



**Fédération des femmes
du Québec**

**Mémoire présenté à la
Commission de la santé et des services sociaux sur le livre blanc
sur la création d'une assurance autonomie**

Novembre 2013

La Fédération des femmes du Québec (FFQ) et son comité des aînées

La Fédération des femmes du Québec travaille solidairement et en alliance avec d'autres groupes à la transformation des rapports sociaux de sexe dans toutes les activités humaines pour favoriser le développement de la pleine autonomie des femmes et la reconnaissance véritable de l'ensemble de leurs contributions à la société. La FFQ est un organisme non partisan qui exerce un rôle de concertation et de mobilisation au sein du mouvement des femmes.

Ses actions visent, à court, moyen et long terme, à valoriser les acquis féministes, à améliorer les conditions de vie des femmes, y compris l'atteinte de l'équité entre les femmes elles-mêmes, et à transformer en profondeur la société. La FFQ lutte pour l'émancipation des femmes et affirme leur droit à une participation intégrale et libre à la vie sociale, culturelle, politique et économique. Pour que se transforme réellement la société, la responsabilité du développement humain doit être prise en charge collectivement et le pouvoir doit être réorganisé afin d'en assurer un partage plus équitable ou plus horizontal. La FFQ travaille donc à la construction d'une société juste, solidaire, véritablement démocratique, égalitaire et pacifique tant au niveau québécois, canadien et international, dans le respect de l'autodétermination des peuples.

En 2008, la FFQ a formé un comité des femmes aînées dont le rôle principal est de sensibiliser les membres de la FFQ et l'ensemble du mouvement des femmes à la situation spécifique des femmes aînées dont, notamment, les discriminations et inégalités qu'elles vivent dans différents aspects de leur vie. Le comité a produit un outil de sensibilisation *Citoyennes à part entière pour toute la vie* utilisé lors de différentes sessions de formation. Bénéficiaire d'une subvention du programme Nouveaux Horizons pour les aînés, le comité a réalisé l'an dernier différentes activités avec les femmes des organisations mixtes de personnes aînées.

Introduction

Nous recevons le Livre blanc, *L'autonomie pour tous* (sic) comme étant l'occasion d'ouvrir un large débat sur la nécessité d'investir davantage dans les soins à domicile et sur les implications qui en découlent. On le sait, une majorité de personnes souhaitent vieillir chez elles, mais pas à n'importe quel prix (dans tous les sens du terme). Le vieillissement de la population n'est pas une catastrophe, faut-il le rappeler, et il ne faut pas, en catastrophe, élaborer des solutions non équitables pour toutes et tous.

Le contexte actuel de compressions budgétaires et d'optimisation à tout prix des soins et services se répercute dans le Livre blanc, ce qui l'empêche, à notre avis, de proposer une réforme « audacieuse » et durable vers laquelle devraient converger tous les efforts. Une réforme qui devrait, d'ailleurs, tirer des leçons des réformes antérieures qui ont marqué l'organisation des services de santé et des services sociaux (désinstitutionalisation en santé mentale, virage ambulatoire, fusion des établissements) ainsi que, depuis 2003, l'organisation des services de soutien à domicile.

Dans ce dernier domaine, l'expérience des réformes précédentes incite, cette fois-ci, à investir à la hauteur des besoins afin de réunir les ressources humaines indispensables à la réalisation de ce virage vers un plus grand soutien des services à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans son communiqué de presse du 31 mai 2013, faisant suite à la sortie du Livre blanc, la FFQ rappelait au gouvernement « la nécessité d'effectuer une analyse différenciée (ADS) selon les sexes dans l'élaboration des politiques et des mesures à mettre en œuvre afin que le virage vers les soins à domicile ne rime pas avec l'exploitation et l'isolement des femmes ». Cela en conformité avec la Politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* et son Plan d'action, 2011-2015, en matière d'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes, dans laquelle le gouvernement s'engage à implanter l'ADS au sein de l'appareil gouvernemental. Nous verrons que l'actuel projet de réforme n'a pas suffisamment tenu compte de cette nécessaire condition, bien que les femmes constituent la majorité des personnes concernées par le Livre blanc, en tant que travailleuses, usagères et proches aidantes. Nous formulerons des recommandations en lien avec les constats que nous ferons.

Les femmes et les services de soutien à domicile

1. Les travailleuses

Le Livre blanc n'est pas très loquace sur l'état actuel de la dispensation des services à domicile et il est muet sur la situation de précarité de la majorité des travailleuses qui l'accomplissent. Il s'agit d'un ghetto d'emploi féminin dans lequel la majorité des femmes font un travail non reconnu à sa juste valeur, donc travail déqualifié et sous-payé. Cela donne lieu au cycle suivant : sous-évaluation des qualifications requises entraînant l'absence de formation qui, à son tour, justifie une faible rémunération et entraîne un taux élevé de roulement du personnel. Cela remet en question les avancées que les femmes ont faites sur le marché du travail, notamment, un plus grand accès à la syndicalisation et l'adoption de la Loi sur l'équité salariale. Dans une perspective du droit à l'égalité entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes, cette situation est inacceptable. On devrait travailler à la corriger plutôt qu'à l'étendre ou la perpétuer en recourant à des mesures qui cautionnent les diverses formes de travail précaire. La recherche du moindre coût et son corollaire, l'achat de services au plus bas prix, prônés dans le Livre blanc, ne feront qu'accentuer, entre autres, la précarité des conditions de travail des femmes qui œuvrent dans le secteur des services à domicile.

Dans une recherche réalisée en 2007, Louise Boivin¹, actuellement professeure au département de relations industrielles à l'Université du Québec en Outaouais, classe en 6 catégories les travailleuses œuvrant dans le secteur des services d'aide à domicile, selon un classement décroissant en fonction du salaire, des conditions de travail et des protections sociales rattachés à leur emploi :

- 1) Travailleuses à l'emploi des CLSC (permanentes ou occasionnelles) appelées les auxiliaires familiales et sociales (AFS)
- 2) Travailleuses à l'emploi des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD)
- 3) Travailleuses à l'emploi des agences privées
- 4) Travailleuses embauchées dans le cadre du programme du chèque emploi-service (CES)
- 5) Travailleuses embauchées de gré à gré et souvent « au noir ». Notons que dans cette catégorie se retrouve aussi un certain nombre d'immigrantes sans papier et des assistées sociales qui arrondissent leur fin de mois. La plupart s'occupent toutefois, soit du ménage, soit des enfants et non pas de l'assistance personnelle aux adultes.

¹ *Les femmes dans l'engrenage mondialisé de la concurrence*, Étude de cas sur les travailleuses des services d'aide à domicile au Québec, CIAFT, 2007, http://www.ciaft.qc.ca/docs/CIAFT_EtudeMondialisation_2007_final.pdf

6) Travailleuses venues au Canada dans le cadre du Programme des aides familiaux résidants (PAFR)².

Chacune de ces catégories sera affectée, mise à contribution pour ainsi dire, par le virage vers l'accroissement des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans un texte publié dans le journal *Le Devoir*, le 30 avril dernier, madame Boivin fait le constat, à la suite d'une étude réalisée en 2011-2012, que « chez les prestataires privés, les horaires de travail sont souvent à temps partiel et les affectations ainsi que le temps rémunéré sont fragmentés sur plusieurs périodes de la journée », la situation étant semblable pour les employées des agences de location de personnel. Elle souligne aussi qu'une « proportion considérable des travailleuses d'agences sont des femmes d'origine immigrante et provenant des minorités visibles ; leur confinement dans ces emplois précaires peut s'expliquer par les obstacles qu'elles rencontrent sur le marché du travail, dont la discrimination »³.

Aucune mesure n'est envisagée dans le Livre blanc pour stopper la dévalorisation et la sous-rémunération du travail de la majorité de ces travailleuses. Comme société qui veut mettre au premier plan la valeur de l'égalité entre les femmes et les hommes, nous devons faire des efforts collectifs pour mettre fin au travail précaire et à l'exploitation du travail des femmes.

Nous recommandons :

- 1) que le ministère de la Santé et des Services sociaux étudie l'impact de la réforme proposée en matière de services à domicile sur l'ensemble des travailleuses qui œuvrent dans ce secteur d'emploi;
- 2) que le gouvernement hausse le financement⁴ accordé aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) afin que leurs travailleuses aient de meilleures conditions de travail et que les entreprises puissent leur offrir l'encadrement et la formation nécessaires;

² Op,cit. p.36-37

³ Louise Boivin, *Assurance autonomie - La persistance de la dévalorisation du travail des femmes*, *Le Devoir*, 30 avril 2013.

⁴ Déjà, en 1999, le CSF demandait de « mieux soutenir financièrement les entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent offrir de meilleures conditions de travail à leur personnel, tout en restant accessibles aux personnes les plus démunies » Cf. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux par la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, septembre 2000, p.21

- 3) que les entreprises d'économie sociale (EÉSSAD) comportant 10 employées et plus fassent un exercice d'équité salariale selon les modalités prévues par la Loi sur l'équité salariale avec l'aide du Chantier de l'économie sociale et de la Commission de l'équité salariale;
- 4) que toute employée d'une ressource intermédiaire, d'une EÉSSAD ou d'une entreprise privée concernée par l'assurance autonomie ait un **salaire horaire d'au moins 11,37\$** indexé annuellement, ce qui correspond en 2013, selon le Front de défense des non syndiqué-es, au seuil de faible revenu, que l'actuel salaire minimum (10,15\$/heure) ne permet pas d'atteindre, même à 40 heures/semaine. (Rappelons qu'il y a plus de 365 300 personnes, dont 208 800 femmes, qui sont rémunérées actuellement au salaire minimum au Québec)⁵;
- 5) que toute personne dispensant de l'aide à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie puisse disposer d'une formation adéquate dans son domaine d'intervention;
- 6) que, contrairement au changement proposé dans le Livre blanc concernant la dispensation des AVQ (activités de vie quotidienne), les AVQ destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie continuent à être offertes **gratuitement** par les **auxiliaires familiales des CLSC**, et non par les EÉSSAD (entreprises d'économie sociale en aide domestique). Cela, dans le respect du Consensus du Sommet socio-économique de 1996 à l'effet de ne pas remplacer des emplois décentement rémunérés du secteur public par des emplois sous-payés du secteur de l'économie sociale⁶. Cela, également, parce que les auxiliaires ont une formation adéquate pour faire ce travail, qu'elles sont reliées à l'équipe multidisciplinaire du CSSS et sont très appréciées par les usagères et usagers.

⁵ Cf. Jacques Fournier, responsable du dossier santé à l'AQDR, *Les trois fonctions du projet d'assurance autonomie*, présentation faite lors d'un séminaire-panel organisé par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), Montréal, 8 octobre 2013; Front de défense des non-syndiqué-es - Hausse du salaire minimum: il faut intensifier l'effort ! 1^{er} mai 2013

⁶ Cf. Jacques Fournier, op.cit., p.10

2. Les femmes âgées

Dans ce qui suit, nous soulignerons quelques caractéristiques qui marquent la vie des femmes âgées et nous démontrerons en quoi les différences de genre ont un impact ou une incidence sur les services à domicile.

Disons d'abord que les femmes constituent près de 60 % des personnes âgées de 65 ans et plus. On compte 2 femmes pour 1 homme chez les 80 ans et plus, alors qu'il y a 5 femmes centenaires pour 1 homme⁷. Il y a une inégalité importante de revenus entre les femmes et les hommes de 65 ans et plus (nous l'illustrerons plus bas).

Premier constat : les femmes ne vieillissent pas de la même façon que les hommes.

Les parcours de vie des femmes sont marqués par différentes discriminations et inégalités, aussi bien dans le domaine du travail rémunéré (salaires inférieurs à ceux des hommes, secteurs d'emplois différents et en général moins bien reconnus et valorisés, concentration dans les emplois précaires ou atypiques) que dans celui du travail non rémunéré (responsabilités familiales et aide aux proches qu'elles assument encore beaucoup plus que les hommes). Ces inégalités se manifestent aussi dans leur présence moindre sur la scène publique et politique. De plus, les représentations que l'on se fait des femmes âgées sont encore fortement stéréotypées : femmes fragiles, asexuées, passives, dépendantes, infantilisées (*la p'tite madame*), etc.

Enfin, les femmes, tout au long de leur vie, sont plus nombreuses que les hommes à être victimes de violence genrée (violence conjugale, agressions sexuelles, abus). Quant aux femmes âgées, elles sont plus vulnérables à la violence familiale que les hommes : en 2010, d'après des chiffres de Statistique Canada, le taux des femmes âgées subissant ce genre de violence était de 34 % plus élevé que celui des hommes âgés.

Que savons-nous des préoccupations et attitudes des femmes âgées par rapport à la perte d'autonomie? Vaste champ à explorer pour que l'organisation des soins et services puisse répondre le plus adéquatement possible aux besoins de ces femmes. Par exemple, comme les femmes ont, pour la plupart, assumé toute leur vie la majeure partie des tâches domestiques, elles pourront avoir de la difficulté à laisser une personne étrangère accomplir chez elles ce qu'elles faisaient seules avant, et se sentir dévalorisées de ne plus pouvoir le faire. On peut dire également que cette difficulté s'accroît lorsqu'une multiplicité de personnes intervient dans le quotidien des femmes. Cela pose toute la question de la perte

⁷ Cf. Charpentier, Michèle et Anne Quéniart, (dir.) (2009), *Vieilles et après! Femmes, vieillissement et société*, Les éditions du remue-ménage, p. 12 et suivantes.

du pouvoir personnel et du manque d'implication de ces femmes dans les processus qui déterminent leurs besoins et les façons d'y répondre.

Deuxième constat : les femmes âgées vivent davantage seules que les hommes et souffrent davantage de maladies chroniques.

Les femmes de 65 ans et plus vivent plus souvent seules que les hommes : seulement 39% des femmes vivent en couple comparativement à 72% des hommes⁸. Le Livre blanc note (p. 13), que les trois quarts des personnes âgées vivant seules sont des femmes et que ces femmes âgées sont plus vulnérables, surtout si elles ont besoin de soins de longue durée. S'appuyant sur *l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*, (Gouvernement du Québec, ISQ) il relève également que le taux d'incapacité chez les femmes est plus élevé que chez les hommes, et cela à tout âge.

Vivre seule et en perte d'autonomie dans sa maison peut aussi facilement être synonyme d'isolement et de risque d'abus. Ainsi, le personnel qui dispense les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD) devrait avoir le pouvoir d'organiser son temps de présence afin d'assurer un véritable contact humain avec la personne concernée. Cela soulève la question de la méthode de travail préconisée, de la qualité humaine des soins et services et conséquemment, celle de la formation du personnel, à laquelle nous avons fait référence plus haut.

« Quand les personnes âgées réussissent à accéder aux services publics, elles sont confrontées à la persistance du modèle biomédical. La biomédicalisation des approches veut dire, rappelons-le, que les aspects sociaux de l'aide et des soins sont définis de façon très étroite (nous soulignons) : ils sont considérés moins urgents et/ou sont complètement ignorés. On en vient ainsi à occulter les besoins d'interaction sociale des personnes âgées. La réponse aux besoins dits sociaux est réduite aux activités de la vie quotidienne comme les bains, les transferts (du lit au fauteuil roulant, par exemple) et l'habillement. Le corps, ses fonctions et l'hygiène deviennent prioritaires au détriment de la participation sociale, civique et politique. La nécessité de s'attaquer aux barrières limitant la participation sociale des personnes âgées ayant des incapacités ne fait pas partie du mandat du système de santé et des services sociaux. Du moment que l'on a répondu aux besoins

⁸ Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, *Préparons l'avenir avec les aînés*, (2008), 161 p., disponible sur le site Web du ministère de la Famille et des Aînés : www.mfa.gouv.qc.ca, p.25

médicaux identifiés, que l'on a paré aux risques inhérents à la situation, notamment la prévention des chutes, la mission semble accomplie! »⁹.

Troisième constat : les femmes âgées sont plus pauvres que les hommes.

À tous les âges, les femmes ont un revenu inférieur à celui des hommes. Sur le marché du travail, leur salaire **annuel** moyen au Canada, en 2012, était d'environ 70 % de celui des hommes, et à la retraite, leur revenu moyen au Québec représente 59 % de celui des hommes, comme l'indique le tableau suivant¹⁰. C'est une baisse par rapport 2009, où il était de 65%.

REVENUS DES PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS - QUÉBEC 2010¹¹

Source du revenu	Femmes	Hommes	Ratio F/H
Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV)	5 779 \$	5 697 \$	102 %
Supplément de revenu garanti (SRG) (a)	2 302 \$	1 709 \$	135 %
RRQ/ RPC (b)	<u>4 621 \$</u>	<u>6 624 \$</u>	<u>70 %</u>
Total Régimes publics	12 702 \$	14 030 \$	91 %
Revenus de retraite « privés » (RCR, REER, FEER, etc.) (c)	6 494 \$	14 032 \$	46 %
Revenus de patrimoine (dividendes, intérêts, location, gains en capital) (d)	3 358 \$	6 650 \$	51 %
Revenus d'activité (salaires, revenus d'entreprise, assurance-emploi)	1 410 \$	6 353 \$	22 %
Autres revenus (e)	680 \$	1 040 \$	65 %
Revenu total	24 644 \$	42 103 \$	59 %

⁹ Nancy Guberman, *Pour que la perte d'autonomie ne devienne pas une déposssession de soi-même*, dans *Citoyennes à part entière pour toute la vie*, p. 5 voir, <http://www.ffq.qc.ca/2010/09/citoyennes-a-part-entiere-pour-toute-la-vie/>

¹⁰ Cf. Mémoire : le rapport d'Amours, plus d'insécurité à la retraite, dans le cadre des consultations particulières sur le Rapport D'Amours, « *Innover pour pérenniser le système de retraite* » présenté par La Fédération des femmes du Québec (FFQ), Le Conseil d'intervention pour l'accès des femmes au marché du travail (CIAFT), Le régime de retraite par financement salarial des groupes communautaires et des femmes (RRFS-GCF), p.3-4, <http://www.ffq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/08/MemoireDAmours-ffq-ciaft-RRFS-GCFfinal.pdf>

¹¹ Source : Calculé à partir de ministère des Finances et de l'Économie et Revenu Québec, *Statistiques fiscales des particuliers, Année d'imposition 2010*, Tableau 3, gouvernement du Québec, 2013. Pourcentage des personnes qui reçoivent le Supplément de revenu garanti : Femmes 51,4 % Hommes 41,7 %..

Ces chiffres font état de la pauvreté des femmes à la retraite, pauvreté attribuable, entre autres, à leurs revenus inférieurs à ceux des hommes lorsqu'elles étaient sur le marché du travail. Ces revenus inférieurs s'expliquent eux-mêmes en grande partie par leur prise en charge, tout au cours de leur vie, des responsabilités familiales, dont celle de soutien aux proches dépendants.

La véritable volonté d'améliorer la situation économique des femmes nécessite un grand nombre de mesures particulières, que ce soit, la bonification du Régime de rentes du Québec, la création d'emplois stables et de qualité, l'application de la Loi sur l'équité salariale, l'amélioration de la Loi sur les normes du travail, etc. « La lutte à la pauvreté nécessite des mesures particulières à l'intention des femmes, mais aussi l'obligation pour chaque ministère (nous soulignons) d'évaluer si tel programme ou telle mesure n'a pas pour effet d'appauvrir les femmes ou de les empêcher d'atteindre l'autonomie économique »¹².

À la suite des constats que nous venons brièvement de faire, **nous recommandons** :

- 7) que les changements à opérer pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester plus longtemps dans leur milieu de vie, soient l'occasion d'évaluer l'approche « biomédicale » et son corollaire, la « méthode Toyota », utilisées dans la gestion publique de la dispensation de soins et services à domicile. L'autonomie ne peut se réduire à une autonomie purement fonctionnelle et la gestion des services publics ne doit pas appliquer les seules méthodes utilisées dans l'entreprise privée, sans s'interroger à propos de leur impact sur la dignité et les droits des personnes concernées;
- 8) que la formation du personnel soit reconnue comme un élément fondamental des services de soutien à domicile et qu'elle inclut, en plus de l'acquisition d'habiletés techniques et professionnelles, une sensibilisation aux dimensions sociales de leur rôle, notamment à la présence et à la reproduction des préjugés et stéréotypes en fonction du sexe, de l'âge et des incapacités;
- 9) que le ministère de la Santé et des Services sociaux examine les mesures qu'il mettra en place sous l'angle de leurs effets sur l'appauvrissement des femmes, travailleuses et usagères;
- 10) que la politique de financement et d'accessibilité aux services de soutien à domicile « fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie touchant une partie ou la totalité du **supplément de revenu garanti (SRG)** bénéficient d'une politique de gratuité totale des services des EÉSAD (pour les AVD). Nous demandons aussi qu'elles

¹² Mémoire de la CSQ., p.24

jouissent d'une exonération totale de la tarification, compensée par la RAMQ (via le PEFSAD, le programme d'exonération financière des services d'aide à domicile) »¹³ ;
11) que la politique de financement et d'accessibilité des services de soutien à domicile « fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie **de la classe moyenne** ne soient pas contraintes de se priver, à cause des coûts élevés, des services d'AVD requis par leur état».¹⁴

3. Les personnes proches aidantes

En un paragraphe seulement (p.16), le Livre blanc parle du rôle indispensable des proches aidants (sic). Il mentionne que leur contribution est non rémunérée, qu'elle a été longtemps occultée et que ce sont « les femmes qui sont les principales aidantes ». Il souligne également que le fait que ces femmes soient bien souvent obligées de quitter un emploi pour assumer ce rôle représente une perte de 400 millions de dollars pour l'économie canadienne. Mais il ne fait que glisser sur le « soutien nécessaire » à apporter, ne mentionnant aucune mesure, même pas pour leur permettre de concilier leur emploi et leurs responsabilités de proches aidantes. Serait-ce parce que leur soutien relève du ministère des Aînés? Pourtant, étant donné le rôle majeur qu'elles remplissent, on devrait retrouver la préoccupation des personnes proches aidantes au cœur d'une politique de soutien à domicile pour les personnes aux prises avec des incapacités significatives et persistantes, que ce soit en raison de leur âge ou d'une déficience.

Il y a déjà belle lurette que les femmes sont les aidantes principales de leurs proches âgés en perte d'autonomie et des membres de la famille ayant des incapacités. Avec le virage ambulatoire en 1997, leurs responsabilités se sont accrues : elles sont devenues des soignantes en plus d'être des aidantes. Ce virage a entraîné, on le sait, un transfert des responsabilités des services publics vers le domicile privé où les femmes ont été appelées à assumer davantage de soins aux personnes malades ou en perte d'autonomie. La présente réforme entraînera à son tour un accroissement du nombre et des responsabilités des personnes proches aidantes et cela peut être lourd de conséquences pour les femmes, si des mesures appropriées ne sont pas mises en place.

Leur rôle est encore trop souvent considéré comme « naturel » et assimilable aux tâches domestiques invisibles et gratuites réalisées depuis des millénaires par les femmes. On en veut comme illustration l'exemple actuel suivant : un couple à la retraite pourra avoir

¹³ Cf. Jacques Fournier cité plus haut, p.11

¹⁴ Idem

recours aux services d'aide à domicile si c'est la femme qui est en perte d'autonomie, tandis que si c'est l'homme, on présuppose que la femme assurera ces services.

Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, une maladie significative et persistante ou les personnes en situation de handicap ayant un impact sur l'autonomie, l'accès à du soutien peut faire la différence entre l'autonomie et l'institutionnalisation et la dépendance. Parfois les proches aidantes font des sacrifices au plan de leur autonomie financière. Nous croyons que les proches aidantes, tout comme les personnes aidées, ont droit à la citoyenneté. Ainsi, elles ont le droit de contribuer, à la mesure de leur capacité, à la société et il est du devoir de cette dernière de reconnaître leur action et de les soutenir adéquatement.

Pourrait-on envisager des moyens non-étatiques de collectivisation des soins entre personnes en perte d'autonomie ou encore entre les personnes autonomes et en perte d'autonomie qui ne reposent pas toujours sur le modèle familial ?

La « naturalisation » du rôle des personnes proches aidantes fait en sorte que la précarité de leur situation est sous-estimée, pour ne pas dire méconnue : appauvrissement¹⁵, risques d'épuisement, difficile accès aux soins et services publics de santé, offres inadéquates de répit, problèmes importants de conciliation avec le travail rémunéré, etc.

C'est pourquoi **nous recommandons** :

- 12) qu'une politique interministérielle établisse, en consultation avec les organismes concernés par la situation des personnes proches aidantes, un ensemble de mesures pour améliorer la situation des proches aidantes, comme, par exemple, des mesures efficaces de conciliation travail rémunéré et non rémunéré, des congés rémunérés relevant notamment de la Loi sur les normes du travail, un accès rapide aux services de santé et aux services sociaux, une augmentation considérable des offres de répit;

¹⁵ « L'appauvrissement est une réalité qu'on retrouve chez la plupart des proches aidants. Plusieurs ont été dans l'obligation de diminuer leurs heures de travail ou d'abandonner leur emploi. Le répit et autres services coûtent cher, les sommes reçues pour aider à payer le répit sont imposables tout comme les subventions pour adapter sa résidence en fonction des besoins de la personne aidée. Les rendez-vous de la personne aidée à l'hôpital ou au CLSC finissent par coûter cher, car il faut payer le stationnement ou les formulaires à faire remplir par le médecin. Il n'y a pas de soutien financier pour les soins à domicile, lorsque du matériel est requis, tout est aux frais de l'utilisateur, pourtant le maintien à domicile coûte moins cher au gouvernement que les CHSLD. » Regroupement des aidants naturels du Québec : <http://www.ranq.qc.ca/Plateforme-de-revendications-id106.php#Constats> (site consulté le 6/11/2013)

- 13) qu'à différents niveaux, des mesures soient mises en place afin d'inciter les hommes à assumer la responsabilité de proche aidants.

Financement : une autre approche est possible

Le Livre blanc est assez imprécis sur le financement à long terme (pp.29, ss.) de la caisse Assurance autonomie, mais nous savons qu'il retient le principe de « l'utilisateur-payeur » corollaire du recours plus grand, par exemple, aux EÉSAD. Tous les groupes de femmes à l'intérieur de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics ont vivement dénoncé la taxe santé et maintiendront leur opposition à tout projet qui s'inscrira dans l'esprit de la « révolution tarifaire » promue par l'ancien ministre des Finances du gouvernement libéral, Raymond Bachand. Un fait est incontestable : la privatisation et la tarification de multiples aspects des services publics de santé réduiront la qualité des conditions de travail des femmes qui œuvrent dans ces services, la qualité même de ces services et leur accès pour la population concernée.

Déjà en 2000, à la suite du virage ambulatoire, une large Coalition féministe – à laquelle nous avons fait référence plus haut - affirmait que « du point de vue des préoccupations des femmes, les tendances à la privatisation comportent un potentiel négatif important quant à l'avenir des soins de santé et à leur propre émancipation (Centre d'excellence pour la santé des femmes)¹⁶.

L'organisme Médecins québécois pour le régime public (MGRP), écrit, de son côté, que le virage ambulatoire, dans les faits, « a contribué à un transfert de responsabilité des établissements vers les familles, bien souvent sans leur offrir le soutien requis, ce qu'on pourrait craindre avec la réforme actuelle des soins et services à domicile »¹⁷.

Étant donné, comme le souligne justement cet organisme, qu'un financement partiellement public comportant une contribution directe des usagères et usagers contrevient « clairement aux principes d'universalité et d'équité en santé »¹⁸, **nous recommandons :**

- 14) que le financement de la réforme envisagée des soins à domicile soit entièrement public et assumé par différentes mesures fiscales, dont un réaménagement de

¹⁶ Pour un réseau de la santé et des services sociaux qui tienne compte des femmes, Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, cité plus haut, p.15 <http://www.rcentres.qc.ca/files/pour-un-reseau-de-la-sss-qui-tienne-compte-des-femmes.pdf>

¹⁷ Mémoire de Médecins québécois pour le régime public, p.9 <http://www.mgrp.qc.ca/autonomie.pdf>

¹⁸ Idem, p.22

l'impôt des particuliers et des entreprises en restaurant la progressivité de l'impôt des particuliers par l'établissement de 10 paliers d'imposition et en rétablissant un équilibre entre les impôts des particuliers et des entreprises.¹⁹

S'orienter en ce sens exigera du courage de la part du gouvernement, mais c'est la façon d'agir la plus équitable, selon nous, pour préserver le bien commun que sont les services publics de santé dans un contexte de vieillissement de la population.

Conclusion

Les transformations successives du réseau de la santé ont lourdement pénalisé les femmes, comme travailleuses, usagères, ou proches aidantes; ce fait doit être reconnu et corrigé. C'est dans ce sens que nous avons fait les propositions figurant dans ce mémoire. Nous espérons que le gouvernement en reconnaîtra le bien-fondé et mettra en œuvre des mesures correctives pour améliorer l'égalité de fait entre les femmes et les hommes.

Nous n'endossons pas toutes les propositions avancées dans le Livre blanc, mais nous sommes d'accord avec la nécessité de développer de façon importante les services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Nous croyons cependant qu'il faille garder un équilibre entre services à domicile et hébergement dans les CHSLD, l'hébergement étant nécessaire dans plusieurs cas.

Nous nous sommes limitées, dans le présent mémoire, à présenter des éléments d'analyse concernant la perte d'autonomie des aînées seulement, mais nous savons que les situations de limitations fonctionnelles, de handicap ou d'incapacités touchent un très grand nombre de femmes, jeunes et adultes. Il serait nécessaire de mieux comprendre les enjeux pour ces femmes de vivre de telles situations ainsi que les enjeux particuliers pour les mères s'occupant d'enfants dépendants. Nous demandons au gouvernement d'explorer l'ensemble de cette question. N'y aurait-il pas lieu, à cet égard, de demander une étude du Conseil du statut de la femme?

En terminant, nous tenons à exprimer de nouveau notre préoccupation quant aux délais d'implantation prévus dans le Livre blanc. Les ressources devront être disponibles avant sa mise en place afin de ne pas reproduire la situation qui a prévalu lors de la désinstitutionalisation des soins en santé mentale.

¹⁹ Cf. la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services de santé : <http://www.nonauxhaussees.org/wp-content/uploads/SolutionsFiscales.pdf>

Dans cette optique et plus particulièrement, nous relayons la première revendication du mémoire de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) à l'effet de « prendre le temps d'impliquer l'ensemble des acteurs québécois (sic) dans la réforme des services de soutien à domicile par la création d'un groupe de travail national, incluant notamment les représentants et représentantes du milieu d'action communautaire autonome des personnes ayant des limitations fonctionnelles et leur famille »²⁰.

²⁰ http://cophan.org/wp-content/uploads/2013/11/2013-M%C3%A9moire_Livre-Blanc-assurance-autonomie.pdf, p.11

Liste des recommandations

Nous recommandons :

- 1) que le ministère de la Santé et des Services sociaux étudie l'impact de la réforme proposée en matière de services à domicile sur l'ensemble des travailleuses qui œuvrent dans ce secteur d'emploi;
- 2) que le gouvernement hausse le financement²¹ accordé aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) afin que leurs travailleuses aient de meilleures conditions de travail et que les entreprises puissent leur offrir l'encadrement et la formation nécessaires;
- 3) que les entreprises d'économie sociale (EÉSAD) comportant 10 employées et plus fassent un exercice d'équité salariale selon les modalités prévues par la Loi sur l'équité salariale avec l'aide du Chantier de l'économie sociale et de la Commission de l'équité salariale;
- 4) que toute employée d'une ressource intermédiaire, d'une EÉSAD ou d'une entreprise privée concernée par l'assurance autonomie ait un **salaire horaire d'au moins 11,37\$** indexé annuellement, ce qui correspond en 2013, selon le Front de défense des non syndiqué-es, au seuil de faible revenu, que l'actuel salaire minimum (10,15\$/heure) ne permet pas d'atteindre même à 40 heures/semaine. (Rappelons qu'il y a plus de 365 300 personnes, dont 208 800 femmes, qui sont rémunérées actuellement au salaire minimum au Québec)²²;
- 5) que toute personne dispensant de l'aide à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie puisse disposer d'une formation adéquate dans son domaine d'intervention;
- 6) que, contrairement au changement proposé dans le Livre blanc concernant la dispensation des AVQ (activités de vie quotidienne), les AVQ destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie continuent à être offertes **gratuitement** par les **auxiliaires familiales des CLSC**, et non par les EÉSAD (entreprises d'économie

²¹ Déjà, en 1999, le CSF demandait de « mieux soutenir financièrement les entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent offrir de meilleures conditions de travail à leur personnel, tout en restant accessibles aux personnes les plus démunies » Cf. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux par la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, septembre 2000, p.21

²² Cf. Jacques Fournier, responsable du dossier santé à l'AQDR, *Les trois fonctions du projet d'assurance autonomie*, présentation faite lors d'un séminaire-panel organisé par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), Montréal, 8 octobre 2013; Front de défense des non-syndiqué-es - Hausse du salaire minimum: il faut intensifier l'effort !, 1^{er} mai 2013.

sociale en aide domestique). Cela dans le respect du Consensus du Sommet socio-économique de 1996 à l'effet de ne pas remplacer des emplois décentement rémunérés du secteur public par des emplois sous-payés du secteur de l'économie sociale²³. Cela également parce que les auxiliaires ont une formation adéquate pour faire ce travail, qu'elles sont reliées à l'équipe multidisciplinaire du CSSS et sont très appréciées par les usagères et usagers;

- 7) que les changements à opérer pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester plus longtemps dans leur milieu de vie, soient l'occasion d'évaluer l'approche « biomédicale » et son corollaire, la « méthode Toyota », utilisées dans la gestion publique de la dispensation de soins et services à domicile. L'autonomie ne peut se réduire à une autonomie purement fonctionnelle et la gestion des services publics ne doit pas appliquer les seules méthodes utilisées dans l'entreprise privée, sans s'interroger à propos de leur impact sur la dignité et les droits des personnes concernées;
- 8) que la formation du personnel soit reconnue comme un élément fondamental des services de soutien à domicile et qu'elle inclut, en plus de l'acquisition d'habiletés techniques et professionnelles, une sensibilisation aux dimensions sociales de leur rôle, notamment à la présence et à la reproduction des préjugés et stéréotypes en fonction du sexe, de l'âge et des incapacités;
- 9) que le ministère de la Santé et des Services sociaux examine les mesures qu'il mettra en place sous l'angle de leurs effets sur l'appauvrissement des femmes, travailleuses et usagères;
- 10) que la politique de financement et d'accessibilité aux services de soutien à domicile « fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie touchant une partie ou la totalité du **supplément de revenu garanti (SRG)** bénéficient d'une politique de gratuité totale des services des EÉSAD (pour les AVD). Nous demandons aussi qu'elles jouissent d'une exonération totale de la tarification, compensée par la RAMQ (via le PEFSAD, le programme d'exonération financière des services d'aide à domicile) »²⁴ ;
- 11) que la politique de financement et d'accessibilité des services de soutien à domicile « fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie **de la classe moyenne** ne soient pas contraintes de se priver, à cause des coûts élevés, des services d'AVD requis par leur état ». ²⁵
- 12) qu'une politique interministérielle établisse, en consultation avec les organismes concernés par la situation des personnes proches aidantes, un ensemble de mesures pour améliorer la situation des proches aidantes, comme, par exemple, des mesures efficaces de conciliation travail rémunéré et non rémunéré, des congés rémunérés

²³ Cf. Jacques Fournier, op.cit., p.10

²⁴ Cf. Jacques Fournier cité plus haut, p.11

²⁵ Idem

- relevant notamment de la Loi sur les normes du travail, un accès rapide aux services de santé et aux services sociaux, une augmentation considérable des offres de répit;
- 13) qu'à différents niveaux, des mesures soient mises en place afin d'inciter les hommes à assumer la responsabilité de proche aidants;
 - 14) que le financement de la réforme envisagée des soins à domicile soit entièrement public et assumé par différentes mesures fiscales, dont un réaménagement de l'impôt des particuliers et des entreprises en restaurant la progressivité de l'impôt des particuliers par l'établissement de 10 paliers d'imposition et en rétablissant un équilibre entre les impôts des particuliers et des entreprises²⁶.

²⁶ Cf. la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services de santé : <http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/SolutionsFiscales.pdf>