

Déposé à la
Commission de la Santé et des Services sociaux
dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes
hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Le 20 janvier 2014

Hébergement des personnes adultes en CHSLD : Passer de la parole aux actes

Table des matières

Avant-propos	1
Introduction	3
L'accessibilité	5
OBLIGATION DE SOLUTION	6
Maintenir le réseau actuel	7
L'innovation à la rescousse	7
De nouveaux modèles d'hébergement	8
Le financement des CHSLD.....	10
L'approche milieu de vie : un leurre.....	15
L'organisation du travail et des soins.....	18
La formation du personnel	21
Conclusion.....	23
Annexe 1.....	25

Avant-propos

1

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec — FIQ représente plus de 62 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Celles-ci sont regroupées dans 60 syndicats et sont à l'œuvre dans 152 établissements de santé du Québec. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiés du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services. Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui composent le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de ceux de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Elle a également toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux empreint des valeurs sociales-démocrates.

Introduction

3

Depuis toujours, l'enjeu de l'hébergement des personnes adultes en perte d'autonomie est une source de préoccupation majeure pour notre organisation. En effet, la FIQ représente la majorité des professionnelles en soins qui œuvrent dans les CHSLD du Québec à titre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'inhalothérapeutes. Par leur pratique quotidienne auprès des adultes en perte d'autonomie, elles sont en mesure, mieux que quiconque assurément, de saisir les enjeux liés à l'organisation des soins et des services, de même que les impacts de ces derniers sur leurs conditions de travail et sur la qualité de ces mêmes soins et services.

En ce sens, il est plutôt déplorable que l'on n'ait pas songé, d'emblée, à inviter la Fédération à cette consultation. Il est, selon nous, difficilement envisageable de penser améliorer les soins et les services sans améliorer les conditions dans lesquelles exercent celles qui les prodiguent et sans mettre à profit leur expertise et leurs connaissances aiguës du milieu et des patients. C'est pourquoi la FIQ profite de chaque tribune mise à sa disposition pour faire valoir le rôle charnière joué par les professionnelles en soins. Pour ce faire, la Fédération a pris l'initiative de consulter des militantes qui pratiquent dans les CHSLD.

De plus, la FIQ tient à souligner son étonnement devant le peu de références faites à la question cruciale de la maltraitance dans le document de consultation. En effet, comme la présente consultation a été initiée sur la base d'un cas de maltraitance, mis en lumière par les médias en avril 2013, il est bon de rappeler que la maltraitance, aussi déplorable soit-elle, n'est pas l'apanage des établissements publics. En effet, le CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf, premier partenariat public-privé (PPP) en hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie, a aussi fait les manchettes avec le cas de deux ex-employées accusées de voies de fait sur des patients et de vol de médicaments.

Par ailleurs, la FIQ considère que l'hébergement des adultes en perte d'autonomie constitue désormais un véritable enjeu de société. Le gouvernement a tenté par le passé, avec beaucoup de difficulté, d'instaurer une approche milieu de vie dans les CHSLD. La Fédération et ses militantes constatent, avec le recul, que ces milieux demeurent avant tout des milieux de soins. Pour les personnes en perte

d'autonomie, le CHSLD représente l'équivalent d'une unité de soins critiques et il faudra toujours tenir compte de cette réalité dans tout projet visant à améliorer les conditions de vie des aîné-e-s. Actuellement, les ressources ne sont pas toujours disponibles en nombre suffisant, notamment parce que les CHSLD ne sont pas un milieu de travail attractif, ce qui a un effet direct sur la qualité des services offerts aux personnes hébergées.

L'effet combiné du vieillissement de la population et des choix politiques ayant entraîné la précarisation des finances publiques actuelles a mené à la situation intolérable dans laquelle nous nous retrouvons aujourd'hui. Au-delà des colonnes comptables et de la gestion déshumanisée des lits d'hébergement, ce sont avant tout des humains en situation de vulnérabilité qui subissent, parfois au péril de leur santé, les affres de l'inaction et de la déresponsabilisation sociale et politique à leur égard. Pour notre organisation, cet abandon constitue, sans contredit, une facette de la maltraitance. C'est-à-dire une maltraitance institutionnelle et collective causée par l'obsession budgétaire des gestionnaires au détriment des soins et des services de qualité. Parce que les valeurs de solidarité et de justice sociale font partie de l'ADN de notre organisation, la FIQ juge qu'un sérieux coup de barre s'impose afin d'appliquer concrètement ces principes dans le traitement que nous réservons aux adultes en perte d'autonomie.

À cet égard, comme la Fédération l'a souligné à l'automne 2013, le projet de caisse d'assurance autonomie du gouvernement du Parti Québécois représente un pas dans la bonne direction. Parce qu'il tente d'instaurer pour une première fois une liberté de choix centrée sur les besoins des adultes en perte d'autonomie, le projet d'assurance autonomie jette les bases d'un principe novateur et nécessaire : le réseau doit s'adapter aux besoins des usagers, et non pas le contraire. À ce titre, bien que la FIQ souligne le mérite associé à cette démarche, elle demeure préoccupée par la volonté manifeste du gouvernement d'accroître la tarification et le recours au secteur privé à but lucratif à travers le projet de loi 67.

Néanmoins, la consultation actuelle nous apparaît complémentaire et pertinente à cette réflexion plus large, en ce sens qu'elle permet de s'interroger sur la place, le rôle et l'organisation de ces établissements de soins que sont les CHSLD.

L'accessibilité

5

D'emblée, telle que soulignée dans le document de consultation, la question de l'accessibilité aux CHSLD s'impose, même si l'on ne peut la détacher de l'enjeu global de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie. Qui a accès à une place dans un CHSLD? Sous quels critères? Cet accès doit-il être accru? Doit-on diriger les adultes en perte d'autonomie vers des ressources en milieu de vie plus adaptées aux besoins des personnes hébergées? Voilà des questions cruciales auxquelles il convient de répondre parce qu'elles sont, à nos yeux, déterminantes.

À l'heure actuelle, les places en CHSLD sont déterminées en fonction du nombre d'heures/soins requises pour les patient-e-s hébergé-e-s. Ainsi, les personnes nécessitant 3 heures/soins et plus devraient être hébergées dans des CHSLD. Cependant, la réalité diffère malheureusement de ce principe.

Selon les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fournis dans le document de consultation, il y aurait, en date du 31 mars 2013, 3 826 adultes en attente d'un lit en CHSLD au Québec, dont 3 541 ont 65 ans et plus. Par ailleurs, l'Association québécoise des retraités du secteur public et parapublic (AQRP) comptabilise 8 698 personnes en attente d'une place en CHSLD au Québec¹. Bien que l'on puisse interpréter les chiffres de différentes manières, un constat demeure : l'offre actuelle de lits en CHSLD n'arrive pas à combler la demande.

De plus, il y a tout lieu de penser que ce déficit ira en s'accroissant avec le temps. Ainsi, le vieillissement de la population est un élément difficile à éviter puisque, selon le MSSS, « La proportion de Québécois de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 % et 13 % à la fin des années 1990, passera à 25 % en 2031² ». Parallèlement à

¹ AQRP. 2013. *Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie: près de 9 000 personnes en attente d'une place au Québec*. Chiffres recueillis et publiés le 27 mai 2013 à partir d'un document obtenu en vertu d'une demande d'accès à l'information. [En ligne]. [<http://aqrp.qc.ca/nouvelles/hebergement-pour-les-personnes-en-perte-d-autonomie-pres-de-9-000-personnes-en-attente-d-une-place-au-quebec-401>]. (Consulté le 11 janvier 2014).

² MSSS. *L'autonomie pour tous*. « La proportion de Québécois de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 et 13 % à la fin des années 1990, passera à 25 % en 2031 ». [En ligne]. [www.autonomie.gouv.qc.ca/situations-actuelles-et-previsions/vieillessement-de-la-population]. (Consulté le 09 janvier 2014).

l'accroissement de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, on constate une diminution de l'offre de lits en CHSLD, de l'ordre de 4 % entre 2006 et 2010. De même, les récentes annonces de fermetures de 650 lits de CHSLD dans les régions de Montréal et de Québec s'inscrivent dans la même tendance. On peut présumer qu'elle se poursuivra et s'accroîtra, puisque le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Réjean Hébert, indiquait à l'Assemblée nationale en mai dernier, avoir connaissance de 87 CHSLD en situation de vétusté³. S'agit-il de transformer des lits de CHSLD en lits de ressources intermédiaires avec des services moindres? Ou encore de faire de toutes les chambres des chambres privées et d'ajuster les tarifs en conséquence, comme cela a été évoqué pour les établissements à vocation universitaire, soit le CHUM et le CUSM, qui n'offriront que des chambres privées? La FIQ estime que les personnes âgées ne doivent pas faire l'objet d'une tarification abusive et que le ministère et le gouvernement doivent plutôt miser sur l'impôt sur le revenu pour rehausser leurs entrées de fonds.

Enfin, des appels d'offres pour des places de CHSLD en sous-traitance ont été lancés dans la région de Montréal afin de combler des besoins à court terme. Néanmoins, il est à se demander si ces ajouts temporaires, d'une durée de trois ans, ne serviront pas simplement à accueillir les personnes en perte d'autonomie que les établissements hospitaliers doivent transférer ailleurs, sous peine de sanctions financières. On peut aussi se questionner sur l'aspect temporaire de cette sous-traitance.

OBLIGATION DE SOLUTION

Cette situation est intolérable et inacceptable parce qu'elle nie, à des citoyen-ne-s en situation de vulnérabilité, l'accès à des soins et des services de qualité. Il est de notre devoir collectif de s'assurer que les adultes en perte d'autonomie puissent vivre où ils le souhaitent sans compromettre leur accès à des soins et des services, et ce, sans

³ Québec. Assemblée nationale. *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, mardi 14 mai 2013, vol. 43, n° 51.

égard à leur capacité de payer. En effet, la pénurie actuelle de lits en CHSLD fait en sorte que les plus fortunés sont en mesure d'avoir accès à de l'hébergement à la hauteur de leurs besoins dans des CHSLD privés, alors que ceux qui n'en ont pas les moyens doivent se résoudre à vivre dans des ressources intermédiaires inadaptées à leurs besoins. De plus, l'appât du gain des propriétaires de ces ressources intermédiaires demeure un incitatif à ne pas tenir compte de l'ensemble de ces besoins et à ne pas y répondre de manière adéquate. Dans un cas comme dans l'autre, ce sont les ressources privées qui tirent bénéfices de la situation de pénurie actuelle, et ce, au détriment de l'équité dans l'accès à des soins et à des services de qualité.

Maintenir le réseau actuel

La FIQ est d'avis qu'un CHSLD est et doit demeurer un milieu de soins, mais un milieu de soins humain. En ce sens, il est indéniable que le **réseau actuel de CHSLD, plus précisément publics et privés conventionnés (soit 38 261 lits), doit être maintenu** et que les fermetures de lits **doivent cesser immédiatement**. Une partie des adultes en perte d'autonomie requiert des soins aigus qui, dans certaines situations, ne peuvent être prodigués efficacement qu'en milieu institutionnel. Toutefois, il est impératif de **renforcer la capacité des usager-ère-s à choisir** le milieu dans lequel ils souhaitent vivre et se faire soigner. Dans la mesure où une personne, en regard de sa condition et de ses besoins, fait le choix de vivre en CHSLD, des lits doivent être disponibles. C'est pourquoi il nous apparaît essentiel de maintenir l'offre actuelle de CHSLD.

L'innovation à la rescousse

Si le secteur public a pu, à une certaine époque, remplir un rôle important dans la prestation des soins et des services, la conjoncture actuelle et à venir nous oblige à ouvrir nos horizons et à dépasser notre cadre d'analyse habituel. Les choix politiques des dernières années ayant gravement précarisé les finances publiques, la Fédération en arrive à la conclusion que le secteur public n'a plus la

capacité de répondre à la demande croissante d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie. Pour la FIQ, il est pour le moins illusoire de penser que le trésor public pourrait être en mesure de supporter le développement de ressources d'hébergement de manière à répondre à l'ensemble des besoins croissants.

À cet égard, la FIQ a définitivement choisi son camp. Dans la foulée des orientations prises lors de son congrès de 2011, la Fédération souhaite mettre à l'avant-plan la nécessité de se porter à la défense des patient-e-s et des professionnelles en soins qui les soignent. La véritable crise de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie qui se profile déjà doit devenir le centre de nos préoccupations. Ainsi, des solutions novatrices doivent s'imposer, quitte à délaissier des structures qui ne sont plus en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la population.

De nouveaux modèles d'hébergement

Tel que présenté lors de la consultation sur le Livre blanc ayant trait à la création de l'assurance autonomie, la Fédération estime que c'est dans la recherche de modèles audacieux et novateurs d'hébergement que réside une bonne partie de la solution. Ainsi, notre organisation croit fermement en la nécessité de développer un réseau de maisons pour aîné-e-s dans le secteur privé à but non lucratif. Des maisons et des milieux d'hébergement à l'échelle humaine, où les personnes qui y demeurent pourront décider collectivement des services qu'elles veulent recevoir, en fonction de leur réalité propre ou de leur état de santé. C'est également un lieu dans lequel les professionnelles en soins pourront être davantage impliquées et jouir d'une autonomie qui leur permettra d'utiliser leurs capacités à leur plein potentiel.

En ce sens, la Fédération croit que l'accès aux soins et aux services doit désormais être basé sur le choix et les besoins des personnes en perte d'autonomie plutôt que sur le concept rigide d'heures/soins. Par le fait même, les modèles d'hébergement que nous proposons doivent être en mesure de s'adapter à la clientèle, et non plus le contraire, comme c'est malheureusement le cas aujourd'hui.

Puisque les CHSLD ne sont pas, selon l'avis de la FIQ, des milieux de vie, tel qu'on le prétend, il y a fort à parier que peu de personnes feront le choix de vivre en CHSLD. En effet, il a été démontré à maintes reprises que les personnes âgées en perte d'autonomie opteraient massivement pour un milieu de vie adapté à leurs besoins si ce choix existait réellement⁴. C'est donc ce vœu, partagé par une majorité d'aîné-e-s en perte d'autonomie, qui doit inspirer et guider les modèles que nous proposons.

Par ailleurs, la FIQ estime que ces modèles doivent obéir minimalement à certaines balises pour être en mesure de répondre adéquatement aux objectifs poursuivis. Ainsi :

- ◆ Les projets doivent émerger des communautés afin qu'ils soient représentatifs de leurs besoins et que les citoyen-ne-s soient réellement au cœur des services qu'ils reçoivent;
- ◆ La population et les professionnelles en soins doivent avoir du pouvoir en ce qui concerne les décisions qui seront prises dans ces différents milieux;
- ◆ Les professionnelles en soins doivent pouvoir jouer le rôle qui leur revient dans l'offre de services à la population;
- ◆ Les services offerts doivent être financés adéquatement et publiquement pour en assurer la qualité. Les infrastructures pourraient, toutefois, être financées par la communauté tout en demeurant en dehors de la logique du profit.

⁴ AQESSS. 2011. *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*, p.22-23. [En ligne]. [\[www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf\]](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf). (Consulté le 10 janvier 2014).

Le financement des CHSLD

10

Il a longtemps été assez difficile de connaître le coût d'une place en CHSLD. Or, le Vérificateur général nous apprenait dans son rapport de vérification des services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, présenté au printemps 2012⁵, que le coût d'une place d'hébergement varie substantiellement selon qu'il s'agisse d'une place dans le secteur public, dans un établissement privé conventionné (EPC) ou d'achats de places au secteur privé⁶.

Dans le secteur public, le coût brut varie entre 61 551 \$ et 90 820 \$. On observe des variations semblables dans les établissements privés conventionnés et dans l'achat de places dans le secteur privé. Le document de consultation de la commission a établi le coût moyen annuel d'une place à 74 973 \$, en 2011-2012, soit 205,41 \$ par jour.

Or, comme mentionné précédemment, il n'existe pas que des CHSLD publics. Actuellement, cinq contrats de partenariats « public-privé » sont en cours en Montérégie et à Laval. D'ailleurs, le document de consultation laisse entendre que la formule pourrait bien être reprise en dépit des annonces précédentes du gouvernement à l'effet de ne pas poursuivre dans cette voie. La firme indépendante MCE Conseils nous apprenait, en 2011, qu'une place au CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf, le premier PPP à avoir été signé dans le secteur de l'hébergement, revient à 60 247 \$ par année⁷, soit 165,06 \$ par jour, c'est-à-dire 40 \$ par jour de moins, en moyenne, que dans un CHSLD public.

Comment interpréter ce montant? Tout d'abord, il ne faut pas perdre de vue que les caractéristiques de la clientèle hébergée ne diffèrent

⁵ Vérificateur général du Québec. 2012. *Vérification de l'optimisation des ressources. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013*, chapitre 4 : Services d'hébergement, Personnes âgées en perte d'autonomie. [En ligne]. [\[www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf\]](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf). (Consulté le 15 janvier 2014).

⁶ *Ibid.*, p. 25.

⁷ MCE Conseils. 2011. CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf, (CHSLD PPP), Hébergement et soins en CHSLD accordés dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP) avec l'ASSS de la Montérégie, Rapport. [En ligne]. [\[www.sisp.qc.net/fileadmin/SITES/SISP/documents_SISP/Avis-Memoires/11-04_CSSS_ChampplainAnalyseCouts.pdf\]](http://www.sisp.qc.net/fileadmin/SITES/SISP/documents_SISP/Avis-Memoires/11-04_CSSS_ChampplainAnalyseCouts.pdf). (Consulté le 15 janvier 2014). Coût du PPP St-Lambert-sur-le-Golf : 60 247 \$/place/an = 165,06 \$/place/jour.

pas substantiellement d'un établissement à l'autre. Pour se qualifier, un-e usager-ère doit avoir un profil Iso-SMAF de 10 à 14, c'est-à-dire qu'il doit être en très grande perte d'autonomie. Ensuite, comme les profils de clientèles sont les mêmes, et que le promoteur privé doit retirer une marge de profit de son activité pour assurer sa rentabilité, il ne reste que les conditions de travail du personnel ou la qualité des soins sur lesquels le promoteur peut rogner pour joindre les deux bouts.

Par ailleurs, malgré le coût inférieur d'un lit dans un CHSLD en PPP, il a été démontré que le choix de cette formule est loin d'être avantageuse pour les contribuables et les finances publiques. Ainsi, une étude de la firme indépendante MCE Conseils révélait, en 2011, que le CHSLD St-Lambert-sur-le-golf, réalisé en mode PPP, coûterait au minimum 60 millions de dollars de plus que s'il avait été réalisé en mode traditionnel⁸.

Devant l'évidence, la FIQ s'était réjouie d'entendre le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Réjean Hébert, affirmer en octobre 2013 que « [...] il n'est pas question d'aller dans d'autres PPP⁹ ». Or, la Fédération comprend mal que, dans le document de consultation, le gouvernement considère toujours que le mode PPP « [...] constitue une option pour diversifier les modes de financement ». Pourtant, les paramètres du mode PPP n'ont pas changé. Ainsi, pour la FIQ, le mode PPP ne doit, en aucun cas, être encore considéré comme une option que ce soit dans les services publics, dans le secteur de la santé ou encore, plus particulièrement, dans le domaine de l'hébergement des personnes âgées.

L'achat de places en CHSLD auprès du secteur privé semble aussi être une nouvelle mode. En effet, invoquant l'urgence d'agir, l'Agence régionale de la Capitale-Nationale, en 2007, avait conclu un contrat de 20 ans avec un promoteur privé pour l'achat de

⁸ MCE Conseils. 2011. *Analyse avantages-coûts. CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf. Hébergement et soins en CHSLD accordés dans le cadre d'un partenariat public-privé avec l'ASSS de la Montérégie*. [En ligne]. [\[www.ledevoir.com/documents/pdf/CHSLDsynthese210411.pdf\]](http://www.ledevoir.com/documents/pdf/CHSLDsynthese210411.pdf). (Consulté le 16 janvier 2014).

⁹ Mélanie Marquis. « Pas question de PPP pour les péquistes, assure Réjean Hébert », *Le Devoir*, 8 octobre 2013.

116 places. Le contrat, revu à deux reprises, n'a jamais fait l'objet d'un appel d'offres. Il porte aujourd'hui sur 256 places et a doublé de valeur, de telle sorte qu'il atteint pratiquement les 18 millions de dollars par année, selon le Vérificateur général¹⁰. Ce montant équivaut à 70 312,50 \$ par place par année, soit 192,64 \$ par jour. En réalité, avec ce type de contrat, le promoteur est mieux rémunéré que dans le cas d'un PPP. Peut-on penser que la qualité des soins est supérieure, ou la différence va-t-elle au seul paiement de la marge de profit?

L'Agence régionale de la santé et des services sociaux de Montréal a aussi invoqué l'urgence d'agir lorsqu'elle a publié, le 3 janvier 2014, 11 contrats de gré à gré à être conclus avec des CHSLD privés pour un an, avec des options de renouvellement pour deux autres années. Ces contrats avaient une valeur variant entre 7,1 millions de dollars et 20,6 millions de dollars selon le nombre de lits achetés. Le coût quotidien d'une place a été fixé par l'Agence régionale à 115,87 \$ par jour. L'Agence de Montréal a invoqué l'urgence d'agir alors qu'elle avait elle-même menacé les établissements, en juillet 2013, de leur imposer des amendes de 984 \$ par jour pour chaque patient-e de longue durée hébergé-e dans des lits de soins actifs, une mesure approuvée par le ministre¹¹.

Cette stratégie s'avère toutefois fort préoccupante. Comme le Protecteur du citoyen le relevait dans son Rapport annuel d'activités 2012-2013, il semble qu'un tel recours au secteur privé, afin de tenter de résoudre les problèmes récurrents d'engorgement des urgences, soulève de vives préoccupations :

« [...] le Protecteur du citoyen a constaté, lors du traitement de plaintes et de signalements, que la poursuite de cet objectif entraînait des situations préjudiciables aux usagers. Ainsi, des personnes âgées hébergées au moyen de places achetées par

¹⁰ Vérificateur général, *op. cit.*, p. 22 et 23.

¹¹ Amélie Daoust-Boisvert. « Pas d'amendes pour forcer le retrait d'aînés des hôpitaux avant janvier », *Le Devoir*, 14 novembre 2013. Voir aussi : Ariane Lacoursière. « Les hôpitaux pourraient aussi écoper pour libérer des lits occupés par des aînés », *La Presse*, 14 novembre 2013.

le réseau public auprès de ressources privées se sont retrouvées dans des contextes d'hébergement qui ne permettent pas toujours d'offrir une réponse adéquate à leurs besoins¹² ».

Parmi les problèmes soulevés figurent notamment un manque de formation du personnel ainsi que des lacunes dans la surveillance des résident-e-s. Aussi, ce même rapport fait état de questionnements quant au contrôle de la qualité réellement effectué par l'Agence concernée et à l'apport de correctifs pourtant requis afin de mettre en place un milieu de vie et de soins de qualité¹³. Le tarif de 115,87 \$ par jour, fixé par l'Agence régionale de Montréal, est passablement inférieur au tarif plafond fixé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa circulaire du mois d'avril 2013, à savoir 211 \$ par résident pour un CHSLD de 224 lits et plus, soit le plus bas des tarifs. En fait, le MSSS a fixé des tarifs supérieurs à ce qu'il lui en coûte actuellement dans le secteur public. Pour quelle raison? Qui plus est, ces tarifs ne tiennent pas compte du degré de perte d'autonomie des patient-e-s hébergé-e-s, soit un Iso-SMAF de 9 avec condition médicale associée et de 10 à 14, alors que le Vérificateur général avait soulevé la question de la modulation dans son rapport de 2012¹⁴.

Enfin, il est à souligner que la FIQ est une organisation qui, conformément à sa mission et à sa raison d'être, promeut des valeurs d'égalité et de justice sociale. En ce sens, le mode de financement qui correspond à ces mêmes valeurs demeure l'impôt sur le revenu des particuliers et des entreprises, modulé de manière progressive. Pour la Fédération, l'impôt sur le revenu doit s'imposer pour le financement des services publics, parce qu'il est garant des valeurs de justice sociale, de par sa fonction redistributive. De plus, la FIQ estime nécessaire de recourir à l'impôt sur le revenu afin de financer adéquatement le réseau d'hébergement privé à but non lucratif que nous avons évoqué précédemment.

¹² Protecteur du citoyen. *Rapport annuel d'activités 2012-2013*, p. 78.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Vérificateur général du Québec. *Op. cit.*, p. 23.

En ce sens, la FIQ est inquiète de la volonté de plus en plus manifeste du gouvernement actuel de déplacer progressivement le financement des services publics vers une tarification accrue. Est-il utile de rappeler que ces orientations s'inscrivent en droite ligne avec la « révolution culturelle » chère à l'ex-ministre des finances libéral, Raymond Bachand?

Bien que la FIQ comprenne l'enjeu que constitue la pérennité des finances publiques, la tarification ne saurait être une fatalité et la seule option budgétaire à la disposition du gouvernement. À cet égard, en tant que membre de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, la Fédération souhaite attirer l'attention des élu-e-s de l'Assemblée nationale sur les nombreuses options fiscales et budgétaires à leur disposition pour assurer un financement accru des finances publiques, tout en préservant les principes d'équité, d'égalité, de solidarité et de justice sociale. D'ailleurs, vous trouverez, à l'Annexe 1, le Tableau des solutions fiscales et des mesures de contrôle des dépenses de la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics¹⁵.

En ce sens, la FIQ a la ferme conviction que les choix en matière de financement des services publics dépendent d'abord et avant tout des valeurs prônées par le gouvernement et de sa volonté politique à les mettre en œuvre. À cet effet, le gouvernement actuel devrait s'éloigner du catéchisme néolibéral, au profit d'une laïcité économique empreinte de solidarité et de justice sociale.

¹⁵ Voir également : [www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/SolutionsFiscales.pdf].

L'approche milieu de vie : un leurre

15

Dans le cadre de ses orientations ministérielles en matière de création de milieux de vie pour les personnes hébergées en CHSLD, le gouvernement se basait sur les principes directeurs suivants :

- ♦ Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement;
- ♦ L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle;
- ♦ La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie;
- ♦ L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision;
- ♦ La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité;
- ♦ Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination;
- ♦ L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs¹⁶.

Les militantes consultées par la Fédération sont unanimes sur le fait que les orientations ministérielles visant la mise en place d'une approche « milieu de vie » ne sont pas réellement appliquées dans les CHSLD. Pour elles, il est clair que les CHSLD constituent avant tout des milieux de soins qu'il importe d'humaniser. La charge de travail des professionnelles en soins fait en sorte qu'il est souvent irréaliste de jouer le rôle qui est exigé d'elles. Ceci fait en sorte qu'elles sont contraintes de se concentrer davantage sur les soins et

¹⁶ Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Octobre 2003. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles.*

obligées de relayer au second plan l'aspect psychologique de la relation thérapeutique ainsi que l'aspect social visant l'implication des proches aidant-e-s et de la famille. Pour la Fédération, il est donc nécessaire que les professionnelles en soins puissent bénéficier d'une certaine latitude professionnelle afin de leur permettre d'exercer les différentes facettes de leur pratique, ce qui va d'ailleurs dans le sens des modalités d'application identifiées par le ministère¹⁷. Il est donc nécessaire d'adapter la charge de travail en conséquence et de se doter de ratios de professionnelles/patient-e-s adéquats. La mise en place de projets en réorganisation du travail, qui ont pour principaux objectifs la performance et l'optimisation des services, va donc dans le sens inverse à l'approche milieu de vie.

Dans les faits, la mise en place de l'approche milieu de vie se limite principalement à la personnalisation des chambres, mais bien souvent leur vétusté ou leur caractère exigü limite considérablement les aménagements possibles. Certains établissements ont instauré une certaine flexibilité dans les heures de lever et de coucher ainsi que dans l'heure ou le choix des repas. Par contre, les militantes nous rapportent que trop souvent certaines personnes moins lucides ou sans famille sont levées très tôt pour être couchées très tôt, parfois même vers 17 h, en raison du manque d'effectifs. Nous sommes alors très loin d'un réel milieu de vie.

Une autre modalité d'application, identifiée par le ministère, était la création de micromilieus¹⁸. Pour la Fédération, il s'agit d'un incontournable. Les personnes âgées doivent avoir le choix de vivre dans des milieux à échelle humaine, qui se rapprochent le plus possible d'un milieu résidentiel. De plus, il est primordial que les personnes hébergées, ou leur représentant-e le cas échéant, aient leur mot à dire et qu'elles soient impliquées dans la dispensation des soins et des services qui les concernent. De plus, les besoins des personnes doivent être au centre des décisions relatives à ces soins et services. C'est d'ailleurs autour de principes similaires que le

¹⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁸ *Ibid.*, p. 16.

Centre d'hébergement Saint-Eugène, souvent appelé « Les petites maisons de Montmagny-l'Islet », a été développé¹⁹.

Les professionnelles en soins sont celles qui connaissent le mieux leur réalité professionnelle ainsi que la réalité des personnes hébergées. Il est donc essentiel que tout changement menant vers l'implantation de milieux de vie se fasse conjointement avec elles.

¹⁹ Ariane Lacoursière. « Des CHSLD de rêve », *La Presse*, 28 janvier 2012.

L'organisation du travail et des soins

18

La Fédération constate que les réorganisations du travail qui sont implantées dans le réseau ont davantage comme objectif d'aider les gestionnaires à équilibrer leur budget que d'assurer le bien-être réel des patient-e-s et des professionnelles en soins. Les militantes consultées par la Fédération sont d'avis que le nombre de professionnelles en soins qui travaillent en CHSLD est insuffisant pour combler l'ensemble des besoins nécessaires au bien-être quotidien des résident-e-s. Dans ce sens, il est nécessaire de se doter de ratios adéquats de professionnelles en soins par rapport au nombre de personnes hébergées. Bien souvent, les professionnelles sont en mode urgence et n'ont pas le temps de s'assurer du maintien de l'autonomie fonctionnelle des résident-e-s. La mise en place d'orientations ministérielles, visant à favoriser le plus possible l'autonomie des personnes, demeurera d'ailleurs un vœu pieux tant que les professionnelles en soins ne seront pas présentes en nombre suffisant dans les milieux.

Toutefois, la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux est pourtant claire : le réseau des CHSLD doit opérer une modification de l'offre de services en favorisant le remplacement des infirmières par des préposé-e-s aux bénéficiaires. Pour lui, il faut plus de préposé-e-s et moins d'infirmières pour bien répondre aux besoins des patient-e-s²⁰. Pourtant, le nombre d'infirmières en CHSLD est actuellement plus bas au Québec que dans le reste du Canada, exception faite du Nouveau-Brunswick²¹. Cette situation est particulièrement préoccupante. La volonté du ministre est difficile à comprendre dans un contexte où un nombre grandissant d'études viennent démontrer le lien direct entre la qualité des soins offerts et le nombre d'infirmières présentes dans les milieux. De plus, un plus grand nombre d'infirmières auxiliaires présentes pour soutenir les infirmières a pour effet direct une diminution du nombre d'erreurs graves dans la prestation des soins. Ces études démontrent également une diminution des hospitalisations chez les personnes hébergées, lorsqu'il y a un nombre suffisant de professionnelles en

²⁰ Régys Caron. « Québec mise sur les préposés; Le ministre Hébert confirme les coupes dans les services infirmiers », *Le Journal de Montréal*, 28 septembre 2013.

²¹ Philippe Voyer. *Comment analyser les différents ratios en CHSLD?* Présentation faite devant les syndicats affiliés à la FIQ, le 22 novembre 2013.

soins en place²². Malheureusement, la substitution du personnel infirmier se met, peu à peu, en place dans les établissements. En effet, il n'est maintenant plus rare de constater l'absence d'infirmières les soirs et les fins de semaine ainsi que la présence grandissante de préposé-e-s jouant un rôle accru au niveau des soins et des services. En ce sens, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) demande au gouvernement « d'établir dans les meilleurs délais l'offre de services en CHSLD et de donner à ces établissements les moyens d'offrir à leurs résidents, dans leur milieu de vie, les soins infirmiers requis par leur condition physique et mentale²³ ».

Pour la Fédération, la présence de professionnelles en soins en nombre suffisant est un élément primordial. Cependant, de nombreux autres aspects de l'organisation du travail doivent également être pris en considération afin d'assurer une dispensation de soins et de services de qualité, dans le respect des orientations ministérielles visant la création de milieux de vie en CHSLD. Les professionnelles en soins doivent pouvoir exercer pleinement leur champ d'exercice professionnel et, en ce sens, il demeure aberrant pour la Fédération que, dans certains milieux, des infirmières donnent encore des bains ou que des infirmières auxiliaires comptent des couches. Ces professionnelles doivent pouvoir être utilisées à leur plein potentiel.

La dispensation de services et de soins de qualité implique également une stabilité des équipes de soins ainsi qu'une planification adéquate de la main-d'œuvre dans les établissements. Il s'agit de leviers qui sont d'autant plus importants qu'ils favoriseront l'attraction et la rétention du personnel dans les CHSLD, ce qui constitue un défi constant dans ces milieux. Malheureusement, la main d'œuvre indépendante (MOI) est encore trop présente dans les CHSLD, situation qui a un effet direct sur la qualité des services, sur

²² *Ibid.*

²³ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2013. *Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, 22 octobre 2013. [En ligne].

www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/prises_position/oiiq_prise_de_position_en_chsld_20131025.pdf.

la relation thérapeutique qui se développe avec le-la patient-e ainsi que sur la charge de travail des professionnelles en soins salariées de l'établissement. Pour la FIQ, il est essentiel de valoriser davantage le travail des professionnelles en soins qui œuvrent en CHSLD ainsi que de rendre ces milieux plus attractifs.

Les militantes consultées par la Fédération ont également souligné certaines problématiques relatives à la cohabitation entre des personnes âgées et des personnes plus jeunes. En ce sens, la FIQ privilégie le regroupement de clientèles qui présentent des conditions similaires ainsi que la création d'unités prothétiques pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. La Fédération est également d'avis que des professionnelles en soins en nombre suffisant doivent prodiguer les services auprès de ces personnes. En effet, comment justifier que des patient-e-s souffrant de problèmes psychiatriques bénéficient de la présence d'une infirmière pour 5 à 8 patient-e-s dans un hôpital psychiatrique, alors que ce ratio est d'une infirmière pour 50 patient-e-s et plus dans un CHSLD? Malheureusement, les problèmes psychiatriques ne diminuent pas avec l'âge! La situation est similaire pour les personnes qui reçoivent des soins de fin de vie en établissement par rapport au CHSLD²⁴.

La Fédération croit essentiel de réitérer l'importance de situer l'infirmière au centre de l'équipe de soins et de réaffirmer la nécessaire collaboration avec l'infirmière auxiliaire et l'inhalothérapeute dans l'équipe. Pour ce faire, la gouverne des soins infirmiers dans les établissements doit être forte et stable afin de faciliter l'assimilation des rôles de chacun-e des membres de l'équipe de soins. En CHSLD, si les préposé-e-s aux bénéficiaires accomplissent un travail essentiel et font partie intégrante de l'équipe de soins, ils-elles ne peuvent toutefois dispenser de soins médicaux. Les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes doivent être les seules professionnelles en soins à être présentes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

²⁴ Philippe Voyer. *Comment analyser les différents ratios en CHSLD?* Présentation faite devant les syndicats affiliés à la FIQ, le 22 novembre 2013.

La formation du personnel

21

En ce qui concerne la question de la formation du personnel, la Fédération considère que la principale problématique se situe dans la variabilité de l'offre de formation en cours d'emploi présente dans les CHSLD du Québec. D'ailleurs, cet élément nous a été souligné par les militantes lors de notre consultation. Certaines professionnelles bénéficient d'une vaste offre de formation, alors que d'autres doivent se contenter d'une formation minimale ou encore mal adaptée à leurs besoins.

Pour la Fédération, il est essentiel que l'ensemble des membres de l'équipe de soins puissent avoir accès à une vaste offre de formation, qui tienne compte des besoins et de la diversité de la clientèle et de la nécessité d'humaniser davantage les soins et les services en CHSLD. Également, dans la mesure où le gouvernement voulait implanter une approche de milieux de vie, qui avait notamment pour objectif de rendre ces milieux plus humains, il aurait dû s'assurer que les professionnel-le-s de l'équipe de soins soient correctement formé-e-s par rapport à cette approche. Une enquête, menée en 2007 par la Fédération et l'Alliance interprofessionnelle de Montréal (AIM), au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jean-Mance, révélait que 59 % des répondantes avaient reçu de la formation sur l'approche, mais que 63 % des répondantes estimaient ne pas avoir bénéficié de suffisamment de formation ou d'information sur l'implantation d'un milieu de vie²⁵. La formation, en ce sens, n'a donc pas été suffisante. Ce constat a été réaffirmé par les militantes consultées dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Également, rappelons que tous les CHSLD ont l'obligation de se doter d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan peut contenir « des mesures relatives à l'accueil des employés, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence [...] leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière²⁶ ». Ce plan est mis à jour en collaboration avec les salarié-e-s et les syndicats qui les

²⁵ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. 2007. *Résultats d'enquête sur les milieux de vie au CSSS Jeanne-Mance, Syndicat AIM-FIQ du CSSS Jeanne-Mance.*

²⁶ Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, article 231.

représentent. La Fédération croit que la mise en place de plans de développement des ressources humaines (PDRH) qui comportent une variété de moyens de formation aura sans contredit un effet d'attraction et de rétention des professionnelles en soins œuvrant dans les CHSLD. Les militantes consultées nous ont fait mention de programmes de préceptorat et de mentorat qui fonctionnent bien dans certains établissements et qui font en sorte de mieux outiller les professionnelles en soins, particulièrement les nouvelles salariées. Par contre, les militantes nous ont également fait mention de difficultés relatives aux libérations nécessaires au suivi des formations. Pour la Fédération, il s'agit d'une aberration à laquelle le PDRH devrait également apporter des solutions.

Afin de permettre aux professionnelles en soins d'exercer pleinement leur rôle, la FIQ est d'avis que les établissements doivent poursuivre les formations en lien avec les activités professionnelles qui leur sont réservées. Il existe encore, malheureusement, une certaine méconnaissance des rôles professionnels. Également, les infirmières auxiliaires doivent pouvoir bénéficier des formations qui sont obligatoires à l'exercice de certaines activités réservées par voie réglementaire²⁷. Malheureusement, une trop faible proportion des infirmières auxiliaires bénéficient actuellement du droit d'exercer les activités professionnelles incontournables en CHSLD.

La réalité des CHSLD fait en sorte que les personnes hébergées présentent de plus en plus de problèmes cognitifs qui peuvent les amener à être violentes ou agressives envers le personnel. Les militantes de la FIQ désirent donc insister sur le fait que les professionnelles en soins devraient être davantage outillées pour intervenir lorsque se présente une situation de crise, qui peut affecter directement leur sécurité ainsi que celle du-de la patient-e.

²⁷ Québec. *Règlement sur certaines activités pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire*, Code des professions.

Conclusion

23

La présente consultation s'avère l'occasion d'aborder, une fois de plus, l'épineuse question des conditions de vie des personnes hébergées, dans le cas présent, en CHSLD. Force est de constater l'ampleur des enjeux et des défis qui se posent quant à leur amélioration. Toutefois, un fait demeure : il est urgent d'agir pour le meilleur intérêt des personnes parmi les plus vulnérables de notre société, soit celles en perte d'autonomie.

Pour la Fédération, les centres d'hébergement et de soins de longue durée demeurent d'abord et avant tout des milieux de soins. Bien que louable, l'implantation de la philosophie « milieu de vie » ne s'avère que théorique, du moins dans la conjoncture actuelle. C'est d'ailleurs ce qu'ont éloquemment exprimé les militantes consultées. Et, malheureusement, cette philosophie restera théorique tant qu'une volonté réelle d'assurer les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires ne sera pas mise en œuvre, et que des solutions de remplacement visant à contrer l'accaparement de secteur de l'hébergement par le privé à but lucratif ne seront pas déployées. À ce chapitre, la FIQ propose d'ailleurs un nouveau modèle d'hébergement, à échelle humaine, qui se rapproche du milieu résidentiel et se situe en dehors de la logique du profit. Souhaitons que celui-ci sera examiné avec intérêt.

Ceci étant, nombreuses sont les préoccupations de la Fédération quant au contexte actuel entourant les CHSLD. Au nombre de celles-ci figurent l'accessibilité aux CHSLD et leur financement. À l'aune du vieillissement de la population et de toute l'attention portée au « vivre dans la dignité », il est de notre devoir collectif de s'assurer que les personnes en perte d'autonomie sont en mesure de vivre dans le milieu de leur choix, en sécurité, et ce, sans égard à leur capacité de payer. Il devient donc indispensable que la fermeture de lits offerts en CHSLD publics cesse, et que le transfert de l'offre vers le secteur privé à but lucratif prenne également fin. Servir l'âge d'or sur un plateau d'argent... cette pratique doit être abolie! L'hébergement des personnes en perte d'autonomie doit se faire par un financement public, assuré par des impôts progressifs.

Parallèlement, l'organisation du travail recèle de nombreux leviers d'amélioration des conditions de vie en CHSLD, particulièrement celui entourant la pratique des professionnelles en soins. Diminution

de la charge de travail, latitude professionnelle et décisionnelle, professionnelles en soins en nombre suffisant et utilisées à leur plein potentiel, fin du recours à la main-d'œuvre indépendante, offre de formation suffisante et adaptée sont autant de facteurs qui contribuent directement à la qualité et à la sécurité des soins et des services. La valorisation de la contribution des infirmières, des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes s'avère incontournable, ce qui n'est malheureusement que trop peu le cas actuellement.

Enfin, l'on n'insistera jamais assez sur l'importance de prendre aussi soin de celles qui prennent soin. À cet égard, l'amélioration des conditions de vie des personnes résidant en CHSLD passe inévitablement par l'amélioration des conditions de vie et d'exercice des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires.

Annexe 1

25

Tableau des solutions fiscales et mesure de contrôle des dépenses

Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics TABLEAU DES SOLUTIONS FISCALES ET MESURES DE CONTRÔLE DES DÉPENSES Juin 2013			
Mesures de contrôle des dépenses (argent récupéré annuellement en millions de \$)			
Revenus fiscaux supplémentaires (argent récupéré annuellement en millions de \$)			
A- RÉINSTITAURER LA PROGRESSIVITÉ DE L'IMPÔT DES PARTICULIERS			
1	Établir 10 paliers d'imposition (paliers proposés)		1 000 M\$
	15 % = 10 925 \$ à 24 999 \$	26 % = 60 000 \$ à 69 999 \$	
	16 % = 25 000 \$ à 34 999 \$	28 % = 70 000 \$ à 99 999 \$	
	18 % = 35 000 \$ à 39 999 \$	30 % = 100 000 \$ à 149 999 \$	
	20 % = 40 000 \$ à 49 999 \$	32 % = 150 000 \$ à 199 999 \$	
	24 % = 50 000 \$ à 59 999 \$	34 % = 200 000 \$ et plus	
2	Abolir le crédit d'impôt sur les gains en capital des particuliers		556 M\$
3	Diminuer le plafond des REER (de 23 820 \$ à 12 000 \$)		300 M\$
4	Réduire les crédits d'impôt pour dividendes (50 % de 315 millions \$ en 2012)		157 M\$
5	Moduler les taxes à la consommation en fonction des biens achetés		745 M\$
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 % (actuellement à 11,9 %)		1 220 M\$
7	Augmenter la contribution fiscale des institutions financières notamment en rétablissant la taxe sur le capital pour les entreprises financières		600 M\$
8	Revoir les mesures fiscales destinées aux entreprises : 8.1 Abolir le crédit d'impôt pour gain en capital (402 M\$); 8.2 Éliminer les mesures permettant de reporter le paiement des impôts dus (568 M\$); 8.3 Revoir les politiques de congés fiscaux (238 M\$)		1 210 M\$
9	Réduire les subventions aux entreprises		500 M\$
10	Augmenter les redevances sur les ressources naturelles (dans le respect des revendications autochtones et en tenant compte du partage des revenus avec les communautés locales) (ex. : l'industrie minière — redevances hybrides sur la valeur brute (3 à 8 %) et sur les profits (10 à 25 %))		410 M\$
11	Abolir les contrats secrets avec Hydro-Québec		890 M\$
C- LUTTER CONTRE LA FRAUDE			
12	Lutter contre l'évasion fiscale et l'évitement fiscal		500 M\$
13	Lutter contre la corruption dans l'attribution des contrats gouvernementaux (ex. : dans le domaine de la construction)		600 M\$
D- MESURES DIVERSES			
14	Cesser de recourir aux agences de placement privées dans les institutions publiques de santé		71 M\$
15	Adopter des mesures de contrôle du coût des médicaments, dont l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments		1 000 M\$
16	Utiliser le logiciel libre par l'ensemble de l'appareil gouvernemental		266 M\$
E- AUTRES SOLUTIONS FISCALES POTENTIELLES À L'ÉTUDE			
La Coalition ne dispose pas des données nécessaires pour estimer un montant d'économies lié à ces mesures.			
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 DE LA PROJECTION			3 950 M\$ 6 075 M\$
GRAND TOTAL (revenus fiscaux + contrôle des dépenses)			10 025 M\$

Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, *Mettons la richesse à NOS services, Solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses*, juin 2013, p. 3.