



*des regroupements provinciaux
d'organismes communautaires et bénévoles*

Le projet d'assurance autonomie proposé ne répond pas suffisamment aux besoins de la société québécoise

**Mémoire sur l'assurance autonomie
Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles**

Présenté le 13 novembre 2013,
dans le cadre des consultations particulières
de la Commission de la santé et des services sociaux sur le document intitulé
« L'AUTONOMIE POUR TOUS livre blanc sur la création d'une assurance autonomie ».

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles
1, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 3V8, (514) 844-1309
coordination@trpocb.org
www.trpocb.org

Table des matières

Introduction	3
1. Le respect des principes fondateurs de notre système de santé	4
2. Les soins pour les activités de vie quotidienne (AVQ) doivent être dispensés par un réseau public bonifié	5
3. Les droits reconnus par la LSSSS	6
4. L'importance de la prévention	7
5. Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux : une alternative au réseau	8
6. Soutenir le financement à la mission des organismes communautaires autonomes	10
7. Intervenant-pivot ou gestionnaire de cas : un rôle à baliser	11
8. L'importance de construire des balises concertées	11
9. Offrir tous les outils à l'État, incluant les outils financiers, pour jouer pleinement son rôle social	12
10. Un débat public sur l'assurance autonomie	15
Conclusion	16
Rappel des recommandations	17
Liste des membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles	18

Rédaction : Kim De Baene et Mercédez Roberge

Introduction

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles réunit 39 regroupements provinciaux actifs à la grandeur du Québec. Ces organismes abordent la santé et les services sociaux sous différents angles (les femmes, les jeunes, la famille, les personnes handicapées, les communautés ethnoculturelles, etc.) et selon différentes problématiques (la santé physique et la santé mentale, la sécurité alimentaire, l'hébergement, la toxicomanie, la violence, etc.).

Lieu de mobilisation, de concertation, de réflexion et d'analyse pour ses membres, la Table développe des analyses critiques portant sur différents aspects entourant le système de santé et de services sociaux en général, de même que sur toute politique pouvant avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population. Par ses membres, elle rejoint plus de 3 000 organismes d'action communautaire autonome, œuvrant principalement dans le domaine de la santé et des services sociaux. La Table est également membre d'organismes larges, tel que la Coalition solidarité santé, la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, la Ligue des droits et libertés et le Réseau québécois de l'action communautaire autonome.

À la lumière de sa mission, la Table ne peut que souhaiter que toute personne en perte d'autonomie ou voulant maintenir son autonomie puisse recevoir des soins et des services dans le lieu de son choix, incluant à la maison. Avoir ce choix a des effets qui dépassent pour nous la question des soins, puisque le fait de rester dans son milieu favorise la participation active (sociale, scolaire, professionnelle, économique et citoyenne) des personnes.

L'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec abonde dans le même sens en énonçant que « le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »

La Table souhaite que toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent permette cette pleine participation active des citoyennes et citoyens et elle estime que tout devrait être mis en place pour répondre à ce principal objectif. Or, la Table est très préoccupée par plusieurs éléments, présents, mais surtout absents, dans le Livre blanc. Dans ce document, le ministre de la Santé et des Services sociaux présente l'assurance autonomie comme un projet économique permettant au Québec de réagir face aux coûts reliés au vieillissement de la population; nous aurions souhaité que le projet soit pensé pour l'amélioration de notre système de santé et, par conséquent, pour le bien-être de la population.

La Table soulève, dans ce mémoire, certains éléments problématiques et plusieurs questionnements ressortant de sa lecture et de son analyse du livre blanc, principalement au sujet du respect des droits, de la responsabilité de l'État face aux services publics, du rôle des organismes communautaires ainsi qu'au niveau du financement du projet.

1. Le respect des principes fondateurs de notre système de santé

Toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit respecter les principes fondateurs de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des soins de santé. Pour ne prendre que l'exemple de l'accessibilité, il s'agit de rendre les services et les soins disponibles et accessibles en considérant les besoins de l'ensemble de sa population, et ce, sans discrimination aucune.

L'accessibilité à une assurance autonomie ne devrait pas être limitée selon l'âge de la personne. Pourquoi avoir limité l'âge d'admissibilité à l'assurance autonomie à 18 ans ? Une personne de moins de 18 ans ne souhaite-t-elle pas elle aussi maintenir son autonomie ? La responsabilité des parents envers leurs enfants doit-elle inclure les besoins spécifiques d'une personne, en lien avec des limitations fonctionnelles ? N'est-ce pas un traitement inégalitaire que d'admettre une personne aînée à l'assurance autonomie pour des bains ou pour la prise d'un médicament exigeant de l'assistance, mais pas une personne mineure ? Les critères d'admissibilité devraient être définis selon les besoins et non l'âge des personnes.

Concernant les personnes ayant des limitations fonctionnelles, la Table se questionne aussi au sujet de leur évaluation par l'Iso-SMAF. Selon le livre blanc, cet outil serait utilisé pour repérer les usagers; il serait un outil d'évaluation informatisé servant à déterminer le profil d'autonomie d'une personne. Plusieurs membres de la Table connaissent bien cet outil. Ils soulignent qu'il a été conçu pour évaluer les personnes âgées et qu'il n'est pas adapté pour les autres personnes visées par l'assurance autonomie, en particulier celles ayant des limitations fonctionnelles. Qu'advient-il des personnes qui ne cadreront pas avec l'Iso-SMAF?

Le problème de délai déraisonnable ne permet pas, lui non plus, d'assurer une accessibilité. Dans son rapport du printemps 2013, le Vérificateur général du Québec dénonce les délais à recevoir des services. Comment le ministre entend-il résoudre ce problème qui demanderait un investissement massif ? À notre avis, ni la hauteur de l'investissement proposé par le ministre, ni la formule « assurance » préconisée ne permettraient de changer les choses.

Peu importe le lieu de résidence de la personne, les soins et services doivent être accessibles et disponibles aux mêmes conditions partout au Québec. Or, ce n'est pas le cas actuellement dans toutes les régions du Québec et le projet d'assurance autonomie ne contient pas les mesures nécessaires pour y arriver.

L'objectif premier de toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit donc être de respecter pleinement le droit à la santé et d'assurer ainsi le bien-être de la population. Il est inquiétant de lire dans le livre blanc qu'il est nécessaire de désengorger le réseau public, pour ainsi réduire les coûts, sans toutefois y retrouver que ce projet améliorera la qualité de soins accessibles et gratuits pour toute personne selon ses besoins.

Plusieurs questions nous mènent à demander au ministre de clarifier son projet et ses intentions afin d'assurer que les moyens utilisés et les impacts respectent les principes fondateurs de notre système de santé.

2. Les soins pour les activités de vie quotidienne (AVQ) doivent être dispensés par un réseau public bonifié

Les soins pour les activités de vie quotidienne (AVQ) (bains, aide à la prise de médicaments, préparation de repas avec diète, etc.) sont des services gratuits relevant actuellement du mandat des CLSC. Ces soins supposent un contact étroit entre des personnes. Ils nécessitent la création d'une relation de confiance et l'établissement de règles assurant notamment l'intégrité physique et psychologique. Pour que de tels services soient bien rendus, il est essentiel que la sécurité des personnes recevant ou donnant des AVQ soit assurée. Pour permettre cette sécurité, les AVQ doivent être prodigués par des professionnels du secteur public, tel que les auxiliaires familiales et sociales, car ce sont des ressources humaines encadrées, stables, formées, avec des salaires décents. En plus de la qualité des soins, cela permet l'uniformité et la continuité des services.

La Table souhaite donc que ces services soient bonifiés au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. Or, le livre blanc ouvre la porte à ce que les AVQ soient données par des prestataires privés, dont les Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD).

Soulignons d'abord qu'en multipliant les acteurs prodiguant les AVQ, on complexifie le système et on prend des risques face à la sécurité des personnes. De plus, en 1996, un consensus a été établi pour que les EESAD offrent de l'aide domestique (AVD) et non de l'aide à la vie quotidienne (AVQ). Aider sur le plan domestique est une tâche fort différente que celle de prendre soin d'une personne. La Table estime que les EESAD ne sont pas les ressources appropriées pour dispenser les AVQ. Les services d'AVQ doivent rester des services publics. Dans le mémoire déposé devant la Commission par le Chantier sur l'économie sociale, il est mentionné que 47% des EESAD réalisent actuellement des AVQ, alors que cela représentait 28% lors de l'établissement du consensus en 1996. Nous croyons que cette tendance doit être contrée et non encouragée.

Il s'agit pour nous d'une privatisation d'un service public et d'une déresponsabilisation de l'État qui aurait de graves conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Comment serait-ce possible de contrôler la qualité des services rendus ? Peut-on s'attendre à une qualité équivalente au réseau public lorsque l'objectif d'une ressource privée est le profit ? Lorsque le personnel est sous-payé, moins bien formé et change continuellement ?

Qui plus est, au-delà de l'expertise du prestataire et de son lien avec l'État, ce que le livre blanc nous propose c'est la tarification de services publics plutôt que leur bonification : « de leur côté, les services d'assistance aux AVQ pourraient impliquer une contribution financière de la personne »¹. Concrètement, un service actuellement gratuit deviendra payant, dans une logique de « l'utilisateur-payeur ». Cette logique est dénoncée par la Table, car elle va l'encontre des principes fondateurs de notre système de santé.

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L'autonomie pour tous - Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, Page 24.

3. Les droits reconnus par la LSSSS

Le livre blanc sur l'assurance autonomie n'aborde aucunement la question des droits. Pourtant, les services publics de santé et les services sociaux sont directement en lien avec la réalisation des droits humains; ils permettent la réalisation du droit à la santé, mais aussi des autres droits, car ils sont tous interdépendants et interreliés.

L'article 2 de la LSSSS stipule notamment que le réseau est responsable « d'assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services » de même qu'à « la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ». Elle stipule également que l'État doit « favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services » et « assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux »². Les droits des usagers sont pour leur part décrits au chapitre 4 de la LSSSS, tel que résumé dans l'encadré qui suit.

Extraits du chapitre 4 de la LSSSS sur les droits des usagers.

Toute personne a notamment le droit :

- « d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. » (article 4)
- « de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » (article 5)
- « de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. » (article 6)
- « Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins. » (article 7)
- « d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. (...)« d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident. » (article 8)
- « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. » (article 9)
- « de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé » (article 10)
- « d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou

² Loi sur les services de santé et les services sociaux - LSSSS, Article 2, alinéas 1, 2 et 8.

entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.
» (article 11)

- « Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant. » (article 12)
- « Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.
- Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial. » (article 16)

Or, le gouvernement compte sur un ensemble d'acteurs dans ce projet, certains n'étant pas liés à la LSSSS. Comment le gouvernement s'assurera-t-il du respect des droits dans ce contexte ? Les droits inscrits dans la LSSSS doivent non seulement être réaffirmés, afin d'être connus par les nombreux acteurs qui seraient impliqués dans l'assurance autonomie, mais le gouvernement doit s'assurer qu'ils seront respectés.

**La Table considère que toute intervention visant des personnes
et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :**

Recommandation 1

Permettre de respecter le droit à la santé ainsi que les principes fondateurs de notre système de santé, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des soins de santé.

Recommandation 2

Améliorer et bonifier les services publics plutôt que de proposer une privatisation et une tarification des services.

Recommandation 3

Atteindre la pleine réalisation des droits reconnus et inscrits dans la LSSSS; et leur respect par tous les acteurs qui seraient impliqués.

4. L'importance de la prévention

Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux font partie d'un mouvement social qui vise globalement à améliorer la société, notamment en travaillant à réduire les inégalités individuelles et collectives. Ils ont ainsi une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par exemple en tenant compte des conditions socio-économiques individuelles et collectives pour identifier les problèmes et les solutions. Ils sont des lieux permettant la participation active à la société.

Ces organismes ont une approche globale de la santé et leur travail est grandement axé sur la prévention. Or, bien que l'on veuille impliquer les organismes communautaires dans ce projet, le livre blanc traite uniquement de la logique des soins, soit de l'approche « curative ». Cette approche ne correspond pas au travail des groupes.

La Table croit que la prévention doit être un élément central dans le projet d'assurance autonomie et elle n'y est pas actuellement. Pour améliorer notre système de santé et de services sociaux et permettre une participation active des personnes, la sensibilisation et la prévention doivent être mises de l'avant.

Le Commissaire à la santé et au bien-être abonde dans le même sens. Dans son mémoire sur le livre blanc, il rapporte : « Dans ses divers rapports d'appréciation de la performance du système, le Commissaire s'est intéressé à l'importance de la promotion et de la prévention et à leur influence sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ce thème, qui revient constamment dans ses rapports, a été abordé par tous les acteurs consultés, que ce soit sous l'angle de l'action sur les milieux de vie, des déterminants sociaux, de la promotion de saines habitudes de vie ou de la prévention des incapacités. »³ À de nombreuses reprises, dans plusieurs de ces rapports, le Commissaire démontre l'importance de la prévention et la nécessité de la mettre de l'avant même si ses résultats se font sentir davantage à moyen terme.

5. Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux : une alternative au réseau

Les organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux représentent une alternative au réseau public; ils ne font pas partie de l'offre de service de l'État, et ils ne veulent pas en être les sous-traitants.

Le gouvernement s'est engagé à « respecter l'autonomie des organismes communautaires dans les différents rôles sociaux qu'ils assument et soutenir adéquatement l'exercice de la citoyenneté » dans la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire intitulée *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Définies pour la première fois en 1996 par les organismes eux-mêmes⁴, les huit caractéristiques de l'action communautaire autonome ont été intégrées à ce document, soit:

1. être un organisme à but non lucratif;
2. être enraciné dans la communauté;
3. entretenir une vie associative et démocratique;
4. être libre de déterminer sa mission, ses approches, ses pratiques et ses orientations.
5. avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
6. poursuivre une mission sociale qui lui soit propre et qui favorise la transformation sociale;
7. faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges, axées sur la globalité de la problématique abordée;
8. être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public.

³ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, Mémoire sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, 2013, Page 16. Voir :

http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013_Memoire_AssuranceAutonomie/CSBE_Memoire_Assurance_Autonomie_2013.pdf

⁴ Voir le site du Réseau québécois de l'action communautaire autonome <http://www.rq-aca.org>

Les organismes communautaires autonomes du domaine de la santé et services sociaux et leurs regroupements sont préoccupés par le bien-être de la population, sont ancrés au sein de leur communauté, ont développé une expertise et ont des pratiques démocratiques. Les personnes choisissent d'aller vers les groupes communautaires, et c'est ce qui fait leur force.

Le mouvement communautaire n'a pas attendu l'élaboration d'un projet d'assurance autonomie pour mettre sur pied des activités et des services visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent. De nombreux organismes proposent déjà à la population du soutien par des popotes roulantes, des cuisines collectives, du accompagnement-transport, du soutien pour les proches aidantes, de l'aide face à des difficultés diverses liées à la santé physique ou mentale ou même aux conditions socio-économiques, des lieux d'entraide et de socialisation pour briser l'isolement, etc. Globalement, ils ne limitent pas leurs actions au domicile d'une personne, puisque la perte d'autonomie ou une limitation fonctionnelle ne signifient pas nécessairement ne pas pouvoir, ni ne pas vouloir, aller vers des ressources et se retrouver au sein d'un groupe. Le projet d'assurance autonomie intègre une partie de ces activités et services sous le vocable « activités à la vie domestique » (AVD).

Dans le milieu communautaire, ce type d'activité fait beaucoup appel à des bénévoles, des membres, des militantes et des militants. Ces personnes s'impliquent volontairement dans leur communauté et les groupes doivent composer avec leurs réalités. Le projet de l'assurance autonomie pourrait compromettre l'autonomie des organismes communautaires autonomes puisqu'il pourrait les obliger à répondre aux besoins du réseau, à modifier leurs relations face aux personnes faisant appel à eux, de même que face aux bénévoles, à prioriser des personnes au détriment de d'autres, à modifier leurs pratiques démocratiques, à orienter leur propre plan d'action en fonction de considérations autres que celles souhaitées par leurs membres.

Plusieurs membres de la Table sont aussi préoccupés par le sort des personnes en attente d'une évaluation par le gestionnaire de cas, celles qui bénéficient des activités et services des groupes, mais qui n'auraient pas accès à l'assurance autonomie, ou tout simplement celles qui ont choisi d'aller vers un organisme communautaire plutôt que vers une ressource du réseau public. Des groupes craignent d'être contraints à effectuer des choix difficiles.

Le milieu communautaire doit fixer les conditions de sa participation à l'assurance autonomie et cette participation doit être volontaire. Il faut également que le milieu communautaire participe à l'établissement des normes, afin qu'elles soient non seulement respectueuses de la population, mais aussi des groupes eux-mêmes.

6. Soutenir le financement à la mission des organismes communautaires autonomes

Il est facile d'imaginer que le mode de financement qui sera privilégié par l'assurance autonomie sera lié au nombre de services rendus, ce qui signifiera établir davantage d'ententes de services avec le milieu communautaire, au détriment de la bonification de leur financement à la mission globale.

La Table rappelle que le financement à la mission globale doit être prépondérant par rapport aux autres modes de financement. C'est ce financement qui assure le respect de l'autonomie des organismes communautaires. Les subventions à la mission servent à financer le fonctionnement global des organismes communautaires autonomes, l'infrastructure de base ainsi que l'ensemble de leurs activités.

Le projet d'assurance autonomie présenté par le ministre pourrait créer une forte pression sur les groupes, notamment par l'accroissement du nombre de demandes. Or, cette augmentation implique un ensemble de changements globaux non quantifiables. Par exemple, livrer un plus grand nombre de repas, dans le cas d'une popote roulante, signifie avoir besoin de davantage de matériel, de locaux plus grands, d'un encadrement des bénévoles différent et plus imposant, etc. Ce n'est donc pas avec un financement par entente de services qu'un organisme peut s'assurer de réaliser pleinement sa mission.

**La Table considère que toute intervention visant l'autonomie des personnes
et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :**

Recommandation 4

Mettre de l'avant la sensibilisation et la prévention.

Recommandation 5

Respecter la mission des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux qui y participeraient

Recommandation 6

Respecter le libre choix des organismes communautaires autonomes, de fixer les conditions de leur participation et que leurs regroupements puissent participer à l'établissement des balises nationales.

Recommandation 7

Se faire sans mener à une baisse des sommes allouées à la mission globale des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux. Le gouvernement doit prioriser le financement à la mission globale en toute circonstance.

7. Intervenant-pivot ou gestionnaire de cas : un rôle à baliser

Selon le livre blanc, « L'intervenant-pivot ou le gestionnaire de cas agit comme ressource pour la personne et ses proches au sein du CSSS et détient la responsabilité d'assurer l'évaluation, la planification, la réalisation et la coordination de l'ensemble des mesures »⁵. Cette personne aurait donc un important rôle à jouer dans le choix des prestataires de services de manière générale, mais aussi quant à ceux qui seront proposés à chaque personne. Ses décisions peuvent avoir d'importantes conséquences.

Selon un rapport du printemps 2013 du Vérificateur général du Québec, près du quart des dossiers des gestionnaires de cas ne sont pas à jour et près de la moitié ne comprennent aucun plan d'intervention. Connaissant ces statistiques et dans le respect du travail des gestionnaires de cas et intervenants-pivots, la Table considère que les tâches de ces derniers doivent être mieux définies. De plus, la situation rapportée par le Vérificateur porte à croire que ce sont les cas les plus urgents qui sont traités, une fois que l'état de la personne s'est dégradé.

La Table considère que le rôle de l'intervenant-pivot et du gestionnaire de cas doit être davantage balisé. L'évaluation des personnes et le choix des prestataires ne doivent pas reposer sur les décisions d'une seule personne, mais s'appuyer sur un comité multisectoriel permettant de prendre des décisions éclairées et démocratiques.

Dans le contexte d'austérité financière, les Centre de Santé et de Services sociaux (CSSS) chercheront-ils à faire des économies? Les intervenants-pivot et gestionnaires de cas devront-ils composer les listes de prestataires en incluant des considérations budgétaires ou logistiques, au dépend de la prévention qui pourrait être visée et ultimement du bien-être de la personne aidée? Une personne pourra-t-elle choisir des prestataires en fonction de considérations telles que le sentiment d'appartenance envers un organisme communautaire autonome, l'opportunité d'y exercer sa citoyenneté, plutôt que vers une EESAD ou une ressource privée n'offrant pas ces avantages? En plus d'avoir des conséquences sur les personnes elles-mêmes, les listes de prestataires pourraient avoir des effets dramatiques sur l'organisation sociale si l'assurance autonomie entraînait la fermeture d'organismes communautaires autonomes créés par les communautés et redevables envers elles.

8. L'importance de construire des balises concertées

La Table estime que la proposition du ministre accorde un très grand pouvoir aux CSSS au niveau de la gestion et de la coordination de l'assurance autonomie et que cela produira des pratiques différentes d'un CSSS à l'autre. Tel que le démontre le Vérificateur général du Québec, une iniquité dans l'accessibilité est actuellement vécue par les personnes, selon le CSSS fréquenté: « Chaque établissement vérifié a des niveaux de priorité différents associés à des délais d'attente qui varient selon les services. Ainsi, en fonction du CSSS qu'elles fréquentent, deux personnes âgées ayant un profil d'autonomie et des besoins similaires peuvent se voir accorder un niveau de priorité différent et, par le fait même, avoir accès aux services dans un délai plus ou moins long. Comme les services sont d'abord offerts aux personnes âgées dont les besoins ont été jugés les plus prioritaires, les autres usagers peuvent attendre longtemps avant d'avoir accès aux services, ce qui peut

⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L'autonomie pour tous - Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, Québec, La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, Page 23

entraîner une détérioration de leur autonomie et une orientation en hébergement avant même qu'ils aient eu accès aux services. »⁶

Pour assurer à la population les mêmes services de qualité à la grandeur du Québec, et bénéficier de l'expertise la plus large, une instance nationale doit définir les principes directeurs du projet, par exemple, élaborer la liste des services, les critères de sélection des prestataires, les procédures, etc. Ces normes nationales serviront de repères et marqueront les balises à respecter.

Cette façon de travailler permettrait aussi d'arrimer les pratiques de prestataires de types différents. En plus des responsables du MSSS, cette instance devrait réunir des organismes représentant les différents acteurs impliqués, soit comme prestataires, soit comme bénéficiaires, dont les organismes représentant les personnes en perte d'autonomie ou souhaitant maintenir leur autonomie et leurs proches, ainsi que le milieu communautaire.

Afin d'assurer l'application et de permettre la concertation des différents acteurs sur le plan régional, des comités similaires doivent aussi être. C'est à travers ces comités régionaux qu'il serait possible d'inscrire des éléments spécifiques, notamment quant aux ressources présentes dans la région, tout en respectant le cadre national.

**La Table considère que toute intervention visant l'autonomie des personnes
et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :**

Recommandation 8

Baliser les tâches et responsabilités des intervenants-pivot et des gestionnaires de cas, notamment en mettant en place des comités multisectoriels.

Recommandation 9

Assurer la concertation des acteurs impliqués, élaborer des balises et harmoniser les pratiques. Pour ce faire, la mise en place de deux mécanismes est nécessaire : une instance nationale établissant les balises à appliquer par les CSSS, de même que des comités régionaux assurant que la population est traitée avec équité partout sur le territoire.

9. Offrir tous les outils à l'État, incluant les outils financiers, pour jouer pleinement son rôle social

Les Québécoises et les Québécois ont choisi d'avoir un système de santé public. En tant que service public, le système de santé est contrôlé par l'État dans le but de satisfaire un besoin d'intérêt général. L'État québécois a un rôle social important puisqu'il doit offrir des services de santé et des services sociaux de qualité. Par ses actions, il permet d'améliorer les conditions de vie de la population québécoise.

⁶ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014, Chapitre 4 – Personnes âgées en perte d'autonomie / Services à domicile, Québec, Page 14

Tout projet doit promouvoir ce rôle social de l'État. Ainsi, le financement actuellement accordé aux services publics ne doit pas être réduit par le projet d'assurance autonomie; celui-ci doit au contraire être bonifié.

Le livre blanc nous propose d'instaurer un système parallèle à la Régie de l'assurance maladie du Québec plutôt que de bonifier la couverture de la Régie. Pourquoi proposer un traitement différent selon la condition de la personne ? Le moyen utilisé qu'est l'assurance n'est pas le seul qui peut être envisagé. Nous craignons aussi les effets de ce type de gestion au niveau de perception de la population. En gérant séparément, des autres dépenses de santé et de services sociaux, celles qui visent à maintenir l'autonomie, l'État n'envoie pas un message porteur de solidarité intergénérationnelle. Ce morcellement des dépenses publiques suppose d'évaluer les revenus-dépenses un élément à la fois plutôt que de considérer les services publics dans leur ensemble. Cette gestion distincte donne l'impression qu'il s'agit d'une option, qu'il serait possible de ne pas y contribuer, ou encore, qu'un gouvernement pourrait un jour délaisser. Intervenir, comme État, pour viser l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent devrait être fait en ayant le souci de favoriser la cohésion sociale plutôt que de la compromettre.

Nous constatons que le projet de l'assurance autonomie mène à une diminution du financement des services publics. Depuis la sortie du livre blanc, le ministre évoque des transferts de postes budgétaires à un autre, mais bien peu d'argent neuf. En campagne électorale, le ministre soutenait qu'un investissement de 500 M\$ par année permettrait de couvrir 40 % des besoins. Or, c'est ce montant, déjà insuffisant, qu'il présente maintenant comme le total qui serait dépensé d'ici 2017. Pire encore, le mode de financement après cette date n'est pas connu, ce qui est d'autant plus préoccupant.

Dans le livre blanc, on affirme que les personnes devraient contribuer financièrement à l'obtention de divers services, et ce, en fonction de leur revenu. Or, l'État a mis en place une manière équitable et progressive qui lui permet d'aller chercher l'argent et d'assumer les coûts de ces services; cela s'appelle l'impôt sur le revenu pour les particuliers et les entreprises. C'est par cette voie que toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent devrait être financée pour ainsi assurer le respect des principes fondateurs de notre système de santé, à commencer par la gratuité et l'universalité !

Qui plus est, l'ouverture du ministre face à une possible contribution financière des personnes ayant des limitations fonctionnelles nuit à l'application du décret de 1988. Par ce document, le gouvernement du Québec reconnaît pourtant le principe visant la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle accordée. Aller dans cette voie signifierait un important recul pour le respect des droits des personnes ayant des limitations fonctionnelles.

La Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, à laquelle la Table adhère, a proposé un ensemble de solutions fiscales (tableau qui suit). Ces moyens de renflouer les coffres de l'État permettraient au gouvernement de répondre aux besoins de la population. Sans être exhaustive, cette liste démontre clairement qu'il existe des alternatives qui permettraient à l'État d'assumer ses responsabilités.

Solutions fiscales et économies potentielles proposées par la coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics		Argent récupéré (par an)
A- RÉINSTITAURER LA PROGRESSIVITÉ DE L'IMPÔT DES PARTICULIERS		
1	Ajouter dix paliers d'imposition	1000 millions \$
2	Abolir le crédit d'impôt sur les gains en capital des particuliers	556 millions \$
3	Diminuer le plafond des REER	300 millions \$
4	Réduire les crédits d'impôt pour dividendes	157 millions \$
5	Moduler les taxes à la consommation en fonction des biens achetés	745 millions \$
B- RÉTABLIR UN ÉQUILIBRE ENTRE LES IMPÔTS DES PARTICULIERS ET LES IMPÔTS DES ENTREPRISES		
6	Augmenter le taux provincial d'imposition des entreprises à 15%	1220 millions \$
7	Augmenter la contribution fiscale des institutions financières notamment en rétablissant la taxe sur le capital pour les entreprises financières	600 millions \$
8	Revoir les mesures fiscales destinées aux entreprises : 8.1 Abolir le crédit d'impôt pour gain en capital (402M\$); 8.2 Éliminer les mesures permettant de reporter le paiement des impôts dûs (506M\$); 8.3 Revoir les politiques de congés fiscaux (238M\$)	1210 millions \$
9	Réduire les subventions aux entreprises	500 millions \$
10	Augmenter les redevances sur les ressources naturelles exemple de l'industrie minière	410 millions \$
11	Abolir les contrats secrets d'Hydro-Québec	890 millions \$
C- LUTTER CONTRE LA FRAUDE		
12	Lutter contre l'évasion fiscale et l'évitement fiscal	500 millions \$
13	Lutter contre la corruption dans l'attribution des contrats gouvernementaux (exemple : dans le domaine de la construction)	600 millions \$
D- MESURES DIVERSES		
14	Cesser de recourir aux agences de placement privées dans les institutions publiques de santé	71 millions \$
15	Adopter des mesures de contrôle du coût des médicaments, dont l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments	1000 millions \$
16	Utiliser le logiciel libre par l'ensemble de l'appareil gouvernemental	266 millions \$
E- AUTRES SOLUTIONS FISCALES POTENTIELLES À L'ÉTUDE		
17	Cesser de recourir aux PPP dans la construction d'infrastructures publiques.	---
18	Cesser de recourir aux cliniques médicales spécialisées (30 à 40 % d'économies envisageable)	---
19	Adopter une politique de rémunération maximale des cadres et dirigeants des institutions publiques, parapubliques et les sociétés d'État (ex. : Hydro-Québec, Loto-Québec, CSST, universités, CÉGEP, hôpitaux, etc.)	---
	TOTAL	10 025 millions \$ par année

La Table considère que toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :

Recommandation 10

Être financé adéquatement, à titre de service public, soit par les impôts sur les revenus des particuliers et des entreprises; s'articuler autour d'un cadre financier détaillé et planifié sur le long terme, en non jusqu'en 2017 seulement.

10. Un débat public concernant l'assurance autonomie

C'est avec intérêt que la Table suit le débat actuel sur le projet d'assurance autonomie pour le Québec. Plusieurs de ses regroupements membres sont directement touchés par ce projet et plusieurs sont très préoccupés.

La Table salue cette tenue de consultations sur le livre blanc. Depuis plusieurs semaines, les nombreuses interventions permettent d'entendre les analyses et préoccupations des différents secteurs et acteurs. Plusieurs propositions ressortent et nous permettent d'imaginer un projet menant à une réelle autonomie pour toutes et tous dans le respect des principes fondamentaux de notre système de santé.

Si le ministre va de l'avant et propose un projet sur l'assurance autonomie, la Table souhaite que des consultations publiques soient tenues.

La Table considère que toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :

Recommandation 11

Être soumise à la population dans le cadre de consultations publiques, si un projet de loi est présenté sur l'assurance autonomie.

Conclusion

Le projet d'assurance autonomie présenté par le ministre de la Santé et des Services sociaux suppose de procéder à des changements majeurs au niveau de l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Aider les personnes à acquérir le plus d'autonomie possible est un objectif très louable et nous convenons qu'il faut agir pour améliorer la manière dont le réseau aborde actuellement cette question.

Nous estimons cependant que les moyens proposés comportent des risques importants.

Les conséquences qui préoccupent particulièrement la Table portent principalement sur le respect des droits, la responsabilité de l'État face aux services publics, le rôle des organismes communautaires ainsi que la manière dont ce projet serait financé.

Toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent devrait se faire dans le respect des droits partout sur le territoire et prendre en compte que l'autonomie passe aussi par une participation active à la société.

Nous estimons qu'il ne faut pas mettre en place un système parallèle au réseau public, ni au niveau de son mode de financement, ni à en ce qui concerne la dispensation des services et leur coordination harmonisée. L'État ne peut selon nous se décharger de sa responsabilité face à la population.

Nous estimons également que la participation des organismes communautaires autonomes devrait se faire dans le respect de leur caractère alternatif au réseau.

Nous estimons qu'il faut prendre le temps de bien évaluer toutes les options ainsi que leurs conséquences et nous ne considérons pas que le projet actuel répond suffisamment aux besoins de la société québécoise.

Rappel des recommandations

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles considère que toute intervention visant l'autonomie des personnes et le maintien à domicile de celles qui le désirent doit :

Recommandation 1 : Respecter le droit à la santé ainsi que les principes fondateurs de notre système de santé, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des soins de santé.

Recommandation 2 : Améliorer et bonifier les services publics plutôt que de proposer une privatisation et une tarification des services.

Recommandation 3 : Atteindre la pleine réalisation des droits reconnus et inscrits dans la LSSSS; et leur respect par tous les acteurs qui seraient impliqués.

Recommandation 4 : Mettre de l'avant la sensibilisation et la prévention.

Recommandation 5 : Respecter la mission des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux qui y participeraient.

Recommandation 6 : Respecter le libre choix des organismes communautaires autonomes, de fixer les conditions de leur participation et que leurs regroupements puissent participer à l'établissement des balises nationales.

Recommandation 7 : Se faire sans mener à une baisse des sommes allouées à la mission globale des organismes communautaires autonomes œuvrant en santé et services sociaux. Le gouvernement doit prioriser le financement à la mission globale en toute circonstance.

Recommandation 8 : Baliser les tâches et responsabilités des intervenants-pivot et des gestionnaires de cas, notamment en mettant en place des comités multisectoriels.

Recommandation 9 : Assurer la concertation des acteurs impliqués, élaborer des balises et harmoniser les pratiques. Pour ce faire, la mise en place de deux mécanismes est nécessaire : une instance nationale établissant les balises à appliquer par les CSSS, de même que des comités régionaux assurant que la population est traitée avec équité partout sur le territoire.

Recommandation 10 : Être financé adéquatement, à titre de service public, soit par les impôts sur les revenus des particuliers et des entreprises; s'articuler autour d'un cadre financier détaillé et planifié sur le long terme, en non jusqu'en 2017 seulement.

Recommandation 11 : Être soumise à la population dans le cadre de consultations publiques, si un projet de loi est présenté sur l'assurance autonomie.

Liste des membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

1. À cœur d'homme - Réseau d'aide aux hommes pour une société sans violence
2. Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS)
3. Alliance des maisons d'hébergement de 2e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale
4. Association canadienne pour la santé mentale Division du Québec (ACSM)
5. Association des centres d'écoute téléphonique du Québec (ACETDQ)
6. Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
7. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
8. Association québécoise des centres communautaires pour aînés AQCCA
9. Banques alimentaires Québec
10. Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (COCQ-SIDA)
11. Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN)
12. Fédération de ressources d'hébergement pour les femmes violentées et en difficulté du Québec (FRHFVDQ)
13. Fédération des associations de familles monoparentales et recomposées du Québec (FAFMRQ)
14. Fédération des Centres communautaires d'intervention en dépendances (FCCID)
15. Fédération des centres d'action bénévole du Québec (FCABQ)
16. Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
17. Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
18. Fédération québécoise des organismes communautaires famille (FQOCF)
19. Fédération québécoise Nourri-Source (FQNS)
20. Grands Frères, Grandes Soeurs
21. L'R des Centres de femmes du Québec (L' R)
22. Premiers Pas Québec
23. Regroupement des associations de parents PANDA du Québec
24. Regroupement des associations de personnes traumatisées cranio-cérébrales du Québec (RAPTCCQ)
25. Regroupement des aidants naturels du Québec (RANQ)
26. Regroupement des auberges du cœur du Québec (RACQ)
27. Regroupement des cuisines collectives du Québec (RCCQ)
28. Regroupement des maisons de jeunes du Québec (RMJQ)
29. Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec (ROCAJQ)
30. Regroupement des organismes de justice alternative du Québec (ROJAQ)
31. Regroupement des organismes communautaires pour le Travail de rue
32. Regroupement des organismes Espace du Québec (ROEQ)
33. Regroupement des Popotes roulantes
34. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)
35. Regroupement Naissance-Renaissance (RNR)
36. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC)
37. Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RCALACS)
38. Regroupement québécois du parrainage civique (RQPC)
39. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)