

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 15 septembre 2011

Projet de loi n° 16

Loi modifiant diverses dispositions législatives en
matière de santé et de services sociaux afin
notamment de resserrer le processus de certification
des résidences pour personnes âgées

Servir l'âge d'or sur un plateau d'argent

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Résumé

i

Dès la première lecture du projet de loi n° 16, un constat s'impose : pourquoi déposer un projet portant à la fois sur la certification des résidences pour personnes âgées et sur les groupes d'approvisionnement en commun de biens ou de services dans le réseau de la santé? Comme dans bien d'autres situations où il cherche à taire un phénomène, le gouvernement a choisi de déposer un projet de loi incluant deux sujets sans rapport apparent l'un avec l'autre. La FIQ est d'avis que le gouvernement a probablement voulu attirer toute l'attention médiatique sur le resserrement du processus de certification, en réponse aux pressions populaires importantes visant à faire cesser les situations de maltraitances, d'abus et de négligences à l'égard des personnes âgées hébergées, et passer sous silence les importantes réformes qui résulteront de la création de groupes d'approvisionnement.

Le premier sujet abordé par le projet de loi est la certification des résidences privées. D'entrée de jeu, la Fédération tient à énoncer clairement sa position sur la question. Le resserrement du processus de certification ne garantit en rien une réponse adéquate aux besoins de santé et de soins des personnes hébergées. En d'autres mots, le recours au secteur privé à but lucratif ne peut être le bon choix pour répondre aux besoins des personnes âgées hébergées qui requièrent des soins. D'ailleurs, plusieurs recherches démontrent qu'il existe un rapport clair entre les profits encaissés par une résidence privée et la qualité des soins. L'équation est simple : plus la recherche de profits est grande, moins il y a de chances que les soins offerts soient de qualité, ce qui devrait préoccuper et guider le gouvernement dans ses choix.

La FIQ estime que le gouvernement doit effectuer un virage à 180 degrés dans ses orientations à l'égard des personnes âgées hébergées; il devrait s'assurer que des services et des soins puissent leur être fournis par le secteur public ou en dehors de la logique du profit. En attendant, et considérant que des ressources privées sont en affaires dans ce marché, la Fédération demande que ces entreprises soient soumises au même processus d'agrément et aux mêmes normes que les CHSLD publics, en faisant les adaptations nécessaires. Afin de garantir à la population des services adéquats pour ses proches hébergé-e-s, la FIQ estime que les mécanismes de contrôle sur les résidences privées devraient être beaucoup plus coercitifs que ce qui est proposé actuellement dans le projet de loi.

La FIQ comprend, à la lecture du projet de loi, que telle n'est pas la volonté de la ministre déléguée. Le constat est plutôt que les normes de contrôle se retrouvent allégées lorsque des capitaux privés sont investis. La Fédération craint grandement les effets de ces mesures qui pourraient créer des écarts importants entre les citoyen-ne-s âgé-e-s fortuné-e-s et les plus pauvres. Faut-il aussi rappeler que ces mesures toucheront davantage les femmes?

En 2006, elles représentaient 56 % des Canadien-ne-s de 65 ans et plus et 64 % de celles-ceux de 80 ans et plus. Le projet de loi risque davantage de servir les intérêts des investisseurs que ceux des aîné-e-s vulnérables.

Pourtant, le discours tenu par le gouvernement au moment où des situations de maltraitances ou de négligences défrayaient les manchettes laissait croire que le projet de loi n° 16 aurait des « dents ». La FIQ croyait que ce projet de loi améliorerait les mécanismes de certification actuellement déficients, mais le gouvernement s'est plutôt contenté de déposer un projet inachevé afin de répondre aux pressions de la population. Force est de constater que la marchandise n'a pas été livrée et la Fédération se questionne sérieusement sur la volonté réelle du gouvernement de légiférer sur cette question. La FIQ entend émettre plusieurs commentaires sur le processus de certification, mais il va de soi qu'ils devront être interprétés en tenant compte du fait que le projet de loi comporte de trop nombreux inconnus. Ainsi, sur ce sujet, le projet manque de substance et peut être qualifié de « trop peu, trop tard ».

Voici, succinctement, les principales recommandations de la FIQ en ce qui concerne la certification des résidences pour personnes âgées :

- S'assurer que les personnes âgées aient accès à un hébergement public ou qui s'inscrit en dehors de la logique du profit et, en ce sens, de rechercher des solutions alternatives au développement des résidences privées à but lucratif;
- Proposer des normes beaucoup plus sévères en matière de certification que celles qui sont actuellement formulées dans le projet de loi, en s'inspirant de celles qui s'appliquent dans le réseau public;
- Retirer du projet de loi la possibilité pour une résidence privée d'obtenir une attestation temporaire, qui ne fait que retarder l'échéance de la certification, sans donner de garantie additionnelle de qualité;
- Déposer l'ensemble des projets de règlement en lien avec le projet de loi, lors de son étude détaillée en commission, afin que les parlementaires et le public puissent apprécier, dans son ensemble, le cadre normatif que le gouvernement veut mettre en place.

Le projet de loi n° 16 traite également de la fonction d'approvisionnement au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Les impacts de ce projet peuvent être si importants sur l'économie locale que la Fédération juge déloyal que le gouvernement tente de le faire adopter inopinément, sans débat sur ses motifs réels. La FIQ avance l'hypothèse que cette mesure vise à faire augmenter les valeurs de seuil, dans le but d'ouvrir le secteur de la santé et des services sociaux aux marchés internationaux,

par le biais de l'Accord économique et commercial global (AÉCG) entre le Canada et l'Union Européenne. Les effets de cette ouverture sur le réseau de la santé seraient désastreux, notamment si l'on pense à l'arrivée éventuelle de multinationales de placement temporaire de professionnelles en soins.

Ainsi, en ce qui concerne la fonction d'approvisionnement :

- La FIQ est d'avis qu'une exception devrait nommément être introduite pour exclure les contrats de travail et les contrats de services professionnels de l'application des articles sur l'approvisionnement;
- Selon la compréhension de la FIQ, la volonté du gouvernement est d'atteindre les nouvelles valeurs de seuil risquant d'être introduites dans l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union Européenne, notamment en augmentant le volume d'approvisionnement;
- Le gouvernement devrait prendre des mesures afin de protéger les économies locales de cette ouverture des marchés publics et des politiques relatives à l'approvisionnement.

Malgré le fait que les sujets traités dans le projet de loi soient, à première vue, sans rapport réel l'un avec l'autre, ils s'inscrivent tous deux dans la volonté de plus en plus grande du gouvernement de soumettre les services et les soins de santé aux lois du marché.

Avant-propos

V

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ est une fédération syndicale qui regroupe 60 000 professionnelles en soins. Elle représente la majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes.

Les membres de la Fédération proviennent de tout le Québec et exercent majoritairement dans des établissements publics du réseau de la santé, établissements qui représentent la plupart des missions de ce réseau. 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 privilégiées du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de connaître les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les effets 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 une véritable justice sociale.

La mission de la FIQ, quant à la promotion et à la défense des intérêts professionnels et socioéconomiques de ses membres et concernant l'accessibilité à des services et des soins de santé de qualité et universels, commande qu'elle participe aux diverses consultations visant la réforme du système de santé et touchant les modifications aux dispositions législatives. La Fédération a toujours fait valoir, entre autres, l'importance de préserver le système public des effets du néolibéralisme et de l'intrusion de la notion de profit dans la gestion et la dispensation des services et des soins de santé, de même que la nécessité de préserver des espaces permettant à la population de s'exprimer.

Or, certaines orientations, pratiques et décisions gouvernementales viennent non seulement menacer ces droits, mais s'inscrivent également en contradiction avec l'esprit de transparence, de consultation et de participation démocratique que défend la FIQ. Devant de tels constats, la Fédération ne peut que tirer parti des tribunes qui s'offrent à elle afin de démontrer et de dénoncer, une fois de plus, les possibles effets de tels choix sur les citoyen-ne-s, sur les usager-ère-s ainsi que sur les professionnelles en soins.

Table des matières

Résumé	i
Avant-propos	v
Introduction	1
Les résidences privées pour personnes âgées et le processus de certification.....	2
Un projet de loi essentiellement fait d'inconnu.....	5
Privatiser les services, encore et encore.....	9
De nombreuses mesures, confuses, imprécises et inquiétantes.....	16
Projet de loi n° 16 : S'agit-il de servir l'âge d'or sur un plateau d'argent?	30
La fonction d'approvisionnement	31
Conclusion	40
Annexe	41

Introduction

1

Pour la FIQ, le projet de loi n° 16 n'apporte pas de réponses très rassurantes à la population en ce qui concerne la volonté du gouvernement de préserver les services de santé et les services sociaux des lois du marché. En plus de présenter deux sujets qui sont sans rapport l'un avec l'autre, afin de passer sous silence une importante réforme, le projet ne répond pas au souhait populaire de resserrer le processus de certification des résidences privées pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans un premier temps, la FIQ entend émettre certains commentaires sur la révision du processus de certification qui, d'emblée, est essentiellement faite d'inconnu. Cependant, la volonté d'accélérer et de faciliter la privatisation du secteur de l'hébergement est, elle, très claire. Les mesures présentées dans le projet de loi semblent trop incomplètes pour assurer la sécurité des aîné-e-s. S'agit-il de servir l'âge d'or sur un plateau d'argent? Pour la FIQ, les services et les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie devraient être fournis par le secteur public ou en dehors de la logique du profit.

En ce qui concerne la fonction d'approvisionnement, la Fédération dénonce les aspirations du gouvernement d'imposer à la population une nouvelle vague de fusions forcées visant à faire augmenter les valeurs de seuil et, conséquemment, d'ouvrir le secteur de la santé et des services sociaux aux marchés internationaux. Pour la FIQ, il s'agit probablement d'une manœuvre visant à soumettre le réseau de la santé à l'Accord économique et commercial global (AÉCG).

La FIQ a été surprise d'apprendre, au début des travaux en commission parlementaire, qu'un avant-projet de règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence pour personnes âgées était en circulation, alors qu'aucune information en ce sens ne lui avait été transmise. Après qu'elle en ait fait la demande à la commission, une copie de l'avant-projet de règlement a été fournie à la Fédération mais, compte tenu des délais, le présent mémoire portera uniquement sur le projet de loi n° 16.

LES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES ET LE PROCESSUS DE CERTIFICATION

Le projet de loi n° 16 se veut une réponse politique à une question de société : comment améliorer les soins et les services offerts aux personnes âgées hébergées en résidences? Toutefois, à la lumière des trop nombreux cas médiatisés et du contenu du projet de loi, le gouvernement prend-il les bons moyens pour corriger la situation? La FIQ émet de sérieux doutes sur cette question. La Fédération est plutôt d'avis que le processus de certification devrait être davantage contraignant afin de garantir des services de qualité aux personnes âgées et, ainsi, d'éviter que des entrepreneurs peu scrupuleux investissent davantage le marché des résidences privées.

Le gouvernement Charest et l'hébergement des personnes âgées depuis 2005 : un tableau peu reluisant

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) lançait le Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité. Ce plan avait pour objectif de mieux répondre aux besoins et aux attentes des aîné-e-s, en révisant l'organisation des services qui leur sont offerts. C'est dans ce contexte qu'a été instauré un processus de certification de conformité obligatoire pour les résidences destinées à accueillir les personnes âgées. Le projet de loi n° 83, sanctionné la même année, est venu préciser les balises devant guider cette démarche de certification, en amendement la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

En complément au projet de loi n° 83 est aussi entré en vigueur, le 1^{er} février 2007, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées¹. Essentiellement, ce règlement prévoit les critères sociosanitaires qu'est tenu de respecter tout exploitant d'une résidence pour personnes âgées. Ces critères se divisent en trois grands volets : l'information (les informations à transmettre au-résident-e et aux proches et les renseignements à consigner au dossier), l'organisation (l'aménagement de l'espace, l'accès à des services de santé et à des activités de loisirs et communautaires, les mesures de sécurité) et les pratiques (le respect des résident-e-s et de leurs proches, les activités

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne].
[www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/pa_certification.php] (Consulté le 4 juillet 2011).

professionnelles, la formation requise, les modes d'intervention en cas de perte d'autonomie, l'administration de médicaments et l'alimentation)².

C'est le Conseil québécois d'agrément qui, du moins jusqu'à ce jour, est l'organisme responsable de la vérification du respect de ces critères sociosanitaires par les résidences³. De son côté, l'agence de la santé et des services sociaux (ci-après appelée agence) du territoire où est située la résidence assume le rôle de délivrance du certificat de conformité. L'exploitant doit inscrire chacune de ses résidences au registre des résidences pour personnes âgées, en s'adressant à l'agence, et faire auprès de celle-ci une demande pour obtenir un certificat de conformité. Cette demande est ensuite acheminée au Conseil québécois d'agrément, dont l'un des vérificateurs procédera à la visite de vérification de conformité, après avoir obtenu de l'exploitant les documents et renseignements nécessaires. Une fois que ce rapport de vérification de conformité lui a été transmis, l'agence procède à l'analyse de la demande et délivre le certificat de conformité, si l'exploitant respecte les critères sociosanitaires prévus au règlement ainsi que d'autres exigences (comme l'obligation pour l'exploitant de ne pas avoir été déclaré coupable d'une infraction à la LSSSS ou d'un acte criminel lié à l'exploitation d'une résidence pour personnes âgées). Dans le cas contraire, l'agence refusera de délivrer le certificat de conformité, à moins que l'exploitant n'apporte les correctifs nécessaires⁴.

Initialement, un certificat de conformité était valide pour une durée de deux ans et l'ensemble des résidences devait s'être adonné à l'exercice au plus tard le 14 février 2009. Toutefois, si 2 226 résidences avaient déposé leur demande à cette date, seulement 476 avaient obtenu leur certification⁵. Cet écart s'expliquait, selon le MSSS, au fait que « l'exigence était que tous les propriétaires soient inscrits en date du 14 février et qu'une date d'inspection soit prévue. Parmi les propriétaires non encore certifiés, certains n'ont donc pas encore eu de visite⁶ ». Un délai de quatre mois supplémentaires a donc été accordé aux résidences, portant ainsi l'échéance au 30 juin 2009.

² Conseil québécois d'agrément, [En ligne].

[www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2254] (Consulté le 4 juillet 2011)

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Procédure de délivrance d'un certificat de conformité à l'intention de l'exploitant de la résidence pour personnes âgées*, mai 2007, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-843-03.pdf>].

⁵ Radio-Canada. *Certification de résidences pour personnes âgées : quatre propriétaires sur cinq échouent*. Article publié le 14 février 2009.

⁶ *Ibid.*

L'entrée en vigueur du projet de loi n° 56 en février 2010 a toutefois apporté certaines modifications législatives à ce chapitre : la durée des certificats de conformité est alors passée de deux à trois ans.

Des résidences qui tardent à être certifiées

Dans son rapport annuel 2009-2010, le Conseil québécois d'agrément soutient qu'au 31 mars 2010, 80 % des résidences avaient obtenu un premier certificat de conformité⁷. Le Protecteur du citoyen s'est dit grandement préoccupé de ce retard : « Le nombre croissant de plaintes et de signalements concernant la qualité des services confirme le fondement de cette inquiétude. Tant que le processus de certification n'est pas complété, il n'y a aucune assurance de conformité aux critères sociosanitaires contribuant à garantir la sécurité dans les services⁸ ». Un an plus tard, les choses n'ont guère évolué. Au printemps 2011, lors de l'étude des crédits budgétaires 2011-2012, Dominique Vien a rapporté en commission parlementaire que, dans l'ensemble du Québec, 85 % des résidences étaient certifiées⁹. Dans la région de Montréal, ce taux est toutefois plus faible, soit de 70 %¹⁰.

Il semble que le retard accusé est attribuable à différents facteurs. Selon un sondage réalisé en juillet 2009 par le Regroupement québécois des résidences pour aînés, près de la moitié des sondés ont rencontré des problèmes liés à l'application de certains articles prévus au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité d'une résidence pour personnes âgées. D'une part, les articles 19 et 24 « sont à l'origine, et de loin, du plus grand nombre de difficultés rencontrées par les propriétaires et gestionnaires de résidences¹¹ ». L'obligation d'établir un plan de sécurité incendie, de même que de s'assurer du respect des obligations prévues aux lois et règlements en matière de santé et de sécurité des personnes hébergées (notamment quant à la Loi sur le bâtiment et la Loi sur la sécurité dans les édifices publics) a mis en lumière « la plus importante lacune de cette première ronde de certification : le manque de concertation des nombreuses instances impliquées dans le processus. Il semble, en effet, que les maîtres d'œuvre de la certification au

⁷ Conseil québécois d'agrément, *Rapport annuel 2009-2010*, p. 9.

⁸ Protecteur du citoyen, *Rapport annuel 2009-2010*, p. 96.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Étude des crédits budgétaires 2011-2012, volet aînés*, Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux, 39^e législature, 2^e session, mercredi 13 avril 2011, vol. 42, n° 8.

¹⁰ TVA nouvelles, *Personnes âgées – 30 % des résidences non certifiées*, 7 février 2011, [En ligne]. [<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2011/02/20110207-182739.html>].

¹¹ Regroupement québécois des résidences pour aînés, *L'Adresse*, vol. 5, n° 2, automne 2009, p. 5.

MSSS n'étaient pas informés des intentions du ministère de la Sécurité publique et des services de sécurité incendie d'exiger ces travaux de mise aux normes de résidences qui hébergent des aînés en perte d'autonomie¹² ». Par ailleurs, près du quart des personnes sondées ont rencontré des difficultés dans l'application des articles 15 et 21 du règlement, lesquels portent sur les balises entourant la dispensation des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne et l'administration de médicaments par des non-professionnel-le-s, conformément au Code des professions. Toujours selon le Regroupement, « [I]es gestionnaires ont trouvé beaucoup trop longs les délais de formation du personnel non professionnel par les infirmières des centres de santé et de services sociaux. [...] Les autres reproches adressés à ces organismes sont le trop petit nombre de ressources et d'effectifs nécessaires, la préparation insuffisante ainsi que le manque d'encadrement et de suivi des intervenants des CLSC¹³ ».

Par la suite, les médias se sont employés activement à dénoncer les cas d'abus et de maltraitance de personnes âgées hébergées en résidences privées. La pression publique a été très forte, à un point tel que le gouvernement a pris l'initiative de présenter le projet de loi présentement à l'étude. Il s'agit cependant d'une réponse bien faible à une problématique aussi grave.

UN PROJET DE LOI ESSENTIELLEMENT FAIT D'INCONNU

« J'estime que nous avons là un projet de loi solide qui nous permettrait de bonifier encore davantage le processus de certification¹⁴. » C'est en ces mots que s'est exprimée Dominique Vien, le 12 mai dernier, lors de l'annonce du dépôt du projet de loi n° 16 à l'Assemblée nationale. Bien sûr, la FIQ ne peut être contre les objectifs poursuivis par le projet de loi, soit « renforcer la sécurité, améliorer la qualité de vie et exiger une formation du personnel¹⁵ ». Cependant, la Fédération entretient de sérieux doutes sur l'atteinte de ces objectifs, avec le projet de loi tel que présenté. De plus, la volonté réelle du gouvernement d'agir dans le dossier n'est pas claire. Faut-il rappeler que le projet de loi découle d'une urgence d'agir, à la suite de nombreux constats malheureux établis au cours des derniers mois,

¹² *Ibid.*, p. 5-6.

¹³ *Ibid.* p.5.

¹⁴ *Communiqué de presse* de la ministre déléguée aux Services sociaux, 12 mai 2011, [En ligne]. [<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Mai2011/12/c4028.html>].

¹⁵ *Ibid.*

notamment grâce au concours de journalistes chevronnés dont les reportages sur le sort réservé aux aîné-e-s dans les résidences privées ont scandalisé l'opinion publique. Le projet de loi semble présenté à la hâte, sans réflexion sérieuse sur la question, et ne démontre pas une volonté réelle du gouvernement de légiférer le resserrement des activités des résidences privées.

Après une lecture attentive du projet de loi n° 16, la Fédération se questionne sérieusement sur le réel « mordant » des nouvelles dispositions proposées. Un constat s'impose : sous le couvert de resserrer les balises dans lesquelles les exploitants de résidences pour personnes âgées exercent leurs activités, le projet de loi, dans les faits, s'apparente davantage à une coquille vide. Pourquoi? Nombreuses sont les dispositions qui ne sont que de l'ordre de l'intention. L'utilisation du « peut » plutôt que du « doit » ainsi que le recours à la voie réglementaire qui repousse la détermination des détails fondamentaux, ceux qui interpellent la Fédération, font comprendre que tout est à venir, plus tard, peut-être. Il devient donc quelque peu hasardeux de se prononcer sur un projet de loi dont la portée réelle est inconnue, sinon qu'il vise à répondre à une opinion publique pressée d'être rassurée.

La FIQ estime qu'il est important d'insister sur ce point et de mettre en lumière les nombreux inconnus qui composent le projet de loi n° 16. Il est donc pertinent de s'attarder sur ce que le projet de loi laisse en plan. Celui-ci ne serait-il que de la poudre aux yeux?

Une longue liste de sujets de règlements

La Fédération a fait l'exercice de dresser la liste des diverses dispositions annoncées dans le projet de loi qui devront éventuellement être définies par règlements ou à la suite d'une initiative d'une agence :

1. Les catégories de résidences (art. 9, maintient l'actuelle disposition 346.0.6);
2. Les catégories de services offerts par l'exploitant d'une résidence (art. 7, modifie 346.0.1);
3. Les renseignements devant être recueillis et mis à jour par une agence (art. 7, modifie 346.0.1);
4. Tous autres renseignements qu'une agence devra éventuellement recueillir et mettre à jour, de même que le caractère public ou non de ceux-ci (art. 7, modifie 346.0.1);

5. Les renseignements que l'exploitant doit transmettre ainsi que les qualités et conditions qu'il doit respecter afin de se voir délivrer une attestation temporaire de conformité (art. 9, modifie 346.0.6);
6. Les renseignements et les documents que devra transmettre à l'agence l'exploitant d'une résidence aux fins de renouvellement de son certificat de conformité (art. 9, modifie 346.0.6);
7. Les renseignements et les documents que devra transmettre à l'agence l'exploitant d'une résidence afin de permettre à celle-ci de vérifier si une personne « est accusé[e] ou a été déclaré[e] coupable d'une infraction ou d'un acte criminel ayant un lien avec les aptitudes requises et la conduite nécessaire pour la tenue d'une résidence pour personnes âgées » (art. 9);
8. L'organisme reconnu par le gouvernement ou encore l'instance locale du territoire de l'agence qui sera responsable de procéder aux vérifications requises par le processus de certification, de même que les conditions de ces vérifications (art. 8, remplace 346.0.4);
9. La nature des causes pouvant donner lieu à une prolongation de la période de validité de l'attestation temporaire par une agence, de même que les conditions pouvant être assorties à une telle prolongation (art. 8, remplace 346.0.4);
10. Les critères sociosanitaires auxquels devra se conformer l'exploitant d'une résidence (art. 9, maintient l'actuelle disposition 346.0.6);
11. « [L]es conditions auxquelles doivent satisfaire les membres du personnel et les bénévoles d'une résidence pour personnes âgées ainsi que tout autre personne œuvrant dans une telle résidence selon les responsabilités qu'ils assument, notamment en ce qui a trait à la formation requise ainsi qu'aux conditions de sécurité, y incluant les antécédents judiciaires, de même que les renseignements et documents que ces personnes doivent fournir à l'exploitant de la résidence afin de lui permettre de vérifier le respect de ces conditions » (art. 9, modifie 346.0.6);
12. Les catégories de résidences qui pourraient être exclues de l'application de certains des critères sociosanitaires (art. 9, maintient l'actuelle disposition 346.0.6);
13. « [L]es outils devant être utilisés pour évaluer l'autonomie des personnes âgées qui résident ou souhaitent résider dans une résidence pour personnes âgées ainsi que les modalités d'évaluation de l'autonomie de ces personnes » (art. 9, modifie 346.0.6);
14. Le nombre de chambres ou de logements que comptera une résidence (art. 9, modifie 346.0.6);

15. Le nombre minimal de personnes qui devront être en tout temps présentes dans une résidence afin d'exercer une surveillance adéquate, de même que ce que l'on entend par ceci (art. 10, remplace 346.0.7);
16. La composition et les fonctions d'un comité de milieu de vie qui pourrait être obligatoirement créé dans les résidences comptant plus que le nombre de chambres ou de logements prescrits par règlement (art. 9, modifie 346.0.6);
17. Toute autre mesure nécessaire aux fins de certification (art. 9, maintient l'actuelle disposition 346.0.6);
18. Toute autre norme applicable à l'exploitation d'une résidence (art. 9, modifie 346.0.6);
19. Les dispositions d'un règlement dont la violation constituera une infraction (art. 9, modifie 346.0.6);
20. Les conditions qui devront être respectées par l'exploitant d'une résidence dont l'attestation temporaire de conformité a été révoquée, ou lorsque la délivrance d'un certificat de conformité lui est refusée, jusqu'à la cessation de ses activités (art. 13, modifie 346.0.12);
21. Les moyens que prendra une agence pour informer les résident-e-s de la révocation de l'attestation temporaire ou du refus de délivrance du certificat de conformité, de sa révocation ou de son non-renouvellement (art. 19, modifie 346.0.19);
22. Ce que l'on entend par « motifs raisonnables » qui pourraient laisser croire à une agence que l'exploitant d'une résidence « s'adonne à des pratiques ou tolère une situation qui constituent un danger pour la santé ou la sécurité de ces personnes, dont notamment des actes de négligence ou de violence » (art. 21, modifie 346.0.20).

Le nombre et la nature de ces nombreux inconnus laissent la Fédération perplexe. Alors que l'objectif annoncé du projet de loi n° 16 est de resserrer les règles d'exploitation d'une résidence pour personnes âgées et les conditions que l'exploitant doit obligatoirement respecter, il s'avère que le contenu de celui-ci est loin d'atteindre cet objectif et de pallier les problèmes soulevés dans l'actualité au cours des dernières années. Manifestement, certaines obligations sont annoncées. Toutefois, le détail de celles-ci, la façon dont elles s'articuleront et leur portée réelle sont inconnus. Cet éventuel encadrement, différé par règlement, est particulièrement inquiétant dans un contexte où c'est justement la qualité de celui-ci qui permettra de réellement améliorer les conditions de vie des personnes âgées hébergées dans les résidences.

Et c'est pour quand la réglementation?

Ainsi, aux yeux de la FIQ, il apparaît quelque peu paradoxal que le gouvernement souhaite, par ce projet de loi, confirmer « l'engagement et la volonté ferme du gouvernement de renforcer la sécurité et d'améliorer leur qualité de vie¹⁶ » alors que, notamment, il reporte à plus tard l'adoption des conditions d'obtention du certificat de conformité, qui préciseront les critères sociosanitaires que devront respecter les exploitants. Si la même approche que celle qui prévalait jusqu'à aujourd'hui est maintenue, le règlement qui précisera ces conditions contiendra vraisemblablement différentes obligations au regard de l'information, de l'organisation et des pratiques. Quel sera le délai avant que ne soit adopté le nouveau règlement? Deux ans se sont écoulés entre l'adoption du Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie et l'adoption du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. Est-ce qu'un délai de cet ordre sera encore nécessaire cette fois-ci? Et quelles en seront les conséquences pour les personnes âgées et leurs familles?

PRIVATISER LES SERVICES, ENCORE ET ENCORE

Malgré le fait que le projet de loi comporte de grands inconnus, la FIQ constate que des orientations qui auront des impacts majeurs sur les services aux aîné-e-s sont cependant mises en place. Quels intérêts s'en ont? Ceux des aîné-e-s ou des investisseurs?

La notion d'exploitation et l'ouverture de nouveaux marchés

Certaines modifications qui seront apportées à la définition même de résidence privée suscitent plusieurs questionnements pour la Fédération. Tout d'abord, une modification majeure à la définition réside dans l'introduction de la notion d'« exploitant ». Est-ce une volonté de la ministre déléguée d'ouvrir davantage le marché des résidences pour personnes âgées au secteur privé? La question est suffisamment préoccupante pour l'examiner de plus près. Le premier constat de la FIQ est que le projet de loi, tel que présenté, constitue un pas de plus vers la privatisation des services de santé et des services sociaux. La clientèle ciblée est maintenant les personnes âgées en perte d'autonomie. Les statistiques sont d'ailleurs révélatrices : cette tendance n'est pas nouvelle. La part relative du

¹⁶ *Ibid.*

financement privé dans le total des dépenses des établissements d'hébergement et de soins de longue durée au Québec n'a cessé de croître entre 1980 et 2006, passant de 18,3 % à 42 %¹⁷. On peut également mentionner qu'en 2006, environ 7,5 % des personnes âgées étaient hébergées en résidence privée¹⁸.

La définition de l'exploitation d'une entreprise a été introduite par la réforme du Code civil du Québec, intervenue au début des années 1990. Cette réforme a notamment consacré la séparation entre l'« exploitation d'une entreprise » et sa « propriété ». En effet, le Code civil dispose que :

« Constitue l'exploitation d'une entreprise l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services¹⁹. »

La doctrine enseigne que la « définition de l'entreprise comprend à la fois tant les activités commerciales que les activités professionnelles, artisanales et agricoles et englobe autant celles qui recherchent du profit que celles qui n'en recherchent pas²⁰ ». Cependant, la notion de propriété des lieux de dispensation des services n'est aucunement balisée.

Ce vide juridique créé par le gouvernement a eu des conséquences désastreuses au sein du réseau de la santé, ouvrant encore plus grande la porte à la privatisation des soins. Une première brèche en ce sens vient de la Loi 33²¹ et de l'introduction des centres médicaux spécialisés, qui peuvent être formés de médecins participants et de médecins non participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Une loi similaire, la Loi 95²², est quant à elle venue régir l'exploitation des laboratoires d'imagerie médicale. Ces deux lois établissent une distinction claire entre l'exploitation d'une entreprise et la propriété des lieux. Le ministre

¹⁷ Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, *L'hébergement et les soins de longue durée en établissement au Québec : évolution et tendances de la clientèle, des normes d'hébergement et du financement*, Comparaisons nationales et internationales, octobre 2007, p. 2.

¹⁸ Groupe de travail sur le financement du système de santé, *En avoir plus pour notre argent, Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, février 2008, p. 117.

¹⁹ Code civil du Québec, Article 1525, alinéa 3.

²⁰ Michelle Thériault, *L'entreprise contractuelle*, Collection de droit 2010-2011, volume 9 – Entreprises, sociétés et compagnies, Barreau du Québec, p. 28.

²¹ Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives, L.Q. 2006, c. 43.

²² Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres, L.Q. 2008, c. 28.

Couillard, ministre de la Santé de l'époque, ne s'était d'ailleurs pas caché et avait clairement affirmé en commission parlementaire qu'il n'avait jamais été question que la propriété des cliniques de radiologie et d'imagerie médicale soit exclusivement entre les mains d'intérêts québécois²³.

Force est de constater que cette même distinction entre l'exploitation et la propriété des lieux est une constante qui se retrouve de nouveau dans le projet de loi présentement à l'étude. Un indice clair à cet effet vient du Manuel d'application de la réglementation actuellement en vigueur qui définit l'exploitant comme étant une « [p]ersonne physique ou morale qui exploite une résidence pour personnes âgées à titre de propriétaire ou de responsable de l'exploitation [notre souligné]²⁴ ». Les résidences privées pour personnes âgées pourraient théoriquement être exploitées au Québec, mais être la propriété d'entreprises étrangères, qui n'auraient pas nécessairement le bien-être des aîné-e-s comme première préoccupation. Y a-t-il vraiment une volonté de transférer dans les mains d'intérêts étrangers le bien-être des personnes âgées hébergées ayant besoin de soins et de services de santé? Le FIQ est d'avis que le projet de loi devrait freiner le développement de ressources privées à but lucratif, surtout lorsque des intérêts étrangers sont en cause.

L'exemple des États-Unis démontre qu'il existe un marché réel pouvant intéresser les grandes firmes d'investissement. En 2007, celles-ci avaient acquis 9 % de l'ensemble des lits disponibles aux États-Unis et accumulé des millions de profits. Un centre typique rapportait alors aux investisseurs 1 700 \$ par résident-e, et ce, annuellement. C'est donc dire que, par exemple, pour une résidence hébergeant 200 personnes, les profits seraient de l'ordre de 340 000 \$. Quels sont alors les profits des plus grandes chaînes américaines qui comptent plus de 141 000 lits? Au-delà de 240 M\$! Ces firmes obtiennent autant de succès en coupant dans les services. Ainsi, 60 % des centres d'hébergement acquis par les grandes firmes d'investissement entre 2000 et 2006 ont connu une importante diminution du nombre d'infirmières, de sorte que le ratio professionnel-le/patient-e-s est 35 % plus bas que la moyenne nationale. Il n'est donc pas étonnant que le nombre de décès attribués à la négligence soit en augmentation²⁵.

²³ Commission des affaires sociales, *Étude détaillée du projet de loi n° 95 – Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres*, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Journal des débats, 38^e législature, 1^{re} session, vol. 40, n° 56, 18 juin 2006, 16 h 20 et 16 h 30, [En ligne]. [www.assnat.qc.ca/fra/38Legislature1/DEBATS/journal/cas/080618.htm] (Consulté le 19 mai 2009).

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*, mai 2007, p. 12.

²⁵ Charles Duhigg, «At Many Homes, More Profit and Less Nursing», *The New York Times*, September 23, 2007.

Les profits et la qualité des soins et des services : deux notions qui s'opposent

Le secteur privé est, par définition, animé par une seule motivation : la recherche du profit. Les acteurs privés présents dans le marché de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie ne font pas exception. Avant le bien-être de leurs patient-e-s, leur motivation première demeure la réalisation d'un bénéfice. Si l'entreprise est inscrite en Bourse, les dirigeants auront des comptes à rendre aux actionnaires. Le bien-être du-de la patient-e viendra malheureusement toujours en second lieu. Pour assurer la rentabilité de l'entreprise, cette dernière devra augmenter ses tarifs, ce qui occasionnera un coût égal ou supérieur à celui déterminé dans le secteur public, réduire les services aux patient-e-s, diminuer le nombre d'employé-e-s ou encore sabrer leurs conditions de travail. Pour la FIQ, la qualité des soins et la dignité ne devraient pas pouvoir s'acheter. Il ne s'agit pas d'un bien de consommation jetable après usage, mais d'un droit non négociable!

Également, le réseau public devrait toujours demeurer imputable de la qualité des services offerts aux ainé-e-s. Cette responsabilité ne doit pas être confiée à des administrateurs qui prendront souvent des décisions qui vont davantage dans le sens de leurs intérêts financiers. Ceux-ci auront toujours le voile corporatif pour les protéger à l'égard des décisions prises. Ainsi, certaines mesures susceptibles d'assurer une meilleure sécurité des résident-e-s pourraient ne pas être mises en place parce qu'elles nécessitent des investissements importants. À titre d'exemple, on peut se remémorer le cas de l'incendie mortel survenu en 2009, à Saguenay, dont l'enquête du coroner a révélé la non-conformité des installations. Encore aujourd'hui, les deux tiers des résidences ne seraient pas conformes du point de vue de la sécurité des incendies²⁶. Un rapport de recherche précise que dans « le secteur des résidences privées à but lucratif, les régulations de l'aménagement, la sécurité et l'accessibilité des immeubles offrent moins de garanties de qualité que dans les secteurs public (HLM) et de l'économie sociale. Hormis les normes facultatives dans les municipalités et les programmes volontaires de Rose d'or, la provision des services est déterminée par le marché, c'est-à-dire par la capacité de payer des résidents²⁷ ».

²⁶ Ariane Lacoursière, « Sécurité incendie : des critères moins sévères ». *Cyberpresse*, 14 septembre 2010, [En ligne]. [www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201009/14/01-4315290-securite-incendie-des-criteres-moins-severes.php].

²⁷ *Les passerelles entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*, Rapport final de recherche soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture dans le cadre de l'action concertée pour promouvoir et soutenir la recherche sur le vieillissement de la population et ses impacts économiques et sociodémographiques. Sous la direction de Yves Vaillancourt et Michèle Charpentier, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, École de travail social, Université du Québec à Montréal, novembre 2005, p. 70.

Cette responsabilité sera encore plus diluée avec les modifications éventuellement apportées à l'article 346.0.1 de la LSSSS qui prévoit que « sont considérés offerts par l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées les services offerts indirectement par celui-ci, notamment par l'intermédiaire d'une personne morale ou d'une société qu'il contrôle ou d'une autre ressource avec laquelle il a conclu une entente à cette fin » (art. 7, modifie art. 346.0.1). Il s'agit d'une ouverture nette à la sous-traitance : la sous-traitance des services aux ainé-e-s. La FIQ craint que l'expérience vécue aux États-Unis ne se reproduise au Québec, à plus petite échelle, et que cela occasionne des dérapages importants. Les firmes d'investissement étasuniennes se sont en effet dotées de structures de gestion tellement complexes où, par exemple, plusieurs compagnies sont propriétaires d'une résidence, qu'il devient pratiquement impossible de déterminer laquelle est responsable de la qualité des soins offerts aux patient-e-s. Le New York Times cite l'exemple d'une dame qui a dépensé 30 000 \$ en recours judiciaires uniquement pour faire la preuve de l'entité responsable des soins de sa mère²⁸. La FIQ ne veut pas ce genre d'histoires d'horreur pour le Québec et invite la ministre déléguée à interdire la sous-traitance.

Pourquoi poursuivre cette tendance à la privatisation des services, alors que les recherches en démontrent les méfaits? Une importante étude menée par les chercheuses Margaret McGregor et Lisa Ronald tente d'établir le lien entre le caractère lucratif d'un établissement et la qualité des soins fournis, en passant en revue les résultats de recherches canadiennes et américaines sur le sujet. La principale conclusion de l'étude est la suivante : « les établissements à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité²⁹ ». Une étude portant sur les formules novatrices d'alternatives à l'hébergement, financée par le milieu universitaire et le MSSS, démontre également que le statut à but lucratif des résidences est associé à une « plus grande probabilité qu'un résident soit relocalisé dans un CHSLD lorsque sa santé se détériore³⁰ ». Pour la FIQ, il y a donc lieu de s'inquiéter que la très grande majorité des résidences

²⁸ Charles Duhigg, *loc. cit.*

²⁹ Margaret J. McGregor et Lisa A. Ronald, «Residential Long-Term Care for Canadian Seniors, Nonprofit, For-Profit or Does It Matter?», *IRPP Study*, No. 14, January 2011, p. 2.

³⁰ Zimmerman, S., Sloane, P., & Eckert, J. (2001). «Assisted living: Needs, practices and policies in residential care for the elderly». Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, cité dans *Évaluation des formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, École nationale d'administration publique (ENAP), Faculté de médecine, Université Laval, financé par le FQRSC en partenariat avec le MSSS, janvier 2009, p. xiv.

certifiées, actuellement enregistrées auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, soit classifiée comme étant à but lucratif³¹.

Pourquoi ne pas apprendre également de l'expérience du CHSLD de Saint-Lambert-sur-le-Golf, construit en partenariat public-privé (PPP), qui ne fait qu'accumuler dérapages par-dessus dérapages. Les médias ainsi que le rapport de la firme MCE Conseils ont révélé que les soins et les services y étaient fréquemment non dispensés, que les salaires des préposé-e-s y étaient nettement inférieurs à ceux offerts dans le réseau public, qu'il y existe un roulement, un surmenage et un manque de formation du personnel ainsi qu'une insatisfaction importante de la clientèle et des familles³². On peut aussi mentionner qu'une enquête a été demandée au coroner pour deux morts considérées comme suspectes³³. Le ministre Bolduc a d'ailleurs été interpellé en Chambre, à plusieurs reprises, sur la situation particulière de ce CHSLD. Lorsque questionné, le ministre a répondu : « nous allons offrir à ces familles et aux résidents, sur une base volontaire, que, s'ils n'ont pas confiance dans le CHSLD dans lequel nous jugeons que les soins sont adéquats et qu'il y a vérification, nous allons leur offrir de changer d'endroit, car, s'ils n'ont pas confiance, à ce moment-là, on est peut-être mieux de les relocaliser et de continuer à opérer le service³⁴ ». Force est de constater que la crainte qu'un partenariat avec le secteur privé serait un prétexte à la déresponsabilisation de l'État s'est avérée fondée.

La privatisation des soins infirmiers

La Fédération constate avec beaucoup d'appréhension le fait que les soins infirmiers soient désormais inclus dans la liste des services offerts en résidences privées (art. 7, modifie 346.0.1). Pour la FIQ, il s'agit d'une privatisation pure et simple des soins infirmiers aux personnes âgées, qui risque de nuire grandement à leur accessibilité pour cette clientèle vulnérable.

³¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Répertoire des résidences certifiées, Région de Montréal*, avril 2011.

³² MCE Conseils, CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf, Hébergement et soins en CHSLD accordés dans le cadre d'un partenariat public-privé avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Analyse avantages-coûts*, Rapport présenté par MCE Conseils, avril 2011. *Vieillir à rabais*, Émission Enquête, Radio-Canada, 21 avril 2011.

³³ Communiqué de presse de l'Association de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, [En ligne]. [www.aqdr.org/v_positions/communiqué/communiqué_06_juillet_11.pdf].

³⁴ Assemblée nationale, *Journal des débats*, 2^e session, 39^e législature, mardi 17 mai 2011, vol. 42, n^o 27, p. 1916.

Actuellement, la politique de soutien à domicile du ministère prévoit que les services à domicile sont offerts aux personnes qui habitent dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence dite « privée ». « L'évaluation des besoins et le plan d'intervention ou le plan de services individualisé tiendront compte des services fournis par ces résidences. Les personnes qui demeurent dans un établissement public – centre hospitalier, centre de réadaptation ou CHSLD public –, dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné ne sont pas admissibles, puisqu'elles reçoivent déjà des services de ces établissements³⁵. »

En ce moment, lorsqu'une personne est hébergée dans une résidence privée, elle reçoit des soins et des services du CLSC, puisque la résidence est considérée comme son domicile. La Politique de soutien à domicile précise que les services suivants seront notamment offerts :

- Les soins et les services professionnels suivants : les services médicaux, les soins infirmiers, les services de nutrition, les services de réadaptation de base (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie), les services d'inhalothérapie et les services psychosociaux;
- Les services d'aide à domicile : les services d'assistance personnelle (soins d'hygiène, aide à l'alimentation, mobilisation, transferts), les services d'aide domestique (entretien ménager, préparation de repas, approvisionnement et autres courses, lessive) et les activités communautaires de soutien civique (aide pour l'administration du budget, aide pour remplir des formulaires administratifs, services de popote, visites d'amitié)³⁶.

Les services seront-ils encore offerts publiquement aux personnes demeurant dans les résidences privées pour personnes âgées dans la mesure où des soins et services initialement offerts par le CLSC, dont les soins infirmiers, leur sont désormais offerts par la résidence? La FIQ éprouve de sérieuses craintes à cet effet, d'autant plus que la politique prévoit que les services offerts par la résidence seront pris en considération dans l'offre de services.

Il est important de mentionner certains principes importants énoncés dans cette politique. Elle prévoit que, « en vertu du principe de neutralité, les services professionnels sont offerts gratuitement à tous, quel que soit le

³⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour faire les bons choix, Chez soi : Le premier choix, La politique de soutien à domicile*, 2003, p. 16.

³⁶ *Ibid.*, p. 41.

lieu³⁷ » de résidence de la personne. La politique précise également la hauteur de la couverture publique : « de façon générale, les services à domicile seront offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public³⁸ ». Les services et soins à domicile devraient donc être accessibles aux personnes hébergées en résidence privée.

Les craintes de la FIQ résident dans le fait que ces mesures pourraient créer deux classes de citoyen-ne-s chez les personnes hébergées, selon leur capacité de payer des services privés. En ce sens, la FIQ est en accord avec le fait qu'en « aucun cas, des critères socioéconomiques ne sauraient constituer un motif de refus. Les services à domicile forment une composante des services de santé et des services sociaux et, à ce titre, ils sont accessibles à tous sans égard au revenu³⁹ ». Ce principe doit demeurer inébranlable.

Le fait de permettre que le « coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode⁴⁰ » suscite beaucoup de questions. À quels autres modes de paiement fait-on allusion? La FIQ croit que cette nouvelle mesure pourrait permettre le paiement de services « à la carte », ouvrant encore plus grande la porte à la privatisation des services infirmiers. Il s'agit de l'introduction pure et simple du principe de l'utilisateur-payeur en matière de soins infirmiers.

Laisser plus de place à la privatisation des ressources d'hébergement pour les personnes âgées est donc une orientation majeure prise par le gouvernement. Pour la FIQ, il s'agit de décisions politiques qui auront un lien direct sur la qualité des services offerts aux ainé-e-s.

DE NOMBREUSES MESURES, CONFUSES, IMPRÉCISES ET INQUIÉTANTES

Le projet de loi propose de nombreuses modifications législatives mais, plutôt que d'apporter des réponses précises aux problématiques dénoncées publiquement quant aux résidences d'hébergement pour personnes âgées, elles génèrent de la confusion, des imprécisions ou des inquiétudes.

³⁷ *Ibid.*, p. 17.

³⁸ *Ibid.*, p. 18.

³⁹ *Ibid.*, p. 19.

⁴⁰ Article 7, paragraphe 1.

Des catégories de résidences

Le projet de loi ne change pas la loi actuelle en ce qui concerne la possibilité de créer des catégories de résidences pour personnes âgées (LSSSS, art. 346.0.6). Le législateur ne s'était cependant pas acquitté de son pouvoir de créer de telles catégories. Le maintien de la disposition amène la FIQ à se questionner sur ce que la ministre déléguée entend par catégories de résidences. Seront-elles classées en fonction de leur taille, en fonction des services offerts ou en fonction de leur mode de gestion? Actuellement, les résidences certifiées inscrites au registre sont classées selon le type de résidence : résidence à but lucratif, organisme à but non lucratif, coopérative d'habitation, communauté religieuse et HLM⁴¹. Le Regroupement québécois des résidences pour aînés classe plutôt les résidences en fonction de la clientèle desservie, soit autonome, semi-autonome, en perte d'autonomie ou CHSLD⁴². La notion de « catégorie » demeure donc très vague.

Au chapitre des nouveautés, l'article 7 du projet de loi vient modifier l'article 346.0.1 de la loi en y précisant que certaines catégories de services seront définies par règlement. Le premier réflexe serait de penser que les catégories de services varieront selon les catégories de résidences définies par règlement, mais rien n'est clair à cet effet. De plus, il est précisé que les services offerts par les résidences devront comprendre au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : « services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs » (art. 7, modifie 346.0.1). L'énoncé laisse perplexe à sa lecture même. En effet, pour la Fédération, certains services devraient être offerts à une clientèle vulnérable, notamment les services de sécurité. En ce sens, le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées prévoit déjà que certaines normes de sécurité devront être systématiquement respectées. La FIQ se questionne également sur l'exclusion des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (art. 7, modifie 346.0.1). En effet, certaines résidences privées pour personnes âgées ont signé des contrats de ressources intermédiaires. Quelles normes devront-elles respecter? Encore une fois, il existe beaucoup de confusion à cet égard.

La création de plusieurs catégories de résidences privées semble être un jalon de plus dans le désinvestissement de l'État quant aux services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. On peut rappeler que le gouvernement Charest avait pour volonté de rehausser le seuil de perte

⁴¹ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *op. cit.*

⁴² Regroupement québécois des résidences pour aînés, [En ligne]. [www.arcpq.org/residences.html].

d'autonomie à partir duquel une personne devrait être hébergée en milieu institutionnel. Il souhaitait voir passer le seuil de 3 à 3,5 heures/soins pour les CHSLD publics et privés conventionnés. Les statistiques sont très révélatrices à cet effet et démontrent que le nombre d'usager-ère-s admis-es pour l'hébergement permanent en CHSLD pour la région de Montréal a chuté, entre 2006 et 2010, de 3 792 à 3 122, tandis que le seuil d'admissibilité est, quant à lui, passé de 2,8 à 3,3 heures/soins⁴³. L'Agence de Montréal prévoit d'ailleurs spécifiquement la continuité de cette démarche dans sa planification stratégique 2010-2015, par la fermeture de lits et le rehaussement des heures/soins en CHSLD⁴⁴. Selon le défunt Conseil des aînés, le nombre de places en CHSLD passera de 4,1 places à 2,0 places par 100 personnes, entre 2000 et 2025⁴⁵. En augmentant le seuil d'admissibilité en CHSLD et en y diminuant le nombre de lits disponibles, les personnes en perte d'autonomie n'auront pas d'autres choix que de se tourner vers les autres ressources en hébergement, que ce soit les ressources intermédiaires ou de type familial ou encore les résidences privées pour personnes âgées.

Un important rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse précise que des résidences privées non adéquates peuvent constituer un facteur de risque important susceptible d'engendrer l'exploitation des personnes âgées. Le rapport mentionne que des résidences privées non conformes doivent compenser l'insuffisance du réseau à les accueillir alors que leur état de santé l'exige. Pour la Commission, « [c]es situations comportent de hauts risques d'abus pour les personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive⁴⁶ ».

Actuellement, les résidences privées hébergent des aîné-e-s autonomes ou en légère perte d'autonomie. La FIQ craint les effets que pourrait avoir la loi du marché sur ces nouvelles catégories de résidences privées, qui pourraient viser des clientèles de plus en plus lourdes. En ce sens, le projet de loi devrait clarifier le statut et le rôle des résidences privées, notamment en ce qui concerne les clientèles qui seront desservies. Les auteurs « Andrews et Philips (2002) ont montré de leur côté que les politiques d'admission et de sortie des résidents dépendent des conditions du marché. Si la demande est forte, l'entrepreneur peut refuser de garder une personne dont l'état de santé se détériore. Si elle est faible, il peut être

⁴³ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Bilan de la planification stratégique 2006-2010*, p. 32.

⁴⁴ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Planification stratégique 2010-2015, Des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*, décembre 2010, p. 49.

⁴⁵ Conseil des aînés, *Résumé de l'avis sur l'hébergement en milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, octobre 2000, p. 17.

⁴⁶ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, Rapport de consultation et recommandations, octobre 2001, p. 26.

amené à retenir des personnes qui seraient mieux servies dans un CHSLD⁴⁷ ». La résidence risque de ne pas toujours offrir le niveau de services auquel la personne est en droit de s'attendre. De plus, la constitution de catégories de résidences risque de créer un nouveau marché qui avantagera nécessairement les personnes les plus fortunées qui pourront se payer les services.

De plus, le fait de catégoriser les résidences, par exemple, selon la clientèle desservie ou selon les services offerts aura-t-il pour conséquence d'engendrer un transfert de patient-e-s à chaque nouveau changement dans leur condition? Les effets néfastes d'un déménagement sur la clientèle âgée et fragilisée n'ont plus à être documentés.

La FIQ est également préoccupée par le maintien du paragraphe 3 de l'article 346.0.6 qui prévoit que pourront être déterminées par règlement « les catégories de résidences qui peuvent être exclues de l'application de certains critères sociosanitaires ». Aucun amendement n'est proposé dans le projet loi. Cette disposition demeure inquiétante, particulièrement dans la conjoncture actuelle, où l'on assiste à une prolifération des formes d'hébergement alternatives et à la consolidation du recours au privé. Jusqu'où pourrait aller la portée de cet article? Dans le même sens, le maintien de la disposition selon laquelle les critères sociosanitaires peuvent varier en fonction des catégories de résidences est également inquiétant (LSSSS, 346.0.6). L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal s'est d'ailleurs prononcée contre l'exclusion de l'application de certains critères par des catégories de résidences⁴⁸.

La qualité, la sécurité et la dignité ne sont pas des options!

Pour la FIQ, le projet de loi, tel que proposé, constitue une preuve flagrante qu'il existe deux poids deux mesures lorsqu'il s'agit de régir les ressources d'hébergement privées, par rapport à celles qui sont financées publiquement. Est-il normal que le niveau de contrôle du ministère varie en fonction du type de résidence pour personnes âgées? Les établissements publics doivent détenir un permis, les ressources intermédiaires et les

⁴⁷ Andrews, G. J., & Phillips, D. R. (2002). «Changing local geographies of private residential care for older people 1983-1999: lessons for social policy in England and Wales». *Social Science Medicine*, 55, 63-78, cité dans *Évaluation des formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel*, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, École nationale d'administration publique, Faculté de médecine, Université Laval, financé par le FQRSC en partenariat avec le MSSS, janvier 2009.

⁴⁸ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Certification des résidences privées pour personnes âgées, Orientation en vue de l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires*, Avis de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, février 2006.

ressources de type familial doivent être accréditées, alors que les résidences privées doivent obtenir un simple certificat. Donc, le contrôle augmente effectivement avec la lourdeur de la clientèle mais, paradoxalement, il diminue à mesure que l'on opère dans le privé. Cette situation est inquiétante si l'on considère que les clientèles desservies par le privé s'alourdiront dans un avenir rapproché. Pour des besoins égaux, les ainé-e-s qui, aujourd'hui, seraient hébergé-e-s dans un établissement public se verront placé-e-s, demain, dans une résidence privée. La Fédération est d'avis que les mêmes normes devraient s'appliquer, obligeant ainsi les ressources privées à se prêter à un contrôle similaire que celui qui existe actuellement dans le réseau public.

La FIQ doute sérieusement que les mesures mises de l'avant au regard du processus de certification atteindront les objectifs de la ministre déléguée, soit d'assurer une plus grande sécurité des personnes âgées vivant en résidence privée et de leur offrir des soins de qualité ainsi qu'une fin de vie digne. Ci-après, des aspects particuliers de la législation qui suscitent le questionnement de la Fédération sont présentés.

Les conditions que devront respecter les personnes œuvrant dans une résidence pour personnes âgées... mais lesquelles?

Il est prévu que « les conditions auxquelles doivent satisfaire les membres du personnel et les bénévoles d'une résidence pour personnes âgées ainsi que tout autre personne œuvrant dans une telle résidence selon les responsabilités qu'ils assument, notamment en ce qui a trait à la formation requise ainsi qu'aux conditions de sécurité, y incluant les antécédents judiciaires, de même que les renseignements et documents que ces personnes doivent fournir à l'exploitant de la résidence afin de lui permettre de vérifier le respect de ces conditions » (art.9, modifié 346.0.6) seront du nombre des critères sociosanitaires. Cet article représente probablement l'un des plus importants du projet de loi; malheureusement, sa substance étant inconnue, rien ne permet de croire qu'il atteindra son objectif de réellement améliorer la qualité et la sécurité des services dispensés dans une résidence. Il sera ultérieurement déterminé par règlement.

La FIQ estime primordial que le gouvernement utilise son pouvoir discrétionnaire de légiférer en la matière. Plusieurs recommandations ont d'ailleurs été émises par des organismes veillant à la protection des

personnes âgées vulnérables sur la nécessité d'une formation adéquate du personnel⁴⁹.

Un nombre de personnes devant minimalement être sur place... mais déterminé comment?

Il est prévu que, parmi la liste des critères sociosanitaires, devra figurer « le nombre minimal de personnes devant être présentes en tout temps dans une résidence pour personnes âgées pour assurer une surveillance adéquate des personnes qui y résident » (art.10, remplace 346.0.7). Aussi, une agence aura la possibilité de hausser ce nombre minimal si elle le juge nécessaire dans une résidence donnée. La Fédération se réjouit de l'introduction d'une telle mesure parmi les critères devant être respectés aux fins de l'émission de l'attestation temporaire ou du certificat de conformité. Toutefois, qu'entend exactement le ministère par « surveillance adéquate »? Est-ce que certaines compétences particulières seront requises, ou si tout individu sera jugé apte à effectuer une telle surveillance? Est-ce que l'on fait ici référence à la simple application d'un plan d'évacuation en cas d'incendie, aux mesures de dispensation des premiers soins, ou si une dimension clinique plus large accompagne la notion de surveillance? Quelles seront les attentes que l'exploitant aura à l'égard de ces personnes? Est-ce celui-ci qui déterminera la portée de ce critère, ou si des balises plus précises seront énoncées par le gouvernement? Aussi, la possibilité pour une agence d'ajuster le nombre minimal de personnes devant être en tout temps présentes dans une résidence, selon l'aménagement physique des lieux ou encore selon le type de clientèle hébergée, laisse la Fédération quelque peu songeuse : un nombre plus élevé n'est pas nécessairement gage de surveillance adéquate. Conséquemment, la FIQ estime que le règlement qui prévoira les critères sociosanitaires, parmi lesquels figurera le nombre de personnes devant minimalement être présentes en tout temps dans une résidence, devra être plus explicite quant à la portée de cette condition.

⁴⁹ Le Protecteur du citoyen, Toxicomanie, problèmes de santé mentale, déficience intellectuelle, *Pour une vigilance accrue à l'égard des ressources d'hébergement qui accueillent des personnes parmi les plus vulnérables*, Mémoire du Protecteur du citoyen présenté à la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi n° 56, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement, 27 octobre 2009, p. 9; Conseil des aînés, *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, septembre 2007, p. 36.

Un processus de certification qui devrait exclure la notion de temporaire

L'article 8 du projet de loi prévoit que l'exploitation d'une résidence pour personnes âgées ne peut débuter sans la délivrance d'une attestation temporaire de conformité. Cette attestation temporaire doit être demandée par écrit auprès de l'agence de la région et sera délivrée si la personne qui en fait la demande « en plus de lui fournir les renseignements visés aux troisième et quatrième alinéas de l'article 346.0.1, possède les qualités, remplit les conditions et fournit les documents et autres renseignements prescrits par règlement du gouvernement ». Les renseignements en question concernent essentiellement les coordonnées de la résidence et de l'exploitant ou du responsable, différentes informations relatives aux lieux physiques de la résidence, les permis détenus ainsi que les services offerts. Toutefois, une telle attestation temporaire lui sera refusée si les critères sociosanitaires ne sont pas respectés; c'est du moins ce que l'on comprend par « conditions remplies », qui seront déterminées par règlement. Ceci n'est toutefois pas limpide, car la mention explicite du respect de ces critères sociosanitaires n'est faite qu'à 346.0.4, alors que l'on parle de la démarche pour obtenir le certificat. Aucune mention n'est faite de l'article 346.0.6 lorsque l'on traite de l'attestation temporaire. L'attestation temporaire sera aussi refusée si la personne « ou, le cas échéant, l'un de ses administrateurs ou dirigeants est accusé ou a été déclaré coupable d'une infraction ou d'un acte criminel ayant un lien avec les aptitudes requises et la conduite nécessaire pour la tenue d'une résidence pour personnes âgées, à moins, dans ce dernier cas, qu'il en ait obtenu le pardon » (art. 8, remplace 346.0.2).

La durée maximale prévue pour celle-ci est d'un an et n'est pas renouvelable (art. 13, remplace 346.0.10). Par contre, il est prévu que « [e]xceptionnellement, une agence peut prolonger la période d'un an visée au premier alinéa, notamment si le non-respect d'un critère sociosanitaire est attribuable à une cause échappant au contrôle de l'exploitant. L'agence peut assortir cette prolongation de conditions » (art. 8, remplace 346.0.4). Elle peut aussi être révoquée si le titulaire ne respecte plus les conditions requises, notamment s'il « s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des personnes à qui il fournit des services » (art. 13, remplace 346.0.11).

Cette étape de l'attestation temporaire laisse perplexe. Est-elle vraiment nécessaire? Pour la Fédération, elle semble repousser l'échéance de la certification en bonne et due forme. Pire, est-ce qu'elle n'autorise pas des résidences à opérer sans respecter l'ensemble des conditions requises? Sinon, pourquoi ne pas enclencher immédiatement le processus de certification en tant que tel? Au moment de l'annonce du projet de loi, Dominique Vien a soutenu que l'attestation temporaire assurerait aux aîné-e-s que tout exploitant d'une nouvelle résidence est résolument

engagé dans le processus de certification.⁵⁰ La FIQ exprime toutefois une certaine réserve quant à cette « garantie ». En effet, même si l'article 8 prévoit que « dans l'année suivant la date de délivrance de l'attestation temporaire de conformité, l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées doit obtenir de l'agence un certificat de conformité », la FIQ craint que cette étape ne donne l'occasion à certains exploitants de gagner du temps. Plus encore, la disposition selon laquelle la période de validité d'une attestation temporaire peut être prolongée si le non-respect d'un critère sociosanitaire est attribuable à une cause échappant au contrôle de l'exploitant est inquiétante. Jusqu'où les exploitants pourront se prévaloir de cette exception, sous le prétexte qu'ils ont « une bonne raison »? La FIQ incite la ministre déléguée à retirer du projet de loi la possibilité pour une résidence privée de se voir délivrer une attestation temporaire. L'ouverture d'une résidence sans certificat ne devrait tout simplement pas être permise.

La Fédération ne peut passer sous silence l'un des éléments que soulignait Ariane Lacoursière dans un dossier paru dans *La Presse*, en septembre 2010. Madame Lacoursière rapportait que « certains propriétaires de résidences privées pour aînés qui reçoivent un avis de non-certification ont trouvé un nouveau moyen pour éviter la fermeture : ils vendent leur propriété à un proche. Car dès qu'un établissement est vendu, le processus de certification recommence à zéro⁵¹ ». Il s'agit donc d'une façon de contourner le processus de certification. Qui plus est, compte tenu de l'étape de l'attestation temporaire qui peut être dans certains cas prolongée, la FIQ est d'avis que le ministère devra être vigilant pour éviter que certains propriétaires n'abusent des largesses que permet la loi.

Dès l'émission de l'attestation temporaire, l'exploitant d'une résidence disposerait donc, normalement, d'une année pour obtenir le certificat de conformité auprès de l'agence de son territoire. Il devra faire la démonstration que les critères sociosanitaires sont respectés (art.8, remplace 346.0.4.). Afin de procéder à une telle vérification, il est prévu que « l'agence peut conclure une entente avec une instance locale de son territoire désignée par le ministre ou avec un organisme reconnu par celui-ci. Une telle entente détermine les conditions de ces vérifications » (art.8, remplace 346.0.4.). Cette disposition est identique à celle actuellement en vigueur. Qui assumera le rôle de vérification de la conformité du respect des conditions d'obtention d'une attestation temporaire ou d'un certificat? Jusqu'à récemment, il était clair que ce mandat était confié au Conseil québécois d'agrément, tel que présenté plus tôt. Toutefois, le projet de loi n° 16 est muet sur la reconduction d'un tel mandat à l'organisme à but

⁵⁰ Communiqué de presse, 12 mai 2011.

⁵¹ Ariane Lacoursière, *Résidences pour aînés : vendre à son fils pour gagner du temps*. *La Presse*, 13 septembre 2010.

non lucratif. En effet, l'article 8, introduisant le nouvel article 346.0.1, stipule qu'« aux fins de procéder aux vérifications requises par ce processus, l'agence peut conclure une entente avec une instance locale de son territoire désignée par le ministre ou avec un organisme reconnu par celui-ci. » Est-ce qu'une agence pourrait retenir les services d'une firme privée externe, comme c'est parfois le cas dans certains mandats que doit réaliser une agence de la santé et des services sociaux (comme une planification stratégique)?

Il aurait aussi été intéressant d'en apprendre un peu plus sur le déroulement concret de la vérification de la conformité des critères sociosanitaires pour réellement permettre un meilleur encadrement de ce processus, ce que disait souhaiter la ministre déléguée. Est-ce que cet exercice se déroulera selon la même approche que ce qui semble avoir été privilégié jusqu'ici? Une consultation du site Internet du Conseil québécois d'agrément permet d'apprendre ceci : « Cette vérification de conformité est réalisée sur les lieux d'exploitation de la résidence pour personnes âgées et comporte deux types de vérification, soit celle des documents et celle des comportements. La vérification de documents consiste à s'assurer que les documents que doit produire l'exploitant sont conformes aux critères sociosanitaires tels que mentionnés dans le Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. La vérification des comportements porte sur la compréhension et l'application, par l'exploitant et son personnel, des politiques et des marches à suivre en vigueur à la résidence par l'exploitant et son personnel [*sic*][*sic*]. Cette vérification est faite au moyen d'entrevues principalement. Elle s'effectue aussi par l'observation directe d'activités ou de résultats d'activités⁵² ». Est-ce que ce sera encore la procédure qui prévaudra?

Il est prévu, à l'instar des dispositions actuelles, que « la période de validité d'un certificat de conformité est de trois ans. Il peut être renouvelé pour une même période » (art. 13, remplace 346.0.10). Cette formulation apparaît quelque peu nébuleuse. Est-ce que le renouvellement se fait sans réelle revalidation de la conformité de l'exploitant aux conditions et qualités nécessaires? Est-ce que l'on doit comprendre ici qu'en réalité, le certificat est valide pour une durée de six ans? Qu'arrivera-t-il après cette période? Le processus de renouvellement que doit initier l'agence six mois avant la date d'expiration n'est pas clair tel qu'énoncé.

Par ailleurs, la FIQ estime que la période de validité en vigueur avant les plus récentes modifications législatives – à savoir deux ans plutôt que trois – était

⁵² Conseil québécois d'agrément, [En ligne]. [www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2236] (Consulté le 4 juillet 2011).

plus adéquate que ce qui prévaut actuellement. Il apparaît en effet important que l'agence fasse un suivi serré de la conformité de l'exploitant aux qualités et conditions déterminées, ce que peut faciliter un processus de renouvellement plus fréquent. Dans le même sens, est-ce que des visites de suivi seront effectuées? Il est prévu que « l'agence a le pouvoir de faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées afin de constater si la présente sous-section et les règlements pris pour son application sont respectés [soit les critères sociosanitaires, les qualités requises, les conditions à remplir, etc.] et si l'exploitant évite toute pratique ou situation susceptible de compromettre la santé ou la sécurité des personnes à qui il fournit des services » (art. 11, modifie 346.0.8). La FIQ est préoccupée par la possibilité que cette disposition ne soit pas réellement appliquée, notamment en raison du nombre limité d'inspecteurs, et aussi parce que, au moment d'écrire ces lignes, la façon dont seront conduites ces vérifications est inconnue. La personne autorisée par l'agence pourrait « pénétrer, à toute heure raisonnable, dans toute résidence pour personnes âgées dont l'exploitant est titulaire d'une attestation temporaire ou d'un certificat de conformité », mais aussi « dans tout autre lieu, à l'exclusion d'une chambre ou d'un logement, où elle a des raisons de croire que sont exercées des activités pour lesquelles une attestation temporaire ou un certificat de conformité est exigé en vertu de la présente loi » (art. 12, modifie 346.0.9). La FIQ se questionne d'ailleurs au regard de cette dernière disposition : pourquoi exclure la chambre ou le logement des lieux accessibles à la personne autorisée par l'agence? N'y a-t-il pas là une importante question de sécurité? On ne sait pas quand une personne peut avoir besoin d'aide. Aussi, le fait d'accéder à la chambre ou au logement permettrait de constater certaines lacunes importantes dans la qualité de l'hébergement, le cas échéant. La FIQ comprend bien l'importance de respecter l'intimité des personnes hébergées et ne remet pas en cause ce principe. Par contre, le fait d'empêcher formellement l'accès par le biais d'une disposition législative limite le suivi qui devrait être fait, du moins dans certaines situations (notamment celles où un doute suffisant plane). C'est pourquoi la Fédération estime que la personne autorisée pour effectuer une inspection devrait avoir la possibilité de pénétrer dans la chambre ou le logement de la personne hébergée, avec l'autorisation de cette dernière.

En complément, on peut mentionner que la ministre déléguée aux Services sociaux « n'envisage pas d'imposer aux résidences privées des visites d'inspecteurs, telles que celles qui sont effectuées dans les résidences du réseau public⁵³ ».

⁵³ Radio-Canada. *Personnes âgées – Québec veut mieux contrôler les résidences privées*, 28 octobre 2010, [En ligne]. [www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2010/10/28/002-Vien-certification-residence.shtml].

La FIQ est d'avis que la ministre déléguée devrait s'inspirer des recommandations émises par McGregor et Ronald en lien avec le processus de certification. Ces chercheuses préconisent le fait d'« [e]ffectuer régulièrement des inspections inopinées, menées par des inspecteurs formés, ainsi que des enquêtes, sous anonymat, auprès des bénéficiaires et de leurs familles », de « [r]endre publics les rapports d'inspection, l'information sur les ratios de dotation en personnel et les plaintes des usagers » ainsi que de « [c]réer à l'échelle du pays un bulletin public de la qualité des soins⁵⁴ ».

De plus, une agence a le pouvoir de révoquer, de refuser de délivrer ou de renouveler un certificat de conformité si le titulaire « s'adonne à des pratiques ou tolère une situation susceptibles de compromettre la sécurité des personnes à qui il fournit des services » (art. 13, remplace 346.0.11). Cette disposition existe actuellement et, pourtant, nombreux sont les cas où la santé et la sécurité des personnes hébergées ont été compromises. Quel est le réel « mordant » de cette clause? Est-ce que le certificat ou l'attestation est révoqué de façon définitive? Une fois le certificat ou l'attestation révoqué et les personnes relocalisées, est-ce que l'exploitant pourra rouvrir une résidence ou est-ce que cela lui sera impossible puisqu'il s'agirait d'une infraction à la LSSSS? Enfin, la FIQ estime qu'il s'agit là d'une mesure corrective et non préventive. Il faudrait agir en amont afin d'éviter que de telles situations se produisent, en plus de miser sur le volet correctif. Par ailleurs, toute révocation devrait être annoncée publiquement et cette information devrait être accessible, en tout temps, par un registre rendu public.

Les renseignements que l'agence doit recueillir et mettre à jour

L'article 8 du projet de loi propose un ajustement des renseignements que doit recueillir une agence afin de constituer et de tenir à jour le registre des résidences pour personnes âgées. Bien que l'essentiel de ces renseignements s'apparentent à ceux que doit actuellement détenir une agence, certaines préoccupations émergent.

Ainsi, la FIQ estime que la conformité de la résidence aux normes de sécurité incendie devrait figurer parmi les renseignements devant être obligatoirement transmis à l'agence en vue de l'obtention d'une attestation temporaire, ou de l'obtention ou du renouvellement d'un certificat de conformité. Pour la FIQ, il serait très important que le gouvernement impose des balises fermes à ce sujet. Il existe actuellement un risque de laxisme, d'ailleurs constaté peu de temps avant le dépôt du projet de loi :

⁵⁴ Margaret J. McGregor et Lisa A. Ronald, *loc. cit.*

« Dans une lettre envoyée à l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal, le directeur des personnes âgées en perte d'autonomie au MSSS, Christian Gagné, dit vouloir certifier rapidement les résidences, "quitte à ce que des accommodements soient négociés". Invité à préciser ses propos, M. Gagné assure qu'il ne s'agit pas ici de faire des compromis de qualité.

Il reconnaît toutefois qu'un propriétaire dont la résidence n'est pas conforme aux normes de sécurité incendie mais qui s'engage à modifier ses installations peut maintenant être certifié avec l'accord des pompiers. Auparavant, les propriétaires devaient faire les changements avant d'être certifiés⁵⁵. »

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal était d'ailleurs d'avis que le « MSSS devrait aller plus loin sur la question de la sécurité incendie. Il devrait demander aux propriétaires de résidences de déposer une attestation de conformité, ou encore, un plan de mise aux normes émis par le service des incendies de la municipalité⁵⁶ ». Ces informations devraient indéniablement être disponibles à l'Agence.

Parmi les informations disponibles, le gouvernement pourrait envisager d'ajouter le nombre de plaintes dont la résidence a fait l'objet de même que le nombre d'enquêtes du coroner. Ces informations pourraient également être prises en considération dans le processus de certification et apparaître au registre des résidences.

De plus, considérant la distinction introduite par le projet de loi à l'égard des notions de propriétaire, d'exploitant et de personne responsable, le nom de ces différentes personnes, le cas échéant, devrait figurer au registre des résidences.

Enfin, l'article 8 stipule que le gouvernement peut, par règlement, « préciser les renseignements devant être recueillis et mis à jour par une agence en vertu du troisième alinéa, prévoir tout autre renseignement devant être ainsi recueilli et mis à jour et déterminer s'ils ont un caractère public ». Cette disposition soulève quelques questions. Quels pourraient être ces

⁵⁵ « Sécurité incendie : des critères moins sévères ». *Cyberpresse*, 14 septembre 2010, [En ligne]. [www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201009/14/01-4315290-securite-incendie-des-criteres-moins-severes.php].

⁵⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Certification des résidences privées pour personnes âgées, Orientation en vue de l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires*, Avis de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, février 2006.

renseignements? Leur importance, toute relative soit-elle, ne devrait-elle pas avoir pour effet que l'on en sache déjà un peu plus sur leur nature et que l'on prévoit dès maintenant leur inscription au registre? Et, surtout, est-ce que l'éventualité que certains de ces renseignements ne soient pas d'ordre public signifie qu'ils ne seront pas accessibles, alors qu'ils permettraient la compréhension des circonstances entourant un incident ou un accident survenu dans une résidence? Autrement dit, est-ce que l'on pourrait empêcher les familles et les proches d'une personne hébergée d'accéder à certains renseignements relatifs à la qualité et à la sécurité?

Les outils d'évaluation de l'autonomie

L'article 9 prévoit que « les outils devant être utilisés pour évaluer l'autonomie des personnes âgées qui résident ou souhaitent résider dans une résidence pour personnes âgées ainsi que les modalités d'évaluation de l'autonomie de ces personnes » pourront être déterminés par règlement. Pour la FIQ, dont l'avis est partagé par les agences et les centres de santé et de services sociaux⁵⁷, il serait important qu'un outil standardisé et normalisé soit diffusé et que son utilisation par les exploitants de résidences soit obligatoire. Il est de la responsabilité de l'État de rendre un tel outil disponible. On doit éviter que les entreprises privées ne développent et n'utilisent des outils maison et disparates, qui orientent le classement en fonction de leurs intérêts financiers plutôt que de la réelle adaptation de l'hébergement à l'évolution de la perte d'autonomie des personnes hébergées.

Un réel resserrement de la certification par des mesures coercitives

Selon la FIQ, la réponse apportée à la population, inquiète de la situation des personnes âgées hébergées dans les résidences privées, est totalement incomplète et inadéquate. Les informations fournies par le Conseil québécois d'agrément sont éloquentes quant aux finalités de l'agrément par rapport à la certification.

L'agrément est « la reconnaissance par une autorité externe compétente du fait qu'un établissement est engagé dans une démarche continue de l'amélioration de la qualité des services ». Il repose sur l'« évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles », en fonction « de normes qui renvoient aux meilleures pratiques » ainsi que « d'un

⁵⁷ Conseil des aînés, *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, septembre 2007, p. 35.

processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement⁵⁸ ». Tel que mentionné précédemment, la certification vise plutôt à s'assurer que la résidence répond à l'ensemble des critères sociosanitaires énoncés au règlement. Le Conseil d'agrément précise cependant que la certification ne vise aucunement l'appréciation des services offerts dans la résidence⁵⁹. Comment la ministre déléguée entend-elle s'assurer de la qualité des services reçus par les personnes âgées? La question est préoccupante si l'on tient compte du fait que des services infirmiers et médicaux seront de plus en plus dispensés dans les résidences privées, en raison de la lourdeur grandissante de la clientèle hébergée. Le projet de loi ouvre la porte à ce que ces services soient offerts par la résidence elle-même et non par le biais des services à domicile du CLSC. La Fédération est d'avis que les normes de vérification devraient être les mêmes afin de garantir au public des soins de qualité, peu importe le lieu de dispensation.

Également, la FIQ se demande pourquoi certaines normes prévues à la LSSSS ne trouveraient pas aussi application pour les résidences privées pour les ainé-e-s. Pourquoi les résidences ne seraient-elles pas soumises à l'obligation de divulguer les incidents ou les accidents survenus en leurs murs? Un registre pourrait être tenu régionalement par l'agence et, ensuite, les incidents et les accidents seraient répertoriés au registre national. Ainsi, il serait notamment possible de documenter les chutes ou encore les erreurs de médicaments dans les résidences privées. Pour la FIQ, il s'agirait d'un moyen de plus pour assurer des services de qualité, d'autant plus que les soins d'assistance à la vie quotidienne y sont souvent dispensés par des non-professionnel-le-s.

Un comité de gestion des risques pourrait également être implanté au niveau local ou régional. Actuellement, qui assume la responsabilité d'identifier les risques d'accident ou d'incident et de soutenir les résident-e-s et leurs proches qui vivent ces situations dans les résidences privées? Les ainé-e-s hébergé-e-s dans de telles résidences et leurs familles sont actuellement laissé-e-s à eux-elles-mêmes.

Comme des services infirmiers sont susceptibles d'être dispensés dans les résidences privées, la Fédération se questionne sur les normes qui devraient être mises en place pour assurer la qualité des soins. Ne serait-il pas nécessaire de confier cette responsabilité à une directrice, une coordonnatrice ou encore une infirmière travaillant sur place? Cette infirmière pourrait également s'assurer de la formation adéquate des non-professionnel-le-s susceptibles d'effectuer des soins invasifs.

⁵⁸ Conseil québécois d'agrément, [En ligne]. [<http://agrement-quebecois.ca/fr/>], onglet « agrément ».

⁵⁹ *Ibid.*, onglet « certification ».

La FIQ doute que les personnes âgées hébergées dans les résidences privées puissent valablement porter plainte. Pourquoi ne pas imposer aux résidences qui comptent de nombreux-ses résident-e-s l'obligation de nommer une personne responsable des plaintes, en fonction d'une liste de personnes fournie par l'agence, afin d'assurer son indépendance. Cette personne pourrait également assurer une présence occasionnelle dans les résidences plus petites. Dans le cadre de la certification, le règlement devrait prévoir l'obligation pour les résidences d'afficher la procédure de plainte au Commissaire régional aux plaintes ainsi que de fournir de l'information sur les organismes communautaires susceptibles de les aider à la formuler. Les aîné-e-s hébergé-e-s sont souvent très seul-e-s et vulnérables, c'est pourquoi l'information et le support relatifs au processus de plainte devraient être les plus accessibles possible.

Ensuite, qui aura la responsabilité de s'assurer que les correctifs devenus nécessaires à la suite d'une plainte ont été apportés? Dans le réseau public, ces fonctions sont dévolues au Comité de vigilance et de la qualité. Encore une fois, un tel comité serait tout à fait approprié dans les résidences qui comptent de nombreux-ses résident-e-s. Sinon, l'agence devrait jouer un rôle plus actif en effectuant un contrôle serré des recommandations émises par le Commissaire régional aux plaintes ou par le Protecteur du citoyen.

Certaines de ces mesures existent dans le réseau public et pourraient aisément être mises en place dans le réseau d'hébergement privé. Également, pourquoi ne pas mettre en place des comités des usagers pour ces ressources? Il s'agit là d'une démonstration des grandes divergences opposant le secteur public et le secteur privé à but lucratif. Pour la FIQ, c'est la preuve que le gouvernement veut faire bénéficier les investisseurs de mesures allégées afin de leur faciliter la tâche et de leur permettre de générer des profits importants sur le dos des personnes âgées.

PROJET DE LOI N^o 16 : S'AGIT-IL DE SERVIR L'ÂGE D'OR SUR UN PLATEAU D'ARGENT?

Pour la FIQ, tel que déjà mentionné, le projet de loi présenté par la ministre déléguée est une réponse inadéquate et incomplète aux problématiques vécues par les personnes âgées hébergées dans les résidences privées. Toutefois, bien qu'il s'avère être essentiellement une « coquille vide » parce que les mesures les plus importantes en lien avec la certification seront déterminées par règlement, ce projet de loi n'a rien d'anodin puisqu'il laisse libre cours aux investisseurs désireux de tirer profit du marché qui leur est offert par l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. En ce sens, la Fédération se demande quels intérêts devaient être servis par la

rédaction de ce projet de loi : ceux des investisseurs ou ceux des ainé-e-s? La réponse s'impose d'elle-même.

La Fédération se permet de citer la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse qui, dans son rapport sur l'exploitation des personnes âgées, écrivait :

« La Commission est consciente des choix difficiles qui se présentent en matière d'allocation des ressources publiques. Cependant, il faut se rappeler que la richesse de notre société est, en grande partie, due à l'investissement social et personnel passé des personnes maintenant âgées. Arrivons-nous à traiter les plus âgés d'entre nous avec la considération dont nous voudrions jouir à leur âge? Rappelons à ce propos l'exhortation de Simone de Beauvoir : "*ce vieil homme, cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux*"⁶⁰. »

Pour l'instant la volonté du gouvernement semble plutôt être de livrer l'âge d'or sur un plateau d'argent.

LA FONCTION D'APPROVISIONNEMENT

Bien que peu connue du grand public, la fonction d'approvisionnement est plutôt ancienne, tant au sein de l'appareil d'État qu'au sein des grands réseaux, et en particulier dans le réseau de la santé et des services sociaux. Cette fonction est apparue dans le sillage de la Révolution tranquille pour faire échec au « patronage » qui sévissait alors. D'abord associée à l'achat de biens, elle a évolué au fil des décennies, si bien qu'à la fin des années 1970, trois catégories de sphères contractuelles gouvernementales étaient identifiables : les biens, les services et les travaux de construction. Les services étaient toutefois limités à sept secteurs précis⁶¹ parmi lesquels ne figuraient pas les services de santé et les services sociaux.

⁶⁰ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, Rapport de consultation et recommandations, octobre 2001, p. 3.

⁶¹ Il s'agit des services professionnels liés à la construction et au génie général, des services professionnels liés à l'administration, des services liés à l'audiovisuel et aux arts graphiques, des services liés à la publicité, des services auxiliaires, des services liés à la sécurité et des services liés au déneigement des routes. Voir Pierre Giroux, Denis Lemieux, Nicholas Jobidon, *Contrats des organismes publics. Loi commentée*, Brossard, Publications CCH Ltée, 2010, pp. 22-23.

Un bref historique

Le réseau de la santé et des services sociaux a longtemps fait l'objet d'une réglementation particulière, le premier règlement étant entré en vigueur en 1973. Après les premiers efforts de libéralisation des marchés à la fin des années 1980, une première intégration réglementaire a été entreprise en 1993. Le réseau de la santé et des services sociaux faisait toujours l'objet d'une réglementation parallèle.

La fonction d'approvisionnement en commun pour les biens et les services a fait son apparition dans les années 1970 (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q, c. S-5, art.18). Après avoir disparu dans la refonte de 1991, ce n'est qu'en 2005 que le terme approvisionnement a refait son apparition dans la législation québécoise. Ainsi, l'approvisionnement s'étend notamment aux concessions de services, à la construction et à la location d'immeubles (LSSSS, art. 485). Le champ d'application a été modifié à quelques reprises. En effet, en 1995, l'Accord général sur le commerce des services de l'Organisation mondiale du commerce (AGCS-OMC) était signé. Le Québec y a adhéré rapidement (L.Q. 1996, c. 6, Loi concernant la mise en œuvre des accords de commerce international).

Dans la foulée de la réingénierie de l'État entamée en 2003, le droit des marchés publics du gouvernement du Québec a été substantiellement réformé. C'est en 2005 (L.Q. 2005, c. 32, projet de loi n° 83) que le gouvernement du Québec a obligé les établissements à participer aux groupes d'approvisionnement en commun. Par la même occasion, il abandonnait progressivement le soutien aux économies régionales. Ainsi, les grands réseaux de la santé et de l'éducation ont été assujettis au même cadre législatif que les ministères et les organismes publics. En effet, depuis 2008, le réseau de la santé et des services sociaux est couvert par la Loi sur les contrats des organismes publics (L.Q. 2006, c. 29, ci-après LCOP), loi qui vise notamment à accroître la transparence dans l'octroi des contrats. Cette loi assujettit les établissements de santé et de services sociaux, les agences régionales, de même que les 11 corporations ou regroupements d'achats en commun du secteur de la santé, ces derniers étant des organismes à but non lucratif (à l'exception d'une coopérative) qui desservent 16 régions du Québec (Annexe 1). Il importe de préciser que les contrats de partenariat public-privé sont également visés par la LCOP.

Selon les estimations du MSSS, l'approvisionnement en biens et en services dans le réseau de la santé et des services sociaux représente maintenant plus de 5 milliards de dollars par année. Toujours selon le MSSS, cela équivaut à l'acquisition de près de 40 000 produits différents par près de 300 établissements autonomes. Actuellement, l'approvisionnement s'effectue soit par chacun des établissements, soit en groupe, aux niveaux

régional, suprarégional ou provincial. Selon le MSSS, les achats regroupés, effectués par les 11 groupes d'achats en commun, totalisent près de 1,6 milliard de dollars par année et représentaient environ 40 % des achats en 2008. Le MSSS visait 50 % pour 2010⁶².

Les fonctions du service des approvisionnements

À la fin des années 1990, le service des approvisionnements réalisait généralement cinq grandes fonctions : gestion des surplus et des rebuts, recherche de fournisseurs et de matières, gestion des aires de réception, contrôle des stocks et entreposage⁶³. L'approvisionnement a bien sûr évolué, de telle sorte qu'on parle depuis le début des années 2000 de « logistique hospitalière »⁶⁴ et qu'on y associe maintenant des « filières » pouvant inclure le mouvement des personnes⁶⁵.

Ce modèle d'impartition, pour lequel le MSSS collige des données depuis l'année financière 2005-2006, fait passer la gestion du personnel de la Direction des ressources humaines à la Direction des finances, par le biais du service des approvisionnements. La FIQ croit que ce modèle, absolument inadéquat en matière de dispensation des soins infirmiers, est totalement inapproprié. Ce modèle mène, comme l'a si justement mis en évidence le Centre canadien de politiques alternatives, à une « fonction publique fantôme⁶⁶ » où une poignée d'entreprises sous-traitantes font office de services de ressources humaines parallèles, sans avoir à respecter les règles d'embauche de la fonction publique.

Connaissant bien les impacts négatifs importants de la sous-traitance de la main-d'œuvre professionnelle en soins dans le secteur de la santé et des services sociaux, la FIQ ne se laissera pas convaincre facilement de l'efficacité et de l'efficience du modèle. D'ailleurs, la Fédération estime qu'à

⁶² Selon les informations fournies par monsieur Roger Paquet, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, lors de l'Audition des responsables du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant le processus d'approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale, Commission de l'administration publique, 38^e législature, 1^{re} session, 1^{er} octobre 2008, vol. 40, n° 16, p. 35.

⁶³ Martin Beaulieu et Sylvain Landry, *Évolution de la fonction approvisionnement dans le secteur de la santé : synthèse de la littérature*, s.l., École des hautes études commerciales, Cahier de recherche n° 99-02, p. 4.

⁶⁴ Hugo Ricard-Royer et Martin Beaulieu, *Logistique hospitalière : Franchir les nouvelles frontières*, s.l., École des hautes études commerciales, Cahier de recherche n° 04-03, p. 3.

⁶⁵ Martin Beaulieu et Sylvain Landry, *Réflexion sur la gestion de la logistique et de l'approvisionnement dans le réseau [sic] québécois de la santé : Pistes de solution et conditions de succès*, Montréal, École des hautes études commerciales, Montréal, 2010, p. 52.

⁶⁶ Centre canadien de politiques alternatives, *La fonction publique fantôme. Le nombre de travailleurs contractuels ne cesse d'augmenter au gouvernement fédéral*, par David Macdonald, Ottawa, CCPA, 29 p.

cet égard, une exception devrait nommément être introduite pour exclure les contrats de travail et les contrats de services professionnels de l'application des articles sur l'approvisionnement.

Toutefois, d'autres aspects apparaissent plus prometteurs, tels que l'idée de limiter le rôle des professionnelles en soins dans le réapprovisionnement des unités de soins qui, dans le cas contraire, accaparerait passablement de temps. Certains auteurs estiment que 10 % du temps de travail des professionnelles en soins serait consacré à cette tâche. Cette situation a également pu être observée par le Vérificateur général lors de sa vérification en 2007-2008⁶⁷. Il est certain que la FIQ souscrit aux recommandations du Vérificateur à l'effet de « minimiser l'intervention du personnel des unités de soins dans le processus de réapprovisionnement en fournitures médicales et de confier les tâches qui y sont relatives aux employés du service de l'approvisionnement⁶⁸ ».

Cependant, le contexte de l'adoption de la Loi 100 (L.Q. 2010, c. 20) en juin 2010 pose de sérieuses contraintes. En effet, cette loi oblige les établissements à diminuer leur personnel administratif alors qu'il faudrait plutôt consolider leur rôle. Les professionnelles en soins, au lieu d'être libérées de ces tâches, risquent plutôt encore une fois de devoir pallier le manque de personnel administratif.

Par ailleurs, la standardisation et la normalisation des produits, si souvent évoquées comme réservoirs d'économies potentielles, représentent une avenue à considérer. Toutefois, la FIQ ne souscrit pas aux mesures coercitives que souhaite imposer le projet de loi n° 16 aux établissements afin qu'ils utilisent les services du groupe d'approvisionnement en commun (art. 24, remplace l'art. 383). Par ailleurs, elle accueille positivement les mesures qui visent à accroître la transparence et la reddition de comptes des organismes d'approvisionnement en commun qui dépensent une part importante des budgets des établissements, mais pour lesquelles aucune information ne circule.

Une nouvelle vague de fusions forcées?

Le projet de loi n° 16 dispose que « le ministre détermine le nombre de groupes d'approvisionnement en commun au Québec de même que les

⁶⁷ Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008*, Tome III, chapitre 2 : Approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale, s.l., Le Vérificateur, 2008, p. 30.

⁶⁸ *Ibid.*

régions desservies par de tels groupes » (art. 25 introduit l'art. 435.2). Le projet de loi prévoit également que le ministre peut « demander la fusion de groupes d'approvisionnement en commun au Registraire des entreprises » (art. 25 introduit l'art. 435.6). À défaut, pour un groupe, de se conformer aux nouvelles exigences de la loi, le ministre peut déterminer les régions desservies et demander la révocation de l'acte constitutif (art. 49, [disposition transitoire]).

En fait, les groupes d'approvisionnement en commun du réseau de la santé et des services sociaux apparaissent comme l'un des véhicules dont dispose le réseau pour transiger par le biais des marchés publics, c'est-à-dire faire ses achats en biens et en services, les travaux de construction relevant maintenant de la Société immobilière du Québec⁶⁹.

Différents travaux de recherche ont été effectués sur le sujet depuis une dizaine d'années. En fait, il appert qu'une structure d'achats provinciale est généralement inappropriée⁷⁰ et qu'il y a absence de consensus dans le milieu sur le nombre adéquat de groupes d'approvisionnement en commun. D'autres recherches ont même évoqué la possibilité de regroupements par mission⁷¹.

La vérification effectuée par le Vérificateur général en 2007-2008 sur l'approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale dans des établissements, des agences régionales et au MSSS a mis en lumière le fait que le ministère « ne possède que très peu d'information sur les activités des groupes d'approvisionnement en commun. [...] le MSSS et les agences ne peuvent déterminer s'il vaut la peine de faire appel à de tels groupes⁷² ».

En fait, ces articles de loi apparaissent comme la mainmise du ministre sur le sort des groupes d'approvisionnement en commun alors qu'ils constituent un véhicule pour les agences régionales et les établissements : par le projet de loi, carte blanche est laissée au ministre pour la détermination de leur nombre, le ministre pouvant même disposer de leur

⁶⁹ Le 1^{er} juillet 2011, la Corporation d'hébergement du Québec a fusionné avec la Société immobilière du Québec, [En ligne]. [www.chq.gouv.qc.ca/chq/index_f.aspx?ArticleID=502] (Consulté le 21 juin 2011).

⁷⁰ Sylvain Landry et al., *L'intégration de la chaîne logistique dans le secteur québécois des soins de santé, diagnostic et avenues de solutions*, s.l., Groupe de recherche CHAINE, École des hautes études commerciales de Montréal, 1998, p. 40.

⁷¹ *Ibid.*, p. 41; Martin Beaulieu et Jean Nolle, *L'approvisionnement en commun : Partie I – Les enjeux du secteur québécois de la santé*, s.l., École des hautes études commerciales, cahier de recherche n°99-03, 1999, p. 6.

⁷² Vérificateur général du Québec, *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2007-2008*, Tome III, chapitre 2 : Approvisionnement en équipements et en fournitures de nature médicale, s.l., Le Vérificateur, 2008, p. 35.

existence tout en faisant fi des agences et des établissements. De plus, les dispositions transitoires constituent une sorte d'épée de Damoclès pour ces mêmes groupes et une sorte de mise en tutelle. Pourquoi?

Quel est donc l'objectif de ces fusions forcées des groupes d'approvisionnement en commun? Pourquoi s'intéresser à ces groupes pour lesquels peu d'information est disponible et qui agissent dans l'ombre, pour ne pas dire dans l'obscurité totale, depuis près de 35 ans? Faut-il replacer cette partie du projet de loi n° 16 dans le cadre de l'actuelle négociation de l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AÉCG)? Il est de notoriété publique que cette négociation constitue un projet de libre-échange ambitieux. Le projet vise entre autres choses les marchés publics des différents ordres de gouvernement, à savoir fédéral, provincial et municipal. De plus, la santé est un secteur explicitement visé et recherché par les négociateurs européens. Comme il est couvert par la Loi sur les contrats des organismes publics, à moins d'une exception spécifique, le secteur de la santé tombera sous la coupe du futur accord.

Il semble donc que le but premier de cette partie du projet de loi n° 16 soit simplement d'atteindre les nouvelles valeurs de seuil qui risquent d'être introduites dans cet accord si les négociations aboutissent. Actuellement, les accords de libéralisation des marchés publics prévoient, pour le réseau de la santé et des services sociaux, des seuils relativement bas selon le domaine : 100 000 \$ pour les biens, 100 000 \$ pour les services, 250 000 \$ pour les travaux de construction pour les fournisseurs canadiens, pour les accords applicables (ACI : Accord sur le commerce intérieur; ACCQO : Accord de commerce et de coopération entre le Québec et l'Ontario; AQNB : Accord de libéralisation des marchés publics du Québec et du Nouveau-Brunswick (2008))⁷³.

En effet, bien que les valeurs de seuil à partir desquelles s'appliqueraient les dispositions sur les marchés publics d'un futur accord ne soient pas encore connues, selon les informations qui ont circulé à la suite des différentes rondes de négociations, celles-ci seraient de l'ordre de 200 000 DTS⁷⁴.

⁷³ Conseil du trésor, *Synthèse des accords de libéralisation des marchés publics*. Réseau de la santé et des services sociaux, Québec, Secrétariat du Conseil du trésor, version 8, 1^{er} octobre 2009, 1 p., [En ligne]. [www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/tableaux_syntheses/tab_synthese_Internet_v.8-RSSS.1.1.pdf] (Consulté le 13 juin 2011).

⁷⁴ Scott Sinclair, «Negotiating from Weakness. Canada-EU trade treaty threatens Canadian purchasing policies and public services», Ottawa, *Centre canadien des politiques alternatives*, avril 2010, p. 24. Les DTS ou droits de triage spéciaux correspondent à un panier de quatre monnaies. Leur valeur actuelle est de 160 045 \$ US pour 1 DTS. Selon l'information disponible, la valeur de seuil pour les contrats de biens et de services des entités sous-centrales se situerait autour de 320 000 \$ US; voir le cours du DTS, [En ligne]. [www.imf.org/external/np/fin/data/rms_sdrv.aspx] (Consulté le 30 juin 2011).

Avec de tels seuils, peu de contrats échapperont aux charognards de la concurrence européenne. Évidemment, comme les négociations ne sont pas conclues, le gouvernement du Québec pourrait vouloir se garder le maximum de marge de manœuvre en ce qui a trait au nombre de groupes, d'où l'indétermination du projet de loi, selon la FIQ.

Atteindre les valeurs de seuil

De plus, « l'agence [régionale] doit s'assurer que les établissements de sa région utilisent les services du groupe d'approvisionnement en commun [...] Elle peut [...] obliger cet établissement à utiliser les services du groupe ou à participer à un processus particulier d'appel d'offres mené par un tel groupe » (art. 24, remplace l'art. 383).

L'obligation que les agences régionales devront imposer aux établissements de leur région d'utiliser les services d'approvisionnement en commun relève de la même logique. L'augmentation du volume d'approvisionnement qui passera par les groupes contribuera également à l'atteinte des valeurs de seuil. Le MSSS soulignait lui-même qu'à peine 32 % des achats passent par les groupes d'approvisionnement, soit 1,6 milliard de dollars sur 5 milliards de dollars. L'obligation pourrait faire grimper ce pourcentage que le MSSS affirme d'ailleurs vouloir faire monter à 50 %.

Par ailleurs, cette obligation prescrite aux établissements pourrait faire basculer davantage de services dans le giron des groupes d'achats en commun. Déjà, de nombreux appels d'offres pour des ressources intermédiaires et des entreprises privées de placement en soins ont été publiés. Or, on sait que des multinationales du placement temporaire sont déjà très présentes en Europe. Voudront-elles s'implanter au Québec? La question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'AÉCG comporte également un chapitre sur la mobilité de la main-d'œuvre. Selon Pierre-Marc Johnson, négociateur en chef pour le Québec et entendu en commission parlementaire en octobre 2010, l'entente France-Québec, négociée en 2009 et qui s'applique aux professionnelles en soins, pourrait bien servir de modèle.

De plus, la définition d'un groupe d'approvisionnement prévoit que celui-ci pourra « avoir des objets complémentaires ou accessoires » lorsque le ministre le prévoit (art. 25, insère l'art. 435.3). De quoi s'agit-il? Quels sont ces objets complémentaires ou accessoires?

Qui sera réellement couvert par les nouvelles dispositions?

En plus de déterminer le nombre de groupes d'approvisionnement, le ministre de la Santé et des Services sociaux « peut prévoir qu'un groupe d'approvisionnement en commun peut fournir des services à des types de personnes ou d'organismes qu'il détermine et qui ne sont pas des agences et des établissements » (art. 25, introduit l'art. 435.2).

Qui sont donc ces « types de personnes ou d'organismes »? Déjà, les établissements, les agences régionales, les groupes d'approvisionnement, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, les centres de communication santé et la Corporation d'hébergement du Québec, aujourd'hui disparue, sont couverts par la LCOP (LCOP, art. 4). S'agit-il d'autres types de personnes ou d'organismes? S'agit-il de l'ensemble des partenaires du réseau local de services, des partenaires publics autant que privés? Il semble que les CHSLD privés pourraient en profiter⁷⁵. En serait-il de même pour les centres médicaux spécialisés (CMS), surtout ceux qui remplacent des hanches, des genoux et extraient des cataractes, puisque la standardisation de ces produits est ardemment souhaitée par la Commission de l'administration publique?⁷⁶ Le libellé de cet article du projet de loi n° 16 laisse une ouverture à toutes les spéculations et, en même temps, à toutes les inquiétudes.

Ajuster le réseau de la santé à l'arrivée de l'AÉCG?

À ce moment-ci, il est permis de s'interroger sur la nécessité de modifier le processus d'approvisionnement en commun et, surtout, compte tenu du fait qu'il s'inscrit à l'intérieur d'un projet de loi qui ne vise explicitement que les résidences privées pour personnes âgées, un sujet pour le moins politiquement chaud.

Curieusement, le projet de loi n° 16 a été déposé à la veille de la 8^e ronde de négociations qui s'est tenue à Bruxelles, du 12 au 16 juillet 2011. Est-ce vraiment un hasard? Il faudrait être bien naïf-ve pour le croire.

Bien que l'AÉCG soit en négociation depuis 2009, les offres du gouvernement du Québec ne sont toujours pas connues. Le Regroupement

⁷⁵ Martin Beaulieu et Jean Nollet, *L'approvisionnement en commun : Partie I – Les enjeux du secteur québécois de la santé*, s.l., École des hautes études commerciales, 1999, Cahier de recherche n° 99-03, p. 14.

⁷⁶ Assemblée nationale, Commission de l'administration publique, *Vingt et unième rapport sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics*, Rapport des conclusions et des recommandations à la suite de l'audition des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics sur leur gestion administrative, s.l., La Commission, juin 2009, p. 14.

québécois sur l'intégration continentale (RQIC), dont la FIQ est membre, a d'ailleurs adressé deux lettres au premier ministre Charest pour lesquelles seul un accusé de réception lui a été envoyé. Par contre, ce qui est connu, ce sont les attentes des négociateurs européens : marchés publics et santé font partie de leurs demandes les plus pressantes. À cet égard, le réseau de la santé pourrait être touché de plus d'une manière : par les marchés publics évidemment, selon les valeurs de seuil qui seront retenues, mais également par les modifications aux règles de propriété intellectuelle qui affecteront, à coup sûr, les médicaments. Le réseau pourrait être également touché par l'intermédiaire de modifications aux règles de l'assurance. Les textes préliminaires de l'AÉCG, qui ont été rendus publics par coulage, indiquaient deux catégories d'assurance : assurance vie et assurance non-vie. Cette dernière catégorie inclut autant l'assurance maladie duplicative, l'assurance maladie complémentaire que l'assurance médicaments. Enfin, un autre sujet de préoccupation est la mobilité de la main-d'œuvre qui, aux dires de Pierre-Marc Johnson, a pour modèle l'entente France-Québec.

Or, les marchés publics et les politiques relatives à l'approvisionnement ne sont pas sans conséquence sur les économies régionales. Quelle protection compte apporter le gouvernement du Québec au développement des économies régionales? Jusqu'ici, c'est le silence le plus complet de son côté.

Conclusion

40

Pour la FIQ, les deux thèmes abordés dans le projet de loi n° 16 auront des impacts importants sur les services aux aîné-e-s ainsi que sur la gestion et l'approvisionnement du réseau de la santé, tel qu'on le connaît actuellement. En ce sens, voici les principales recommandations que la FIQ se permet d'émettre au gouvernement :

En ce qui concerne la certification des résidences pour personnes âgées, la FIQ recommande à la ministre déléguée de :

- S'assurer que les personnes âgées aient accès à un hébergement public ou qui s'inscrit en dehors de la logique du profit et, en ce sens, de rechercher des solutions alternatives au développement des résidences privées à but lucratif;
- Proposer des normes beaucoup plus sévères en matière de certification que celles qui sont actuellement formulées dans le projet de loi, en s'inspirant de celles qui s'appliquent dans le réseau public;
- Retirer du projet de loi la possibilité pour une résidence privée d'obtenir une attestation temporaire, qui ne fait que retarder l'échéance de la certification, sans donner de garantie additionnelle de qualité;
- Déposer l'ensemble des projets de règlement en lien avec le projet de loi, lors de son étude détaillée en commission, afin que les parlementaires et le public puissent apprécier, dans son ensemble, le cadre normatif que le gouvernement veut mettre en place.

En ce qui concerne la fonction d'approvisionnement :

- La FIQ est d'avis qu'une exception devrait nommément être introduite pour exclure les contrats de travail et les contrats de services professionnels de l'application des articles sur l'approvisionnement;
- Selon la compréhension de la FIQ, la volonté du gouvernement est d'atteindre les nouvelles valeurs de seuil risquant d'être introduites dans l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union Européenne, notamment en augmentant le volume d'approvisionnement;
- Le gouvernement devrait prendre des mesures afin de protéger les économies locales de cette ouverture des marchés publics et des politiques relatives à l'approvisionnement.

Liste des organismes d'approvisionnement en commun pour les régions sociosanitaires du Québec

- Centre régional des achats en commun des régions Bas-St-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (CERAC) – (région 01-11 : Bas-Saint-Laurent et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine); 1994; OBNL; 6 à 10 employés
- Centre régional des achats en groupe des établissements de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean – (région 02-10 : Saguenay—Lac-Saint-Jean et Nord-du-Québec); 1993; OBNL; 6 à 10 employés
- Approvisionnement des deux Rives – (région 03-12 : Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches); 1999; OBNL; 11 à 25 employés
- Coopérative des services regroupés en approvisionnement de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CSRA) – (région 04 : Mauricie et Centre-du-Québec); 1995; Loi sur les coopératives; 6 à 10 employés; santé et services sociaux; éducation; domaine communautaire
- Corporation des services regroupés de l'Estrie – (région 05 : Estrie); 1994; OBNL; 11 à 25 employés
- SigmaSanté – (région 06-13 : Montréal et Laval); 1994; OBNL; 26 à 49 employés; avant : Approvisionnement-Montréal; changement de nom le 6 mai 2010
- Corporation d'approvisionnement du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais – (région 07 : Outaouais); 1994; OBNL; 1 à 5 employés
- Groupe d'achats de l'Abitibi-Témiscamingue Inc. – (région 08 : Abitibi-Témiscamingue) 1994; OBNL; 1 à 5 employés
- Corporation régionale des achats des établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – (région 09 : Côte-Nord); 1995; OBNL; 1 à 5 employés
- La corporation d'approvisionnement Laurentides-Lanaudière – (région 14-15 : Laurentides et Lanaudière); 2000; OBNL; 1 à 5 employés
- Approvisionnement-Montérégie – (région 16 : Montérégie); 1995; OBNL; 6 à 10 employés

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Faire affaire avec le réseau de la santé et des services sociaux*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/affaires_reseau/index.php?groupes-dapprovisionnement&PHPSESSID=daa36a854af1e3f8f44ef80e155c2c48] (Consulté le 14 juin 2011).

