pour les familles et les proches, hein, particulièrement pour les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, parce que, contrairement à bien des gens, on ne les guérira pas, les personnes, puis elles vont demeurer avec les mêmes incapacités tout au long de leur vie. Et, même si aujourd'hui, on a fait des grandes avancées dans la façon de les accompagner, il demeure que les proches demeurent très présents dans la vie des personnes et vont continuer à apporter ce soutien-là.

Si on veut que ce projet-là devienne viable, il va falloir mieux prendre en compte, quelque part, les besoins en termes de soutien, en termes... parce qu'ils vont encore... ils vont vivre de plus en plus... et les personnes vivent de plus en plus longtemps chez leurs propres parents. Les deux parents actuellement vont vraiment... sont sur le marché du travail. Et on ne peut pas compromettre, quelque part, la capacité des parents d'avoir une vie professionnelle, s'ils maintiennent le choix de demeurer engagés auprès de leur fils ou de leur fille, et de leur assurer le maintien dans le milieu familial comme tel. Ça fait qu'il va falloir prévoir des mesures à l'intérieur de ça pour soutenir. Sinon, on va se retrouver avec des familles qui vont nous demander de déplacer, d'héberger, on va avoir des demandes d'hébergement pour leur fils et leur fille. Moi, je pense qu'actuellement ce qu'on entend puis les souhaits qu'on entend des familles, c'est de dire : Tout cet enjeu-là de soutien aux proches, soutien à la famille est un enjeu important. Actuellement, on est en processus de bilan par rapport à la politique sur la déficience intellectuelle, et ce qu'on entend des associations puis des familles, de dire : Si on n'est pas mieux soutenus, ce projet-là qui, pour nous, est important, il va être remis en question...

Ça fait qu'il faut vraiment prévoir des ressources importantes pour les soutenir là-dedans, sinon on va se retrouver avec... on va faire l'inverse, que, plutôt que de loger les personnes, on va les héberger.

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

M. Hébert : Certains groupes en déficience physique ont recommandé même que l'âge de 18 ans puisse être flexible, en d'autres termes, que l'assurance autonomie puisse s'appliquer, dans certains cas, avant l'âge de 18 ans.

Est-ce que vous avez une opinion sur cette proposition-là qui nous est venue du milieu de la déficience physique?

• (21 h 30) •

M. Belley (Claude) : Tout à fait. On souscrit, M. le ministre, quelque part, à cette recommandation-là.

Vous savez, dans notre préparation pour venir vous voir, on a fait aussi des travaux en étroite collaboration avec les gens de l'AQESSS puis l'association en déficience physique aussi, et effectivement, particulièrement, quelque part, pour les personnes polyhandicapées qui nécessitent énormément de soutien, qui demeurent dans leur milieu familial, il faut prévoir, quelque part, et il faut être capable que l'assurance autonomie va prendre en compte ces besoins au niveau de ces personnes-là, de...

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

M. Hébert : Vous soulevez, dans votre mémoire, l'importance de protéger le financement dédié aux soins de longue durée. La proposition du livre blanc, c'est de créer une caisse d'assurance autonomie séparée. Est-ce que ça vous apparaît un bon moyen de pouvoir protéger le financement?

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Oui. En tout cas, dans notre sixième recommandation, c'est ce qu'on fait écho, hein?

On recommande que la gestion du projet d'assurance autonomie soit développée sous forme d'une assurance publique dans un modèle permettant à la population de faire le lien direct entre sa contribution et les services éventuellement, là, reçus. Je pense qu'il faut réussir à protéger, et la proposition qui est là, je pense, va permettre... C'est trop important, parce qu'en même temps, quand on regarde, là, dans la façon, quelque part, comment les choses évoluent et vont vite, si on ne se donne pas ces moyens-là pour garantir puis on ne trouve pas les moyens de bien cerner puis de protéger ces sommes-là, on a des risques de dérives comme on a déjà vu. On y a assisté. Parce que ça fait exactement le contraire que ce qu'on avait souhaité à ce moment-là.

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

M. Hébert : Ma dernière question va porter sur le financement. Vous êtes assez catégoriques, là, sur le fait qu'on ne doit pas augmenter les taxes et impôts pour financer l'assurance autonomie et vous êtes ouverts à l'idée de la contribution de l'usager. J'aimerais ça que vous précisiez votre point sur le financement de l'assurance autonomie, pour bien comprendre ce que vous avez en tête.

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : En tout cas, dans les réflexions qu'on a faites et qu'on a regardées, on pense qu'effectivement il faut... et je pense que ça fait partie aussi d'une réflexion plus large dans laquelle on est. C'est-à-dire, quand on réfléchit et quand on regarde vraiment toute la question des finances de l'État puis notre capacité à faire face aux besoins de la population, il va falloir trouver une façon, trouver une façon juste et équitable qu'il y ait une meilleure contribution puis en fonction des revenus, avoir des gens pour... par rapport à ces services-là, sinon on crée, en tout cas, des iniquités dans ce système-là. Et on pense que ce n'est pas en augmentant nécessairement les impôts ou par une taxe particulière.

Il y a moyen de trouver, puis je pense qu'il va falloir moduler, réussir à moduler cette contribution-là au niveau des gens, là. Cette avenue-là, pour nous, quelque part, était plus... on la trouvait beaucoup plus viable et plus porteuse, en tout cas, en termes de projet.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste quatre minutes.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Bonsoir, messieurs. Simplement quelques petites questions. Dans votre mémoire, vous parlez... entre autres, vous avez mentionné tantôt, là, les services de première ligne, les services de deuxième ligne et vous mentionnez que la fluidité est plutôt fragile et que vous avez constaté certaines ruptures de services. Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu plus? Qu'est-ce que vous voulez dire, au juste?

Le Président (M. Bergman) : M. Bouchard? M. Belley?

M. Belley (Claude) : Oui, je pense que... Bien, vous savez, dans toute la transformation dans laquelle on est engagé actuellement, la capacité d'avoir des services de deuxième ligne forte repose beaucoup sur la mise en place d'une première ligne forte qui va faire en sorte que les familles puis que les personnes vont trouver des réponses, quelque part, en première ligne et qui va permettre, quelque part, de vraiment établir une alliance puis... et une continuité puis une fluidité dans les services.

Dans toute la mise en oeuvre, particulièrement quand on regarde au niveau de la clientèle qui a une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant de développement, il faut regarder notre histoire, hein? On sort d'une histoire où on a eu des personnes qui ont été internées, qu'on a réintégrées physiquement à la communauté et qu'on a mises en place et qui étaient prises en charge par un centre de réadaptation, puis on dit qu'on les prenait au berceau, puis on les amenait

presque au tombeau. Aujourd'hui, on n'est plus dans la même chose. Le CRDI doit se spécialiser dans une offre de services spécialisés de deuxième ligne, et là-dedans il ne faut pas échapper des clientèles quand on est en train de transformer cette offre de services là, et on ne doit pas se retrouver en rupture de services par rapport à certaines personnes qui recevaient des services par rapport à une clientèle plus historique. Et là, ce transfert-là, cette alliance-là et cette continuité-là qu'il doit y avoir entre la première et la deuxième ligne, entre les CSSS, les milieux communautaires, les établissements de deuxième ligne, il y a un enjeu important qu'il faut tenir par rapport à ça.

Et, dans cette dimension-là, on dit : Il faut faire partie de ce processus et être très attachés pour être capables de faire cette transformation-là et éviter ces ruptures de services là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose. Il reste deux minutes.

Mme Proulx : Oui, merci. En fait, en conclusion, je veux simplement vous dire : On a bien entendu votre message, et je pense qu'il est très clair, qu'il est aussi extrêmement important et certainement en lien avec ce que vous mentionnez quand vous dites : Sans privilège, mais sans discrimination. En fait, je pense que c'est ce qui est l'essentiel de votre message. Vous êtes là, vous ne demandez pas de traitement particulier, de faveur, mais vous demandez qu'on respecte la clientèle, les gens que vous représentez. Merci.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Malheureusement, le temps s'est écoulé. Maintenant, pour le bloc de l'opposition officielle, Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Alors, bonsoir. Merci beaucoup d'avoir patienté.

J'aimerais revenir un petit peu sur toute la question des listes d'attente parce que je sens à travers votre mémoire que c'est une question qui vous préoccupe beaucoup, c'est-à-dire la mise en place de l'assurance autonomie en séquences, sans assurer les services pour votre clientèle. Parce que — je vous parle de ça, c'est un peu ironique — on était, il y a de ça deux semaines, en commission parlementaire avec le Vérificateur général justement sur la question de tout ça, de toute cette problématique-là, c'est-à-dire les listes d'attente qui sont toujours... qui sont constantes, finalement, surtout pour les services en deuxième et troisième ligne, sur les sommes, parce qu'on a posé la question au ministère, et, les sommes qui sont rattachées en principe aux déficiences intellectuelles et aux troubles envahissants du développement, bien, on n'arrive pas nécessairement à en faire le suivi au bout du compte. Et je vois que, dans votre mémoire, vous soulevez aussi cette problématique-là, c'est-à-dire vous avez des sommes qui, en principe, devraient se rattacher à la clientèle que vous desservez, et ce n'est pas toujours si facile de s'assurer que ces sommes vont là où elles devraient en principe aller. Parfois, elles sont attribuées, elles sont utilisées à d'autres fins parce qu'elles ne sont pas attachées à un programme bien spécifique. Et je sens que vous le soulevez d'une façon très élégante et très subtile, mais vous soulevez un petit peu aussi... vous levez le drapeau en disant : Bien, nous, on ne voudrait pas dans la mise en place de l'assurance autonomie que les sommes qui devraient en principe être utilisées aux fins de nos clientèles soient utilisées ou soient mises dans le grand pot commun de l'assurance autonomie et soient utilisées par d'autres clientèles et que notre clientèle continue de faire l'objet de listes d'attente pour les soins.

Est-ce qu'on comprend bien le message?

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Je pense que vous comprenez bien le message effectivement, et ce à quoi je faisais écho tout à l'heure, c'est vraiment...

Vous savez, dans tout notre historique puis dans la transformation majeure dans laquelle on est... Puis, je vous dirais, les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement ne peuvent pas rester prisonnières du réseau de la deuxième ligne, il faut qu'elles soient capables de venir en deuxième ligne pour recevoir le service spécialisé, qu'on les aide à trouver des solutions aux problèmes qu'elles rencontrent, et elles doivent demeurer... elles doivent retourner, quelque part, au niveau de la communauté, en première ligne, avec le soutien. Et il faut vraiment travailler, et, à travers l'assurance autonomie, je pense qu'il y a là moyen d'aller instrumenter et de réussir aussi en même temps, et ça, c'est toute la préoccupation qu'on a, à préserver ces sommes-là puis à protéger ces sommes-là pour qu'elles restent au service des personnes et des familles qui ont un fils ou une fille qui a une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Il y a un défi important attaché là-dedans, dans les contours financiers de ces programmes-là, pour les garder au service des gens. Il faut être là. Il l'est aujourd'hui. On ne peut pas dire... Et vous l'avez vu en commission parlementaire, puis ce que le rapport... le Vérificateur général nous dit : Il nous faut s'adresser... il nous faut être capables de s'adresser aux listes d'attente parce que c'est inacceptable qu'un enfant de trois ans attende après un centre de réadaptation, parce que, le temps qu'on perd là, on ne pourra jamais le rattraper si on n'est pas capables de faire le travail là. Il nous faut être capables d'être là avec l'intensité qu'il faut et d'empêcher et d'éviter que ces gens-là attendent. Mais pour ça il va falloir qu'il y ait un mouvement, et qu'il y ait une fluidité qui s'installe entre la première puis la deuxième ligne, et que les gens à qui on a répondu vont pouvoir y retourner et avoir le soutien parce qu'ils demeureront... ils vont demeurer, et surtout à l'âge adulte, des personnes qui demeurent vulnérables, et que tout ce que l'assurance autonomie ou ce qu'on peut mettre autour en termes de maintien et de soutien à domicile est essentiel pour leur permettre...

Mais, si on est capables de mettre ça en place avec tout le système des personnes pivots, et tout ça, on pense qu'on va être capables de se concentrer puis s'attaquer aussi aux listes d'attente, puis faire en sorte qu'il n'y aura plus un enfant de trois ans qui va attendre après un CRDI et qu'on va être là autant et avec l'intensité qu'il va falloir.

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

Mme Vallée : Mais on comprend qu'il n'y a pas que les enfants de trois ans qui étaient en attente, les adultes aussi l'étaient.

• (21 h 40) •

M. Belley (Claude) : Il y a des adultes, il y a des jeunes adultes. Il y a des périodes de transition importantes où il nous faut être là, effectivement.

Mme Vallée : Parce que...

M. Belley (Claude) : Mais je peux... L'exemple des enfants de trois ans était plus parlant, là.

Mme Vallée : Oui, c'est parlant, mais les adultes aussi parce qu'on a... C'est un budget d'environ 838 millions qui est rattaché à la clientèle que vous desservez. Vous espérez que la clientèle va pouvoir toujours bénéficier de ces services-là, qu'ils puissent être bonifiés, parce qu'on a soulevé la problématique aussi du répit, du répit qui était... des sommes versées pour le répit, qui n'ont pas été indexées depuis plus de 20 ans. Vous n'en parlez pas dans votre mémoire, mais, pour le maintien à domicile de cette clientèle-là, le répit... Oui, c'est important de considérer la famille, les aidants, comme étant partie de la solution, mais il faut aussi penser, dans cette solution-là, à accorder du répit à ces familles-là. Ça fait partie de la chaîne de maintien à domicile, et on n'en parle pas non plus dans votre mémoire, mais j'imagine que ça fait partie de vos préoccupations.

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Bouchard (Jean-Marie) : Oui, vous avez tout à fait raison de soulever ce point-là, et peut-être qu'on aurait dû en parler davantage, mais, vous savez, on ne sait pas, on ne sait jamais le degré d'héroïsme des parents qui s'occupent des enfants atteints de déficience intellectuelle ou d'autisme. On a eu des exemples cette semaine dans le journal, et il y a le témoignage d'une mère de famille qui a deux enfants autistes, là, et puis qui fait ce qu'elle peut pour essayer de venir à bout, là, de ça.

C'est incroyable, et vous avez parfaitement raison que le répit pour les familles, c'est fondamental, et les besoins sont criants, sont criants. À un moment donné, là, les parents ne sont plus capables de venir au... de donner les services requis. Ils ne sont plus capables, ils sont épuisés, complètement épuisés. Et c'est une partie. Peut-être que l'on aurait dû le souligner dans le mémoire, mais vous faites bien de le souligner. Dans le projet qui est en cours, là, c'est un élément qui devrait être amélioré.

M. Belley (Claude) : Mais on ne l'a pas abordé de façon... nommément, mais, quand on fait écho aux proches aidants, là je pense qu'on est vraiment à ce niveau-là. Les proches aidants, on parle vraiment des papas puis des mamans qui sont avec leurs fils ou leurs filles et qu'il faut prendre en compte. Il ne faut pas compromettre, quelque part, leur capacité d'avoir une vie professionnelle mais aussi d'avoir une vie de famille, quelque part, de qualité. Et pour ça le soutien à la famille, la capacité, quelque part, aux familles d'aller... Et c'est un enjeu, un débat importants.

Je faisais écho à la révision de la politique en déficience intellectuelle actuellement, qui date de 2001, qu'on est en train de travailler. Et c'est une dimension urgente sur laquelle on dit qu'il faut travailler à court terme.

Mme Vallée : Qu'en est-il, de la participation qui pourrait être demandée, dans le cadre de l'assurance autonomie, pour l'allocation de soutien à l'autonomie? On mentionne dans le livre blanc, à la page 24, qu'il pourrait y avoir une contribution financière qui pourrait tenir compte de la fréquence ou de l'intensité des services fournis, du revenu de la personne et du ménage dans lequel elle vit.

Est-ce que vous avez une opinion quant à cette possibilité de demander une participation pour la prestation de services?

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Écoutez, on n'a pas été très, très loin par rapport à cette dimension-là.

On a l'expérience et ce qu'on connaît, nous, de... c'est la contribution de l'adulte hébergé où on a une bonne expertise, en termes de gestion, de cette façon de faire là. Si on réplique un peu, quelque part, cette dimension des... et si on héberge moins puis on loge plus, dans ce qu'il y a là, on pourrait penser, quelque part, que la personne va pouvoir contribuer pour un bout, quelque part, à ses services parce que c'est déjà présent, quelque part, actuellement. Ça fait qu'on peut penser que, quand on veut organiser et qu'on réfléchit à cette offre de services là, qu'elle pourrait être... Mais je vous mentirais si je vous disais qu'on a poussé très loin par rapport à ça.

Et c'est pour ça qu'on faisait la recommandation aussi, par rapport à ce financement-là, de dire : Bien, il nous faut travailler dans une vision plus multi... en tout cas, sectorielle pour réfléchir à ce financement-là.

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

Mme Vallée : Je pense que mon collègue avait quelques questions.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, merci, M. le Président. Moi, c'est du côté financier. Avez-vous évalué un cadre financier pour la mise en place de l'assurance autonomie, pour les gens au niveau des TED et de la déficience intellectuelle?

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Non. Écoutez, on a actuellement... Ce qu'on peut vous dire puis ce dans quoi, quelque part, on est... ce sur quoi on planche... C'est-à-dire, quand on fait écho... puis je vais revenir avec l'image qu'on utilise, pour qu'il y ait une offre de services solide en deuxième ligne, il va falloir qu'il y ait une première ligne forte, une première ligne qui a les moyens d'agir pour être capables de soutenir. Et on pense qu'il va falloir... que les CRDI vont devoir y apporter leur soutien à travers cette dimension-là puis qu'il va falloir qu'il y ait des sommes qui suivent pour soutenir cet élément-là.

Mais, ce cadre financier là, je ne peux pas pousser très, très loin cette discussion-là avec vous ce soir.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Puis naturellement vous devez vous attendre à ce qu'il y ait une grosse augmentation au niveau des services. Donc, il va certainement y avoir un plus gros financement pour tous les services qu'on va évaluer.

M. Belley (Claude) : On ne s'attend pas à un plus gros financement dans les CRDI en deuxième ligne.

Le financement, il faut qu'il aille en première ligne et il faut trouver une façon, quelque part, d'aller le soutenir. Il faut même penser, quelque part, qu'il pourrait y avoir des ressources de la deuxième ligne qui pourraient aller vers la première ligne, quelque part, pour soutenir ce projet-là si on veut qu'il soit viable puis que la première ligne ait les moyens d'agir là-dedans. Sinon, on peut continuer à faire toujours un peu plus la même chose puis on pense que la solution n'est pas là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Oui, mais, ce que je comprends, les gens, ils viennent ici puis là ils disent : On a tant de besoins, on a un financement qui n'est pas ajusté. Là, l'assurance autonomie devient quand même une opportunité pour justifier le besoin dans l'idée qu'il va y avoir un financement qui va venir avec.

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : Oui, parce que ce qu'il faut comprendre... Puis je pense que la logique dans laquelle... Puis je pense que, dans un bon projet «lean», on devrait avoir le bon usager dans le bon milieu, dans le bon établissement, avec les bons intervenants autour de lui, pour s'assurer, quelque part, qu'il a les services. Et là-dedans on pense que, de plus en plus... Et, quand on est dans la logique de plus loger, moins héberger, favoriser les personnes dans leur milieu de vie, on pense qu'il faut que les ressources, elles soient là, puis qu'on concentre ces ressources-là si on veut, quelque part, se concentrer après ça dans un deuxième temps. Mais il nous faut vraiment aller vers cet...

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon. Il vous reste trois minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. La question de la contribution des usagers, ce que j'ai bien compris, c'est que vous êtes en accord avec une contribution des usagers en fonction du revenu de la personne.

M. Belley (Claude) : C'est ce à quoi on fait écho dans notre mémoire.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Là, ce que vous distinguez, c'est le revenu des parents avec le principe. Les enfants ne sont pas touchés par ce projet-là dans un premier temps, mais il pourrait y avoir peut-être les 16-17 ans qui pourraient être touchés.

Est-ce que vous tenez compte des revenus des parents ou vous tenez compte seulement des revenus de la personne?

Le Président (M. Bergman) : M. Belley.

M. Belley (Claude) : C'est sûr que, pour les personnes de 16 à 17 ans, il va falloir regarder les revenus des parents.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Parce que, corrigez-moi, mais la majorité des gens, votre clientèle, les revenus ne doivent pas être très élevés, là, à moins d'avoir eu un héritage ou...

M. Belley (Claude) : La majorité sont prestataires de la sécurité du revenu.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ça fait qu'autrement dit pour eux autres il n'y aura pas d'implication en termes de contribution, pour la majorité de votre clientèle.

M. Belley (Claude) : Pas beaucoup.

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Oui. M. le Président, c'est juste pour dire : Je pense que c'est important de tout savoir sur ces questions-là parce que, les grands principes, on est tous d'accord, on veut donner plus de services.

On nous a beaucoup dit d'abord qu'il manquait beaucoup d'argent, donc il faut rajouter de l'argent. À partir du moment qu'on pense comme ça, il faut aussi avoir un cadre financier. Le risque que nous avons dans ce projet-là, c'est que, si, à un moment donné, il n'y a pas soit du nouvel argent qui arrive — comme vous disiez, là, on peut essayer de le faire à partir de nos ressources — il va falloir savoir où on va aller chercher l'argent. Ça, ça veut dire peut-être aller couper dans d'autres ressources, puis vous savez qu'on est un réseau qui s'en va vers un cadre financier extrêmement difficile au cours des prochaines années. Ça fait que moi, je regarde, en termes de faisabilité, si on ne s'embarque pas dans quelque chose qui va être avec beaucoup d'attentes, peu de réalisations.

Ça, c'est un peu comme ce qu'on parlait avec la FIQ, ça peut vouloir peut-être dire un principe de virage ambulatoire où les gens savent que c'est bon, ce qu'on va faire, mais on n'a pas les moyens de le faire. Avez-vous des craintes par rapport à ça?

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

• (21 h 50) •

M. Bouchard (Jean-Marie) : Écoutez, peut-être, mais, comme on vous a expliqué tout à l'heure, nous, comme on fait une distinction entre la première puis la deuxième ligne, la concentration des activités puis du financement, si elle se fait à la bonne place, notre clientèle, qui est une clientèle pour qui nous donnons les services de deuxième ligne, sera desservie dans un cadre différent, ce qui veut dire que le financement comme tel ne nous affecte pas pour la clientèle des soins spécifiques de deuxième ligne. Mais notre clientèle serait logée différemment dans un cadre nouveau pour lequel il y a un financement qui est prévu. Et nous, on a proposé, comme on l'a dit tout à l'heure, qu'il y ait une contribution des particuliers pour cette caisse-là de retraite.

Maintenant, on est au niveau d'une réflexion préliminaire, on est au niveau d'une discussion de principe sur un projet de loi, sur un projet comme tel de société, alors le temps sera bienvenu pour penser ultérieurement comment, définitivement, on pourra se pencher sur la question du financement. Mais pour le moment nous sommes d'accord sur le principe, nous l'appuyons avec les modifications que nous avons proposées, de faire de la déficience intellectuelle une part entière du projet du ministre.

Le Président (M. Bergman) : Malheureusement, le temps s'est écoulé. M. Bouchard, M. Belley, Mme Thivierge, merci d'être ici avec nous ce soir, quand même, tard et partager vos expériences avec nous.

Collègues, compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux jusqu'au mercredi le 6 novembre 2013, à 15 heures, afin de poursuivre les consultations particulières et les auditions publiques sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie intitulé *L'autonomie pour tous*. Alors, bonne soirée, collègues.

(Fin de la séance à 21 h 51)