

MÉMOIRE SUR LE **LIVRE BLANC**
SUR LA CRÉATION D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE

DES
RESSOURCES
POUR **ASSURER** LE
MAINTIEN DE
L'AUTONOMIE

Présenté devant la **Commission de la santé et des services sociaux**
Québec le 23 octobre 2013

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	4
Présentation de l'APTS	6
Introduction	7
1. Le personnel professionnel et technique, un acteur clé auprès des personnes âgées	7
2. Le besoin d'un portrait plus complet	8
Partie 1 : Améliorer l'accessibilité des services à domicile pour les personnes âgées.....	9
1.1 Consensus sur les problèmes d'accessibilité des services aux personnes âgées.....	9
1.2 Problème d'évaluation, problème d'accès aux services à domicile	10
Partie 2 : Reconnaître l'expertise du personnel professionnel et technique	14
2.1 Définir le rôle du gestionnaire de cas.....	14
2.2 Assurer la formation et le soutien aux gestionnaires de cas	15
2.3 Respecter l'autonomie professionnelle des intervenants	15
2.4 Lever les obstacles liés à l'optimisation et à la gestion par statistiques.....	17
Partie 3 : Réaffirmer le caractère public des services	19
3.1 Réaffirmer les responsabilités des CSSS	19
3.2 Rappeler le rôle des entreprises d'économie sociale en aide domestique.....	20
3.3 Ne pas favoriser le développement des entreprises privées à but lucratif	22
3.4 Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante	22
3.5 Répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées en lourde perte d'autonomie.....	24
Partie 4 : Financer adéquatement les soins à domicile	26
4.1 Placer les ressources humaines au centre du virage des soins à domicile	26
4.2 Être conséquent en matière d'engagement financier	27
4.3 Renoncer à la tarification	28
4.5 Protéger les fonds sans créer une caisse distincte	29
Conclusion.....	32
Annexe 1 – Les recommandations	34

SOMMAIRE

L'APTS apprécie l'initiative ministérielle visant à amorcer la réflexion en vue de relever les défis liés au vieillissement de la population. Elle apprécie sa détermination à vouloir trouver une solution globale à la fois aux problèmes d'engorgement des urgences et du réseau hospitalier et au manque flagrant d'hébergement et de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Les interventions publiques de notre organisation syndicale sont inspirées par une volonté maintes fois réitérée de faire partie de la solution et de mettre à contribution à cette fin la riche expérience et les compétences de nos membres.

Le succès de cette réforme d'envergure repose sur sa viabilité financière et sur ce qu'on pourrait appeler sa « faisabilité professionnelle », qui couvre la main-d'œuvre requise pour assurer la prestation des services à domicile – assumée en grande partie par nos membres – et les conditions entourant cette prestation de services. C'est essentiellement sur ces deux dimensions du projet que l'APTS s'est penchée.

L'accès aux services, leur nature et le nombre d'heures de soins offerts sont déterminés par une évaluation qui ne peut être réalisée à l'aide d'un seul outil, si performant soit-il. Le jugement clinique des professionnels et l'ensemble du dossier de l'utilisateur doivent aussi être pris en considération.

Le rôle des gestionnaires de cas est un élément central pour s'assurer que l'utilisateur reçoit bien les services que requiert son état. L'organisation du travail et la mesure de la performance devront être adaptées pour tenir compte de tout ce que représente cette responsabilité, sans quoi il y a lieu de craindre que bien peu de professionnels veuillent l'assumer.

Les compressions budgétaires et les démarches d'optimisation en cours créent un contexte difficilement compatible avec la mise en place d'une réforme vers laquelle devraient converger tous les efforts.

Pour tout ce qui concerne les services rendus directement au patient, une offre de services essentiellement publique est de loin la meilleure façon de s'assurer de leur pertinence et de leur qualité en plus de favoriser la prévention et la sécurité des personnes en perte d'autonomie. L'éparpillement des ressources compromet la coordination des services et le contrôle de leur qualité attendus du centre de santé et de services sociaux (CSSS) par l'intermédiaire du gestionnaire de cas.

Enfin, l'expérience des réformes des précédentes décennies nous dicte l'obligation d'investir à la hauteur des besoins pour être en mesure de réunir les ressources humaines qui seront le moteur de ce virage « soins à domicile ». L'APTS favorise la création d'un budget protégé et non pas d'une caisse distincte. Dans un souci d'équité et de solidarité, le financement devrait être dégagé par une révision en profondeur de la fiscalité et grâce à des économies substantielles réalisées notamment par un contrôle accru du coût des médicaments et de la sous-traitance.

PRÉSENTATION DE L'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale de type professionnel qui représente plus de 30 000 personnes professionnelles et techniciennes qui pratiquent dans la grande majorité des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de sa convention collective ainsi que de promouvoir leurs intérêts.

L'APTS rassemble une expertise large et diversifiée puisque ses membres occupent plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle regroupe la majorité du personnel professionnel et technique du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec. Elle est la seule organisation syndicale à représenter exclusivement cette catégorie, identifiée comme la catégorie 4 dans le réseau.

Tous les titres d'emploi sont réunis à l'intérieur de cinq grands regroupements professionnels : diagnostic (technologues en radiologie, technologistes médicales...), réadaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique...), nutrition (diététistes-nutritionnistes, techniciennes en diététique), services psychosociaux (psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, agents de relations humaines, techniciennes en travail social...) et soutien clinique (archivistes médicales, hygiénistes dentaires, techniciens en génie biomédical...).

Les membres de l'APTS travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD et centres de réadaptation. L'APTS a donc une vue à la fois globale et spécifique sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

C'est à partir de l'expertise de nos membres des secteurs de la réadaptation, des services psychosociaux et de la nutrition, qui sont plusieurs milliers à être engagés auprès des personnes âgées et dans les services à domicile, que l'APTS a approfondi la réflexion qui fait l'objet du présent mémoire.

Nous occupons une place privilégiée pour observer l'impact des décisions gouvernementales sur les services à la population et sur une catégorie de personnel essentiel à la bonne marche du réseau. C'est sous cet angle que nous avons étudié le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie* et que nous formulons nos recommandations.

Notez enfin qu'à travers toutes ses interventions relatives au système québécois de santé et de services sociaux, l'APTS défend les grands principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité.

INTRODUCTION

1. Le personnel professionnel et technique, un acteur clé auprès des personnes âgées

Dès l'annonce du projet d'une réforme en soutien à l'autonomie, l'APTS a salué l'intention ministérielle de favoriser davantage les services à domicile pour répondre au choix d'hébergement privilégié par la grande majorité des personnes âgées. Au cours des derniers mois, nous avons multiplié les interventions pour exprimer nos espoirs et nos inquiétudes relativement à cette réforme.

Notre argumentaire et nos recommandations sont axés en priorité sur les personnes en perte d'autonomie **en raison du vieillissement**. Les récentes orientations de l'APTS nous incitent, en effet, à accorder une attention particulière aux services offerts par nos membres aux personnes âgées.

Lors de son congrès tenu en mai 2012, l'APTS a adopté quatre importantes résolutions relatives aux soins et services aux personnes âgées.

1. Que l'APTS réclame de la part du gouvernement un financement adéquat pour répondre aux besoins d'hébergement public des personnes âgées en perte d'autonomie.
2. Que l'APTS non seulement participe, mais intensifie les débats publics pour promouvoir un financement et une dispensation publics de soins et de services aux personnes âgées.
3. Que l'APTS dénonce le développement des places privées d'hébergement de longue durée et propose des alternatives.
4. Que l'APTS réclame un investissement majeur en prévention et en soins à domicile pour les personnes âgées.

En lien avec ces résolutions, l'APTS est intervenue publiquement à plusieurs reprises depuis pour condamner le sous-financement chronique des services aux personnes âgées ainsi que pour réclamer le maintien de leur gratuité et de nouveaux investissements. Elle a également dénoncé le développement d'un marché privé en réponse aux besoins non comblés, les répercussions des compressions et de la pression exercée sur le personnel afin de l'amener à répondre à des exigences statistiques sans corrélation avec la qualité et la pertinence des services.

À la veille de la publication du *Livre blanc*, l'APTS a fait le point en conférence de presse sur l'état des services et sur ses attentes en prévision d'un éventuel « virage soins à domicile ». Elle a alors rappelé les liens existants entre l'insuffisance des services, l'ampleur des listes d'attente et le manque de prévention, les pénuries de personnel, l'optimisation à tout prix et la gestion par statistiques, le manque d'équité et l'ouverture au secteur privé.

L'APTS a alerté à de multiples occasions les directions d'établissements qui ont fait le choix de reporter la pression budgétaire qu'elles subissent sur leurs salariés en exigeant d'eux et d'elles qu'elles réalisent, par exemple, un plus grand nombre de visites à domicile, sans considération pour la qualité et la pertinence des services rendus aux personnes en perte d'autonomie. Cette approche de gestion qui porte atteinte à l'autonomie professionnelle s'est traduite par un accroissement du stress et une détérioration du climat de travail préjudiciables au personnel comme aux usagers.

Nous sommes hautement préoccupés d'en arriver au constat suivant : le contexte actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux ne favorise pas l'implantation d'une réforme aussi ambitieuse. Plusieurs conditions préalables devront être réunies pour accroître ses chances de succès et assurer sa cohérence.

C'est ce qui s'est dégagé de la consultation que nous avons réalisée, entre mars et juin 2013, auprès de membres de l'APTS offrant des services à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les personnes consultées proviennent de plusieurs régions (Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Estrie, Lanaudière, Laval, Montérégie, Montréal et Saguenay-Lac-Saint-Jean). La diversité de leurs contextes de travail et de leurs professions, liées à la réadaptation, à la nutrition ou aux services psychosociaux, a assuré la richesse des échanges.

2. Le besoin d'un portrait plus complet

S'il est clair que les services offerts à l'heure actuelle ne couvrent qu'une fraction des besoins en termes de services à domicile, le portrait exhaustif des besoins réels et celui de l'offre effective de services demeurent des variables inconnues. Le Vérificateur général du Québec (VGQ) le souligne d'ailleurs :

« 35 L'accès aux services à domicile est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à la personne âgée. À l'heure actuelle, il est impossible d'avoir une image représentative des délais d'attente par type de services, tant dans les CSSS vérifiés que dans l'ensemble des établissements, puisque les listes d'attente sont incomplètes. »

Nous aurions apprécié que le *Livre blanc* comble cette lacune et nous fournisse ces évaluations.

Nous déplorons également que la grille d'analyse de la contribution des usagers ne soit pas disponible, car elle constitue à nos yeux une autre variable à prendre en considération.

PARTIE 1 : AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

1.1 Consensus sur les problèmes d'accessibilité des services aux personnes âgées

Le *Livre blanc* le souligne en introduction : un consensus peut aisément être établi quant aux problèmes d'accessibilité des services actuellement offerts aux personnes âgées. Il est largement admis que l'offre de services publics ne répond pas aux besoins de la population. Il nous apparaît donc inutile d'y revenir longuement. Plusieurs passages du *Livre blanc* nous indiquent que quantité de problèmes sont reconnus; les propositions qu'il contient visent justement à y remédier.

Le rapport du VGQ du printemps 2013, à quelques réserves près, est d'ailleurs éloquent à cet égard. Il souligne, entre autres, de nombreux manquements quant à la mise à jour de l'évaluation des personnes et du plan d'intervention qui en découle; un manque de cohérence entre l'évaluation et les services alloués; et un important défaut d'équité par rapport à l'accès aux services, très inégal selon les régions et les établissements.

Le rapport du Protecteur du citoyen de 2011-2012 faisait des constats sévères : un nombre d'heures de services inférieur à ce que l'évaluation des besoins recommandait, des critères d'exclusion supplémentaires, des disparités régionales, des délais d'attente inacceptables.

Même son de cloche dans le rapport 2012-2013 qui précise que « l'écart entre les services annoncés et ceux réellement accessibles continue de se creuser, en raison des pressions budgétaires qui se font sentir de façon intensifiée. »

Pour notre part, nous nous limiterons à rapporter quelques exemples puisés à même les témoignages recueillis auprès de nos membres.

- La meilleure façon d'obtenir des services à domicile pour une personne âgée consiste trop souvent à être admise à l'hôpital. Compte tenu de la priorité accordée à la libération des lits hospitaliers, les patients qui passent par l'hôpital obtiennent rapidement des soins à domicile alors que d'autres attendent depuis des mois sur les listes d'attente du CLSC pour avoir une première évaluation.
- Les listes d'attente ne cessent de s'allonger au point qu'il faut, dans certains cas, attendre un an pour voir une ergothérapeute ou un physiothérapeute.
- Le panier de services a été tellement réduit que les intervenants psychosociaux ne savent plus comment soutenir les proches aidants épuisés.
- Des situations de maltraitance ou d'abus persistent, malgré les dénonciations, faute de ressources.
- Le personnel professionnel réfère leurs patients à des services privés, faute de temps pour leur offrir des services professionnels en raison d'une attente qui serait préjudiciable aux personnes en perte d'autonomie.
- La sécurité de patients est menacée parce qu'ils n'ont pas les moyens de défrayer une barre de bain et son installation; un service qui était auparavant fourni par le CSSS.

- Le transfert vers des ressources externes de l'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) offerte auparavant par les auxiliaires du CLSC prive les intervenants psychosociaux de renseignements précieux sur l'état des usagers et nuit à la prévention.
- Dans une même région, deux CSSS n'offrent pas les mêmes services à domicile à la population.

Nos membres constatent de plus que les principes d'universalité et d'accessibilité sont mis à mal par le recours croissant à la tarification, à la sous-traitance et à la privatisation.

1.2 Problème d'évaluation, problème d'accès aux services à domicile

Le VGQ fait état des difficultés d'obtenir les services à domicile et observe une très grande variation de l'accessibilité selon les régions et les établissements :

« 36 Il n'existe pas de standards d'accès provinciaux en fonction du niveau de perte d'autonomie de l'usager, ce qui ne permet pas d'assurer un accès équitable pour des besoins équivalents. »

« 37 Chaque établissement vérifié a des niveaux de priorité différents associés à des délais d'attente qui varient selon les services. Ainsi, en fonction du CSSS qu'elles fréquentent, deux personnes âgées ayant un profil d'autonomie et des besoins similaires peuvent se voir accorder un niveau de priorité différent et, par le fait même, avoir accès aux services dans un délai plus ou moins long. Comme les services sont d'abord offerts aux personnes âgées dont les besoins ont été jugés les plus prioritaires, les autres usagers peuvent attendre longtemps avant d'avoir accès aux services, ce qui peut entraîner une détérioration de leur autonomie et une orientation en hébergement avant même qu'ils aient eu accès aux services. Par exemple, au CSSS du Sud de Lanaudière, les personnes ayant un niveau de priorité 2 (priorité établie sur une échelle de 1 à 4, dont le niveau 1 est le plus élevé) attendent en moyenne 453 jours pour obtenir des services sociaux, 896 jours pour recevoir des services d'ergothérapie et 991 jours pour obtenir des services de nutrition. Pourtant, quoiqu'elle ne soit pas urgente, la priorité associée au niveau 2 est quand même élevée. » (p.14-15) [Nos soulignés]

Compte tenu de l'importance de l'évaluation de la personne pour déterminer les services auxquels elle aura droit, importance soulignée d'ailleurs dans le *Livre blanc*, nous tenons à présenter nos réserves en ce qui a trait à l'utilisation actuelle et exclusive des outils d'évaluation retenus.

Le *Livre blanc* propose de s'appuyer, pour déterminer l'admissibilité aux services à domicile, sur les outils déjà largement utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) qui permet de situer la personne dans le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). C'est un excellent point de départ puisque l'outil est déjà bien implanté dans le réseau, comme le note le VGQ :

« 25 [...] Selon des données ministérielles de 2012, le système d'évaluation des besoins, qui inclut l'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle, est implanté à 75 % dans l'ensemble du réseau et à hauteur de 90 % au CSSS de Gatineau, de 77 % au CSSS du Sud de Lanaudière et de 60 % au CSSS d'Ashurst et Montréal-Nord. »

Il requiert toutefois d'être mis à jour et harmonisé à l'échelle de la province. Les renseignements dont nous disposons nous amènent à recommander d'apporter un soutien aux professionnels qui seront appelés à l'utiliser et de ne pas y recourir de façon exclusive.

En effet, plusieurs lacunes dans la gestion de l'OEMC et dans son utilisation ont été observées de sorte que les résultats obtenus ne fournissent pas un portrait adéquat des besoins du bénéficiaire. Le VGQ en fait mention :

« 26 Cet outil permet, entre autres, pour les services d'assistance personnelle et les services d'aide domestique, de noter chaque aspect évalué en fonction du niveau d'incapacité de l'utilisateur et de l'aide qu'il reçoit des ressources de son milieu. Toutefois, dans les 46 dossiers examinés, nous n'avons pas trouvé de lien entre le nombre d'heures allouées à l'utilisateur et les notes accordées, ce qui ne permet pas d'uniformiser les services rendus aux personnes ayant des besoins similaires. Bien que d'autres paramètres doivent être pris en compte lors de la planification et de la prestation des services d'aide, notamment la santé de la personne et son comportement, un lien devrait exister entre l'outil d'évaluation et les heures allouées. » (p.12) [Nos soulignés]

L'existence de différentes versions de l'OEMC fait en sorte que ce qui est prescrit à une personne peut différer d'un CSSS à un autre. De plus, à l'intérieur d'un même CSSS, les intervenants ne le complètent pas de façon uniforme. Ces différences s'expliquent soit par un manque de formation ou d'expérience relative à l'outil, soit parce que les intervenants, en raison de leur spécialité, ont une compréhension distincte. Les résultats obtenus varient aussi selon le moment où le questionnaire est rempli; ainsi, une personne en pleine crise n'obtiendra pas les mêmes résultats qu'une personne stabilisée.

Nos membres sont nombreux à considérer l'OEMC trop rigide et insensible à des aspects déterminants comme le contexte psychosocial, la présence ou non de proches aidants et leurs capacités, le facteur nutritionnel ou certaines conditions médicales particulières.

L'OEMC met l'accent sur les incapacités plutôt que sur le handicap effectif, alors qu'il faudrait axer l'évaluation sur les dimensions où l'incapacité n'est pas compensée par l'entourage ou par d'autres ressources à portée de la personne. Par exemple, un patient coté 13, dont la famille est très présente, aura besoin de moins d'heures de service qu'un patient coté 1 qui n'a aucun soutien. Cela dit, un soutien doit aussi être apporté aux personnes qui bénéficient de l'aide de personnes proches aidantes, notamment pour offrir à ces dernières du répit.

En outre, un intervenant qui complète l'OEMC a l'obligation d'écrire ce que le patient lui dit, même si certaines réponses exigent une mise en contexte (ex. : un patient dysphagique à qui l'on demande s'il a des problèmes avec son alimentation répond non, car une proche aidante s'en occupe. Dans les faits, il a des problèmes, mais sa réponse considérée seule l'exclut du profil qui est juste dans son cas.).

Même mise à jour, plus flexible et uniformisée dans tout le réseau, une évaluation basée sur le seul OEMC demeurera partielle. Les commentaires de nos membres nous incitent à appuyer l'affirmation du VGQ selon laquelle d'autres paramètres doivent être pris en compte. Nous croyons en effet que ces derniers peuvent avoir une importance considérable dans la détermination des services à rendre à la personne. Ici entre en jeu toute la dimension des évaluations professionnelles et du jugement clinique rendu par la ressource professionnelle qui procède à l'évaluation.

En conséquence, pour toutes ces raisons, l'OEMC ne peut à lui seul déterminer avec justesse le profil ISO-SMAF d'un bénéficiaire; il est impératif de considérer également les évaluations professionnelles inscrites au dossier dont l'évaluation psychosociale qui permet, par exemple, de jauger la capacité des proches aidants ou de déceler les cas potentiels d'abus. L'expertise combinée des spécialistes en travail social, en ergothérapie et en nutrition fournit un portrait beaucoup plus complet.

À cela s'ajoute toutes les difficultés découlant des lacunes des systèmes d'information, bien exprimées par le VGQ :

« 79 Il n'existe pas de dossiers informatisés par usager que tous les intervenants pourraient consulter afin de suivre l'ensemble des services rendus. Par ailleurs, les CSSS effectuent très peu de contrôles pour vérifier la fiabilité de l'information qui provient de la principale base de données utilisée pour les services à domicile. »

« 82 Les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'une gamme de services qui sont offerts par différents intervenants provenant de plusieurs ressources du réseau (ex. : hôpital, groupe de médecine de famille). Or, pour chaque usager, il n'existe pas de dossier unique que tous les intervenants pourraient consulter en temps réel. Les établissements utilisent des systèmes différents qui ne permettent pas nécessairement le transfert d'information. Par exemple, la période de traitement à l'hôpital est enregistrée dans un système qui diffère de celui utilisé pour les services rendus à domicile. »

« 83 Les professionnels et les gestionnaires n'ont pas de portrait de l'ensemble des services rendus par usager puisque les différents systèmes d'information n'interagissent pas entre eux. De plus, certaines données sont consignées sur support papier et ne sont pas toujours numérisées. Afin d'obtenir tous les renseignements sur les services qu'un usager reçoit, un archiviste doit faire des extractions de données dans différents systèmes. »

« 84 Afin d'améliorer l'accessibilité des données provenant des différents systèmes, le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et celui du Sud de Lanaudière numérisent les documents et les incluent dans un dossier électronique. Cependant, ce dossier n'est pas mis à jour en temps réel. Les intervenants effectuent donc des visites à domicile en n'ayant pas en main toute l'information à jour sur les usagers. Par exemple, les plans thérapeutiques infirmiers sont numérisés et versés au dossier seulement lorsque la période de traitement est terminée. Par conséquent, si la personne âgée est hospitalisée dans un établissement pendant qu'elle reçoit des services à domicile de celui-ci, son plan thérapeutique infirmier peut ne pas être inclus dans le dossier. » (pp. 26 à 28) [Nos soulignés]

Nos membres sont quotidiennement témoins de l'impact des faiblesses du système informatique, sources de perte de temps et d'efficacité.

Recommandations relatives à l'accès aux services et à l'évaluation de l'utilisateur

1. Améliorer et uniformiser l'accès aux services par les mesures suivantes :
 - 1.1 Mieux former les professionnels appelés à utiliser l'OEMC.
 - 1.2 Assurer une mise à jour de l'OEMC et sa standardisation à la grandeur de la province.
 - 1.3 Mettre l'accent sur les incapacités qui ne sont pas compensées.
 - 1.4 Appliquer l'OEMC avec plus de souplesse en considérant l'ensemble du dossier de l'utilisateur, dont les évaluations professionnelles, la présence de proches aidants, sa sécurité, etc.

PARTIE 2 : RECONNAÎTRE L'EXPERTISE DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET TECHNIQUE

2.1 Définir le rôle du gestionnaire de cas

Globalement, nos membres gestionnaires de cas aspirent à ce que soient clarifiées leurs responsabilités et leurs tâches. L'élaboration et la coordination du plan de services à la personne en perte d'autonomie seraient sous la responsabilité d'une ressource professionnelle du CSSS identifiée dans le *Livre blanc* comme intervenant-pivot ou gestionnaire de cas. Il nous apparaît d'emblée essentiel de clarifier ce mandat et d'en arriver à une définition unique et harmonisée de ces termes.

Le rôle de gestionnaire de cas existe depuis longtemps et il est bien implanté. Toute personne inscrite au soutien à domicile (SAD) s'en voit attribuer un. Mais d'un CSSS à l'autre, les pratiques varient. Le rôle du gestionnaire de cas équivaut parfois à celui d'intervenant-pivot, mais peut aussi être différent. Ainsi, pour certains, un « intervenant-pivot » coordonne les services à l'intérieur du CLSC alors qu'un « gestionnaire de cas » agit bien au-delà du CLSC et peut suivre son patient jusqu'au centre hospitalier, le cas échéant. Dans d'autres CSSS, la même personne assume les deux rôles.

Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, l'une et l'autre appellation réfèrent à des rôles qui n'ont pas nécessairement la même portée. L'intervenant-pivot est la personne qui coordonne les services d'une équipe multidisciplinaire à l'intérieur d'un même établissement alors que le gestionnaire de cas gère également les services rendus par des ressources extérieures à l'établissement proprement dit. C'est déjà là une première nuance qui justifie de choisir l'une ou l'autre appellation.

Le gestionnaire de cas chargé de s'assurer du respect de la dignité et de la sécurité de la personne en perte d'autonomie maintenue à domicile devra être au centre du dossier et disponible pour toutes les personnes concernées (bénéficiaire, intervenants, médecin traitant, proches aidants, etc.).

Il ou elle devra disposer du temps nécessaire à la poursuite de sa pratique d'intervenant. Nos membres ne sont pas favorables à une évolution vers un rôle de courtier de services seulement, comme c'est le cas en Ontario, et souhaitent préserver leur expertise clinique.

Recommandations relatives au rôle de gestionnaire de cas

2. Retenir l'appellation gestionnaire de cas, plus large, pour tenir compte de l'ensemble des responsabilités qui lui seront confiées.
3. Appliquer une définition uniforme de gestionnaire de cas pour l'ensemble des CSSS de la province.
4. Préserver le rôle des intervenants du secteur public (professionnels, techniciens, infirmières, auxiliaires familiales et sociales) dans la prestation des soins à domicile et ne pas le limiter à la seule gestion des soins et des services.
5. Maintenir le statut de praticien professionnel du gestionnaire de cas parallèlement à ses fonctions d'évaluation et de gestion des services.

2.2 Assurer la formation et le soutien aux gestionnaires de cas

Pour les raisons invoquées précédemment, nous estimons nécessaire de bien former les personnes appelées à assumer le rôle de gestionnaire de cas. D'autres raisons militent aussi en ce sens puisque ce mandat, tel que présenté dans les indications du *Livre blanc*, suscite plusieurs questions et craintes chez nos membres.

Les professionnels en CLSC inscrivent leurs interventions dans l'approche concertée d'une équipe multidisciplinaire. Il est clair qu'elles et ils souhaitent pouvoir continuer d'y référer.

La gestion de l'allocation de soutien à l'autonomie qui pourrait leur être confiée crée un malaise. Certains y voient un risque de conflit de rôles.

Tel que mentionné, la volonté de poursuivre la pratique professionnelle pour laquelle ils et elles ont été formés est très forte chez les membres de l'APTS. Ils se demandent à juste titre comment ils pourront concilier l'analyse professionnelle des besoins et la prescription de services en conséquence, avec la responsabilité de l'enveloppe budgétaire qui suit le patient. Ils redoutent la lourdeur administrative associée à ce mode de gestion.

Les professionnels du réseau reçoivent actuellement très peu d'information sur les activités réalisées par les Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD). Comment dans ces conditions assurer la qualité des services offerts par ces ressources extérieures? Le recours au levier monétaire pour induire des changements dans le travail de ces entreprises n'est pas toujours possible ni suffisant. On pense à certaines ressources intermédiaires (RI) dont les pratiques douteuses se sont maintenues longtemps après avoir été dénoncées. Le *Livre blanc* ne fournit pas de lignes directrices pour répondre à cette question. Puisqu'un mécanisme devra être prévu pour que les intervenants des CLSC soient en mesure d'effectuer un contrôle réel sur la qualité des services offerts par des ressources extérieures, pourquoi ne pas confier au réseau public la prestation de ces services?

Recommandations relatives aux responsabilités des CSSS et du gestionnaire de cas

6. Procurer à l'ensemble des gestionnaires de cas la formation et le soutien professionnel nécessaires à la mise en place et à l'exercice de cette fonction dans le cadre de l'assurance autonomie.
7. Reconnaître l'obligation professionnelle des gestionnaires de cas de prendre en compte les besoins de l'utilisateur avant les considérations financières.

2.3 Respecter l'autonomie professionnelle des intervenants

Les tâches du gestionnaire de cas devront être réaménagées de manière à reconnaître la complexité de son mandat, ce qui exclut le recours à la gestion par statistiques basée sur des cibles de performance qui ne correspondent pas plus aux besoins des personnes âgées qu'à la réalité du travail effectué par nos membres pour y répondre.

Or, les visites à domicile, la principale activité comptabilisée dans le système actuel, représentent une partie seulement du travail de nos membres et du service rendu. Les démarches qui suivent la visite à domicile, lesdites « activités indirectes », constituent une autre partie, tout aussi importante, de leur intervention. L'examen des tâches du gestionnaire de cas met en lumière que ce qui est le plus déterminant dans leur apport au bien-être du patient, est réalisé le plus souvent après la visite à domicile qui n'est que le point de départ de l'intervention.

Ces démarches subséquentes demandent beaucoup de temps et d'énergie et, bien qu'elles soient essentielles pour répondre aux besoins des patients, elles ne sont pas reconnues aux fins des statistiques. Par exemple, une travailleuse sociale, à titre de gestionnaire de cas, remplira différents formulaires et fera de multiples appels téléphoniques afin de s'assurer que son patient bénéficiera des services prescrits. Elle agira à titre de conciliatrice, par exemple, dans un cas de litige entre son patient et sa famille, en les dirigeant vers des pistes de solutions communes, ce qui implique souvent de multiplier rencontres et conversations téléphoniques. Elle dispense un enseignement auprès des intervenants et des proches, qu'il s'agisse de considérations légales, techniques ou cliniques, et coordonne les différentes formes de soutien apporté.

À tout cela s'ajoutent les notes au dossier et autres suivis bureaucratiques exigés par leur travail et leur code de déontologie. Toutes ces tâches, y compris les visites à domicile, demandent une analyse professionnelle approfondie et parfois la consultation de collègues. La réflexion qu'une telle analyse exige se fait dans le calme et avec du recul ce que n'offre pas le domicile du patient.

Depuis que les directions d'établissements ont fait de la gestion par statistiques une priorité, la fonction d'intervenant-pivot et/ou de gestionnaire de cas a perdu de son attrait. Elle requiert beaucoup de démarches et de temps dont ne tiennent pas compte les outils de cueillette des statistiques. Quels que soient les dossiers, il faut atteindre les cibles. De plus, la tâche cléricale qu'une telle fonction demande est très lourde. Advenant par exemple un oubli sur le questionnaire destiné aux EESAD, la correction ne peut être apportée par un simple appel à l'EESAD ; le questionnaire doit être refait en entier, avec le délai que cela implique pour le patient. En somme, ce n'est pas le rôle d'intervenant-pivot ou de gestionnaire de cas qui est problématique, mais bien la quantité de dossiers pour lesquels les intervenants doivent exercer ce rôle.

Recommandations relatives au respect de l'autonomie professionnelle

8. Donner au gestionnaire de cas les moyens d'assumer ses responsabilités et la disponibilité nécessaire.
9. Réorganiser les tâches des gestionnaires de cas et reconnaître la complexité de sa fonction.
10. Respecter l'autonomie professionnelle des intervenants en :
 - 10.1 tenant compte de l'expertise et de l'avis réels des intervenants;
 - 10.2 offrant un soutien clinique pour les intervenants au dossier;
 - 10.3 favorisant la formation, les discussions entre collègues et le travail en équipe multidisciplinaire dans le cadre d'un dossier.

2.4 Lever les obstacles liés à l'optimisation et à la gestion par statistiques

Les principes mêmes qui sont à la base du projet d'assurance autonomie – la prévention et la sécurité des patients ainsi que la qualité des services qui leur sont offerts – sont présentement mis à mal par les contraintes de gestion imposées aux intervenants des soins à domicile. Nos membres rapportent souvent se sentir déchirés entre l'atteinte des cibles de performance et la poursuite des grands objectifs de prévention, de sécurité et de qualité des soins.

En priorisant exclusivement le nombre de visites à domicile au détriment des activités indirectes pourtant essentielles au suivi des dossiers, en limitant la possibilité d'échanges multidisciplinaires sur le dossier entre les intervenants, l'approche de gestion par statistiques mine la communication entre les intervenants, compromet l'efficacité de l'intervention et altère la qualité des services professionnels.

La gestion par statistiques telle qu'implantée ne constitue pas une indication fiable de la qualité de la performance globale qui doit intégrer la qualité des services. Elle induit certains effets pervers qui ne peuvent être passés sous silence. Ainsi nos membres ont souligné l'existence de « listes fantômes » qui sont en quelque sorte des sous-produits du mode de gestion imposé.

Afin de répondre à la priorité statistique de réduction de la liste d'attente pour des SAD, les intervenants ouvrent des dossiers pour les personnes qui sont sur la liste en faisant une première visite à domicile, puisque c'est le nombre de visites à domicile qui est pris en considération par le système statistique. Cette étape franchie, la personne quitte la liste d'attente. Toutefois, comme les intervenants sont débordés, le dossier se retrouve sur une autre liste d'attente, pour l'obtention des services, qui ne figure pas dans les cibles de performance. On a créé une liste d'attente « cachée » ou « fantôme ». Il y a bien eu visite à domicile... mais pas de suivi.

C'est de cette façon que certains CSSS ont atteint et dépassé la cible d'augmentation des visites à domicile fixée à 10 % par le MSSS, qui les a cités en exemple pour mettre de la pression sur les autres!

Cette pression a un effet désastreux sur le climat de travail dans les établissements : surcharge, climat de travail malsain, détresse psychologique, absentéisme, syndrome du survivant, pénurie de personnel. Elle prive les personnes salariées d'occasions de formation et de consultation entre collègues qui constituent pourtant des mesures de rétention. Ce ne sont certainement pas là les conditions recherchées pour effectuer un grand virage auquel on voudrait voir contribuer l'ensemble des ressources concernées.

Bien qu'il n'ait pas pris la pleine mesure du travail des intervenants et de ces situations absurdes, le VGQ reconnaît certaines limites à l'optimisation :

« 53 Il est primordial d'intégrer tous les aspects de la performance dans les analyses. L'atteinte d'un certain volume de production n'est pas un gage de qualité et d'efficacité des services. D'autres aspects, tels que la performance financière et l'accès aux services, doivent être pris en compte. » (p. 18) [Nos soulignés]

« 98 Afin de mesurer l'évolution des services à domicile de façon continue, le MSSS suit plusieurs indicateurs de gestion, tels que le nombre moyen d'interventions par usager et la durée moyenne des interventions effectuées à domicile. Toutefois, ces indicateurs ne permettent pas de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie reçoivent, en temps opportun et de façon équitable, des services sécuritaires et de qualité qui répondent à leurs besoins. De plus, ils ne servent pas à évaluer la performance des services à domicile puisque seulement trois indicateurs sont associés à des cibles. » (p. 31) [Nos soulignés]

Recommandations relatives à la gestion

11. Repenser le mode de gestion par statistiques de manière à refléter la globalité de l'intervention auprès de l'utilisateur :
 - 11.1 en prenant en compte les activités indirectes qui sont tout aussi essentielles dans le dossier d'un bénéficiaire;
 - 11.2 en prenant en compte les caractéristiques particulières d'un dossier qui peuvent rendre une intervention plus complexe.
12. Mettre en place des mesures de rétention pour conserver nos intervenants dans le réseau public.

PARTIE 3 : RÉAFFIRMER LE CARACTÈRE PUBLIC DES SERVICES

3.1 Réaffirmer les responsabilités des CSSS

Le *Livre blanc* remet à l'avant-scène les principes de continuum des soins et d'intégration des services qui étaient au cœur de la précédente grande réforme qui a mené, entre autres, au déploiement du réseau des CSSS. Il précise qu'un des trois mouvements à amorcer consiste à déplacer les services vers les usagers, des services « bien planifiés, organisés et coordonnés ».

Nous saluons cette orientation avec d'autant plus de conviction que le rôle de nos membres s'inscrit parfaitement dans cette perspective de continuum et d'intégration et que leur cadre de travail, les CSSS, a été conçu précisément à cette fin. La coordination entre les services n'est certes pas parfait, mais nous croyons que c'est en renforçant la mission CLSC, plutôt qu'en multipliant les joueurs à l'extérieur du réseau public, que nous nous rapprocherons le plus de l'intégration souhaitée.

Le *Livre blanc* souligne la nécessité de réaffirmer les responsabilités du CSSS : « l'évaluation obligatoire des besoins des personnes et les réponses apportées dans le Plan de services; la coordination des services et la surveillance de leur qualité » ainsi que celle « d'une solide coordination » (p. 25).

L'APTS souscrit à l'objectif de mieux intégrer les différents services offerts aux aînés afin de faciliter l'accessibilité, le suivi et la qualité de ces services. Elle insiste sur l'importance de la prévention et de la sécurité. Le CSSS doit être en mesure d'identifier dans la communauté les personnes vulnérables, de les accompagner dans leurs démarches, de leur offrir les soins et les services professionnels et de faire un suivi de leurs besoins.

L'accent qui est mis sur la dimension de la gestion toutefois suscite des inquiétudes dans nos rangs. Il se dégage du *Livre blanc* l'impression que les CSSS pourraient devenir des bureaux de coordination assurant le suivi du patient et la gestion de la qualité des soins offerts par des partenaires externes. Ce modèle suggère que les CSSS se délesteraient de leur mission CLSC qui, à l'origine, était l'instance chargée d'offrir des soins et des services à domicile, universels et gratuits.

Or, l'APTS considère que le rôle des CSSS et du secteur public en général ne doit pas se limiter à la gestion des soins et des services : les CSSS doivent aussi assurer la prestation des soins à domicile.

En multipliant le nombre d'intervenants, on complexifie la coordination, on alourdit le travail de gestion de la qualité et on s'éloigne de plus en plus d'une gestion intégrée des soins.

L'expérience des RI évoquée précédemment nous fournit un exemple éloquent. Le pavillon Marquette a fait les manchettes plus d'une fois pour la piètre qualité de ses installations et de ses services. Pourtant les intervenants du CSSS connaissaient la situation, mais ont dû attendre longtemps avant qu'il ne soit finalement fermé.

Le CSSS demeure responsable de la qualité des soins donnés par ces ressources d'hébergement privées qui ont des ententes contractuelles avec les CSSS. Or, ces derniers éprouvent des difficultés à faire appliquer des correctifs exigés à la suite d'avis de non-conformité. Nos membres qui décèlent des manquements à l'occasion de leurs interventions auprès d'utilisateurs hébergés dans des RI ou des centres d'hébergement privés sont impuissants à imposer des changements. Les suivis sont difficiles à faire et le personnel des RI n'a pas toujours la formation requise. Les gestionnaires de ces ressources ne se sentent en rien tenus de remédier aux problèmes soulevés par le personnel du réseau public.

À la lumière de ce constat, l'APTS s'interroge sur les bienfaits de la multiplication des acteurs afin de fournir les soins aux personnes en perte d'autonomie et particulièrement sur l'utilisation accrue du privé pour améliorer la structure de service. La privatisation des services et la multiplication du nombre d'intervenants dans la prestation des soins aux personnes en perte d'autonomie, loin de favoriser une approche intégrée des soins, sont des facteurs qui lui nuisent.

Il est également important de rappeler que cette nouvelle réforme ne pourra réussir que si le personnel du réseau y participe activement. Nos membres ne veulent pas devenir des courtiers en soins à domicile ou des observateurs impuissants. Ils sont d'abord et avant tout des praticiens et ils ont à cœur leur profession et les patients.

3.2 Rappeler le rôle des entreprises d'économie sociale en aide domestique

En réponse à une revendication de la Marche mondiale des femmes de 1995, les personnes participantes au Sommet socioéconomique de 1996 se sont entendues pour revendiquer la création de 6 000 emplois en aide domestique, gérés par des organismes à but non lucratif et des coopératives. Il était alors entendu que le rôle des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) n'est pas de se substituer aux emplois du réseau public (personnel mieux formé, mieux rémunéré, et directement relié au système de santé et de services sociaux). Le mandat était clair : les EESAD allaient prendre en charge les services domestiques alors que tous les soins à la personne demeureront le travail des auxiliaires familiales et sociales.

Cependant, en raison de contraintes de financement et des difficultés éprouvées par le réseau public pour répondre à la demande, plusieurs EESAD ont choisi d'offrir aussi des « services à la personne ».

Pour certains analystes, les EESAD ont failli à leur mission de créer des emplois féminins de bonne qualité : « ...on peut se demander : les faibles salaires offerts aux préposées des EESAD sont-ils un indice du peu de considération à l'égard des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie?¹ »

¹ FOURNIER, Jacques. *L'économie sociale en aide domestique : un potentiel, des obstacles*, <http://www.chronijacques.qc.ca/2003/05/leconomie-sociale-en-aide-domestique-un-potentiel-des-obstacles/>, 23 mai 2003

Plusieurs CLSC débordés semblent choisir de laisser aller ce glissement. Il y a pourtant des conséquences à ce que certaines tâches ne soient plus confiées aux auxiliaires : en tant que membre d'une équipe multidisciplinaire au sein d'un CLSC, l'auxiliaire facilite la prévention et permet de faire les liens en cas de détérioration de la condition physique et/ou psychologique de la personne âgée. À titre d'exemple, la prise du bain permet de voir l'état physique de la personne; l'aide pour faire l'épicerie aide à favoriser une saine alimentation... Cette collaboration avec le CLSC n'est pas assurée lorsque les services sont rendus par quelqu'un qui est extérieur du réseau.

Lors de la création des CSSS, le travail multidisciplinaire était pourtant jugé important : « Dans l'intervention de longue durée, la coordination prend d'abord assise sur le travail multidisciplinaire, qui regroupe tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne soutenue à domicile : médecin traitant, infirmière, auxiliaire familiale, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien et, le cas échéant, médecin spécialiste. Le travail multidisciplinaire permet de développer une vision commune de l'intervention² ».

Sans critiquer tout le travail fait par les EESAD, nous estimons que ce changement de mission risque de nuire, en bout de course, aux personnes âgées et constitue une atteinte à l'intégrité du réseau public de santé et de services sociaux.

C'est pourquoi l'APTS s'oppose à ce que les activités de la vie quotidienne soient confiées aux EESAD ou aux entreprises privées. Sans représenter cette catégorie de personnel, nous croyons que les auxiliaires familiales et sociales des CLSC sont les mieux placées pour faire ce travail d'assistance. Leur proximité favorise la prévention puisque les auxiliaires familiales sont « nos yeux et nos oreilles sur le terrain », nous disent nos membres. Par leurs observations, elles contribuent à la prévention et à la sécurité des personnes à domicile.

Par ailleurs, il est irréaliste de croire que les CSSS ou les gestionnaires de cas pourraient contrôler la qualité des services rendus par le personnel d'une EESAD ou d'une agence privée. Ce personnel sous-payé est forcément moins formé. Il en résulte que le roulement de personnel est constant avec les répercussions évidentes pour les usagers.

Recommandations relatives à la primauté du secteur public

13. Garantir l'accès ainsi que la qualité des soins dans le secteur public et limiter le recours au secteur privé.
14. Éviter de multiplier le nombre d'intervenants auprès des personnes en perte d'autonomie en privatisant les services.
15. Maintenir les services des auxiliaires familiales et sociales dans le réseau public.
16. Maintenir les activités de la vie quotidienne dans le réseau public.

² SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. *Chez soi: Le premier choix La politique de soutien à domicile* <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-704-01.pdf>, 2003 p. 23.

3.3 Ne pas favoriser le développement des entreprises privées à but lucratif

En matière de maintien à domicile, les entreprises privées n'offrent pas que des services domestiques; elles investissent également de plus en plus dans les soins et services professionnels. Sans présumer de la qualité des services offerts, force est de constater que leur objectif premier est de faire du profit.

L'APTS estime que la privatisation résulte du sous-financement chronique dont souffre le réseau public de soins à domicile. Les longs délais d'attente pour obtenir des services à domicile ont créé une brèche dans l'offre de services publics et permis la création d'un véritable marché parallèle privé. Comme c'est le cas pour le personnel infirmier, le personnel professionnel et technique sous pression dans le réseau public pourrait être tenté par les conditions de travail allégées ou plus souples des entreprises privées, aggravant ainsi les problèmes de pénurie de personnel qui mine le secteur public.

Or, pour faire face au vieillissement de la population, le réseau public a besoin de renfort de personnel pour intervenir auprès des personnes âgées, de façon à diminuer durablement les listes d'attente et ainsi répondre aux besoins criants. On pense, entre autres, aux travailleurs sociaux, qui sont nombreux à assumer des fonctions de gestionnaire de cas, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux techniciennes en assistance sociale, aux thérapeutes en réadaptation physique, aux diététistes-nutritionnistes.

À court terme, la prise en charge de clients par le secteur privé peut être perçue comme une façon de soulager un réseau public qui en aurait bien besoin. Mais les entreprises privées n'agissent que dans des secteurs d'activités où dégager des profits est possible. L'accès à ces services privés est très variable et est concentré dans les grandes villes. Contrairement au réseau public, il n'y a pas de mécanisme général et complet de vérification et d'assurance de la qualité des services offerts.

Afin de garantir un accès équitable ainsi que la qualité des soins, l'APTS s'oppose à la privatisation des soins et des services professionnels à domicile. De nombreux exemples démontrent que le recours au secteur privé coûte plus cher et que les soins risquent d'être de moins bonne qualité.

3.4 Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante

Selon les données officielles, on constate que pour l'ensemble des catégories de personnel œuvrant dans le domaine de la santé plus de 396 millions de dollars ont été dépensés en 2010-2011 pour l'embauche de main-d'œuvre indépendante.³

³ MSSS. *Commission de la santé et des services sociaux Étude des crédits 2012-2013 Réponse aux questions particulières, volet Santé, volume 1*, http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/seance-publique/etude-credits-2012-2013/credits-2012-2013-questions-sante-vol1.pdf

En plus de coûter cher, le recours aux entreprises privées de placement en soins a plusieurs effets pervers pour les employeurs du secteur public. En effet, en les contraignant à engager une partie de leur budget pour plusieurs années, le recours aux agences limite leur marge de manœuvre pour améliorer les services à la population et réduit le budget disponible pour le recrutement de personnel permanent.

C'est pourquoi l'APTS met le gouvernement en garde contre la tentation de recourir à la main-d'œuvre indépendante pour les emplois visés par les services à domicile. C'est un piège qu'il faut absolument éviter. Il faut chercher ailleurs des solutions pour consolider le bassin de main-d'œuvre nécessaire pour répondre aux besoins accrus.

Recommandations relatives à la main-d'œuvre

17. Maintenir les services professionnels en travail social, en réadaptation et en nutrition dans le réseau public sans aucune exception.
18. Revoir la planification de la main-d'œuvre en partenariat avec les organisations syndicales de manière à s'assurer de disposer de la main-d'œuvre nécessaire pour répondre aux besoins découlant des orientations mises de l'avant par le *Livre blanc*.
19. Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante.

3.5 Répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées en lourde perte d'autonomie

Le problème est amplement documenté : les hôpitaux de soins de courte durée subissent depuis plusieurs années déjà des pressions énormes en raison d'un déficit important de places en hébergement. Le développement des soins à domicile se veut une réponse à ce problème structurel. On déplore toutefois que les mesures prises au cours des dernières années aient contribué à l'aggraver.

Les CHSLD publics et privés conventionnés, les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) combinés offraient 33 996 lits en 2010. En 1992, il y avait 46 100 lits de CHSLD dans tout le Québec⁴. Une diminution de plus de 12 000 lits en 18 ans. Uniquement à Montréal, 1 700 lits de CHSLD ont été fermés depuis 2006, soit une baisse de 12 %⁵. Au Québec, 7 209 personnes attendent une place en CHSLD. À Montréal, 2 470 personnes sont en attente⁶.

On s'étonne que le gouvernement ferme des lits de CHSLD devant pareille liste d'attente.

De plus, nos membres nous rapportent régulièrement les nombreux problèmes découlant de la priorité ministérielle consistant à fermer des lits de longue durée situés dans les hôpitaux de courte durée. Le principe apparaît logique, mais il est inapplicable en l'absence d'autres options d'hébergement et dans un contexte où les listes d'attente pour des services à domicile sont déjà très longues. Sans compter que nous avons observé que, faute de budget, les lits libérés, bien souvent, ne sont pas plus disponibles à des fins d'hospitalisation de courte durée.

Le *Livre blanc* propose de laisser aux personnes en perte d'autonomie un véritable choix quant à leur milieu de vie. Diversifier les lieux d'habitation et favoriser les soins à domicile sont certes des voies à privilégier, mais dans certaines conditions l'hébergement s'impose comme la meilleure, voire la seule option. En outre, lorsqu'une personne nécessite des soins continus, il en coûte plus cher de la maintenir à domicile.

Au point de départ, il avait été décidé que les RI seraient des unités de milieu de vie pouvant contenir entre 25 et 40 lits chacun, mais l'entreprise privée entendait plutôt offrir des bâtiments allant jusqu'à 90 lits et même plus. En effet, il est plus rentable pour un exploitant de gérer des résidences avec un plus gros volume. L'Agence de Montréal a accepté les demandes des entrepreneurs privés. Il s'agit là d'un exemple où l'entreprise privée, plutôt que le ministère de la Santé et des Services sociaux, a décidé de l'organisation publique des soins au Québec.

⁴ MALENFANT, Mélanie, « Les mutations qui touchent l'hébergement des personnes âgées au Québec : impact sur la clientèle et la main-d'œuvre », *Revue Vie économique*, septembre 2011.

⁵ CHOUINARD, Tommy. « Plus de 1700 lits en CHSLD fermés à Montréal depuis 2006 » *La Presse*, 17 janvier 2011, <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201101/17/01-4360710-plus-de-1700-lits-en-chsld-fermes-a-montreal-depuis-2006.php>

⁶ CHOUINARD, Tommy. « Plus de 1700 lits en CHSLD fermés à Montréal depuis 2006 » *La Presse*, 17 janvier 2011, <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201101/17/01-4360710-plus-de-1700-lits-en-chsld-fermes-a-montreal-depuis-2006.php>

Dans les derniers rapports du Protecteur du citoyen, on déplorait qu'en raison de l'allègement de la certification des résidences qui offrent deux services ou moins, l'État ne fasse aucune inspection des lieux et ne s'assure pas de la qualité des services. « On a constaté, dans ces ressources, des lacunes sur le plan de la qualité, [...] des personnes [âgées] qui sont laissées à elles-mêmes, des personnes qui sont embauchées, qui sont pleines de bonne volonté, mais qui n'ont pas la formation adéquate, a relevé Raymonde Saint-Germain. Dans certaines situations, on a économisé aussi sur la qualité de l'alimentation. »

En janvier 2011, l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP) publiait une étude qui établissait que « les établissements à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité. Cela ne signifie pas que tous les établissements à but lucratif dispensent des soins médiocres, mais selon les données, la probabilité est plus élevée qu'ils fournissent des soins de moindre qualité que les établissements publics ou sans but lucratif ».⁷

Cette étude confirme ce qui nous apparaît comme une évidence : pour dégager des marges de profits, les entreprises doivent couper dans les coûts de main-d'œuvre et les conditions de travail et donner des services au coût le plus bas possible. C'est ainsi que l'hébergement des personnes âgées vulnérables est désormais soumis aux lois du marché, sans garantie d'équité ni de qualité.

Recommandations relatives à l'hébergement des personnes âgées

20. Assurer un financement adéquat pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie à qui les soins à domicile ne conviennent pas.
21. Renoncer au développement de places privées d'hébergement de longue durée qui ne garantissent ni économie ni qualité des soins.

⁷ MCGREGOR, Margaret et Lisa RONALD, *Residential Long-Term Care for Canada's Seniors: Nonprofit, For-Profit or Does it Matter?* Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), étude publiée en 2011.

PARTIE 4 : FINANCER ADÉQUATEMENT LES SOINS À DOMICILE

4.1 Placer les ressources humaines au centre du virage des soins à domicile

Il n'existe pas de recette magique pour assurer des soins et des services à domicile de qualité, il est impératif d'injecter des ressources financières qui permettront l'embauche du personnel nécessaire. Or, comme nous l'avons souligné plus tôt, plusieurs titres d'emploi représentés par l'APTS sont actuellement en pénurie ou encore en état de précarité et le contexte actuel ne favorise pas la rétention.

Pour l'année 2013-2014, selon les prévisions du MSSS, il y aurait un important déficit de main-d'oeuvre pour les titres d'emploi de travailleur social et d'agent de relations humaines, soit un manque de 350 équivalents temps complet. Une de nos membres, travailleuse sociale dans la région de Lanaudière, a livré le témoignage suivant en conférence de presse le 25 avril dernier : « Je travaille auprès de personnes âgées atteintes de démence. Les ressources manquent à tous les niveaux. Il y a, par exemple, un manque criant d'auxiliaires familiales pour donner des bains, du répit, de la médication. Pour voir une travailleuse sociale, une physiothérapeute ou une ergothérapeute, les personnes âgées, dont la situation est jugée moins urgente, peuvent attendre jusqu'à un an. Durant l'attente, leur état s'aggrave. »

Les compressions budgétaires imposées en vue de l'atteinte du déficit zéro font en sorte que certains postes vacants ne sont pas réaffichés.

Actuellement, le manque de ressources financières et humaines compromet l'accès aux services. Les ressources professionnelles du réseau subissent des pressions pour évaluer le plus grand nombre de cas, mais en bout de course les services sont inexistants. Nos membres doivent constamment gérer des listes d'attente, limiter les services, abréger les rencontres et parfois recommander aux patients de s'en remettre aux ressources privées. Quand la situation est trop criante, il leur arrive de recommander aux patients de se faire admettre à l'urgence afin d'être traités en priorité.

Il ne faudrait surtout pas répéter les erreurs du passé. Le virage ambulatoire et la désinstitutionalisation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale nous fournissent à cet égard des exemples éclairants.

Le virage ambulatoire devait permettre des économies et désengorger les hôpitaux. Les économies ainsi dégagées devaient être réinvesties pour développer les soins et les services à domicile. Les soins et les services à domicile qui ont été développés l'ont été au détriment d'autres services destinés à répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Un marché privé s'est créé à la faveur de ces besoins laissés en plan.

Les dérives de la désinstitutionalisation en santé mentale⁸ nous incitent également à la vigilance face à cette nouvelle réforme. Élaborée au départ pour des motifs humanitaires et

⁸Sous la direction de DORVIL, Henri et Herta GUTTMAN. *Annexe 1 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996*
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/\\$FILE/97_155a1.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/$FILE/97_155a1.pdf)

thérapeutiques, la désinstitutionalisation est devenue avec la crise des finances publiques un moyen d'économiser⁹.

L'APTS est ouverte à ce virage vers des services offerts dans la communauté et à domicile à condition que les patients et leur famille y trouvent leur compte et que les proches aidants n'en portent pas tout le fardeau.

4.2 Être conséquent en matière d'engagement financier

Le gouvernement propose d'améliorer l'offre de services grâce à une augmentation progressive du financement. Pour l'année en cours, 110 M\$ déjà prévus au budget ont été ajoutés. Un total de 500 M\$ de plus d'ici 2017 est prévu pour financer les soins à domicile. Rien n'est décidé concernant le mode de financement après cette date, ce qui est inquiétant dans le contexte actuel de pénurie, de compressions budgétaires et d'optimisation des ressources.

Dans le budget déposé le 20 novembre dernier, le gouvernement annonçait le maintien de la hausse globale annuelle de 4,8 % des dépenses gouvernementales en santé jusqu'en 2017-2018. Or, les crédits budgétaires 2013-2014 prévoient une hausse totale de 780 M\$, soit 175 M\$ de moins qu'il a été anticipé. En pourcentage, il s'agit d'une croissance de 4,3 % du budget des établissements, un chiffre en deçà du 4,8 % annoncé dans le budget du gouvernement.

Cet écart provient du fait que, dorénavant, la hausse des dépenses s'applique séparément aux établissements et à chacune des autres composantes du système, notamment à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui doit contenir la croissance de ses dépenses à 5 %, dont celles applicables aux médicaments et à la rémunération des médecins qui atteint près de 10 % en moyenne pour les deux prochaines années.

En conséquence, tout au cours de l'année, d'importantes compressions, de l'ordre de 225 M\$, ont été exigées du réseau de la santé et des services sociaux.

En campagne électorale, l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux a soutenu l'idée que pour assurer une augmentation de la couverture des soins à domicile, il fallait investir minimalement 500 M\$ par année pour couvrir 40 % des besoins. Or, voilà que le projet prévoit 500 M\$ sur 5 ans, une prévision nettement insuffisante.

Selon les projections avancées dans le cadre du projet d'assurance autonomie, une diminution de ,5 % du nombre de lits de CHSLD, de 3 à 2,5 %, ferait économiser 200 M\$/an, tandis qu'une diminution de 6 % de l'utilisation induite de lits (1 100) de courte durée dans les hôpitaux procurerait des économies de 350 M\$/an. Nous croyons qu'il serait bien hasardeux de s'appuyer sur ces économies escomptées à moyen terme pour mettre en place l'assurance autonomie.

L'APTS estime qu'il n'est pas réaliste de prévoir un investissement annuel inférieur à 500 M\$ et invite le ministre à préciser quelle sera la part d'argent neuf et celle provenant des économies escomptées en raison d'une éventuelle diminution des besoins d'hébergement ou d'hospitalisation.

⁹ *Op. cit.* p. 161.

Il y a eu une augmentation des budgets accordés aux services à domicile depuis quelques années, mais elle est loin d'être suffisante pour assurer l'offre de services et l'intégrité du réseau de santé et de services sociaux. Il est notamment difficile d'avoir un portrait réel des sommes consacrées au soutien aux aînés et de savoir si elles sont utilisées à bon escient.

Au printemps 2012, la Protectrice du citoyen a d'ailleurs dénoncé le fait que les sommes dédiées aux soins à domicile ne soient pas toutes utilisées à cette fin :

« Les données recueillies dans le cadre de la présente enquête mettent en lumière l'incapacité de certaines instances locales et régionales d'appliquer la Politique de soutien à domicile qu'a adoptée le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2003. Le Protecteur du citoyen en vient à la conclusion que ces instances ne sont pas en mesure de respecter l'esprit de cette politique. [...]

La raison principale évoquée par les établissements de santé et des services sociaux pour expliquer leur non-respect de la Politique nationale est la nécessité de répondre à l'objectif financier du Ministère dans l'atteinte du déficit zéro à la fin de l'année financière. Nous constatons que cet objectif financier compromet le maintien à domicile d'une clientèle vulnérable¹⁰ ».

Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, de constater que malgré les sommes investies, les besoins restent non comblés, créant une pression sévère sur le terrain.

4.3 Renoncer à la tarification

Le secteur privé comme le secteur de l'économie sociale ont besoin de la contribution des usagers et cela implique une tarification. Le *Livre blanc* a déjà prévu que les services aux AVQ qui sont actuellement gratuits et fournis par les CSSS nécessiteront dorénavant une contribution financière de la personne. La grille tarifaire n'est pas encore déterminée et nous déplorons le fait de ne pas avoir d'information plus précise à cet effet.

L'idée générale qui se dégage est d'introduire progressivement divers tarifs sur les services publics. Pour l'APTS, les soins et services à domicile font partie intégrante du réseau public. Le fait de changer le lieu de leur prestation ne change pas la nature ni l'objet de la prestation, mais vise à utiliser l'endroit le plus adéquat pour les personnes ayant besoin de soins et d'aide. Pour cette raison, l'APTS considère que les soins et services à domicile doivent faire l'objet de la même couverture que ceux prodigués dans les institutions du réseau public et être financés de la même façon, sans tarification. Ces mesures tarifaires sont régressives, elles nuisent aux personnes en situation précaire et contribuent à réduire l'accessibilité. Plusieurs groupes qui représentent des personnes âgées ont d'ailleurs relaté qu'à chaque fois que les tarifs des activités de la vie domestique (AVD) augmentent, la demande de services chute, et ce, malgré les coûts peu élevés exigés des plus démunis en vertu du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. On passe d'un ménage aux deux semaines à un ménage par mois, par exemple. Avec la tarification des AVQ, les personnes âgées vont-elles être confrontées à passer d'un bain aux deux semaines à un bain par mois?

¹⁰ LE PROTECTEUR DU CITOYEN. *Chez soi, toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*. Rapport d'enquête, Québec, mars 2012, p. 22. http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf

4.4 Opter pour l'impôt progressif comme source de financement équitable

Parmi les options offertes dans le *Livre blanc*, l'APTS retient sans hésitation celle qui consiste à étendre la couverture de soins et de services de longue durée à l'intérieur d'un système public financé par les impôts qui limite le rôle de l'entreprise privée et la contribution financière des usagers, tel qu'implantée en Suède et au Danemark.

Le financement des services de soutien à l'autonomie ne doit pas être le fait de tarifications existantes ou nouvelles, mais doit relever des entreprises et des individus, dont la contribution est établie en fonction de leurs revenus, bref par l'impôt progressif.

Cette préférence ne commande pas nécessairement une hausse d'impôts pour l'ensemble des citoyens malgré l'ampleur du financement requis. L'APTS et ses partenaires proposent en ce sens des solutions fiscales et des mesures de contrôle des dépenses gouvernementales qui, à notre avis, méritent attention.¹¹ Qu'il s'agisse d'instaurer des mesures fiscales, de lutter contre la fraude, de mettre fin à la sous-traitance, de contrôler le coût des médicaments, de nombreuses alternatives existent. Sans même les mettre toutes en application, le gouvernement pourrait y trouver le financement nécessaire pour implanter sa réforme des soins à domicile.

Par ailleurs, le gouvernement du Québec ne doit pas baisser les bras face au gouvernement fédéral qui s'était engagé à couvrir 50 % des dépenses de santé des provinces. La contribution fédérale ne représentera bientôt plus que 20 % et ira en diminuant.

D'ailleurs, plusieurs intervenants proposent que le prochain accord sur la santé, négocié entre les provinces et le gouvernement fédéral en 2014, se centre sur cet aspect en vue d'un plan national pour un continuum de services de santé. Ces derniers comprennent les soins à domicile, les soins palliatifs, en passant par les soins curatifs et la santé publique.¹²

4.5 Protéger les fonds sans créer une caisse distincte

Consciente du risque que les fonds prévus pour les services à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie soient dirigés vers d'autres priorités, l'APTS est favorable à des mesures permettant de protéger les fonds et de garantir le financement des soins à domicile, mais pas nécessairement à la création d'une caisse. D'une part, nous sommes d'avis que la création d'une caisse ouvre la porte à une nouvelle cotisation de l'ensemble des contribuables.

D'autre part, l'APTS ne favorise pas cette option parce qu'elle ne protégerait pas nécessairement les fonds destinés aux soins à domicile. Rien ne garantit en effet que les sommes mises dans une caisse ne seront pas utilisées à d'autres fins. L'exemple de la caisse de

¹¹ SISP. *Un plan permettant de récupérer 3,2 milliards pour mieux financer nos services publics*. http://www.sisp.qc.net/fileadmin/SITES/SISP/photos_et_images/communiques/2012-11-11-Plan3_2-Final.pdf

COALITION OPPOSÉE À LA TARIFICATION ET À LA PRIVATISATION DES SERVICES PUBLICS. *Tableau des solutions fiscales et mesures de contrôle de dépenses*. Juin 2013 <http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/TableauSolF.pdf>

¹² CHAPPELL, Neena L. & M. HOLLANDER. *An Evidence-Based Policy Prescription for an Aging Population*, *HealthcarePapers*. 2011, Vol. 11 No. 1

l'assurance-emploi ou de l'assurance-chômage au Canada et celui de la caisse de la Société d'assurance automobile du Québec n'ont rien pour nous rassurer.

De plus, l'instauration de caisses distinctes est susceptible d'entraîner deux changements qui nous préoccupent. D'abord, la formule introduit une logique de négociation et de concurrence. La caisse agissant comme un tiers pourrait vouloir influencer le choix des services qu'elle finance. Deuxièmement, on observe une plus grande présence du privé dans les régimes à caisses, en raison précisément de cette logique de négociation.¹³

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) par le biais de leur caisse respective financent des soins qui étaient auparavant offerts par le public. Depuis maintenant plusieurs années, ces organismes dirigent leurs clients vers les soins de santé privés. Concrètement, les établissements publics ont perdu le financement pour traiter ces patients en physiothérapie et en ergothérapie. L'argent est ainsi dirigé vers les cliniques privées qui drainent aussi les professionnels qui offrent ces services. Des situations similaires pourraient-elles se développer pour les services à domicile avec une caisse autonomie?

Le D^r Réjean Hébert a lui-même déjà souligné les dangers de la création d'une caisse distincte. D'autres pays comme la France et les États-Unis, soulignait-il alors, nous envient la formule de financement intégré qui a cours au Québec parce qu'elle nous épargne la mise en place de mécanismes de coordination pour le financement. L'intégration des services que l'on a voulu favoriser en intégrant les structures et les établissements, par la création des CSSS, est mieux servie par un financement intégré. Or la création d'une caisse distincte ne viendrait-elle pas produire l'effet inverse en désintégrant le financement? Dans une intervention en commission parlementaire en 2006, il mettait en garde le gouvernement contre certains effets pervers de transfert de factures entre l'hôpital et l'assurance autonomie.¹⁴ Sommes-nous aujourd'hui à l'abri de tels effets pervers? Le budget des établissements étant soumis à des compressions, leurs administrations pourraient être tentées de refiler certaines factures à la caisse autonomie.

Une chose est certaine, après tous les efforts consentis depuis une décennie, l'APTS n'est pas prête à prendre le risque d'un recul en matière d'intégration des services.

¹³ MOISAN, Mylène. « A-t-on besoin d'une caisse-santé », *Le Soleil*, 17 avril 2004.

¹⁴ HÉBERT, D^r Réjean, *Journal des débats parlementaire de la Commission des Affaires sociales*, Volume 39, no. 33, 26 mai 2006 http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/cas-37-2/journal-debats/CAS-060525.html#_Toc144518320

Recommandations relatives au financement du virage soins à domicile

22. Injecter suffisamment d'argent neuf pour assurer la mise en place des services, sans compter sur les économies possibles à moyen terme.
23. Opter pour un régime public financé par les impôts avec une fiscalité plus progressive.
24. Explorer, pour le financement du long terme, les alternatives telles que :
 - 24.1. mettre fin à la sous-traitance dans le secteur public et parapublic;
 - 24.2. revoir le régime fiscal;
 - 24.3. obtenir du gouvernement fédéral sa juste part du financement des services de santé;
 - 24.4. freiner l'augmentation des coûts des médicaments par l'instauration d'une assurance médicaments universelle;
 - 24.5. contrôler l'augmentation des coûts de la technologie.
25. Garantir le financement des soins à domicile et de longue durée par des fonds protégés et non pas par la création d'une caisse distincte.
26. Renoncer à la tarification des soins et services à la personne et à la poursuite d'éventuelles économies.

CONCLUSION

L'APTS est en faveur d'un projet d'assurance autonomie s'il assure une meilleure offre de services publics à la population. Nous nous inquiétons cependant de ne pas voir réunies ce qu'on pourrait appeler les « conditions gagnantes » nécessaires à l'implantation d'une réforme de cette envergure.

Les réalités suivantes sont autant d'obstacles à son succès :

1. L'ampleur des compressions budgétaires et l'obsession du déficit zéro.

Le ministre Hébert lui-même a établi à 500 M\$ l'investissement annuel minimal pour améliorer les soins à domicile. Or, dans la dernière année, seuls 110 M\$ supplémentaires ont été investis à cette fin.

Les compressions budgétaires imposées aux établissements du réseau se sont soldées par une réduction des services à la population. Raymonde Saint-Germain, Protectrice du citoyen, est formelle dans son plus récent rapport : « Avec chaque annonce de compression revient la formule consacrée que les services directs à la population ne seront pas touchés. Ce n'est plus vrai. »¹⁵

2. L'optimisation des ressources au détriment de l'autonomie professionnelle et du climat de travail.

Les soins à domicile constituent présentement le terrain privilégié des efforts d'optimisation. Certains projets mal menés ont eu pour effet de créer une surcharge, de détériorer le climat de travail et de réduire l'autonomie professionnelle du personnel, autant de répercussions qui tendent à nuire à la qualité des services à la population et à la désaffection du personnel.

3. La pénurie de main-d'œuvre pour plusieurs titres d'emploi professionnel et technique recherchés pour les soins à domicile.

Pour poursuivre le développement du système de santé et de services sociaux et mener à bien cette nouvelle réforme axée sur l'assurance autonomie, le Québec ne pourra faire l'économie d'un ajout important de ressources humaines au réseau actuel. Or, avant même de réaliser l'expansion projetée, le réseau est déjà à court de personnel dûment formé et qualifié dans plusieurs secteurs. Il faudra rapidement pourvoir les postes vacants et intensifier l'effort de recrutement.

4. Les déficiences des systèmes d'information actuels.

Le MSSS est conscient de l'inefficience engendrée par un système d'information qui n'est pas à la hauteur des ambitions du réseau et tente de corriger cette lacune. Nous ne pouvons que l'encourager à poursuivre ses efforts, car il s'agit assurément d'un investissement qui s'avérera très rentable.

¹⁵ LE PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport annuel d'activités 2012-2013*.

<http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#62>

Sans mettre en place ces préalables on s'expose à répéter les erreurs qui ont fait du virage ambulatoire et de la désinstitutionalisation des étapes du désengagement de l'État et de désintégration du système de santé et de services sociaux au Québec.

En marge de la mise en place de ces conditions et au-delà des considérations économiques, nous tenons à souligner que l'organisation des soins de santé d'une population relève d'un choix idéologique de société. Au Québec, nous avons fait le choix de nous doter d'un système de santé public dont l'accessibilité est universelle et gratuite. Le droit à la santé est un droit fondamental. De ce point de vue, ce sont les besoins de la population qui devraient dicter les dépenses, et non les dépenses dicter les services. Et comme l'équité est au centre de nos valeurs, nous nous opposons à toute mesure qui y contrevient.

ANNEXE 1 – LES RECOMMANDATIONS

1. Améliorer et uniformiser l'accès aux services par les mesures suivantes :
 - 1.1 Mieux former les professionnels appelés à utiliser l'OEMC.
 - 1.2 Assurer une mise à jour de l'OEMC et sa standardisation à la grandeur de la province.
 - 1.3 Mettre l'accent sur les incapacités qui ne sont pas compensées.
 - 1.4 Appliquer l'OEMC avec plus de souplesse en considérant l'ensemble du dossier de l'utilisateur, dont les évaluations professionnelles, la présence de proches aidants, sa sécurité, etc.
2. Retenir l'appellation gestionnaire de cas, plus large, pour tenir compte de l'ensemble des responsabilités qui lui seront confiées.
3. Appliquer une définition uniforme de gestionnaire de cas pour l'ensemble des CSSS de la province.
4. Préserver le rôle des intervenants du secteur public (professionnels, techniciens, infirmières, auxiliaires familiales et sociales) dans la prestation des soins à domicile et ne pas le limiter à la seule gestion des soins et des services.
5. Maintenir le statut de praticien professionnel du gestionnaire de cas parallèlement à ses fonctions d'évaluation et de gestion des services.
6. Procurer à l'ensemble des gestionnaires de cas la formation et le soutien professionnel nécessaires à la mise en place et à l'exercice de cette fonction dans le cadre de l'assurance autonomie.
7. Reconnaître l'obligation professionnelle des gestionnaires de cas de prendre en compte les besoins de l'utilisateur avant les considérations financières.
8. Donner au gestionnaire de cas les moyens d'assumer ses responsabilités et la disponibilité nécessaire.
9. Réorganiser les tâches des gestionnaires de cas et reconnaître la complexité de sa fonction.
10. Respecter l'autonomie professionnelle des intervenants en :
 - 10.1 tenant compte de l'expertise et de l'avis réels des intervenants;
 - 10.2 offrant un soutien clinique pour les intervenants au dossier;
favorisant la formation, les discussions entre collègues et le travail en équipe multidisciplinaire dans le cadre d'un dossier.

11. Repenser le mode de gestion par statistiques de manière à refléter la globalité de l'intervention auprès de l'utilisateur :
 - 11.1 en prenant en compte les activités indirectes qui sont tout aussi essentielles dans le dossier d'un bénéficiaire;
 - 11.2 en prenant en compte les caractéristiques particulières d'un dossier qui peuvent rendre une intervention plus complexe.
12. Mettre en place des mesures de rétention pour conserver nos intervenants dans le réseau public.
13. Garantir l'accès ainsi que la qualité des soins dans le secteur public et limiter le recours au secteur privé.
14. Éviter de multiplier le nombre d'intervenants auprès des personnes en perte d'autonomie en privatisant les services.
15. Maintenir les services des auxiliaires familiales et sociales dans le réseau public.
16. Maintenir les activités de la vie quotidienne dans le réseau public.
17. Maintenir les services professionnels en travail social, en réadaptation et en nutrition dans le réseau public sans aucune exception.
18. Revoir la planification de la main-d'œuvre en partenariat avec les organisations syndicales de manière à s'assurer de disposer de la main-d'œuvre nécessaire pour répondre aux besoins découlant des orientations mises de l'avant par le *Livre blanc*.
19. Éviter le recours à la main-d'œuvre indépendante.
20. Assurer un financement adéquat pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie à qui les soins à domicile ne conviennent pas.
21. Renoncer au développement de places privées d'hébergement de longue durée qui ne garantissent
22. Injecter suffisamment d'argent neuf pour assurer la mise en place des services, sans compter sur les économies possibles à moyen terme.
23. Opter pour un régime public financé par les impôts avec une fiscalité plus progressive.
24. Explorer, pour le financement du long terme, les alternatives telles que :
 - 24.1 mettre fin à la sous-traitance dans le secteur public et parapublic;
 - 24.2 revoir le régime fiscal;
 - 24.3 obtenir du gouvernement fédéral sa juste part du financement des services de santé;

- 24.4 freiner l'augmentation des coûts des médicaments par l'instauration d'une assurance médicaments universelle;
 - 24.5 contrôler l'augmentation des coûts de la technologie.
25. Garantir le financement des soins à domicile et de longue durée par des fonds protégés et non pas par la création d'une caisse distincte.
26. Renoncer à la tarification des soins et services à la personne et à la poursuite d'éventuelles économies.

SIÈGE SOCIAL :

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050,
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Tél. : 450 670-2411 **ou** 1 866 521-2411

Téléc. : 450 679-0107 **ou** 1 866 480-0086

BUREAU DE QUÉBEC :

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200,
Québec (Québec) G2K 2E4

Tél. : 418 622-2541 **ou** 1 800 463-4617

Téléc. : 418 622-0274 **ou** 1 866 704-0274

www.apsq.com | info@apsq.com