

Montréal, le 13 février 2014

Aux membres de la Commission de la santé et des services sociaux
Assemblée nationale du Québec
À l'attention de Monsieur Mathew Lagacé, secrétaire
csss@assnat.qc.ca

Objet : Lettre-mémoire sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Mesdames,
Messieurs,

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) représente des dizaines de milliers de membres dans le secteur de la santé et des services sociaux, plus particulièrement ceux œuvrant auprès des personnes nécessitant des soins et des services de longue durée dans le secteur des soins à domicile, dans les CHSLD, les ressources intermédiaires, les résidences privées pour personnes âgées ou dans le secteur de l'économie sociale, et ce, dans toutes les régions du Québec. Ces travailleurs et travailleuses sont membres du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) et du Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES-298). Mais au-delà de notre représentativité syndicale dans ce secteur d'emploi, la FTQ représente plus de 600 000 personnes qui toutes souhaitent avoir un accès à des soins et à des services de longue durée lorsqu'elles ou des membres de leur famille en ont ou en auront besoin, que ce soit à domicile, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou d'autres lieux.

Par la présente, nous voulons discuter brièvement de ce qui nous apparaît être des conditions de base pour espérer améliorer la situation des adultes hébergés en CHSLD ainsi que de tous les adultes en perte d'autonomie : reconnaître l'importance de la continuité des soins et des services de longue durée; proposer des milieux de vie diversifiés; accueillir ces personnes dans des établissements publics, avec un financement public; employer un personnel adéquat en nombre et en qualité.

1. La nécessaire continuité des soins et des services de longue durée

Les CHSLD ne sont qu'une des composantes d'un continuum de services et de soins de longue durée. Il est très rare, sauf en cas d'accidents graves, que les besoins d'hébergement en CHSLD se fassent sentir du jour au lendemain. Il s'agit généralement d'un processus graduel de pertes de capacités et d'autonomie, tant à cause des maladies chroniques que du vieillissement. Les CHSLD apparaissent ainsi comme un des lieux ultimes de soins et de services offerts à long terme. Analyser les conditions de vie des adultes qui y sont hébergés ne peut cependant se faire en vase clos. Il importe de s'intéresser à la nécessaire continuité des soins et des services de longue durée, dans les différents types d'hébergement. C'est ce que nous avons déjà souligné à votre Commission lors de notre présentation sur le Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie (p. 9).

« L'interdépendance des différentes parties du système de santé et de services sociaux n'est plus à démontrer, comme le résume si bien le Vérificateur général dans son dernier rapport :

“Les services à domicile ne sont pas un secteur isolé du système de santé et de services sociaux. Ils s'intègrent dans une chaîne de services (continuum de services) qui comprend ceux de première ligne, plus généraux, et ceux de deuxième et de troisième ligne, plus spécialisés. Si un des maillons de la chaîne a des faiblesses, celles-ci se répercuteront sur les autres maillons. Par exemple, des services à domicile insuffisants ou l'absence de services spécialisés en gériatrie auront un impact sur les services d'urgence et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie¹.”

« Il devrait en être de même pour assurer la continuité des soins et des services de longue durée. On devrait être capable de faire une réflexion mieux structurée sur la diversité des domiciles qu'occupent et occuperont les personnes âgées durant leur éventuelle perte d'autonomie. Plusieurs éléments sont à considérer : une maison qu'on vend parce qu'elle fait partie des revenus nécessaires pour la retraite; la maison ou le logement initial qu'on quitte parce qu'il est trop lourd à entretenir ou trop coûteux; la recherche d'une plus grande sécurité et de quelques services de base qu'on ne retrouve actuellement que dans le privé, à des coûts assez élevés, et qui peuvent devenir de plus en plus importants lorsque la perte d'autonomie augmente et qui sont loin d'être accessibles à plusieurs personnes âgées; les CHSLD pour les personnes en grande perte d'autonomie. Le passage

¹ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013*, Québec, automne 2013, p. 32, [En ligne] [\[www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-gestion/fr_Fichiers/fr_Rapport2012-2013.pdf\]](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-gestion/fr_Fichiers/fr_Rapport2012-2013.pdf).

d'un lieu à un autre est presque toujours difficile parce qu'il est associé à une perte. Mais il est souvent la seule solution réaliste.

« Le ministre doit lui-même être réaliste et s'assurer qu'un continuum de services de même qualité soit accessible dans un continuum de résidences, sans que l'accessibilité financière soit en cause. En effet, la FTQ croit que le vrai libre choix s'exprime lorsque toutes les ressources nécessaires sont accessibles, tout au long de ce continuum. Nous pensons que c'est aussi ce que souhaite la population québécoise, comme l'a récemment souligné l'Association médicale canadienne :

“Les Canadiens souhaitent l'adoption d'une approche qui donne la priorité aux soins à domicile et communautaires pour aider les aînés à rester à la maison plus longtemps, ce qui n'est pas irréaliste. **La majorité s'attend également à ce qu'une stratégie nationale sur les soins de santé accorde aussi la priorité aux soins de longue durée en établissement ainsi qu'aux besoins des aînés à la fin de leur vie².** »

2. Une offre diversifiée de milieux de vie

Pour que les CHSLD deviennent des milieux de vie les plus adéquats possibles et qu'on aille au-delà de vœux pieux maintes fois exprimés, il faut une offre diversifiée de milieux de vie. Actuellement, les CHSLD regroupent des adultes ayant des problèmes et des besoins fort diversifiés, ce qui rend parfois impossible la création de milieux de vie qui correspondent aux capacités et aux besoins de ces différentes catégories de personnes : personnes plus jeunes ou plus âgées, malades chroniques (ex : sclérose en plaques), personnes ayant divers niveaux de démence ou d'Alzheimer, personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles importantes, etc.

Pour créer des milieux de vie, il faut prendre divers moyens. On pourrait par exemple créer des centres spécialisés plus petits pour les malades chroniques ou certains types de maladie. On pourrait aussi créer des unités de vie plus petites au sein de grands établissements. Cela permettrait de répondre aux différents besoins d'intimité ou d'équipements. Ce projet s'est déjà concrétisé avec la création d'unités prothétiques pour les cas graves, mais celles-ci n'ont pas existé longtemps à cause du manque de ressources financières. Si la volonté y est, nous pourrions recréer ces unités et en concevoir de nouvelles pour d'autres types de cas, notamment les adultes plus jeunes

² ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. 13^e *Bulletin national annuel sur la santé*, août 2013, p. 2, [En ligne] [www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/2013/2013-reportcard_fr.pdf]. Les caractères en gras sont propres au mémoire sur le Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie.

ou les adultes de tous âges n'ayant pas de déficit cognitif, comme nous l'avons souligné dans notre mémoire sur le Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie (p. 10).

« Un taux très élevé de personnes résidant en CHSLD sont touchées [par la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de démence], pouvant représenter jusqu'à 80 % des bénéficiaires. Cela a des conséquences sur le choix des personnes dont la perte d'autonomie n'est que physique, et qui privilégient un entourage comprenant le moins possible de personnes à capacités cognitives affaiblies. Cela les conduit vers des ressources privées où la contribution financière exigée est nettement plus élevée. Ainsi, les personnes n'ayant pas les moyens financiers se retrouvent dans un CHSLD qui peine à être un milieu de vie. Auparavant, l'existence d'unités prothétiques, spécifiques ou psychiatriques permettait de donner un meilleur service aux personnes atteintes, tout en contribuant au développement d'un milieu de vie plus intéressant pour les autres. »

Il s'agit là d'une réflexion et d'objectifs à inclure dans la réorganisation d'établissements existants, trop souvent désuets ou mal entretenus, ou dans la construction de nouveaux établissements. Si une telle réflexion doit se faire avec des experts, les personnels doivent aussi être consultés, eux qui travaillent au quotidien avec les personnes ayant besoin de soins et de services de longue durée, tout en reconnaissant que ce qui est un milieu de vie pour les uns est aussi un milieu de travail pour les autres.

3. Un financement public pour des établissements publics

Des établissements publics : pour plus de cohérence

Plusieurs pourraient prétendre que cette diversification existe déjà, comme le montre le tableau *Les différents modes d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie* présenté dans le document de consultation : les résidences pour personnes âgées, les ressources de type familial, les ressources intermédiaires, les CHSLD publics, privés conventionnés, privés non conventionnés ou en partenariat public-privé (PPP)³.

Ces différents lieux d'hébergement se sont cependant développés de manière anarchique, sans souci de cohérence pour ce qui est de l'accès à des soins et services équivalents. En effet, les règles et les normes d'agrément sont différentes d'un type de lieu à l'autre. Le contrôle des soins et des services, lorsqu'il est appliqué, ne permet pas de garantir des soins et des services identiques d'un lieu à l'autre. Des CSSS ont ainsi adopté une pratique de « location » de lits dans des établissements privés. Dans une même résidence privée pour personnes âgées, en plus de lits privés, on peut donc

³ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, septembre 2013, p. 8

cumuler des lits selon différents autres modes d'attribution (par exemple de ressource intermédiaire ou de CHSLD).

Ce développement s'est aussi fait en fermant et en limitant le nombre de lits dans le réseau public, ce qui a forcé plusieurs personnes à choisir, par défaut, un hébergement privé. En effet, il manque des places en CHSLD. Le document de consultation (p. 7) précise qu'au 31 mars 2013, selon les données du ministère de la Santé et des services sociaux, 3 826 personnes attendaient une place dans un CHSLD. De son côté, en mai 2013, l'Association québécoise des retraités des secteurs public et parapublic (AQRP) évaluait à 8 698 le nombre de personnes sur une liste d'attente pour une place en CHSLD⁴. Quel que soit le chiffre exact, c'est beaucoup trop.

Cette évolution anarchique a été trop souvent causée par une volonté gouvernementale de réduction des coûts, que l'on souhaitait atteindre par la privatisation ou la sous-traitance. C'est d'ailleurs cette même tendance à tout confier au privé (même sans but lucratif, comme c'est le cas dans l'économie sociale) que la FTQ dénonce depuis des décennies et a particulièrement dénoncé dans son mémoire sur le Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie (p. 6-7).

Les conséquences de ce désengagement de l'État nuisent aux deux principes de base qui devraient s'appliquer à chaque citoyen et citoyenne en perte d'autonomie : l'accessibilité aux ressources et l'égalité de traitement, quel que soit le lieu d'hébergement. La fluidité des transitions entre lieux d'hébergement serait aussi mieux garantie si la continuité était assurée par des établissements publics.

Un financement public : pour plus d'équité

Pour la FTQ, il est évident que c'est un financement public dont le Québec a besoin dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il s'agit du mode de financement le plus équitable pour une répartition sociale des coûts. Cela commande que le gouvernement accepte de discuter de l'augmentation de ses recettes fiscales. Nous avons élaboré brièvement notre position à ce sujet dans notre mémoire sur le Livre blanc sur la création de l'assurance autonomie (p. 18-19).

« Que le gouvernement décide d'aller de l'avant avec l'assurance autonomie ou non, la FTQ croit qu'un financement accru doit provenir de sources de revenus progressives, notamment l'impôt sur le revenu. La part qu'occupent la santé et les

⁴ AQRP. « Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie: près de 9 000 personnes en attente d'une place au Québec », 27 mai 2013, [En ligne] [aqrp.qc.ca/nouvelles/hebergement-pour-les-personnes-en-perde-d-autonomie-pres-de-9-000-personnes-en-attente-d-une-place-au-quebec-401].

services sociaux dans le budget gouvernemental est telle qu'il est en effet impossible d'envisager son financement sans parler de l'ensemble de la fiscalité québécoise. Un exercice visant à en accroître la progressivité et l'équité serait tout indiqué.

« Les différents gouvernements qui se sont succédé dans les deux dernières décennies n'ont eu de cesse de diminuer, toujours et encore, les impôts des particuliers et des entreprises, en affirmant que cela contribuerait à l'enrichissement de nos sociétés. Ce qu'on a plutôt vécu, c'est l'enrichissement des plus nantis, la financiarisation de l'économie, des diminutions du filet de sécurité sociale et une augmentation perceptible des inégalités. Tout cela parce que nos gouvernements acceptent la logique selon laquelle toute augmentation du fardeau (sic!) fiscal serait néfaste à l'économie et que nous n'aurions plus les moyens de nous payer les services dont nous avons besoin. Ici et ailleurs dans le monde, les menaces des riches et du milieu des affaires font même reculer les gouvernements qui avaient pris des décisions justifiées, comme ce fut le cas l'année dernière avec les propositions du gouvernement québécois d'ajouter des paliers d'imposition pour les particuliers les plus riches ou d'augmenter la part des dividendes ou du capital à imposer, afin d'abolir la contribution santé.

« C'est pourtant la responsabilité du gouvernement de répondre aux besoins de la population et, si nécessaire, de la sensibiliser en donnant une information adéquate permettant d'assurer une meilleure compréhension des enjeux et des décisions plus équitables qu'il doit prendre.

« Il faut cesser d'avoir peur de parler d'augmentation d'impôt. Il faut cesser d'utiliser la tarification ou la hausse de la TVQ, des mesures régressives, pour compenser les baisses d'impôt des décennies précédentes. Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici l'ensemble des revendications que nous avons régulièrement présentées lors de multiples consultations, mais voici quelques exemples des mesures à bannir et de celles à valoriser pour augmenter les revenus de l'État, par exemple pour les revenus des particuliers :

- « • Annuler totalement la contribution santé, une mesure très régressive. D'autres mesures tarifaires rendent notre régime fiscal global plus régressif.
- « • Revoir les grilles de contribution des bénéficiaires pour les soins et services de longue durée afin de mieux respecter leur capacité de payer et les besoins de base des autres membres de leur ménage⁵.

⁵ Il faut que ce montant représente une portion réaliste des coûts pour une personne dont c'est maintenant le milieu de vie et où elle est logée et nourrie. Ce principe n'est cependant pas applicable pour le paiement d'une chambre dans les hôpitaux universitaires, tel que suggéré récemment, alors que la personne malade continue par ailleurs à payer son loyer et celui de sa famille.

- « • Augmenter l'impôt général sur le revenu des particuliers et restaurer une plus grande progressivité en ajoutant encore un palier d'imposition.
- « • Réévaluer des avantages fiscaux consentis aux plus riches comme la non-imposition d'une partie des dividendes ou du capital.
- « • Instaurer une taxe de vente sur les biens de luxe (certaines catégories de voiture, yachts, avions privés, bijoux, etc.), comme cela se fait dans de plus en plus de pays, sans généraliser cette augmentation ce qui aurait alors un effet régressif important.
- « • Lutter contre l'évitement fiscal sous ses diverses formes.

« En matière de fiscalité globale des entreprises, il faut rehausser leur contribution dans les revenus de l'État, cette part ayant substantiellement diminué au fil des ans : baisse importante de l'impôt fédéral sur les bénéfices des sociétés; élimination de la taxe québécoise sur le capital qui n'a été que partiellement compensée par l'impôt sur les bénéfices; disparition de toute taxe sur les intrants, depuis 1990 pour la TVQ et récemment pour la TPS; sans compter l'importance des aides budgétaires, fiscales et financières faites aux entreprises.

« Le gouvernement fédéral conservateur a modifié unilatéralement la base de financement qui s'installera progressivement à compter de l'année prochaine, faisant perdre au Québec quelques milliards de dollars annuellement. Le gouvernement québécois doit déployer des efforts, avec d'autres provinces si possible, pour réclamer du fédéral qu'il ne diminue pas son investissement dans un contexte où les besoins augmenteront. »

Un retour sur le mode PPP

La FTQ souhaite que le mode PPP soit abandonné dans les services publics, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela fait plus de deux décennies que nous dénonçons ce mode de réalisation d'infrastructures publiques, les expériences d'ailleurs et d'ici se révélant de plus en plus désastreuses. Le ministre Hébert a annoncé à l'automne 2013 que le gouvernement n'irait plus de l'avant avec des projets de PPP en santé. La création récente de la Société québécoise des infrastructures semble aussi être une bonne nouvelle, puisque son mandat ne fait plus une référence explicite aux PPP⁶.

La FTQ continue cependant à être inquiète à la lecture du document de consultation, qui continue de valoriser ce mode de financement (p. 13).

⁶ QUÉBEC. *Loi sur les infrastructures publiques*, Chapitre 8.3, 2013.

« La conclusion de partenariats avec des entreprises privées pour la construction d'établissements, donc de nouvelles places, **constitue une option pour diversifier les modes de financement**. D'ailleurs, rappelons-le, un centre de ce type, en partenariat public-privé, est ouvert depuis 2012, et quatre autres le seront d'ici peu. »

Notre inquiétude est aussi teintée du fait que, durant les années 1990, c'est un gouvernement péquiste qui a fait les premiers pas en matière de PPP, comme solution de rechange à la crise des finances publiques. C'est d'abord au sein du Conseil du Trésor qu'ont été créés le Bureau d'accueil et de promotion des projets de renouvellement (en 1997) dont le mandat était de recevoir et de susciter des offres de partenariat du secteur privé, ainsi que le Bureau des partenariats d'affaires (en 1999) dont le mandat était de faire la promotion active dans l'appareil public du concept de partenariat d'affaires public-privé (PAPP). En 2000, la Loi concernant les partenariats en matière d'infrastructures de transport est adoptée. Début 2003, une directive sur les PAPP pour des projets majeurs d'investissement dans le réseau de l'éducation, de la santé et des services sociaux ainsi que pour les infrastructures municipales a aussi été adoptée.

Cela a mis la table pour l'action des gouvernements libéraux qui se sont succédé durant les années 2000 : annonce de la réingénierie de l'État (2003); Politique-cadre sur les partenariats public-privé et création de l'Agence des partenariats public-privé du Québec (2004).

« L'Agence a pour mission de contribuer, par ses conseils et son expertise, au renouvellement des infrastructures publiques et à l'amélioration de la qualité des services aux citoyens dans le cadre de la mise en œuvre de projets de partenariats public-privé⁷. »

L'Agence montre un tel parti pris que de nombreux projets en PPP ou en sous-traitance sont adoptés, par exemple les deux hôpitaux universitaires de Montréal ou les trois CHSLD en Montérégie, un à Laval et un autre à Châteauguay. En 2009, le Vérificateur général dépose un rapport dévastateur dans lequel il critique sévèrement la méthode utilisée pour les analyses comparatives dans le cas des hôpitaux universitaires : « [...] les analyses de la valeur ajoutée produites par PPP Québec ne permettent pas de soutenir la conclusion que leur réalisation en mode PPP est préférable à une réalisation en mode traditionnel par le secteur public [...] ». Le Vérificateur général souligne que les firmes d'experts-comptables « n'ont pas agi comme des experts indépendants ayant pour objectif de critiquer et de remettre en question les hypothèses posées par PPP

⁷ QUÉBEC. *Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec*, Chapitre A-7.002, article 4, 2004.

Québec, qui les recrutait »⁸. Mais malgré les critiques, le gouvernement décide de garder le cap et de maintenir le mode PPP pour les hôpitaux universitaires et les CHSLD⁹. Et même s'il remplace l'Agence par un autre organisme, Infrastructure Québec, ce dernier a encore le mandat de fournir son expertise pour recommander le mode de réalisation approprié, entre « le mode traditionnel, le mode en gérance, le mode "clés en main" et le mode partenariat public-privé »¹⁰.

Plus récemment, on apprend que les contrats pour les CHSLD en PPP sont fort désavantageux pour le public, parce qu'on n'a pas respecté les hypothèses de départ, soit un contrat de 25 ans à la fin duquel le bâtiment serait cédé au réseau public. En effet, les contrats prévoient l'achat de places pour une durée de 30 ans, et le gouvernement ne prend pas possession des bâtiments à la fin des contrats, ce qui est du jamais vu pour des PPP dans le secteur de la santé au Canada¹¹.

Le principal argument des personnes et organismes qui font encore la promotion des PPP est que l'État n'a plus les moyens d'assurer le financement de nouvelles infrastructures et que le modèle PPP permet de construire et d'opérer des établissements de santé sans que l'État ne s'endette. Pourtant, c'est tout le contraire qui se produit. Les organismes publics, les États et les municipalités peuvent obtenir du financement à un coût inférieur à celui des entreprises privées. En effet, les taux d'intérêts sur les emprunts publics sont moins élevés. À titre d'exemple, Dominion Bond Rating Service (DBRS) rapportait que le consortium Accès Recherche Montréal L.P., partenaire privé du PPP pour le Centre de recherche du CHUM de Montréal, paiera un taux d'intérêt de 7,067 % alors que le public aurait pu obtenir un taux d'intérêt de 4,762 %¹².

Comme le financement privé coûte plus cher, la somme des paiements annuels versés par un organisme public au partenaire privé est inévitablement supérieure à la somme qu'il aurait payée s'il avait lui-même contracté l'emprunt. En ayant recours à une sorte d'emprunt hors bilan, le gouvernement évite ainsi en apparence une augmentation de sa dette. Dans les faits cependant, les dépenses réelles existent.

⁸ DUTRISAC, Robert. « Centres hospitaliers universitaires – L'Agence des PPP a faussé les analyses, Si les études avaient été "réalistes", le mode conventionnel aurait pu l'emporter, dit le vérificateur général », *Le Devoir*, 19 novembre 2009.

⁹ DUTRISAC, Robert et Kathleen LÉVESQUE. « CHUM et CUSM : Québec fonce avec les PPP, "On ne peut pas se permettre de reculer", dit la présidente du Conseil du trésor », *Le Devoir*, 20 novembre 2009.

¹⁰ En 2009, le gouvernement libéral avait remplacé l'Agence par Infrastructure Québec. QUÉBEC. *Loi sur Infrastructure Québec*, Chapitre I-8.2, articles 5 et 6, 2009.

¹¹ LACOURSIÈRE, Ariane. « CHSLD en PPP : des contrats désavantageux pour le public », *La Presse*, 29 novembre 2013.

¹² DBRS. « Rating Report, Accès Recherche Montréal L.P. », 26 mai 2010, 16 p.

Cette pratique a d'ailleurs été dénoncée par plusieurs comptables et vérificateurs généraux, et même par des patrons comme Pierre Beaudoin de Bombardier qui affirmait que « [Les PPP] ne devraient pas être une solution globale pour les investissements dans les infrastructures parce que c'est une façon indirecte d'augmenter les impôts et les taxes »¹³. En effet, comme le partenaire privé paiera plus cher, le partenaire public n'aura d'autre choix que d'augmenter ses propres revenus pour payer le partenaire privé. Une saine gestion des finances publiques exigerait donc d'éviter à tout prix les pratiques comptables hors bilan, et donc les PPP.

4. Un personnel adéquat

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement dans le **secteur privé** des soins et services de longue durée, le manque de personnel formé adéquatement est flagrant, tout comme l'est le niveau élevé de roulement du personnel, ce qui a des effets directs sur la stabilité des équipes de travail et sur la qualité des soins et des services.

De plus, les diverses méthodes de gestion du personnel dans le **secteur public** qui visent une efficience « mathématique », souvent par une organisation du travail de type taylorienne, rendent impossible la création de milieux de vie adéquats. Travailler avec des êtres humains, surtout vulnérables, ne peut se faire dans des modèles de gestion « lean ». Souvent, les directions d'établissement font porter le poids de leurs difficultés organisationnelles à la supposée rigidité des syndicats et des conventions collectives. Nous croyons que c'est plutôt la continuelle volonté de faire plus avec moins qui empêche la mise sur pied de modes novateurs de fonctionnement. En effet, permettre aux bénéficiaires de vivre selon un rythme de vie moins réglé, avec des horaires plus souples, nécessite un personnel adéquat en nombre et en qualité, qui travaille dans des conditions adéquates.

L'adhésion du personnel à la recherche de propositions concrètes pour améliorer les conditions de vie des bénéficiaires est sûrement plus difficile à obtenir dans un contexte où ce personnel a vécu des décennies de coupures et vit encore le non-remplacement des personnes absentes ou retraitées, l'utilisation de personnel des agences, la multiplication de statuts d'emplois et d'horaires de travail désavantageux, etc.

Lorsque les employeurs du secteur privé ont voulu faire des réorganisations du travail substantielles, ils ont dû négocier des conditions visant à rassurer leur personnel sur

¹³ LA PRESSE CANADIENNE. « Le patron de Bombardier a des réserves à l'égard des PPP », *Le Devoir*, 5 mai 2010.

leurs véritables objectifs¹⁴. Le gouvernement et les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux doivent faire de même et s'engager à respecter certains principes de base, notamment la sécurité d'emploi pour tout le monde, une formation de base identique pour tous, avec reconnaissance des acquis et des compétences pour le personnel d'expérience, et surtout le développement d'une culture de la formation continue dans les milieux de travail. Cela pourrait se traduire par des engagements concrets comme :

- un plancher d'emplois ou un niveau d'effectif minimum qui assure un rythme de travail acceptable;
- le remplacement des absences pour respecter ce niveau, mais aussi de la prévention en matière de santé et sécurité physique et mentale pour éviter l'augmentation des absences;
- la diminution du nombre de statuts d'emploi différents;
- le refus d'utiliser du personnel d'agences, par ailleurs fort coûteux;
- des exigences similaires de formation de base, quel que ce soit le type d'établissement;
- une formation continue plus spécialisée, par exemple en gérontologie, en perte d'autonomie, pour la gestion de cas de démence, mais aussi plus constante; par exemple, le Programme Agir a eu lieu il y a deux ou trois ans, pour deux jours de formation et il n'y a plus rien eu depuis.

Il faut aussi comprendre que nos membres dans le réseau des soins et des services de longue durée questionnent le niveau d'encadrement administratif qui augmente dans le réseau notamment, croyons-nous, à cause du rôle grandissant de surveillance et d'évaluation des personnes, des établissements ou des organismes « extérieurs ». Cela a entraîné le glissement vers une privatisation accrue du réseau qui semble malheureusement vouloir se poursuivre. Pour plusieurs, les CSSS sont devenus des monstres administratifs qui « siphonnent » des ressources qui devraient aller aux services directs. Pourtant, aucune évaluation réelle n'a été faite depuis leur création. Peut-être serait-il temps de le faire avant que la bureaucratie ne devienne le seul rôle du secteur public? Au détriment de la prestation de soins et de services de longue durée adéquats dans les CHSLD, mais aussi dans tout le continuum de soins et de services.

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec et tous ses syndicats affiliés souhaitent naturellement le mieux pour les personnes âgées et leurs proches, tout au long du processus de vieillissement, quel que soit le lieu où elles habitent et pas seulement en CHSLD. Cela nécessite une perspective plus globale dans la réflexion gouvernementale, afin d'assurer un continuum de soins et de services publics adéquats.

¹⁴ FTQ. *Notre action syndicale et la réorganisation du travail*, Montréal, 1995, 120 p.
FTQ. *Démocratiser nos milieux de travail?*, Montréal, 1997, 64 p.

Si les différents partis politiques ont été capables de mettre leur partisanerie de côté pour permettre aux Québécois et aux Québécoises de mourir dans la dignité, nous croyons qu'ils devraient faire de même pour qu'ils et elles puissent aussi vieillir dans la dignité, avec les soins et les services nécessaires.

Le président,



Daniel Boyer

Le secrétaire général,



Serge Cadieux

DS/yh
Sepb-574