CSSS – 078M
C.P. – Livre blanc
L'autonomie
pour tous

Association québécoise de gérontologie

Mémoire de l'Association québécoise de gérontologie (AQG) présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

dans le cadre des consultations particulières
et auditions publiques sur le document intitulé

L'AUTONOMIE POUR TOUS
Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie

Québec, le 19 novembre 2013

Comité de rédaction du mémoire

Catherine Geoffroy, gérontologue, présidente de l'AQG;

Ghyslaine Lalande, gérontologue retraitée de l'Université de Sherbrooke, première vice-présidente de l'AQG;

Nathalie Adams, directrice générale du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, secrétaire de l'AQG;

Daniel Blanchard, président-directeur général de La Maison Claire Daniel, trésorier de l'AQG;

Marie-Claude Messier, présidente et fondatrice de Cercle et moi, administratrice de l'AQG.

Association québécoise de gérontologie (AQG)
6510, rue de Saint-Vallier
Montréal (Québec) H2S 2P7
Téléphone : 514-387-3612 ou 1-888-387-3612
Télécopieur : 514-387-0352
Site web : www.aqg-quebec.org
Courriel : info@aqg-quebec.org

Le présent document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique à l'adresse : www.aqg-quebec.org, section **Nos grands dossiers**, rubrique **Assurance autonomie**.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Association québécoise de gérontologie, 2013

Table des matières

Liste des sigles et acronymes utilisés 4

1 L'Association québécoise de gérontologie (AQG) 5

2 L'AQG et l'assurance autonomie 5

3 Le Livre blanc 6

Partie 1 Des systèmes en évolution 6

Les dépenses publiques pour les services de longue durée 7

Partie 2 L'assurance autonomie 7

- Les services assurés 8
- Le cheminement d'une personne 8
- L'allocation de soutien à l'autonomie 10
- Les prestataires de services 11
- Le rôle des CSSS 11

Partie 3 Le financement 12

- Les prochaines étapes 12
- La formation et le développement des compétences 13

Conclusion 14

En guise de résumé 15

Référence 18

Liste des sigles et acronymes utilisés

AA	Assurance autonomie
AQG	Association québécoise de gérontologie
ASA	Allocation de soutien à l'autonomie
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CREGES	Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
GC	Gestionnaire de cas ou Gestionnaire par cas
LB	Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie
MAMROT	Ministère des Affaires municipales, des régions et de l'occupation du territoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PSI	Plan de services individualisé
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familiale
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

L'Association québécoise de gérontologie (AQG) remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui donner l'occasion de présenter ses commentaires et ses propositions concernant le document intitulé *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*.

1 L'Association québécoise de gérontologie (AQG)

Fondée en 1978, l'AQG est un organisme à but non lucratif, francophone qui s'intéresse aux différents aspects du vieillissement. L'Association regroupe tout intervenant, toute personne, tout groupe ou tout organisme qui s'intéressent aux différents aspects du vieillissement dans le contexte de la société québécoise ou d'ailleurs et collabore avec d'autres groupes et associations s'intéressant à des questions similaires. Nos membres proviennent d'organisations privées, communautaires ou d'établissements publics et des milieux de recherche et de formation.

Les objectifs de l'Association québécoise de gérontologie sont de promouvoir la qualité de vie des personnes vieillissantes, encourager la qualité des services offerts aux personnes âgées, sensibiliser à l'âgisme et promouvoir la formation gérontologique de tous les intervenants œuvrant auprès des aînés ainsi que la reconnaissance de cette formation par les gouvernements et les employeurs. L'AQG favorise la recherche et propose des voies d'étude dans le domaine de la gérontologie. L'AQG contribue au transfert des connaissances, fait circuler l'information et provoque des échanges entre personnes et groupes s'intéressant au vieillissement. Elle sensibilise également la collectivité et les individus à leur vieillissement personnel ainsi qu'au phénomène du vieillissement. Elle analyse, inspire et critique les politiques et les législations gouvernementales relatives au phénomène du vieillissement.

En vertu de notre mission, nos préoccupations à propos du Livre blanc concernent les personnes âgées et notre point de vue est celui de professionnels et d'intervenants, membres de l'Association québécoise de gérontologie.

2 L'AQG et l'assurance autonomie

L'Association québécoise de gérontologie a tenu en mars 2013 un colloque sous le thème *Un Québec qui vieillit bien*, colloque qui portait en grande partie sur l'assurance autonomie. Le ministre de la Santé et des Services sociaux y participait et de nombreux acteurs touchés par l'assurance autonomie ont contribué à la réflexion. Nous avons rapporté leurs propos dans notre revue *Vie et Vieillissement* (2013, volume 10, n° 4). Notre mémoire s'inspire de ces discussions.

L'Association québécoise de gérontologie appuie clairement la création d'une assurance autonomie. Opter pour le vieillir chez soi le plus longtemps possible et soutenir le maintien à domicile, considérer, enfin, les services à domicile comme la modalité de choix dans les soins de longue durée, opérer un rattrapage qui s'impose dans le financement et le développement des services à domicile, protéger le financement destiné aux services à domicile, mettre la personne âgée au centre des décisions la concernant, voilà des revendications que les gérontologues portent depuis longtemps. Aussi, nous ne pouvons qu'applaudir les intentions du gouvernement quand il propose de réformer en profondeur le système actuel de services sociaux et de santé pour y arriver.

Constitué au fil des ans en ajoutant ici et là des programmes et des mesures bien intentionnées, le système actuel crée des dysfonctionnements majeurs. Il faut mieux utiliser les ressources existantes et corriger le tir là où les « effets pervers » ont dévoyé l'objectif initial. L'exemple le plus criant est la contribution que les personnes âgées doivent débourser pour des services à domicile – pourtant moins coûteux pour le système de santé et de services sociaux et mieux adaptés à la réalité des personnes – contribution supérieure à celle demandée pour l'hébergement en CHSLD, lequel est beaucoup plus coûteux pour l'État et entraîne son lot de risques de déshumanisation.

Aussi, nous encourageons le gouvernement à aller de l'avant dans son projet de créer un régime d'assurance autonomie. Cependant, un projet aussi ambitieux comporte de nombreux écueils et les changements doivent être opérés avec soin et tact pour éviter que les résultats ne soient à l'opposé du but recherché. L'AQG encourage aussi le ministre à établir son Plan d'implantation sans précipitations afin de s'assurer que les rôles de tous les acteurs-clé et les outils de communication soient bien définis et compris.

Nous allons commenter ci-dessous les sections du Livre blanc (LB) avant de conclure et de synthétiser nos propositions de réflexions et de pistes d'actions.

3 Le livre blanc

Partie 1

Des systèmes en évolution

Les données rapportées dans la première partie du Livre blanc (LB) sont difficilement contestables. D'un point de vue gérontologique, elles sont connues. Elles permettent de réaliser l'urgence de s'adapter au vieillissement de la population. Cependant, il aurait été intéressant de compléter ces données en ajoutant un regard sur les changements survenus dans le soutien des familles aux personnes en perte d'autonomie. Nous rapportons ici quelques tendances énoncées par l'Institut Vanier de la famille.

> *Les tendances démographiques actuelles semblent indiquer qu'à l'avenir* ***des familles de plus petite taille*** *subviendront aux besoins d'un plus grand nombre de leurs membres âgés [même si] il n'en sera pas ainsi dans un avenir immédiat, car la grande cohorte du « baby-boom » fournira du soutien à la génération de leurs parents [...] [Par ailleurs] on estime que dans l'avenir l'incidence du* ***célibat (en raison du divorce, de la séparation, du célibat continu ou du veuvage) croîtra au troisième âge****. [...] La* ***participation accrue des femmes à la population active*** *et le vieillissement de la main-d'œuvre semblent indiquer que des* ***proportions grandissantes de travailleurs devront aussi fournir des soins à un nombre croissant de membres âgés et frêles*** *de la famille. [...] Il est amplement prouvé que la charge de travail totale (travail rémunéré et non rémunéré) des « membres de la famille » augmente et que la stratégie la plus susceptible d'être utilisée par ces membres, en particulier les femmes, pour venir à bout de cette charge de travail grandissante est de céder du temps personnel et de se priver de sommeil (Fast et Skrypnek 1994 : 176) [...] La majorité de la documentation sur la prestation de soins met l'accent sur les soins fournis aux personnes âgées par leurs enfants adultes, mais* ***en réalité, l'essentiel de l'aide***

> ***fournie aux personnes âgées est intragénérationnelle.*** *En d'autres mots, cette aide provient de quelqu'un de la même génération, habituellement la conjointe ou le conjoint.* (Martin-Mathews, 2001)

Nous pourrions ajouter que les pénuries de main-d'œuvre entraînées par le vieillissement démographique se répercutent aussi sur les organismes de la communauté qui comptent sur les bénévoles pour offrir toutes formes de soutien et d'action communautaire. **Ainsi il n'y a pas que l'État qui est affecté par le vieillissement et il n'y a pas que les tendances démographiques qui transforment la société et les politiques publiques.** Autrement dit, au moment où l'État souhaite « partager la responsabilité d'assumer les impacts du vieillissement accéléré de la population » avec d'autres acteurs, ces derniers sont aussi affectés par le vieillissement et des tendances sociologiques contraires.

Les dépenses publiques pour les services de longue durée

Cette section du LB fait état des sommes actuellement dépensées par l'État pour l'ensemble des services de longue durée. Tous les contribuables seront d'accord pour optimiser les services disponibles pour les soins et les services à domicile. On reste ici cependant dans un périmètre budgétaire très étroit. « Mais qu'est-ce qui dans les faits provoque l'augmentation des dépenses en santé ? Selon les données, les principaux facteurs d'accroissement des coûts sont les hautes technologies, une utilisation accrue des services au sein de toutes les tranches d'âge[1] et les hausses de salaire. » (Chappell et Hollander, Evidence Network.ca). Rappelons qu'en 2012, l'augmentation du salaire des médecins a coûté 400 millions $ à l'État québécois.[2] Bref, on peut chercher à optimiser l'ensemble du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux et des autres ministères !

Partie 2

L'assurance autonomie

Dans le LB, le projet de créer un Régime d'assurance autonomie est présenté comme l'établissement d'un droit pour tous aux services, « le droit pour la personne de choisir le lieu où elle veut vivre et recevoir les services, de choisir le type de prestations et les prestataires de service ». Dans les faits, nous savons que ces droits sont déjà inscrits dans la loi sur les services de santé et les services sociaux, mais que la réserve de l'article 13 réduit considérablement l'application de ce droit dans la réalité :

> *Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et règlementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et*

[1] « Nous subissons plus de tests, recevons plus de traitements et consommons plus de médicaments, certains peuvent avoir une influence positive sur la santé tandis que les autres ne font rien d'autre qu'augmenter les coûts. » Noralou Roos et Nicholas Hirst <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/6889>

[2] *L'actualité*, 15 juin 2012. Halte aux cartels des médecins <http://www.lactualite.com/lactualite-affaires/halte-aux-cartels-des-medecins/>

financières dont il dispose. (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 13)

Compte tenu de la pénurie de ressources et de l'organisation des services fort différente d'un territoire à l'autre, situation qui ne changera pas du jour au lendemain, l'exercice de ces droits restera difficile. Créer des attentes qui ne pourront être satisfaites ne rend service à personne.

Les services assurés

Nous apprécions le regroupement de plusieurs services sous le parapluie de l'assurance autonomie. En plus des services considérés dans le livre blanc nous attirons aussi l'attention sur l'importance de prévoir les besoins en aides techniques, en aménagements du domicile et en services de transport pour avoir accès aux professionnels et à certains services. Tous ces services ont besoin d'être rehaussés afin de réduire les délais d'attente. On doit aussi simplifier les procédures pour maximiser leur impact. Un travail avec le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT) et responsable des politiques d'habitation sera nécessaire pour harmoniser les règlements en matière de construction de rampes ou autres aménagements de domicile.

Il est connu qu'actuellement l'offre de services varie grandement d'un territoire à l'autre. En particulier, les milieux ruraux ne sont pas aussi bien desservis par les entreprises privées et les résidences pour personnes âgées, n'ayant pas de masse critique suffisante pour rentabiliser ces services. Ce n'est pas parce qu'un marché est ouvert que les entreprises s'y installent : la situation des services internet en région en est un bel exemple. Il faudra porter attention à ces situations et prévoir des mesures ciblées en conséquence.

D'autre part, pour garder une personne en perte d'autonomie dans son milieu, il faut pouvoir compter sur des services médicaux 24/7, pouvoir lui offrir des services de réadaptation ou du transport pour se rendre chez le professionnel. La politique de soutien à l'autonomie devra inclure ces dispositifs dans les services disponibles.

Le cheminement d'une personne

Le Livre blanc mise sur des innovations déjà en cours : les réseaux locaux de services aux personnes âgées en perte d'autonomie autour des CSSS, l'utilisation d'outils uniformes d'évaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie (OEMC), le système ISOSMAF qui permet de déterminer des profils de besoins de services et de déterminer le financement nécessaire avec une relative équité, les gestionnaires de cas chargés d'évaluer les besoins de la personne, d'établir et coordonner un plan de services qui tient compte des priorités et préférences de la personne. Nous nous réjouissons que l'on poursuive dans cette voie. Rappelons que ces innovations ont été développées, expérimentées et évaluées au Québec (voir PRISMA sur prismaquebec.ca). En outre, des chercheurs australiens qui ont examiné les résultats de ces études ont confirmé la valeur scientifique de ces travaux de recherche. Ils rapportent les résultats suivants :

> *Il y a eu une réduction dans l'incidence et la prévalence du déclin fonctionnel [...] Le programme a aussi montré une réduction progressive du niveau de handicap, une prévalence moindre de besoins non comblés chez les personnes vivant dans la communauté, et les clients ont rapporté un sentiment accru de satisfaction et*

« d'empowerment ». […] Le programme a démontré des gains pour le système de santé. Les personnes âgées ont fait un meilleur usage de l'urgence et des installations de santé. […] Les 127 médecins de famille sondés avaient un fort intérêt à la fois à participer au réseau de services et à travailler avec les gestionnaires de cas. » (Stewart, M., Georgi, A., Westbrook, J., 2013.) (Notre traduction)

Nous insistons pour rapporter ces résultats, car **la focalisation sur la question des coûts de l'assurance autonomie tend à faire oublier que le cheminement proposé aux personnes âgées a été expérimenté et évalué selon les meilleurs standards de recherche et que les personnes âgées apprécient cette façon de faire.**

- Cela dit, le réseau de la santé et des services sociaux a implanté de façon inégale le modèle des services intégrés. « Bien que l'importance de l'accès à [la gestion de cas] soit intuitivement comprise, différentes manières d'envisager la fonction « clinique » de la gestion de cas sont toujours possibles au Québec. »[3] Il faudra convaincre et clarifier la situation à cet égard.

- Les intervenants rapportent que l'OEMC tient peu compte de la situation des proches aidants et de leur point de vue sur la contribution en services qu'on leur demande. Or le soutien à domicile sans proche aidant est bien difficile, surtout en présence de problèmes cognitifs. Pour assurer la sécurité de la personne âgée, la protéger de la négligence, assurer la santé et le bien-être de l'aidante, il faut évaluer aussi la situation de ce point de vue et planifier les services de soutien à l'aidant. À notre connaissance, deux équipes de recherche ont développé des outils à cette fin. Il s'agit de l'outil AIDE-proches développé au CREGÉS (Barylak, Guberman, Fancey, Keefe, Silverman, 2006) et de l'outil ESPA (Entente sur le soutien aux proches aidants) de Francine Ducharme et la Chaire de recherche Desjardins sur les soins aux personnes âgées et aux familles à l'IUGM. Nous proposons que le MSSS entreprenne des travaux pour bonifier l'OEMC à cet égard.

- Le rôle de gestionnaire de cas en est un crucial. Pourtant il n'existe pas de titre d'emploi formel de gestionnaire de cas dans les CSSS. Nous sommes d'avis que la reconnaissance de cette profession est nécessaire et qu'une formation spécifique développant les compétences pour accompagner les personnes âgées et leurs proches, évaluer les situations complexes en tenant compte des besoins et des capacités des personnes et de leurs aidants, concevoir des plans de services individualisés (PSI), négocier et coordonner les services en visant la continuité, mettre en œuvre et assurer le suivi des PSI permettrait de professionnaliser ce rôle et d'améliorer la qualité des services. Ce genre de programme existe (nous pensons aux microprogrammes de 2e cycle en gérontologie de l'Université de Sherbrooke) et pourrait être adapté et déployé.

- Nous sommes aussi préoccupés de la supervision professionnelle des gestionnaires de cas et des conditions de travail dans lesquelles ils et elles évoluent. Donnera-t-on aux GC une charge de cas raisonnable permettant d'être accessibles aux personnes

[3] Dr Lucie Bonin. (2013) La coordination du point de vue des personnes âgées. Préface *in* Couturier, Gagnon, Belzile et Salles. *La coordination en gérontologie.*

qui ont besoin d'eux et d'elles ? Le développement de normes de gestion de cas serait une voie intéressante. Actuellement, les GC ne suffisent pas à la demande.

L'allocation de soutien à l'autonomie

Le LB précise les intentions du gouvernement concernant la part du financement des services assuré par les personnes âgées. Une contribution de l'usager sera requise pour les AVD et les AVQ. « Cette participation tient compte de la fréquence et de l'intensité des services fournis et du revenu de la personne et du ménage dans lequel elle vit. » Est-ce que les paramètres financiers du PEFSAD [4] sont la référence dont s'inspirera l'ASA ? Actuellement un couple sans enfant dont le revenu familial excède 39 839 $ paie 15,70 $ de l'heure pour l'aide domestique à Lévis[5]. Il n'est pas rare que les personnes âgées se privent de services, car elles sont très sensibles au coût en raison de leurs revenus de retraite fixes sinon décroissants. Ici, la liberté de choisir ne veut rien dire si la personne n'a pas les ressources financières. Que veut dire concrètement « La contribution ne devrait pas constituer un obstacle au maintien de la condition de la personne et l'accès aux services » ? Les grilles de contribution doivent être connues et permettre une réelle accessibilité.

On comprend aussi que la contribution de l'usager devrait s'harmoniser avec celle requise pour être hébergée en CHSLD, RI ou RTF. Pourquoi alors tenir compte du revenu, mais pas du patrimoine comme c'est le cas dans l'établissement de la contribution pour hébergement[6] ?

Pour avoir un effet sur le choix de rester à domicile, il faut comprendre que les services devront atteindre un niveau suffisant et être financés de telle sorte que la contribution requise à domicile ne dépasse pas la contribution requise de la personne hébergée. [En hébergement, en plus des services, les médicaments et les fournitures (couches par exemple) sont fournis sans frais.] On tient pour acquis que le MSSS ne se contentera pas de relever unilatéralement le coût de l'hébergement. Chacun a son cadre financier et les personnes hébergées au moment de l'entrée en vigueur du nouveau régime ne devraient pas être inquiétées. L'indexation au coût de la vie suffira.

Finalement une attention particulière devrait être portée aux modalités de versement de l'ASA de façon à ce que les personnes âgées en perte d'autonomie n'aient pas à assumer le paiement complet du service en attendant de recevoir l'ASA.

- Les personnes âgées et leurs proches ont appris à gérer eux-mêmes leur situation en bonne partie. Devront-ils passer par le gestionnaire de cas pour une évaluation des besoins et un plan de services afin d'avoir accès à l'exonération financière ? Dans les travaux sur la gestion de cas, le recours au GC n'est pas systématique. Actuellement, le PEFSAD exige que l'évaluation soit faite par le CSSS, mais pas forcément par le GC. Assurons-nous d'alléger les processus pour éviter les délais.

---

[4] Voir le site internet de la RAMQ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/aide-domestique/Pages/aide-domestique.aspx>

[5] Coopérative de services Rive-sud <http://www.servicesrivesud.com/les_prix_de_tous_nos_services_d_aide_a_domicile.ws>

[6] Voir le site internet de la RAMQ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/Pages/hebergement-etablissement-public.aspx>

Les prestataires de services

Dans une perspective gérontologique, nous appuyons la proposition de faire relever les AVD et les AVQ d'une même administration, voire d'une même personne. L'observation empirique et la recherche nous permettent de savoir que le « vieillissement naturel rend la personne âgée plus vulnérable aux effets du stress ». Réduire le nombre d'intervenants permet d'assurer la continuité des services et de la relation. La même logique mène à déployer des stratégies de rétention du personnel et d'organisation du travail pour éviter de multiplier les individus au chevet d'une personne. Évitons de reproduire à domicile la division industrielle du travail.

Évidemment se pose toute la question des conditions de travail de ces personnes qui sont bien plus que des « préposées » mais de véritables auxiliaires de vie ou assistantes personnelles. C'est un point névralgique de l'AA. Pour permettre à une personne de bien vivre à domicile, il faut lui assurer la sécurité, la rassurer et créer une relation de confiance. La qualité des services vient des qualités personnelles des assistants, mais aussi des compétences acquises par la formation et l'expérience. Il faudra reconnaître celles-ci par des conditions de travail attrayantes afin de retenir un personnel compétent dans les EESAD. Ces dimensions devront être incluses dans les scénarios de budgétisation et de financement, sinon c'est la qualité des services qui sera en cause, car on verra les personnes se succéder et démissionner.

Le LB poursuit la pratique déjà bien entamée de privatisation des services. Pourtant il a été démontré que la libre loi du marché ne garantit pas la qualité des services, ce qui a mené dans les récentes années à une règlementation des résidences privées afin d'assurer des normes de qualité et de permettre un contrôle. Le LB met de l'avant « l'allocation directe-chèque emploi–service ». Cette modalité rend difficile le contrôle de la qualité. Quels seront les leviers d'action du GC quand la qualité de la prestation sera insuffisante ? En dehors de l'obligation pour tous les prestataires d'avoir fait l'objet d'une reconnaissance explicite encadrée par un processus formel, il faudra élaborer des normes de qualité à l'intention des entreprises qui offriront les services d'AVD et AVQ. De cette façon, les personnes auront la possibilité de porter plainte et d'exercer certains recours. L'AQG acceptera volontiers de participer à cet exercice, surtout pour le volet « formation ».

Nous n'avons pas trouvé dans le LB de réserves quant à l'emploi de l'allocation directe pour rémunérer les services donnés par les proches aidants. Il nous semble important d'encadrer l'allocation directe de manière à prévenir la maltraitance et à éviter l'épuisement des proches aidants.

Le rôle des organismes communautaires qui fournissent les popotes roulantes ou les services de transport est brièvement énoncé. Ces organismes jouent un rôle clé dans les communautés grâce à l'apport de bénévoles qui, ne l'oublions pas, n'ont ni lien d'emploi ni salaire et sont sensibles à la pression. Les organismes communautaires ont d'autres missions et ne sauraient être assimilés à des entreprises de services. Il faut tenir compte de cette situation très particulière dans les rapports avec les organismes communautaires.

Le rôle des CSSS

Nous saluons le maintien du rôle central des CSSS. Leur responsabilité populationnelle est déterminante. Pour ce faire, ils auront besoin d'être bien enracinés dans leur milieu. Leur

rôle d'animation et de concertation des réseaux locaux et de promotion de la santé et du bien-être pourrait par ailleurs être antinomique avec une fonction de « surveillance ». Dans le cas des résidences pour aînés (RPA), on a confié le rôle de certification et surveillance aux agences régionales (ASSS). Pourquoi ne pas envisager le même partage pour les EESAD ? Les CSSS en seront d'autant plus crédibles à promouvoir la qualité des services.

Partie 3

Le financement

L'AA serait financée à court terme par les impôts. Fort bien : le régime d'assurance parentale recueille les cotisations de tous les Québécois quel que soit leur âge, et toutes les générations y contribuent via leurs impôts. Le même raisonnement vaut pour les services aux personnes en perte d'autonomie. Il s'agit dans les deux cas de solidarité intergénérationnelle.

Le crédit d'impôt remboursable pour les personnes de 70 ans et plus pour maintien à domicile a été mis en place pour encourager le maintien à domicile. Rapidement il est devenu indispensable aux personnes vivant en résidences pour personnes âgées et à ces dernières. Ce crédit d'impôt est complexe. Les services admissibles sont divisés en deux catégories : services d'entretien et d'approvisionnement, qui sont fournis à l'égard d'une habitation ou du terrain sur lequel se trouve l'habitation (ex. : entretien ménager, entretien des vêtements et du linge de maison, entretien mineur à l'extérieur) et services d'aide à la personne, qui permettent son maintien à domicile ou sont essentiels à celui-ci (ex. : soins infirmiers, soins d'hygiène, services de préparation de repas et, depuis 2013, service de télésurveillance et de repérage par GPS).[7] Cette dernière catégorie recoupe les services que couvrira l'assurance autonomie. Elle pourrait être abolie au profit de l'ASA. Son abolition permettrait-elle de dégager des sommes importantes pour bonifier l'ASA ? Combien de personnes âgées seraient touchées ? De quelle façon ? Combien seraient compensées par l'ASA ? Les gains l'emporteraient-ils sur la confusion entraînée par sa disparition ? N'étant pas des spécialistes en fiscalité et n'ayant pas trouvé une étude plus approfondie du modèle actuel et de ses effets, nous suggérons tout de même d'explorer cette voie.

Soucieuse des relations intergénérationnelles, l'AQG estime aussi que l'équité intergénérationnelle est un principe important.

Les prochaines étapes

La transformation annoncée est ambitieuse. Les enjeux sont trop importants pour ne pas prendre le temps nécessaire pour bien évaluer tous les tenants et aboutissants. Nous saluons l'engagement du Ministère à préserver les acquis et à faire la transition de façon ordonnée.

La réussite d'un tel projet de société suppose un vaste appui, le respect de tous les partenaires, au premier plan les différents niveaux d'intervenants qui travaillent déjà dans le réseau des services aux personnes âgées, proches aidants, employés, bénévoles, travailleurs d'entreprises d'économie sociale et gestionnaires.

[7] Portail Québec – Citoyen. Aînés. Perdre son autonomie.

Nous ne saurions trop insister aussi sur l'importance de la communication et de la collaboration entre tous les partenaires. Cela suppose des systèmes d'information bien sûr, on pense ici aux plates-formes informatiques et aux technologies. Mais l'attention doit être plus large : les plans de services seront-ils accessibles à l'ensemble des partenaires travaillant auprès d'une personne à domicile ? Travaillant seule dans un domicile, une auxiliaire doit être prévenue, par exemple, des antécédents de violence de certains clients. Les informations nécessaires pourront-elles être accessibles facilement tout en respectant la confidentialité ?

La formation et le développement des compétences

La formation et l'encadrement des auxiliaires de vie responsables des services d'accompagnement à la vie quotidienne, mais aussi des gestionnaires des EESAD seront cruciaux. Le soutien aux EESAD nous apparaît négligé dans la liste des neuf (9) composantes du Plan d'implantation énoncées à la page 31 du LB ! Elles seront beaucoup sollicitées et des défis de gestion les attendent. Après avoir connu un sous financement qui a entravé leur développement, on veut maintenant qu'elles fassent des miracles ! Un chantier est nécessaire avec les gestionnaires des EESAD.

Quant aux compétences requises des « préposées » que nous préférons appeler des auxiliaires de vie ou assistantes personnelles, elles doivent être énoncées au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer la seule sécurité physique. On ne devra pas craindre de formuler des exigences de formation techniques spécifiques en gérontologie et de miser sur les programmes et les équipes des commissions scolaires et des cégeps pour les développer. Cette voie doit être préférée aux programmes de formation ponctuels pour la formation de base. Profitons de cette opportunité pour développer une vraie culture gérontologique.

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur le développement des compétences nécessaires à la gestion de cas. Au-delà des formations ponctuelles, il faut songer à rehausser les formations professionnelles initiales et à valoriser les formations universitaires spécialisées en gérontologie incluant la gestion de cas. Il faut développer aussi les formations professionnelles et techniques axées sur la connaissance des réalités des aînés et des interventions capables de soutenir leur autonomie et leur résilience de même que celles de leurs aidants. La situation particulière de la plus grande incidence de troubles cognitifs au grand âge nécessite des connaissances, un savoir-faire et un savoir-être spécifiques.

Les meilleures prévisions de main d'œuvre ne vont pas résoudre les pénuries. Un enjeu important est de valoriser les métiers de la gérontologie. Il est connu que le travail avec les personnes âgées retient peu l'attention des jeunes. Pourtant nombreuses sont les personnes qui prennent un réel bonheur à fréquenter les aînés, même celles en perte d'autonomie : il faut en parler. Ces métiers sont gratifiants. Ils requièrent des habiletés relationnelles, ont recours à des technologies nouvelles, permettent de développer des connaissances, donnent accès à des histoires personnelles riches de sens et à une perspective plus large sur la vie. Faisons les connaître, valorisons-les, reconnaissons-les et payons-les ! Concrètement, il serait opportun de penser à du marketing social pour les métiers gérontologiques.

Conclusion

L'assurance autonomie est en voie de s'imposer dans le monde comme la manière de répondre au défi du vieillissement de la population. L'Association québécoise de gérontologie se réjouit de ce que le Québec s'apprête à revoir le système des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et à l'adapter au XXIe siècle. Ce défi nous attend quelque soit le gouvernement.

Cela nécessitera beaucoup d'efforts. Nous pensons que la donne sera changée avec l'instauration de l'AA et que les projections de besoins sont difficiles à faire à partir de la situation actuelle. En ce sens, nous sommes portés à penser que les estimations des coûts seront dépassées. Cela ne devrait pas empêcher de développer le régime d'assurance autonomie. Les contribuables sont ou seront aussi des personnes âgées, ils ont des proches âgés. Une caisse réservée, bien gérée, finançant des services pertinents et de qualité les rassurera.

En guise de résumé

Nous reprenons ici nos principales propositions, réflexions et pistes d'action.

Services assurés

1. Rendre plus disponibles l'adaptation du domicile et les aides techniques, et réduire les délais d'attente.

2. Inclure le soutien aux proches aidants et les services médicaux 24/7 dans la politique de soutien à domicile.

3. Assurer le déploiement des services sur l'ensemble du territoire du Québec.

Cheminement

4. Adopter un modèle de gestion de cas univoque.

5. Compléter l'évaluation des besoins de la personne par l'évaluation des besoins de soutien des proches aidants et bonifier l'OEMC à cet égard.

Gestion de cas

6. Déployer des programmes de formation des gestionnaires de cas en collaboration avec les universités.

7. Assurer des mécanismes de supervision aux GC et non seulement de la reddition de comptes.

8. Développer des processus d'accès à l'ASA simples et efficients n'impliquant pas forcément le gestionnaire de cas.

9. Encourager le développement de normes pour la gestion de cas incluant une charge de travail optimale des GC.

Accessibilité

10. Protéger l'accès aux services pour les personnes en début de processus de perte d'autonomie en maintenant l'accès au PEFSAD pour les services d'aide domestique.

11. Tenir compte de la capacité de payer des aînés dans l'établissement de la contribution financière et préciser par quels moyens on s'assurera que la contribution ne sera jamais un obstacle au maintien de la condition de la personne et à l'accès aux services.

12. Élaborer la contribution financière en garantissant que son augmentation éventuelle ne dépassera pas l'augmentation des revenus des retraités.

13. Simplifier les modalités administratives de l'ASA pour que les personnes n'aient pas à verser les sommes en attente d'un remboursement.

Qualité des services

14. Prévoir des mécanismes pour faire circuler l'information clinique pertinente entre les prestataires de services et favoriser une réelle collaboration au service des personnes en perte d'autonomie.

15. Développer des normes et des mécanismes de certification pour les prestataires de services.

16. Limiter le recours à l'allocation directe de services par les proches aidants de manière à protéger leur santé et à prévenir la maltraitance.

17. Confier aux agences de santé et de services sociaux l'application des normes et la surveillance des prestataires de services ayant des ententes avec les CSSS.

18. Maintenir, pour les personnes recevant les services d'assurance autonomie, le régime d'examen des plaintes et l'assurance d'avoir accès aux services d'assistance et d'accompagnement des CAAP, ainsi que le pouvoir d'exercer un recours à l'égard des services qu'elles ont reçus ou qu'elles auraient dû recevoir.

Financement

19. Établir les coûts détaillés de l'AA et prévoir les ressources financières conséquentes pour atteindre des normes de qualité minimale en rémunérant convenablement les prestations d'aide aux AVD et AVQ.

20. Transférer la partie du crédit d'impôt actuel pour le maintien à domicile couvrant les services d'aide à la personne (et non la partie services d'entretien et d'approvisionnement) au profit du financement de l'assurance autonomie.

21. Harmoniser les contributions de l'usager à domicile avec celle de la personne hébergée en CHSLD en finançant suffisamment l'AA d'une part et en indexant la contribution en CHSLD à l'augmentation des revenus des retraités d'autre part.

Implantation

22. Réaliser l'implantation en s'assurant d'une démarche conjointe, progressive, globale et intersectorielle avec tous les milieux concernés afin de mettre en place les conditions de réalisation.

23. Respecter les particularités des organismes communautaires et leur autonomie.

24. Soutenir les gestionnaires des EESAD vers la transformation de leurs services et leur quête d'efficience et de qualité.

25. Orienter la formation des auxiliaires de vie vers de meilleures connaissances gérontologiques.

26. Adopter une stratégie de développement des compétences adaptées aux services auprès des personnes aînées et de leurs proches aidants dans l'ensemble des programmes de formation des professionnels de façon à développer une culture gérontologique, la formation étant un important déterminant de qualité des services.

27. Dans les CSSS, créer un titre d'emploi de gestionnaire de cas avec un profil de compétences spécifiques incluant des compétences gérontologiques (connaissances, savoir-faire, savoir-être, « savoir-faire-faire »).

28. Développer une campagne de promotion des métiers de la gérontologie.

Références

Barylak, L. Guberman, N. Fancey, P. Keefe, J. 2006. *Retour sur l'utilisation de l'outil d'évaluation des proches aidants : les obstacles, les résultats et les répercussions de la politique.* (En ligne) http://www.msvu.ca/site/media/msvu/Report-FR-2006-08-28_1.pdf

Chappel, N., Hollander, M. *Nous pouvons maintenir notre système de santé : voici comment.* (En ligne) Evidencenetwork.ca Non partisan Health Policy experts and evidence. http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/6628

Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., Salles, M. 2013. *La coordination en gérontologie*. PUM.

Lalande, G. 2013. *L'assurance autonomie soulève quelques questions*. Vie et vieillissement, 10, 4 : 10-13.

Martin-Mathews, A. 2001. *Les familles vieillissantes et les liens intergénérationnels. Tendances contemporaines de la famille*. Institut Vanier de la famille. (En ligne) http://www.vanierinstitute.ca/include/get.php?nodeid=1601

Massé, D. et Lalande, G. 2013. *Assurance autonomie : à quoi faut-il s'attendre ?* Vie et vieillissement, 10, 4 : 7-10.

PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) 2000-2013. (En ligne) http://www.prismaquebec.ca/cgi-cs/cs.waframe.content?topic=11199&lang=1

Stewart M.J., Georgiou, A., Westbrook J.I. 2013. *Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program*. International Journal of Integrated Care, 13 : e1-14. (En ligne) http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/963/1964