



**Confédération
des syndicats nationaux**

Mémoire présenté
par la
Confédération des syndicats nationaux

à la Commission de la santé et des services sociaux

dans le cadre des consultations sur
le Livre blanc *L'autonomie pour tous*

29 octobre 2013

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Téléphone : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Table des matières

Mise en contexte	5
La perte d'autonomie : une réalité en croissance au Québec	7
Le sous-financement des soins et des services à domicile : un problème chronique	9
Une caisse d'assurance pour le soutien à l'autonomie.....	12
Présentation du Livre blanc.....	13
Les préoccupations de la CSN	15
Propositions de la CSN	21
Conclusion	26

Mise en contexte

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale composée de près de 2 000 syndicats qui regroupe plus de 300 000 travailleuses et travailleurs, principalement sur le territoire du Québec, réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations, ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux.

De prime abord, nous tenons à remercier la Commission de la santé et des services sociaux de nous avoir invités à prendre part aux consultations sur le Livre blanc *L'autonomie pour tous*. Pour nous à la CSN, ce débat est d'une importance capitale puisqu'il s'agit non seulement de l'avenir de notre système public de santé et de services sociaux, mais aussi des soins et des services que nous devons, comme société, rendre accessibles à nos aîné-es, ces personnes, s'il faut le rappeler, qui ont grandement contribué et qui continuent de contribuer à notre prospérité. Il convient aussi de mentionner qu'à la CSN, un nombre important de nos membres, issus de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) et de la Fédération des professionnelles (FP), interviennent sur une base régulière auprès des personnes âgées, ce qui nous permet d'avoir une assez bonne compréhension des enjeux reliés à la perte d'autonomie. L'organisation vient d'ailleurs de renouveler, lors de la réunion de son conseil confédéral de juin dernier, à la suite des travaux menés par son groupe de travail santé et services sociaux, sa vision sur ce que devrait être un continuum de services globaux et intégrés pour les aîné-es¹. Pour ainsi dire, la réflexion associée aux soins et aux services à domicile que nous menons actuellement au Québec est loin de constituer une problématique nouvelle à la CSN.

En effet, avec une assiduité remarquable, la confédération n'a cessé de revendiquer depuis plusieurs années l'accès à plus de soins et de services aux aîné-es, ce qui permettra, entre autres, d'associer une meilleure qualité à l'amélioration de leur espérance de vie, tout en permettant à notre système de santé d'être plus efficace. Plusieurs documents, campagnes et interventions politiques² ont été réalisés à cet effet. Néanmoins, le gouvernement précédent n'a pas su saisir la balle au bond et un comportement de laisser-faire dans le secteur des soins et services à domicile s'est développé sous le règne libéral, ce qui a eu pour effet d'accentuer leur privatisation et les inégalités au sein de la population aînée. Puisqu'une réponse adéquate aux besoins des personnes âgées par une offre publique, équitable et suffisante d'hébergement de longue durée, de soins et de services à domicile se fait encore attendre, nous assistons à une récurrence des engorgements dans les hôpitaux : des délais d'attente intenable, un allongement des listes d'attente en hébergement, des disparités régionales importantes et un accroissement des pressions sur les proches aidants. Une situation qui se révèle plus qu'inacceptable.

¹ Confédération des syndicats nationaux. (2013). *Vision CSN d'un continuum de services globaux et intégrés pour les aînés*, CSN, 46 p.

² La CSN a lancé en juin 2009 sa plateforme *Vieillir dans la dignité* ainsi qu'une campagne sur les soins et services aux aîné-es. Plusieurs représentations politiques et participations à des commissions parlementaires ont été faites sur la question.

Aux dernières élections, le parti québécois avait promis une assurance autonomie, laquelle faciliterait le maintien à domicile des aîné-es grâce à une offre complète de soins et de services. Après plus d'un an au pouvoir, on consulte sur le Livre blanc *L'autonomie pour tous* publié en mai dernier. L'idée de l'assurance autonomie véhiculée dans ce document paraît à première vue attrayante, mais apporte-t-elle réellement une réponse satisfaisante au problème du sous-financement chronique des soins et des services à domicile? Le cadre financier soumis est-il suffisant pour assurer l'accès aux soins et aux services compte tenu de l'ampleur et de l'évolution croissante des besoins? La contribution exigée de l'utilisateur, qui s'assimile au principe de l'utilisateur-payeur, ne constitue-t-elle pas une brèche dans l'édifice social construit par la Révolution tranquille? Qu'en est-il du financement à long terme qui renvoie à la viabilité de la caisse proposée? Le mode de prestation prôné dans ce Livre blanc ne vient-il pas officialiser la sous-traitance, sinon la privatisation des soins et des services aux aîné-es, tout en menaçant leur continuité?

Notre démarche dans le cadre de ce mémoire consistera à faire le point sur ces multiples questions soulevées au regard du Livre blanc. Avec une vision beaucoup plus globale et intégrée, la CSN prendra soin également de faire part de ses recommandations, lesquelles visent à garantir l'accès à cette offre publique adéquate et suffisante de soins et de services à domicile, depuis trop longtemps souhaitée pour les personnes âgées.

La perte d'autonomie : une réalité en croissance au Québec

S'il y a un point sur lequel la CSN est en parfait accord avec le Livre blanc, c'est ce diagnostic qu'il établit à propos du vieillissement de la population. Ce n'est pas la première fois que l'on en parle, et ce ne sera probablement pas la dernière, il y a même presque unanimité sur la question : le Québec connaît un vieillissement de sa population. Ceci s'explique par plusieurs facteurs parmi lesquels nous retrouvons une baisse de la natalité³ et une amélioration de l'espérance de vie. Il semble que l'arrivée des baby-boomers à l'âge de la retraite, ces enfants nés de 1946 à 1966, contribue également à la croissance du phénomène.

Cela dit, comme il est mentionné dans le document gouvernemental, cette réalité n'est pas particulière au Québec. Bon nombre de pays membres de l'OCDE se retrouvent déjà dans une situation similaire. Nous pouvons citer notamment les exemples du Japon qui avait en 2009 une population de 65 ans et plus estimée à 22,7 % de sa population totale, l'Allemagne (20,5 %), l'Italie (20,4 %), la Suède (17,9 %) et la France (16,7 %), pour ne citer que ceux-là. Le Danemark fait aussi partie du nombre de ces pays qui connaissent un vieillissement, avec une proportion de personnes âgées évaluée à 16,1 % de l'ensemble de sa population (OCDE, 2011). Dans le cas du Québec, nous parlons cependant d'une accélération rapide du vieillissement. Les informations contenues dans le Livre blanc font état de ce fait; les données du tableau ci-dessous, publiées par l'Institut national de santé publique, le corroborent aussi (INSP, 2010).

En effet, si le pourcentage des personnes âgées de 65 ans et plus au sein de la population totale du Québec était proche de 16 % en 2011, il se situera non loin de 26 % en 2031. La part des 75 ans et plus, de 7 % qu'elle était en 2011, s'établira à près de 13 % en 2031. Nous retrouvons, en outre, des écarts importants d'une région à l'autre⁴.

Tableau 1 : Nombre et importance relative des aîné-es, selon l'âge, Québec, 2011 à 2041

Année	Effectifs					Importance relative (%)		
	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus	Tous âges	65 ans et plus	75 ans et plus	85 ans et plus
2011	691 887	403 368	158 582	1 253 837	7 946 837	15,8	7,1	2,0
2016	851 901	441 567	194 491	1 487 959	8 227 004	18,1	7,7	2,4
2021	980 166	545 548	222 220	1 747 934	8 470 571	20,6	9,1	2,6
2026	1 091 008	682 435	255 551	2 028 994	8 678 345	23,4	10,8	2,9
2031	1 137 338	797 724	327 577	2 262 639	8 838 257	25,6	12,7	3,7
2036	1 041 081	901 788	416 256	2 359 125	8 956 967	26,3	14,7	4,6
2041	954 078	950 034	505 944	2 410 056	9 049 191	26,6	16,1	5,6

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2010

³ Depuis les 25 dernières années, l'indice de fécondité du Québec oscille entre 1,4 et 1,7 enfant par femme (MSSS, 2011).

⁴ La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine compte actuellement la plus forte proportion d'aîné-es (18,9 %), celle de l'Outaouais la plus faible (11,7 %) (Livre blanc, 2013).

Le Québec, dans cette transition démographique, qui est en fait une victoire puisqu'elle est en partie due à l'amélioration de l'état de santé à tous les âges, fait face à de nombreux défis. Car s'il est vrai que nous vivons plus longtemps et en meilleure santé, nous vivons aussi plus longtemps avec des incapacités. Cela ne sous-entend pas que la perte d'autonomie concerne uniquement les personnes âgées, mais il s'avère que les incapacités sont très fortement liées à l'âge, comme en témoignent les statistiques retrouvées dans le Livre blanc qui émanent de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) entre novembre 2010 et décembre 2011. Il est noté que 7,3 % des personnes âgées de 15 à 64 ans ont une incapacité qualifiée de modérée et grave, un taux qui grimpe à 26,1 % chez les 65 ans et plus. Selon la même enquête, ce taux atteint 59,1 % chez les 85 ans et plus (Québec, 2013). Évidemment, rien n'indique que le Québec cessera à l'avenir d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé de sa population âgée, ce que personne ne souhaite d'ailleurs, mais la présence accrue d'aîné-es, rend probable une croissance de la demande de soins et de services liés au soutien à l'autonomie. Et quand nous parlons de soins et services liés au soutien à l'autonomie, sans mettre de côté la prévention ou l'accès en première ligne à un médecin de famille, nous considérons toute une diversité de soins et de services : les soins infirmiers et professionnels qui regroupent les services infirmiers, les services de réadaptation et d'adaptation, les services psychosociaux; les soins d'assistance à la vie quotidienne (AVQ) que constituent l'hygiène corporelle, l'aide à l'alimentation et l'aide aux déplacements; les services à la vie domestique (AVD) qui incluent la préparation des repas, l'entretien ménager et la lessive; et finalement l'hébergement de soins de longue durée.

L'actuel gouvernement semble avoir bien cerné la problématique dans le document qu'il a soumis. Ces nouveaux besoins, puisqu'ils sont réels et bien documentés, nécessitent clairement l'accès à de nouveaux services. Des services publics auxquels nos aîné-es ont droit et auxquels, par souci de solidarité et de justice sociale, nous devons répondre comme société. Le Livre blanc proposé apporte-t-il cette réponse appropriée à l'ampleur et à l'évolution croissante des besoins liés au vieillissement? Avant de répondre, jetons un coup d'œil sur la réalité du financement du soutien à domicile.

Le sous-financement des soins et des services à domicile : un problème chronique

Depuis plus d'une décennie, on parle au Québec du sous-financement chronique du soutien à domicile et de la nécessité d'une meilleure prise en charge de ce secteur par l'État. D'ailleurs la politique *Chez soi, le premier choix* du ministère de la Santé et des Services sociaux date de 2003 (Québec, 2003)⁵. Face à la croissance des besoins des aîné-es, le gouvernement péquiste de l'époque, avant de céder le pouvoir aux libéraux, avait clairement annoncé que le soutien à domicile faisait partie de ses priorités. Un tel objectif n'était pas difficile à justifier, puisque d'une part, comme l'indique le Livre blanc, la majorité des aîné-es vivent déjà à domicile⁶ et veulent y rester, et d'autre part, cette solution présente un meilleur rapport coût-efficacité pour le système de santé et de services sociaux. Ainsi, selon les données du Vérificateur général du Québec publiées en 2012, le coût net annuel d'une place en CHSLD public varie entre 41 571 à 70 840 \$, ce qui est de loin supérieur au coût d'une personne à domicile⁷. La politique soumise visait à apporter des solutions viables à un certain nombre de problèmes identifiés, notamment, que le soutien à domicile se faisait sur la base de l'offre de services plutôt qu'en fonction des besoins des aîné-es. Le soutien à domicile reposait en outre sur les épaules des proches aidants alors que ces derniers devraient être considérés comme des usagers et des partenaires du système. En dernier lieu, l'offre de services était mal définie et inégale d'une région à l'autre. Bref, le soutien à domicile faisait face à des difficultés majeures.

Le parti libéral a pris le pouvoir l'année même du lancement de cette politique. Le nouveau gouvernement a prétendu l'appliquer en favorisant le maintien des aîné-es le plus longtemps possible chez eux par une offre publique de soins et de services appropriés. Il a même publié, en 2004, des « précisions » pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile (Québec, 2004)⁸. Pourtant, au lieu de miser sur le développement d'une offre publique de soins et de services aux aîné-es, il allait plutôt ouvrir grandes les portes à la marchandisation et à la fragmentation de ces services. La dernière politique libérale *Vieillir et vivre ensemble* élaborée au printemps 2012 (Québec, 2012)⁹, tout juste avant les dernières élections provinciales, a aussi manqué d'ambition. Le gouvernement a clairement choisi de ne pas définir l'offre publique de services qu'il entendait proposer aux aîné-es, tout en continuant à soutenir la demande. Il s'est en outre contenté de promettre quelques places en CHSLD, de surestimer ses nouveaux investissements, en réalité dérisoires, étant constitués de dépenses déjà allouées au soutien à domicile, et d'annoncer moult mesures sans grand souci de cohérence.

⁵ Santé et services sociaux. (2003). *Chez soi, le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Québec, 2003.

⁶ Le domicile dit de type traditionnel constitue l'habitat de 87 % des personnes âgées, alors que 9 % vivent en résidence privée avec services, moins de 1 % vivent en ressources intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) et 3 % sont hébergées en CHSLD (Livre blanc, 2013).

⁷ Vérificateur général du Québec. (2012). « *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013 : Vérification de l'optimisation des ressources* ». Québec, 2012.

⁸ Santé et services sociaux. (2004). *Chez-soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec, 2004.

⁹ Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*. (Québec, 2012).

Officiellement, les CSSS ont encore la charge de la planification et de la prestation des soins et services à domicile auprès des aîné-es, mais dans les faits, une foule d'acteurs se retrouvent sur la patinoire, ce qui crée une confusion au niveau des rôles. Cela mine, en outre, la coordination et la livraison équitable des services. Certains CSSS établissent des plafonds d'heures de services à domicile, souvent en deçà des besoins évalués. D'autres, avec une obsession de rationnement, vont jusqu'à sous-traiter des services de soutien à domicile liés aux activités de la vie quotidienne (AVQ) à d'autres organismes du milieu communautaire ou du privé. Cela va non seulement à l'encontre du consensus de 1996¹⁰, mais contribue davantage à la détérioration de la qualité des services offerts aux aîné-es. Par rapport aux services reliés à l'aide à la vie domestique (AVD), l'autre volet du soutien à domicile, le gouvernement libéral a tenté de soutenir la demande en fournissant des allocations directes aux personnes âgées et des crédits d'impôt à ceux qui peuvent en bénéficier, c'est-à-dire les gens de la classe moyenne et les mieux nantis, ces crédits n'étant pas accessibles aux personnes démunies. Mais cette stratégie, qui fait fi de l'organisation de l'offre publique de services, fait surtout l'affaire des administrateurs des résidences privées (RPA) qui ne manquent pas d'imagination par rapport à l'éventail de services qu'ils proposent et facturent aux aîné-es¹¹. Ce mode de financement, tout en étant inéquitable et en ne comblant pas les besoins réels exprimés par les personnes âgées, coûte annuellement à l'État québécois des centaines de millions de dollars.

Résultat : la politique libérale en matière de soutien aux personnes âgées a largement déçu, le soutien à domicile se révèle encore aujourd'hui le parent pauvre du système de santé et de services sociaux, un nombre croissant d'aîné-es se trouvent privés de services à domicile, la santé et la sécurité économique des proches aidants demeurent menacées et les places pour les personnes en lourde perte d'autonomie manquent cruellement. Les dernières estimations faites par l'Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic (AQRP) parlent de 4300 personnes en attente d'une place en hébergement, l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) anticipe pour sa part un déficit de plus de 7000 places en soins de longue durée d'ici 2017. La CSN n'est vraiment pas la seule à décrier cette situation. Le protecteur du citoyen, dans son rapport d'enquête de 2012 intitulé *Chez soi : toujours le premier choix?*, soulignait d'ailleurs ceci :

Le manque de ressources de soutien à domicile fait en sorte que des personnes qui n'ont plus besoin d'hospitalisation continuent d'occuper des lits en centre hospitalier de courte durée ou en centre de réadaptation durant de longues périodes, parfois au-delà d'un an.

Une situation qui est clairement inefficace pour notre système de santé. Après plus d'un an au pouvoir, l'actuel gouvernement a-t-il changé la donne? À en croire la protectrice du citoyen, Mme Raymonde Saint-Germain, lors de la présentation de son 43^e Rapport annuel en septembre dernier, il semble que non. Elle note :

¹⁰ C'est au Sommet sur l'économie et l'emploi de l'automne 1996, avec, comme acteurs présents, des représentants de la société civile, incluant les syndicats, et le gouvernement, qu'il a été clairement stipulé que les EESAD ne doivent pas se substituer aux services et aux emplois du secteur public. Leurs services doivent être complémentaires et non concurrentiels à l'offre publique (CSN, 2009).

¹¹ Ce commentaire s'inspire des propos tenus par Maurice Boucher de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées (AQDR) lors de sa présentation au colloque réalisé par le Conseil central de Québec-Chaudière-Appalaches dans le cadre de la Journée internationale des personnes âgées, 1^{er} octobre 2012.

L'écart entre les services annoncés et ceux réellement accessibles aux citoyens continue de se creuser en raison des pressions budgétaires qui se font sentir de façon intensifiée. Avec chaque annonce de compression revient la formule consacrée que les services publics directs ne sont pas touchés. Ce n'est plus vrai...

Elle relate, en outre, pour illustrer la déresponsabilisation de l'État dans l'octroi de contrats au privé, l'exemple de ces personnes âgées, hébergées au moyen de places achetées par le réseau public auprès de ressources privées, qui se retrouvent dans des contextes d'hébergement n'assurant pas toujours une réponse adéquate à leurs besoins. Sans l'ombre d'un doute, le sous-financement des soins de longue durée aux aîné-es persiste et dure. Le gouvernement du Québec ne doit plus faire l'autruche. Le Livre blanc en fait d'ailleurs état et documente particulièrement le manque d'argent en soutien à domicile. Des 2,9 milliards de dollars qui sont consacrés au programme *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* (SAPA), seulement 17 % sont affectés au soutien à domicile. Cette proportion, qui est à peu près égale à celle du Canada, est de loin inférieure aux dépenses affectées au soutien à domicile aux Pays-Bas (32 %), en Suède (41 %), en France (43 %), au Danemark (73 %) et dans bien d'autres pays. Cette insuffisance dans le financement du soutien à domicile n'est pas seulement néfaste pour les aîné-es et leurs proches, elle nuit aussi à l'efficacité du système de santé et de services sociaux, tout en sapant le moral des travailleuses et des travailleurs qui interviennent dans des conditions très difficiles sur le terrain, faute de moyens.

Parallèlement, il convient de noter que la Loi canadienne sur la santé n'encourage pas les provinces à prendre leurs responsabilités en matière de soins et services à domicile aux aîné-es. Cette loi, dans ses principes directeurs (universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et gestion publique) et dans ses conditions d'application (interdiction de la surfacturation et de frais hospitaliers), ne couvre que les services médicaux et hospitaliers des systèmes d'assurance santé dont sont responsables les provinces. L'accès universel aux services à domicile, à l'hébergement de longue durée ou aux services d'assistance n'est ni garanti, ni normé, ni assuré financièrement. Ces services n'étant pas reconnus comme médicalement nécessaires dans la loi, le gouvernement fédéral ne se reconnaît aucune responsabilité à leur égard. Les provinces, de leur côté, sont libres de décider de la façon de les couvrir ou non, de les organiser et de les financer, ce qui crée d'importantes inégalités d'accès à ces services. Dans un contexte de vieillissement accru de la population, que ce soit au Québec ou dans le reste du Canada, la CSN revendique que cette loi soit actualisée afin de tenir compte de l'ampleur et de l'évolution réelle des besoins de la population. D'ailleurs, il est assez paradoxal de constater que cette carence de la Loi canadienne sur la santé, eu égard à la situation des aîné-es, n'ait même pas été mentionnée dans le Livre blanc. Mais en même temps, cela ne nous étonne pas, car dans ses modalités de financement, le document gouvernemental prévoit une contribution directe de l'utilisateur, laquelle violerait, dans le cas où ces services seraient couverts, l'interdiction de surfacturation inscrite dans ladite loi fédérale.

Une caisse d'assurance pour le soutien à l'autonomie

La question de la perte d'autonomie a été soulevée au sein de bon nombre de pays riches qui font face au vieillissement de leur population. Plusieurs raisons, semblables à celles ayant conduit à la création des systèmes publics de santé, telles la solidarité, la justice sociale, l'ampleur et la hausse des coûts anticipés, l'incertitude reliée à la perte d'autonomie, la mutualisation ou la répartition du risque entre de nombreux individus, ont été énoncées pour justifier la mise en place d'une couverture publique. Le soutien à l'autonomie est financé dans la plupart des pays de l'OCDE par des mécanismes reliés aux fonds publics. Ainsi, retrouvons-nous des modèles reposant principalement sur l'impôt, comme c'est le cas des pays nordiques, qui ont à peu près le même système de santé de type beveridgien que celui du Québec. Pour leur part, des pays tels que l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas ou la France, qui sont déjà habitués à des systèmes de santé financés par des caisses d'assurance, système de type bismarckien, ont instauré des modèles d'assurance publique pour financer la perte d'autonomie. Sachant que notre système de santé est de type beveridgien, nous pouvons ici nous demander pourquoi le Livre blanc soumis par le gouvernement opte-t-il pour une caisse d'assurance autonomie en vue de répondre aux impératifs du vieillissement plutôt que de proposer un modèle de type nordique basé principalement sur l'impôt. Cela laisse-t-il entrevoir un virage pour financer les soins et services de longue durée autrement que par l'impôt?

À ces questions, le docteur Réjean Hébert, avant qu'il ne devienne ministre de la Santé, semble avoir apporté quelques éléments de réponse. Récemment, dans un texte publié dans la revue canadienne du vieillissement, il expliquait les raisons pour lesquelles le Québec devrait opter pour une caisse afin de répondre aux besoins des aîné-es en précisant qu'accorder au soutien à l'autonomie son financement propre était le seul moyen de garantir à ce secteur un financement approprié (Hébert, 2012). Entre autres arguments, il énonçait que la réalité de notre système de santé, trop centré sur l'hôpital, ne facilitait pas le meilleur financement du soutien à domicile. Car lorsque vient le temps pour les CSSS de faire l'arbitrage entre financer le soutien à domicile, qui n'est pas couvert par la loi canadienne, ou les autres missions de la santé qui leur incombent, dans un contexte où les pressions budgétaires sont toujours croissantes, c'est le soutien à domicile qui finit par écoper. Ainsi, par la mise en place d'une caisse, le soutien à domicile n'aura plus à faire face à ce problème. Le Protecteur du citoyen, dans son rapport de 2012, illustre ce dilemme auquel fait face notre système de santé :

En effet, bien que le 3 mars 2011, l'on annonçait un ajout budgétaire de 45 millions de dollars pour le soutien à domicile des personnes âgées, en parallèle, on exigeait du réseau de la santé et des services sociaux des compressions de 300 millions de dollars en plus de l'atteinte de l'équilibre budgétaire. Le Protecteur du citoyen s'interroge sur l'utilisation réelle de ces 45 millions de dollars dans ce contexte.

Mis à part ces éléments, des avantages d'ordre politique, liés au fait que ce type de financement soit plus facile à promouvoir auprès de la population, militent aussi en faveur d'une caisse d'assurance autonomie. Cela dit, s'il est vrai que ce modèle, qui accorde un financement exclusif au soutien à l'autonomie, semble garantir une meilleure réponse aux besoins, il présente pourtant certains défis majeurs liés notamment à une meilleure intégration des soins et des services et aux incitations des

deux systèmes de financement distincts (santé et perte d'autonomie) à se renvoyer la balle dans le but de limiter leurs dépenses. Et, comme il s'agit d'une nouvelle structure de financement, il y a aussi le risque qu'une bonne partie des fonds soit allouée aux infrastructures de gestion plutôt qu'aux services directs à l'utilisateur. La CSN, tout en étant consciente de l'ensemble des risques reliés à cette spécificité du financement, est d'accord avec l'idée d'un financement exclusif au soutien à l'autonomie, pourvu que ce mode de financement ne viole pas les principes fondamentaux qui régissent notre système de santé et services sociaux. Alors, est-ce le cas pour le Livre blanc?

Présentation du Livre blanc

Une meilleure prise en charge des besoins des personnes âgées leur permet non seulement de vivre plus longtemps à domicile, mais aussi en bonne santé, tout en permettant aux proches aidants de reprendre leur souffle. À terme, cela est tout aussi rentable économiquement pour l'ensemble du système de santé et de services sociaux, qui ne se retrouvera plus à gérer une clientèle qui n'est pas toujours à la bonne place. Pourtant, le sous-financement des soins et services de longue durée reste un problème crucial au Québec et ne cesse de faire les manchettes. Face à ce diagnostic de sous-financement, mais aussi face à la croissance des besoins ainsi que des coûts anticipés, l'actuel gouvernement propose dans son Livre blanc la création d'une caisse de soutien à l'autonomie qui sera gérée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'idée n'est pas nouvelle. Elle a été amenée par Clair (Clair, 2000), reprise de manière plus élaborée dans le rapport Ménard (Ménard, 2005), et mise de côté par la commission Castonguay (Castonguay, 2008). Elle fait à nouveau surface dans une forme plus concrète cette fois-ci avec le docteur Hébert comme ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous présentons ci-dessous certains éléments fondamentaux du Livre blanc qui retiennent notre attention.

La caisse d'assurance autonomie entend diminuer les pressions sur le système de santé, par une offre de soins et de services à domicile permettant aux personnes en perte d'autonomie de vivre plus longtemps chez elles comme elles le désirent. Cette assurance ne s'adresse pas uniquement aux aîné-es, mais couvre toutes les personnes âgées de 18 ans et plus dont l'état de santé et les incapacités nécessitent des mesures de soutien à l'autonomie dans une perspective de long terme, c'est-à-dire trois mois et plus. La prise en compte des clientèles admissibles se ferait de façon graduelle : 2014 pour les personnes âgées en perte d'autonomie; 2015 pour les personnes ayant une déficience physique; 2016 pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et celles qui présentent un trouble envahissant du développement. En termes clairs, l'assurance autonomie couvrira :

- Les soins et les services professionnels de base incluant les soins infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et les services psychosociaux;
- L'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ), c'est-à-dire des activités de base (se laver, s'habiller, manger, etc.);
- L'aide aux activités courantes de la vie domestique (AVD), comme faire le ménage, préparer le repas, faire ses courses, prendre ses médicaments, etc.).

Cette gamme de services de longue durée sera complétée par les aides techniques, les aménagements du domicile et les services aux proches aidants, qu'il s'agisse d'activités de présence-surveillance, de répit ou de dépannage (Québec, 2013).

La CSN critique cette façon de faire du gouvernement qui se sert du Livre blanc comme d'un fourre-tout pour offrir de multiples services à divers usagers qui vivent avec des problématiques différentes nécessitant des approches différentes. Avant de traiter de la question des adultes, autres que des aîné-es, ayant une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le gouvernement devait plutôt prendre le temps de documenter la situation de ces différents usagers afin de proposer de réelles solutions à leurs problèmes. Le Livre blanc n'a pas pris soin de faire cela. En ratissant aussi large avec sa caisse d'assurance autonomie, le gouvernement n'est-il pas en train de noyer le poisson?

Fonctionnement de l'assurance autonomie

L'assurance autonomie donne accès à une allocation à l'autonomie (ASA), établie à partir de l'évaluation des besoins de la personne. Cette évaluation est faite par une intervenante du CSSS, à l'aide d'un outil d'évaluation standardisé (SMAF), qui doit tenir compte des incapacités de la personne, mais aussi de son environnement et des ressources dont elle dispose. L'ASA est attribuée sous forme d'heures de service ou d'un équivalent monétaire utilisable pour l'achat de services à des organismes prestataires. C'est la personne qui choisit ses prestataires de services. Cette allocation impose une contribution financière à l'utilisateur en fonction de ses ressources financières. Le modèle se rapproche, comme le disait le ministre Hébert lors du lancement du document, du financement à l'activité que certains groupes aimeraient intégrer dans les hôpitaux du Québec.

Le financement de la caisse

Une partie du financement est déjà là. Il s'agira de faire un transfert des argents consacrés aux soins de longue durée, soit 2,9 milliards, et d'ajouter les quelque 606 millions de dollars consacrés annuellement aux multiples programmes de crédits d'impôt pour maintien à domicile. Ainsi, à court terme, le montant annuel des services de longue durée sera-t-il composé, d'une part, du financement de l'exercice précédent indexé selon les paramètres prévus par le cadre financier du gouvernement et, d'autre part, des engagements du gouvernement en matière de soutien à domicile, soit 500 millions étalés jusqu'en 2017-2018. Ces sommes seront regroupées dans une caisse, appelée caisse d'autonomie. Il faut aussi avoir en tête que l'utilisateur contribuera à la caisse en fonction de son revenu. Le crédit d'impôt pour maintien à domicile applicable actuellement et la contribution de la personne en CHSLD seront aussi considérés. Quant au financement à long terme, le problème demeure entier. On mentionne seulement qu'il faudra, à partir de 2018, trouver les ressources financières pour continuer à financer la caisse. Le ministre semble appuyer l'idée d'une capitalisation immédiate en tenant compte de l'équité intergénérationnelle. Pourtant, il n'est fait mention nulle part dans le document d'une évaluation à cet effet.

Prestation des soins et des services

Si le financement proposé dans le Livre blanc semble incomplet et improvisé, la volonté gouvernementale se précise pourtant sur le plan de la prestation des soins et des services de longue durée, comme en témoigne ce paragraphe tiré des pages 24 et 25 du Livre blanc :

Dans le cadre de l'ASA, le plan de services vient enfin établir qui, parmi les organismes détenant une entente formelle avec un CSSS, peut être concerné relativement à la prestation des services. De façon générale, les soins et services professionnels sont offerts par un CSSS, mais peuvent, en certains cas, faire l'objet d'une entente contractuelle avec une RPA (Résidence privée pour aînés) ou une organisation privée. Les services d'assistance aux AVQ sont offerts principalement par les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) ou par des organismes privés (RPA) et, sur une base d'exception pour des cas particuliers, par les CSSS. Enfin, les services d'aide aux AVD sont offerts par les EÉSAD et les organismes communautaires. L'ASA donne la possibilité du libre choix par l'utilisateur du prestataire de services.

Le gouvernement ne peut être plus clair dans son intention d'accentuer et d'officialiser la privatisation des soins et services de longue durée. Les CSSS continueront à assurer l'évaluation de la personne et l'organisation des soins et des services sur son territoire, mais pourront, et ce, sans aucune limite, sous-traiter ou contractualiser avec des joueurs du privé, de l'économie sociale ou du communautaire la prestation de l'ensemble des soins et services de longue durée. Par ailleurs, les AVQ relèveraient désormais principalement des EÉSAD, ce qui constitue une violation flagrante du consensus de 96. Bref, avec ce Livre blanc, la marchandisation et la privatisation des soins de longue durée vont gagner encore plus de terrain. Nous comprenons dès lors mieux le ministre Hébert quand il déclare que son modèle se rapproche du financement à l'activité, lequel modèle fait l'apologie de la contractualisation et des mécanismes de marché en santé.

Les préoccupations de la CSN

La CSN, comme elle l'avait déjà énoncé en 2006, demeure malgré tout ouverte à l'idée d'un financement protégé ou d'une enveloppe fermée pour le soutien à l'autonomie. Elle partage en effet les arguments en faveur d'un financement exclusif à la perte d'autonomie, avec la promesse que ces fonds ne seront pas utilisés à d'autres fins. Ceci dit, des divergences profondes existent sur un grand nombre de points du Livre blanc qui confirme, à plusieurs égards, nos craintes sur l'absence de volonté du pouvoir en place de jouer entièrement son rôle dans la prise en charge des soins et des services aux personnes âgées.

Par rapport au financement des soins et services de longue durée

Le financement proposé par le Livre blanc est nettement insuffisant, pour résorber les problèmes chroniques que connaissent les soins et services à domicile au Québec. Le gouvernement parle à court terme d'un financement de 500 millions de dollars sur cinq ans. En incluant l'année 2013, ceci représente en moyenne 100 millions de dollars par année. La CSN partage l'idée de revoir

l'ensemble des crédits d'impôt accordés au soutien à domicile. Nous avons toujours favorisé une meilleure organisation de l'offre publique de services plutôt qu'un financement de la demande. Mais comment le gouvernement actuel peut-il prétendre qu'un financement de près de 100 millions de dollars par année en soins et en services de longue durée est adéquat pour répondre aux besoins des aîné-es quand nous considérons le déséquilibre qu'il y a, et ce, sur tous les plans, entre l'offre et la demande de soins et de services ainsi qu'à la croissance de la demande reliée au vieillissement? Qui plus est, le Livre blanc inclut dans l'offre de services une couverture pour les aides techniques, les aménagements du domicile, les services aux proches aidants et l'intégration d'autres usagers tels les personnes ayant une déficience physique, celles avec une déficience intellectuelle ainsi que les personnes présentant un trouble envahissant du développement, et ce, sans vraiment identifier les réels besoins de ces usagers ainsi que le financement qui doit y être associé. Où sont les provisions pour répondre à toute cette gamme de services? Nous ne les trouvons pas dans ledit document. Ce n'est peut-être pas un hasard, car le ministre de la Santé et des Services sociaux a toujours soutenu que son projet se ferait à coût nul¹². Pourtant, , alors qu'il coprésidait la consultation sur les conditions de vie des aîné-es, en 2008, celui-ci dénonçait les libéraux qui proposaient à peu près la même chose. Le docteur Hébert, qui n'était pas encore ministre, déclarait en effet au quotidien sherbrookoise La Tribune¹³ :

Je suis déçu. De mes quatre principales recommandations, aucune n'a été retenue. Le gouvernement consacra 400 millions de dollars sur cinq ans, mais ça ne fait que 80 millions par année. Il faudrait investir 500 millions pour toujours dans le système. Il faut repenser le maintien à domicile. Ce qui est proposé, ce n'est pas assez.

De façon cohérente, en mars 2009, dans un mémoire qu'il présentait à la commission parlementaire sur le projet de loi no 6 instituant le Fonds de soutien aux proches aidants des aîné-es, le docteur Hébert réclamait 500 millions de dollars annuellement pour répondre à seulement 40 % des besoins des aîné-es. Il notait :

À partir des données de 2003 résultant de nos travaux recensant toute la clientèle de soutien à domicile de la Montérégie, nous pouvons estimer l'investissement nécessaire pour doter la population québécoise d'un soutien à domicile équitable et efficace. À cette époque, 8 % des services requis par les aînés en perte d'autonomie étaient fournis par les établissements publics, ce qui représentait en Montérégie 17,5 millions (M\$) des 39 M\$ du budget total de soutien à domicile (45 % était alors consacré aux services à long terme à cette époque). Pour atteindre un taux de réponse d'environ 40 %, la Montérégie devrait donc plutôt consacrer 84 M\$ au soutien à domicile long terme, soit une augmentation de 66,5 M\$. Comme les aînés de la Montérégie représentent 16,4 % de la population québécoise, on peut donc estimer à environ 400 M\$ l'investissement nécessaire pour atteindre ce seuil minimal de 40 % de réponse aux besoins. Ajoutons à cet investissement une mise à niveau des services de réadaptation et de nutrition à domicile qui sont presque inexistantes et nous pouvons estimer l'investissement annuel nécessaire à environ 500 M\$. Considérable, direz-vous? Pas tant que ça quand on considère que la réduction du taux d'hébergement des personnes âgées en centre de soins de longue durée de 3,5 % à 3 % permettrait d'économiser 350 M\$ par an en coût de

¹² Denis Lessard. « Un livre blanc sur l'assurance autonomie » La Presse, 23 avril 2013.

¹³ La Tribune, Plan d'aide aux aînés : Pas assez, dit le Dr Réjean Hébert, 20 mars 2008.

fonctionnement, sans compter les économies de construction et de rénovation des bâtiments... (Hébert, 2009)¹⁴

Il faut se demander ce qui a bien pu changer entre 2009 et 2013 qui ferait en sorte que 100 millions de dollars par année comme argents neufs suffiraient aujourd'hui pour répondre aux multiples besoins des aîné-es, sans oublier les autres usagers visés par le Livre blanc. Pour la CSN, il ne fait aucun doute que le Livre blanc rate sa cible en matière de financement; les montants proposés s'avèrent plus qu'insuffisants. Nous sommes ainsi en présence de la création d'une caisse théorique, pour ne pas dire une caisse avec peu de fonds. La confédération exhorte ce gouvernement à faire preuve d'audace et l'invite à ouvrir le débat sur la nécessité d'aller chercher de nouveaux revenus pour financer ces services socialement indispensables à nos aîné-es. Des services qui finissent de toute manière par nous coûter plus cher, comme société, s'ils ne sont pas pris en charge collectivement.

Par ailleurs, nous désirons signifier notre profond désaccord avec la proposition à l'effet d'exiger une contribution directe de l'utilisateur pour les soins et les services. Inéquitable et inefficace, cette proposition, qui s'assimile à la règle de l'utilisateur-payeur, va à l'encontre des principes de solidarité, d'universalité, d'égalité d'accès et de gratuité qui définissent les principaux fondements de notre système de santé et de services sociaux de type beveridgien, financé par l'impôt. En effet, les aîné-es ne paient pas actuellement pour les soins d'hygiène (AVQ) reçus des mains des 5000 auxiliaires familiales et sociales des CSSS. Le Livre blanc, en transférant ces services aux EÉSAD, imposerait une tarification aux aîné-es. Ce faisant, le gouvernement non seulement privatise la prestation des soins et des services, mais aussi leur financement. C'est inacceptable! La CSN ne cautionnera jamais une telle brèche dans l'édifice social construit par la Révolution tranquille. Nous comprenons bien cette volonté de diversifier les sources de financement de la caisse d'assurance pour le soutien à l'autonomie. Néanmoins, cela ne doit pas se faire sur le dos de nos aîné-es qui connaissent, dans la grande majorité des cas, une précarité financière et qui consacrent déjà une part importante de leurs revenus au logement. Cette réalité est encore plus criante chez les femmes âgées qui vivent non seulement plus longtemps que les hommes, mais avec moins de revenus tout en étant majoritairement locataires. Plutôt que de tarifer les aîné-es pour financer sa caisse ou pour diversifier ses sources de financement, la CSN invite le gouvernement à miser sur l'impôt et à penser à une contribution des employeurs par une taxe sur les bénéfiques.

Par ailleurs, le Livre blanc est quasiment muet sur le financement à long terme. La CSN comprend mal ce silence lorsqu'on sait que l'un des défis majeurs liés à la création d'une caisse réside dans sa viabilité à long terme. Les citoyens, avec une caisse qui devient partie intégrante du système, s'attendent à recevoir des services auxquels ils auront droit, une fois rendus au quatrième âge. Or, mis à part une bonne définition de l'offre de services, cela requiert aussi une bonne prévision des besoins et, implicitement, du financement. Là encore, le Livre blanc a péché. Aucune proposition concrète n'a été mise sur la table. Évidemment, l'idée de capitaliser la caisse, même partiellement, en vue de pourvoir aux besoins futurs n'est pas mauvaise. Cependant, avec les rendements actuels et les crises économiques qui n'en finissent plus, cette question mérite d'être étudiée à fond. À la

¹⁴ Hébert, R. (2009). Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur le projet de loi no 6 instituant le Fonds de soutien aux proches aidants des aînés, Québec.

CSN, nous croyons que le régime de financement de la caisse doit demeurer ouvert, ce qui permettra de tenir compte de l'évolution des besoins et éventuellement d'ajouter de nouveaux fonds. Cela dit, avec cette grande frilosité du gouvernement à aller chercher de nouveaux revenus et son dogme du déficit zéro, le ministre Hébert parviendra-t-il à financer une vraie caisse d'assurance pour le soutien à l'autonomie et, encore plus, à la capitaliser? La question est pertinente.

Par rapport à la prestation des soins et des services de longue durée

Comme jamais auparavant, ce Livre blanc promeut la sous-traitance et la privatisation de la prestation des soins et services de longue durée. Il permet littéralement aux CSSS, de se comporter désormais en acheteurs de services, de sous-traiter aux résidences privées non seulement les soins et les services professionnels, mais aussi d'envoyer les AVQ aux EÉSAD. Le credo du « choix de l'utilisateur » paraît être un prétexte pour camoufler une déresponsabilisation de l'État dans les soins et les services de longue durée et une marchandisation pernicieuse. Car comment peut-on parler de choix de l'utilisateur quand le gouvernement décide de manière unilatérale que les services d'assistance aux AVQ seront offerts principalement par les EÉSAD ou par des organismes privés (RPA)? Qu'arrivera-t-il si la majorité des aîné-es désirent recevoir leurs services par le secteur public? Cette décision gouvernementale représente, pour plusieurs raisons, une menace à la qualité et à l'intégration des soins et des services aux aîné-es.

Sans prétendre que la perte d'autonomie soit une maladie, nous ne pouvons ignorer qu'elle découle d'un affaiblissement de l'état de santé résultant du vieillissement. La perte d'autonomie et les soins se trouvent de ce fait intimement liés. La personne âgée qui reçoit du soutien à domicile vit, dans bien des cas, avec plusieurs maladies chroniques nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire, ce qui plaide en faveur d'un renforcement de la coordination des soins et des services. Les auxiliaires familiales et sociales des CSSS, qui donnent des soins d'hygiène à la personne âgée, font partie intégrante de cette équipe multidisciplinaire. En étant là pour sonner l'alarme, ces travailleuses contribuent à une prévention qui est indispensable au maintien de la personne aînée à domicile. Le « choix de l'utilisateur » n'est qu'un leurre. Confier les AVQ aux EÉSAD, revient à intensifier la fragmentation des soins et des services, ce qui finira par nuire à leur continuité et, à terme, à leur qualité. La CSN condamne cette façon de faire. Une bonne coordination des soins améliore leur qualité. Or, plusieurs études ont déjà mis en lumière les difficultés de notre système de santé et de services sociaux en la matière¹⁵. Cette privatisation et cette fragmentation des soins et des services que prône le Livre blanc ne peuvent qu'accroître de manière importante ces problèmes. Et, en bout de piste, ce sont malheureusement les aîné-es qui paieront la note.

Par ailleurs, le gouvernement, en confiant la prestation des AVQ aux EÉSAD et aux résidences privées, vise à développer l'emploi, mais dans des secteurs où les conditions de travail, comparées au secteur public, sont médiocres et le taux de roulement important. En effet, une étude publiée en 2012 par le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT, 2012)¹⁶ révèle qu'en 2009 le salaire horaire moyen dans une EÉSAD était de 10,60 \$

¹⁵ Conseil canadien de la santé (2013). *Comment les médecins canadiens de soins primaires classent-ils le système de soins de santé? Les soins de santé au Canada, c'est capital*, Bulletin no 7.

¹⁶ MAMROT (2012). *Plan d'action gouvernemental pour l'entrepreneuriat collectif, profil des entreprises d'économie sociale en aide domestique*. Québec.

pour un employé sur le terrain à temps plein et de 10,44 \$ pour un employé à temps partiel. Pour sa part, le taux moyen de roulement du personnel sur le terrain s'établissait à l'échelle du Québec à 30 %. Ce taux était de 51 % pour Montréal. La décision du gouvernement de confier les AVQ aux EÉSAD paraît purement économique. Ce faisant, le gouvernement participe à l'accroissement du travail précaire et à l'exploitation d'une main-d'œuvre, en majorité des femmes, payée la moitié du prix pour faire le travail du secteur public. La CSN, comme organisation syndicale, ne donnera pas son appui à un projet qui se financerait sur le dos des femmes.

Les CSSS doivent jouer réellement leur rôle de guichet unique quant à la gestion et la prestation des soins et des services à domicile. Les CSSS doivent assurer la prestation des soins et services de longue durée sans possibilité de contractualiser ces services au privé, au communautaire ou à l'économie sociale, ce qui représente, comme nous l'avons démontré, un danger réel pour la qualité desdits soins et services. Il appartient au réseau public d'assurer la livraison des services reliés à l'aide à la vie quotidienne (AVQ) par l'intermédiaire des auxiliaires familiales. C'est là un gage de succès pour une meilleure coordination et intégration des soins et des services aux aîné-es dans un contexte où le financement proviendra d'une enveloppe indépendante du budget de la santé. Les AVQ se retrouveraient ainsi complètement intégrées dans le continuum de soins et de services que doit offrir le réseau. Dans le même ordre d'idées, il sera tout aussi approprié de compléter l'outil Iso-SMAF utilisé présentement pour évaluer l'usager par un Iso-SMAF social qui existe déjà dans le réseau, mais qui n'est pas implanté. Cet outil, sans son complément social, sert souvent, aux dires de nombreux professionnels, à limiter l'accès aux services en omettant de considérer, lors de l'évaluation, l'environnement social de l'usager. En plus de faire l'objet d'une révision régulière, l'évaluation doit aussi prendre en compte l'appréciation du professionnel, ce que le réseau ne fait pas en ce moment. Toujours dans le but d'améliorer la qualité des services aux aîné-es, le gouvernement doit mieux réglementer l'offre de services liée à la vie domestique en soutenant davantage les EÉSAD. Ces organisations doivent parvenir à mieux former, rémunérer et fidéliser leur main-d'œuvre. Il faut parallèlement garder un œil ouvert sur le comportement des résidences privées dans leurs relations d'affaires avec les aîné-es.

En dernier lieu, et comme si les listes d'attente en hébergement avaient soudainement disparu, nous constatons que l'accessibilité aux établissements de soins de longue durée a été peu abordée dans le Livre blanc. Et quand cette question a été soulevée, c'était uniquement pour indiquer, de manière sournoise, l'intérêt qu'il y a à hausser la tarification de ces centres en vue de décourager leur utilisation. Cette approche du gouvernement est indécente et fait fi complètement du manque criant de places en hébergement de longue durée au Québec. Certes, la CSN partage l'idée que les services à domicile aident l'usager à demeurer plus longtemps à domicile, mais il vient un moment où la personne âgée ne peut plus rester chez elle, comme c'est le cas des personnes souffrant de problèmes cognitifs sévères, des personnes en lourde perte d'autonomie ou celles vivant seules avec des maladies chroniques importantes. L'accès aux ressources intermédiaires de qualité et aux centres d'hébergement de soins de longue durée doit être assuré à cette catégorie d'usagers aux besoins accrus. Car, contrairement à ce qu'on veut parfois nous faire croire, lorsque les cas deviennent très lourds, le soutien à domicile et l'accès au centre d'hébergement de soins de longue durée comme services de dernier recours ne sont pas substituables. Nous attendons donc du gouvernement une offre d'hébergement public qui réponde à l'évolution des besoins des aîné-es. De toute manière, il vient un temps où le soutien à domicile devient plus cher que l'hébergement de longue durée.

D'autre part, l'amélioration du soutien à domicile ne doit pas non plus alourdir le fardeau des proches aidants, qui sont surtout des proches aidantes, ce qui représenterait un recul dommageable pour l'ensemble de la société. Le soutien à domicile, pour être effectif, ne pourra pas reposer sur leurs épaules. Par ailleurs, ces proches aidants ont eux aussi droit à des services. Malheureusement et là encore, le Livre blanc n'a pas élaboré longtemps sur cette question importante. Il faut définitivement croire, comme bon nombre de commentateurs l'ont fait remarquer, qu'il manque plusieurs chapitres à ce Livre blanc.

Propositions de la CSN

Comme nous l'indiquons en introduction, la CSN a adopté, au cours de la réunion de son conseil fédéral de juin 2013, une nouvelle vision de ce que devrait être un continuum de services globaux et intégrés pour nos aîné-es. Cette plateforme sert de base aux recommandations que nous formulons ici. La CSN croit que le financement des services de soutien à l'autonomie doit être basé sur l'impôt et doit respecter les principes fondamentaux de solidarité, d'universalité, de gratuité et d'égalité d'accès qui sont les fondements de notre système de santé. Tout en étant viable à long terme, il doit surtout permettre de compléter l'offre publique de soins et de services sociaux avec un financement assuré. Ceci sous-entend que ces fonds ne pourront être utilisés à d'autres fins. Pour diversifier le financement de la caisse proposée, plutôt que de faire payer directement l'utilisateur, les employeurs doivent être mis à contribution par une taxe sur les bénéficiaires. Les CSSS doivent par ailleurs assurer la gestion et la prestation des soins et des services incluant les AVQ par l'entremise de leurs auxiliaires familiales et sociales.

Vision CSN pour un continuum de services intégrés pour les aîné-es

La CSN reconnaît le premier choix des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible chez elles, là où elles peuvent contrôler leur environnement et leur quotidien. Pour ce faire, si elles ne sont pas propriétaires, elles doivent avoir accès à une habitation convenable dont le coût ne compromet pas une vie décente.

Quand la perte d'autonomie et la vulnérabilité s'installent, les aînés-es et leurs proches doivent pouvoir compter sur des services de réadaptation et de soins de longue durée publics de qualité qui permettront de retarder cette perte d'autonomie et de demeurer à domicile aussi longtemps que possible, sans surcharger l'entourage. Si la perte d'autonomie devient très lourde, ils doivent pouvoir être hébergés dans une ressource qui offre des services publics de longue durée de qualité, adaptés à leurs besoins. Tout au long de ce processus, ils doivent être accompagnés par le CSSS.

Cette organisation des services de longue durée, à domicile et en institution, doit par ailleurs s'appuyer sur des principes directeurs :

- l'universalité : les services doivent être accessibles à tous en fonction des besoins, et non en fonction des moyens financiers;
- le financement de l'offre et non de la demande : il s'agit de financer directement les services et non ceux qui les achètent pour éviter une marchandisation non souhaitable et en garantir leur qualité de même que les conditions de travail et la formation des travailleuses et des travailleurs qui les dispensent;
- la prestation publique des services à la personne conformément au consensus du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996;
- la reconnaissance de ces services comme socialement requis au même titre que ceux qui sont médicalement requis.

Ce dernier principe appelle une modification législative à la Loi canadienne sur la santé afin que les services de longue durée y soient reconnus et que le financement de ces soins soit garanti tant par le

fédéral que par le provincial. Sur la base de ces principes, la CSN énonce les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Que le gouvernement du Québec, de concert avec les autres provinces, fasse pression auprès du gouvernement fédéral afin d'amender la Loi canadienne de la santé pour reconnaître comme médicalement et socialement nécessaires les soins et les services destinés aux aîné-es et aux personnes aux prises avec des maladies chroniques.

Recommandation 2

Que le gouvernement du Québec fasse pression sur le gouvernement fédéral pour qu'il assume sa responsabilité et rehausse le financement qu'il alloue à la santé et aux services sociaux afin de répondre aux besoins résultant du vieillissement de la population.

Recommandation 3

Que la couverture publique des soins et des services destinés aux personnes âgées et à celles atteintes de maladies chroniques soit élargie et complétée.

Que le gouvernement documente la situation des autres usagers de 18 ans et plus qui vivent avec des incapacités et des déficiences afin d'assurer une meilleure prise en charge publique de leurs besoins.

Recommandation 4

Qu'un investissement minimal de 500 millions de dollars soit ajouté au budget public du soutien à domicile pour aîné-es dès 2014 afin de marquer un virage décisif en faveur de soins et de services à domicile de longue durée publics.

Que le gouvernement du Québec organise dès maintenant un véritable débat sur la fiscalité, sur la base d'une plus grande équité et progressivité du régime, en vue d'assurer notamment un financement adéquat, à court et à long termes, des soins et des services de longue durée aux aînés-es.

Qu'aux fins du financement de la caisse, le gouvernement abandonne l'idée de l'utilisateur-payeur et opte pour un financement basé sur l'impôt.

Recommandation 5

Que les services publics de longue durée de soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux soient garantis et disponibles, au niveau d'intensité requis, pour toutes les personnes admissibles, et ce, quel que soit leur lieu de résidence.

Recommandation 6

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux planifie rigoureusement et complète l'offre de services de soutien à domicile requis dans les prochaines années afin d'en assurer un financement adéquat et qu'il confirme les centres de santé et de services sociaux comme fournisseurs des services publics de longue durée en soutien à domicile.

Recommandation 7

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux consulte la population dans l'élaboration des lignes directrices explicitant clairement quels services et quels niveaux de service sont offerts à la population par le réseau public en matière de soutien à domicile. Que ces lignes directrices soient diffusées largement.

Recommandation 8

Que le gouvernement respecte le consensus du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996 selon lequel le recours aux entreprises d'économie sociale en aide domestique doit se faire sans substitution aux services ou aux emplois du secteur public.

Qu'en conséquence, le gouvernement mette un terme et renonce à toute sous-traitance du soutien à domicile vers le privé, l'économie sociale ou le communautaire pour les services professionnels, les soins infirmiers de longue durée et les services réguliers d'assistance personnelle, notamment l'assistance aux activités de la vie quotidienne.

Recommandation 9

Que, lorsqu'il est nécessaire, le recours aux entreprises d'économie sociale en aide domestique dans le volet de l'aide à la vie domestique soit complémentaire et non concurrentiel au réseau public et qu'il respecte le consensus de 1996.

Que le financement des entreprises d'économie sociale en aide domestique soit amélioré pour garantir l'accès aux services d'aide domestique et relever les conditions de travail des travailleuses et des travailleurs.

Recommandation 10

Que les réseaux de soins intégrés pour personnes âgées, incluant des gestionnaires de cas, soient pleinement déployés dans tous les centres de santé et de services sociaux et qu'on leur donne les moyens nécessaires pour développer, réaliser et suivre les plans d'intervention et les plans de services individualisés pour les aîné-es.

Que les travailleuses et les travailleurs, de même que leurs syndicats, soient partenaires dans les réorganisations du travail nécessaires à ce déploiement.

Recommandation 11

Que les besoins des personnes âgées soient évalués régulièrement par le personnel responsable des centres de santé et de services sociaux;

Que cette évaluation régulière vise aussi à déterminer les besoins de leurs proches aidantes;

Qu'à ces fins, l'outil d'évaluation commun Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) soit utilisé en y intégrant le volet social qui prend en compte l'environnement, les besoins psychosociaux de la personne et de ses proches et les notes d'appréciation des professionnel-les.

Recommandation 12

Que la pratique médicale de première ligne s'exerce en interdisciplinarité dans un continuum de soins et de services sociaux et que des liens de communication fonctionnels soient mis en place non seulement avec les services hospitaliers, mais également avec les services sociaux des centres de santé et de services sociaux.

Recommandation 13

Que la politique de soutien à domicile assure le libre-choix d'agir comme personne proche aidante et développe une approche cohérente pour accompagner leur engagement et prévenir leur épuisement.

Que soient déployés des services diversifiés de soutien des personnes proches aidantes (services de répit, formation, soutien psychosocial, groupes d'entraide, etc.) en collaboration avec des organismes partenaires, au besoin.

Que le gouvernement adopte une gamme de mesures facilitant la conciliation famille-travail qui tienne compte des personnes proches aidantes.

Recommandation 14

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore des orientations complètes décrivant les types d'hébergement pour les personnes âgées. Ces orientations devront être accompagnées d'un nouveau plan d'action établissant toute la gamme des services assurés, un estimé des heures de services requis selon les profils de besoins, un budget, un échéancier de même qu'un ensemble d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Que ces orientations incluent une description des rôles respectifs de l'Agence de santé et de services sociaux et du centre de santé et de services sociaux quant à l'hébergement, la prestation et l'évaluation des services de longue durée aux personnes âgées et prévoient la production de rapports et de bilans publics réguliers des résultats atteints et des problèmes rencontrés.

Recommandation 15

Que le gouvernement cesse de confier des places d'hébergement aux résidences privées pour aîné-es. Ces résidences doivent demeurer des milieux d'habitation (et non d'hébergement) pour les personnes âgées en perte d'autonomie légère ou modérée où sont accessibles les services publics de soutien à domicile.

Recommandation 16

Que, peu importe la propriété de l'immeuble, les conditions de travail du secteur public s'appliquent aux travailleuses et aux travailleurs qui dispensent les services de soins de longue durée en établissement. Cela implique, dans le cas d'un immeuble privé, qu'il devra être conventionné.

Recommandation 17

Que le gouvernement réponde à la demande de lits de longue durée par un ajout de lits publics là où les besoins le justifient. Qu'il renonce définitivement à toute exploitation de CHSLD en mode PPP et adopte le mode public d'exploitation pour tous les nouveaux projets de CHSLD.

Recommandation 18

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte des mesures permettant de hausser le niveau de formation du personnel des divers milieux d'hébergement, notamment en soutenant financièrement les démarches de formation.

Recommandation 19

Que chaque centre de santé et de services sociaux organise une assemblée annuelle de reddition de comptes de manière à convier la population à un dialogue public sur les résultats atteints et les priorités qui s'imposent en matière de services de longue durée aux aîné-es.

Conclusion

Sans vraiment conclure, car le débat sur les soins et services de longue durée doit se poursuivre, nous dirons que la CSN appuie l'idée de la mise en place d'un financement exclusif au soutien à l'autonomie des personnes âgées. Cela ne se fera toutefois pas à n'importe quel prix. S'il doit y avoir une caisse d'assurance pour le maintien à l'autonomie au Québec, elle doit être premièrement financée par l'impôt, dédiée au renforcement et à la consolidation du système public de santé et de services sociaux, et non l'inverse. Ainsi, la CSN n'appuiera pas une caisse, semblable à celle promise dans le Livre blanc, qui est sous financée, qui entend faire payer directement l'utilisateur en violant les principes de solidarité et d'universalité qui régissent notre système de santé et qui prône la privatisation de la prestation des soins et des services, en faisant complètement fi de leur intégration et de leur qualité. La confédération ne donnera pas plus son aval à un projet qui précarise davantage l'emploi, qui dévalorise le travail des femmes, qui tient peu compte des besoins des proches aidants, mais surtout des proches-aidantes et qui sous-estime les besoins en hébergement de longue durée. De toute manière, un tel projet n'aiderait pas le Québec à faire réellement face au défi du vieillissement.

Le gouvernement doit faire preuve de courage politique et profiter de la création de la caisse d'assurance autonomie pour aller chercher, sur la base d'une plus grande équité et progressivité du système fiscal, de nouveaux revenus afin de rehausser le financement du soutien à domicile. Une telle décision renforcerait non seulement la solidarité sociale, mais nous coûterait aussi moins cher comme société. Le gouvernement doit, en outre, mettre fin à toute forme de privatisation du financement et de la prestation des soins et des services de longue durée en vue de garantir leur accès et leur qualité. L'accès à de meilleurs services, en fonction des besoins pertinents des aîné-es, ne peut se concrétiser sans le renforcement du rôle pivot des CSSS avec leurs auxiliaires familiales et sociales dans la prestation des AVQ auprès des aîné-es. Le consensus de 1996 limitant le rôle des EÉSAD à la prestation des services reliés aux activités de la vie domestique (AVD) et sans substitution d'emploi du secteur public doit être respecté. C'est une prémisses à une vision intégrée des soins et des services de santé de longue durée. Les soins et les services aux aîné-es et aux autres personnes de 18 ans et plus qui vivent avec des incapacités et des déficiences ne peuvent demeurer les parents pauvres des services publics de santé et de services sociaux. Ils doivent être reconnus comme nécessaires, être financés, organisés et dispensés adéquatement. Bref la réponse adéquate aux besoins des personnes âgées représente un enjeu vital pour l'ensemble de la société. Un appui large et solide de la part de tous les acteurs concernés est indispensable : les aîné-es eux-mêmes, les travailleuses et les travailleurs du réseau, les organismes œuvrant dans le secteur, les municipalités, les citoyennes et les citoyens en général, etc. Toutes et tous sommes conviés à collaborer pour concrétiser le vœu que les aîné-es puissent vivre leur vieillesse de façon décente et heureuse malgré les défaillances du corps, physiques et psychologiques. Pour y parvenir, il faut améliorer le système public de santé et de services sociaux et adapter nos communautés et infrastructures publiques aux besoins des personnes âgées et de leurs familles. Il s'agit d'une entreprise de longue haleine. Une grande variété d'enjeux sociaux et de santé sont en cause dont nous devons discuter largement pour rallier les appuis et forger un vieillissement social dont le Québec sera fier.