



**Commentaires présentés par la  
Fédération de la santé et des services  
sociaux-CSN (FSSS-CSN) dans le cadre du  
Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD**

**Novembre 2016**

Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS)  
1601, avenue de Lorimier  
Montréal (Québec) H2K 4M5  
Téléphone : 514 598-2210  
Télec. : 514 598-2223  
[www.fsss.qc.ca](http://www.fsss.qc.ca)

## La démarche

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Gaétan Barrette, la ministre responsable des Aînés et de la Lutte contre l'intimidation, Madame Francine Charbonneau, ainsi que l'adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux et députée de Crémazie, Madame Marie Montpetit, indiquent mener une démarche de consultation visant à améliorer l'organisation des soins et des services offerts aux aînés du Québec, à domicile et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ayant pour principal objectif d'offrir de meilleurs soins et services à une clientèle vulnérable.

Ces derniers expliquent que cette démarche permettra, à terme, d'élaborer et de diffuser des orientations pour l'implantation des meilleures pratiques dans le réseau de la santé et des services sociaux, dès 2017.

Les mesures à implanter porteraient notamment sur l'adaptation des soins et des services aux besoins des résidents et sur l'organisation des équipes de soins, incluant l'hygiène et l'alimentation. Pour le soutien à domicile, ces mesures porteraient sur l'adaptation des soins à la lourdeur actuelle de la clientèle, sur le continuum de soins et de services ainsi que sur la collaboration avec les partenaires de la communauté.

Dans le cadre de cette consultation, une série de questions sont posées aux participants. Les commentaires suivants constituent la réponse de notre organisation à ces questions.

## Commentaires préliminaires

Pour débiter, nous tenons à souligner que nous sommes étonnés que la question des soins de longue durée, tant en CHSDL qu'à domicile, fasse l'objet d'une telle consultation. Non pas parce que les problématiques soulevées ne sont pas réelles et importantes, bien au contraire, mais parce qu'aux questions posées aux participants, on trouve réponse dans nombre de rapports qui ont été produits ces dernières années et qui ont été portés à la connaissance de l'actuel gouvernement. Les mesures à mettre en place nous semblent donc avoir toutes été identifiées, d'autant qu'elles s'appuient, pour la plupart, sur la recherche et des données probantes. Pour nous, il est pressant de mettre en œuvre ces mesures dont l'implantation n'est freinée que par un manque de volonté politique.

Très récemment encore, la Commission de la santé et des services sociaux a publié un rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée<sup>1</sup>, lequel contient des observations, conclusions et recommandations. Dans le cadre de ses travaux, la commission a en outre pris connaissance de plus de trente mémoires<sup>2</sup> qui répondent aux questions posées et qui réaffirment une nouvelle fois les mesures à mettre en œuvre. Le Vérificateur général du Québec aussi formulé plusieurs recommandations dans de récents rapports d'examen de la situation

---

<sup>1</sup> [http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_115045](http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_115045)

<sup>2</sup> <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-23131/memoires-deposes.html>

des soins de longue durée<sup>34</sup> tout comme le Protecteur du citoyen<sup>5678</sup>. S'il y a bien un domaine qui ne fait pas l'objet d'une pénurie de recommandations<sup>9</sup>, qui font l'objet de larges consensus, qui ont été validées par la recherche et qui ont fait l'objet d'examens indépendants, c'est bien celui des soins de longue durée.

Il nous sera aussi permis de douter du fait que le gouvernement a réellement l'intention de donner suite à cette consultation quand on constate que ces dernières années, il s'est plutôt consacré à imposer autoritairement des mesures centralisatrices en faisant complètement fi de ce que l'ensemble des acteurs présents sur le terrain ont fait valoir, quand il n'a pas plutôt choisi de les éliminer.

Donc à notre avis, l'heure n'est pas à une nième recension de mesures à mettre en œuvre, mais bien à la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le récent rapport de la Commission de la santé et des services sociaux ainsi que celles qui font l'objet de consensus et qui ont été décrites et documentées ces dernières années. Il y a urgence d'agir. L'inaction gouvernementale des dernières années pénalise irrémédiablement de nombreuses personnes âgées, majoritairement des femmes. Le personnel œuvrant dans le domaine, aussi majoritairement composé de femmes, est aussi lourdement pénalisé. C'est aussi aux femmes que revient le plus souvent la tâche de remédier aux lacunes du système de santé et de services sociaux. Ça suffit! Il faut maintenant corriger le tir.

Et s'il y a une réflexion à mener, elle devrait plutôt porter sur ce qui freine l'implantation de ces mesures dans le réseau et du même coup, ce qui bloque l'adaptation de notre système de santé et services sociaux à la croissance des maladies chroniques et au vieillissement de la population. Voilà le vrai problème à résoudre et voilà où se situe l'urgence. Malheureusement, la présente consultation passe à côté de cette question, alors qu'on nous invite plutôt à tourner en rond et à revisiter ce qui a maintes fois été l'objet de discussions. Dans ces circonstances, nous nous permettrons donc d'aborder les véritables problématiques qui freinent l'instauration de soins et services de qualité tant en CHSLD qu'à domicile, notamment le manque de financement, la centralisation à outrance, une approche essentiellement clinique et médicale, le peu de place fait à la prévention et le manque d'intégration des services ainsi que les biais générés par le mode de rémunération des médecins.

---

<sup>3</sup> [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2013-2014-VOR-Printemps/fr\\_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf)

<sup>4</sup>

[http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_77109&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_77109&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz)

<sup>5</sup> <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2016/2016091901/#82>

<sup>6</sup> <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2015/2015090301/#70>

<sup>7</sup> <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2014/2014090901/#64>

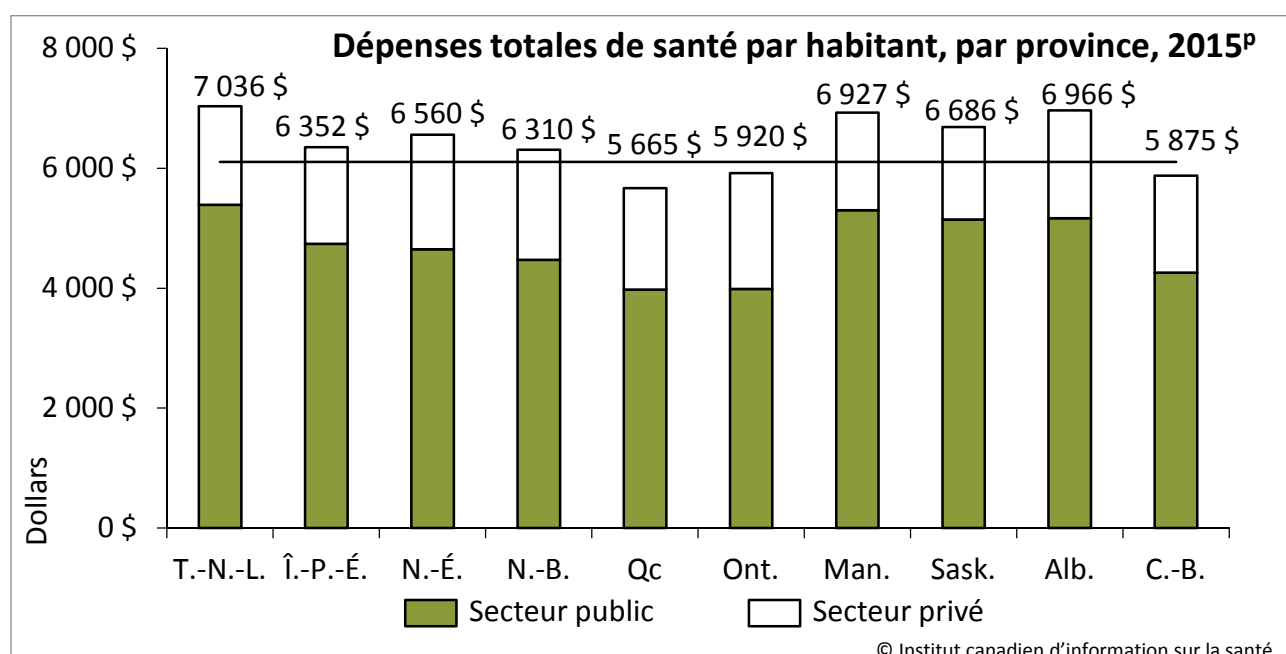
<sup>8</sup> [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/2012-03-30\\_Accessibilite\\_Soutien\\_domicile.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf)

<sup>9</sup> <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-24161/memoires-deposes.html>

## Le problème du manque chronique de financement des soins de longue durée (SLD)

D'abord, il nous apparaît illusoire de penser être en mesure de mettre en place des mesures susceptibles d'améliorer significativement les choses, tant en CHSLD qu'en soutien à domicile, sans corriger le très important, flagrant et chronique manque de financement des soins de longue durée au Québec, qui affecte tout particulièrement les personnes âgées.

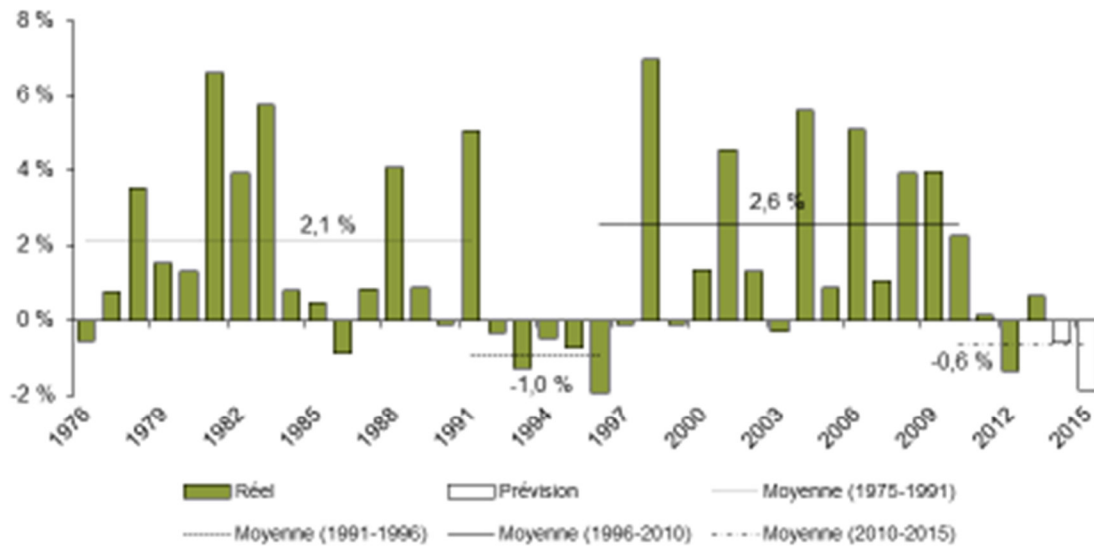
D'abord, il y a lieu de noter que c'est au Québec, parmi toutes les provinces et territoires au Canada, que les investissements en santé par habitant sont les plus bas. Voilà un point de départ à constamment avoir en tête.



Ce sous-financement chronique n'est en outre pas sur le point de se résorber, compte tenu du taux de croissance négatif des investissements en santé par habitant, résultat des politiques d'austérité de l'actuel gouvernement québécois.



## Dépenses de santé du gouvernement provincial, par habitant, taux de croissance annuelle\*



© Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

**Note**

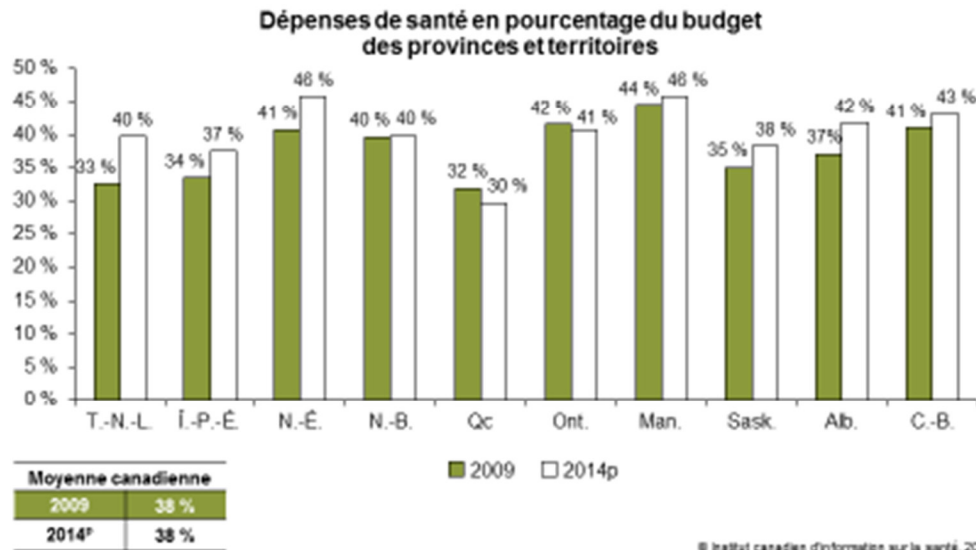
\* En dollars constants de 1997.

**Source**

Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Cette situation n'est d'ailleurs pas étrangère au fait que les provinces canadiennes investissent en moyenne 38 % de leur budget en santé, comparativement à 30 % au Québec. Alors que la population est actuellement dans un cycle de vieillissement, on aurait pu s'attendre à un accroissement de cette proportion, ce qu'on constate d'ailleurs à peu près partout au Canada, sauf au Québec, où on a plutôt choisi d'imposer un régime austère en santé et services sociaux.

## Les dépenses de santé en pourcentage des budgets provinciaux ont augmenté au cours des dernières années dans la plupart des provinces

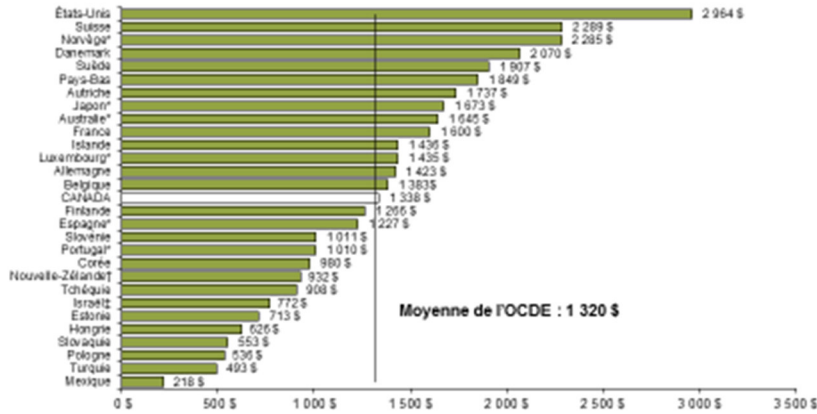


**Note**  
 p : prévision.  
**Sources**  
 Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS; Statistique Canada.

127

À l'échelle du pays, l'allocation des ressources financières permet de financer les services hospitaliers à un niveau correspondant à la moyenne des pays de l'OCDE.

## Dépenses liées aux services hospitaliers par habitant en PPA des États-Unis pour les 29 pays sélectionnés en 2013



**Notes**

\* Données de 2012.  
 † Données de 2007.  
 ‡ Données de 2011.  
 § Données de 2007.  
 PPA : parité des pouvoirs d'achat  
 Total des dépenses courantes (dépenses en immobilisations exclues).

**Source**

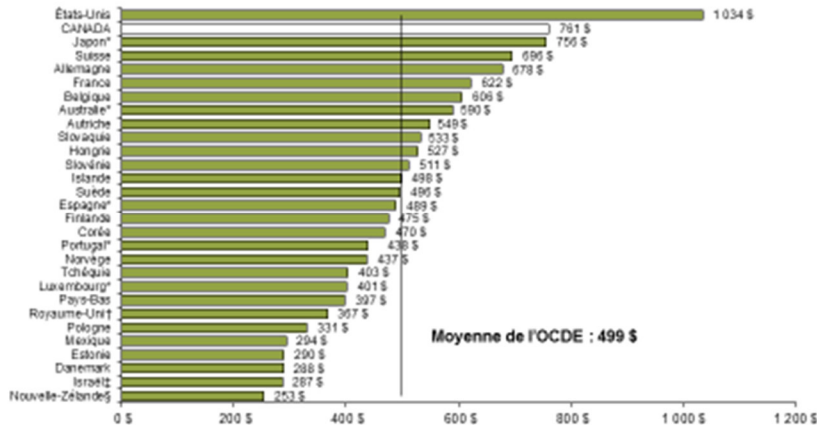
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 (édition de juin), OCDE.

© Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

135

Cependant, une part nettement supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE est consentie aux dépenses en médicaments ainsi qu'aux dépenses liées aux services dispensés en cabinet de médecins.

## Dépenses en médicaments par habitant en PPA des États-Unis pour les 29 pays sélectionnés en 2013



**Notes**

\* Données de 2012.  
 † Données de 2008.  
 ‡ Données de 2011.  
 § Données de 2007.  
 PPA : parité des pouvoirs d'achat  
 Total des dépenses courantes (dépenses en immobilisations exclues).

**Source**

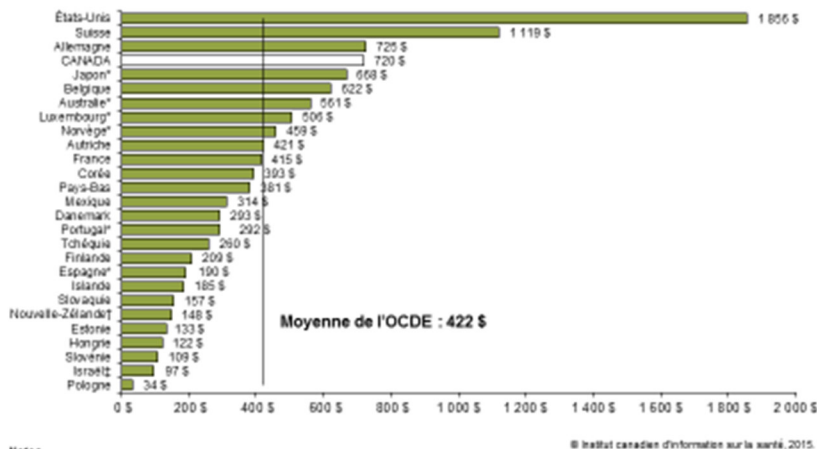
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 (édition de juin), OCDE.

© Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

136



## Dépenses liées aux services fournis par les cabinets de médecins par habitant en PPA des États-Unis pour les 29 pays sélectionnés en 2013



### Notes

\* Données de 2012.

† Données de 2007.

‡ Données de 2011.

PPA : parité des pouvoirs d'achat.

Total des dépenses courantes (dépenses en immobilisations exclues).

### Source

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 (édition de juin), OCDE.

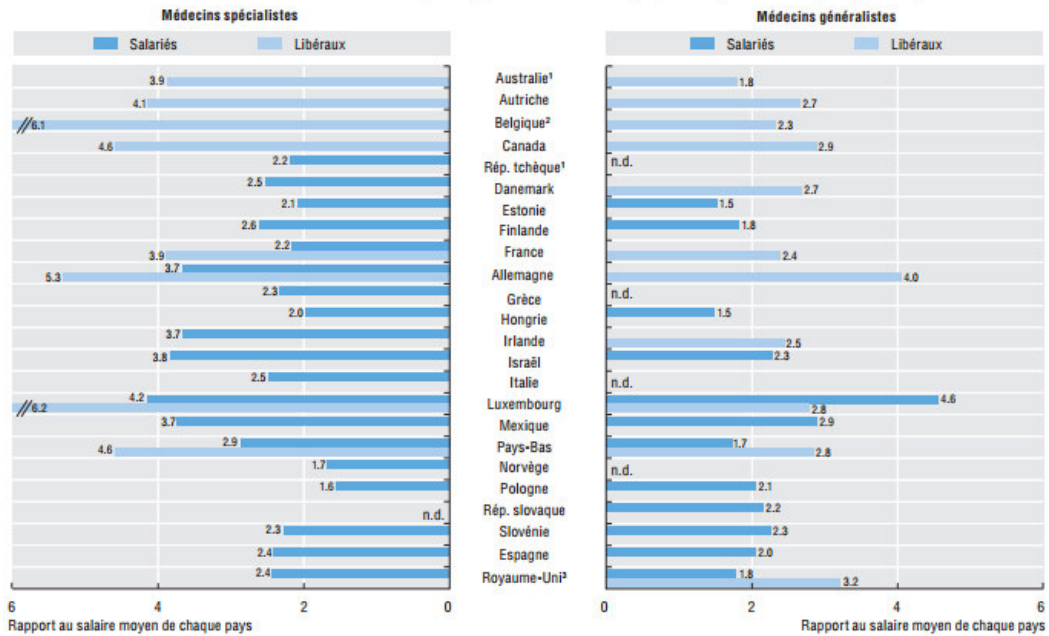
© Institut canadien d'information sur la santé, 2015.

137

On mise donc au pays sur une approche en santé qui favorise la consommation de médicaments et qui est construite autour de la pratique médicale, le tout dans un rapport avec les autres dimensions de la santé et des services sociaux qui semble disproportionné, comparativement aux approches développées par d'autres pays de l'OCDE.

Aussi, quand on examine de plus près la question des ressources consenties aux médecins, force est d'admettre que la pratique libérale de ces derniers favorise une rémunération accrue et donc, un écart encore plus grand entre la rémunération des médecins et le salaire moyen.

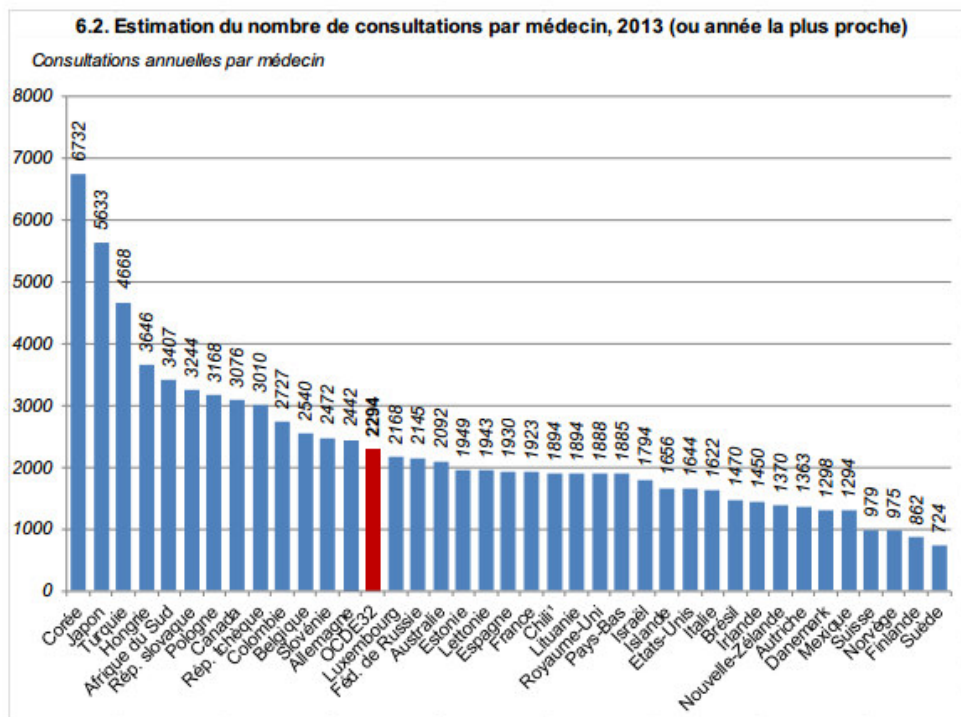
### 5.11. Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche)



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation) ; en Allemagne les médecins en formation sont seulement inclus dans la catégorie des médecins libéraux.  
 2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).  
 3. Médecins spécialistes en formation inclus (d'où une sous-estimation).  
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

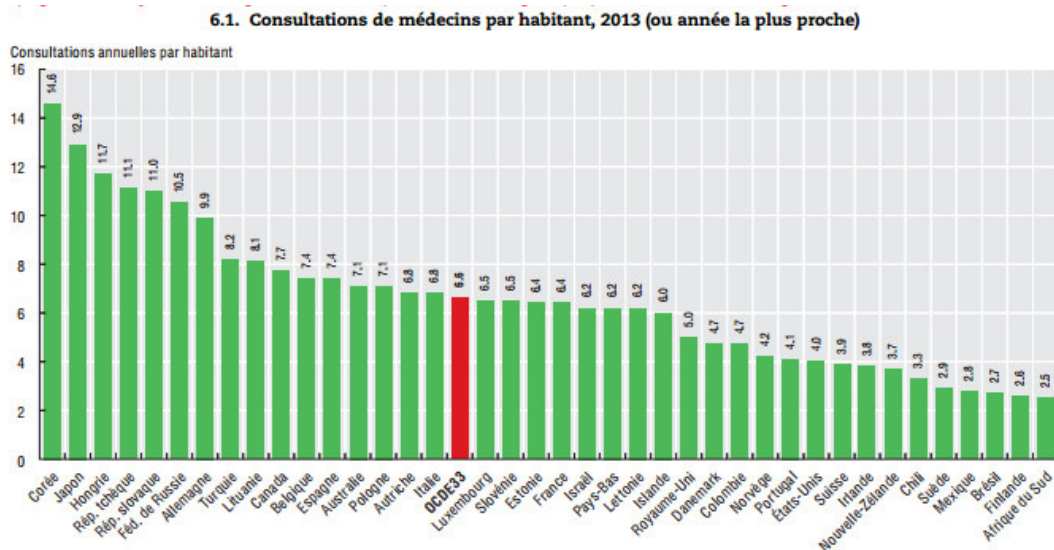
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281841>

Ayant fait le choix d'une approche basée essentiellement sur la pratique médicale, ce qui sera d'ailleurs accentué au Québec par le transfert d'activités des CLSC vers les GMF et par l'instauration du réseau de super-cliniques (sans compter l'essor des CMS), il n'est donc pas étonnant de constater que le nombre de consultations par médecins et que le nombre de consultations de médecins par habitant soit ici plus élevé que ce qu'on constate en moyenne dans les pays de l'OCDE.



1. Au Chili, le dénominateur inclut tous les médecins habilités à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

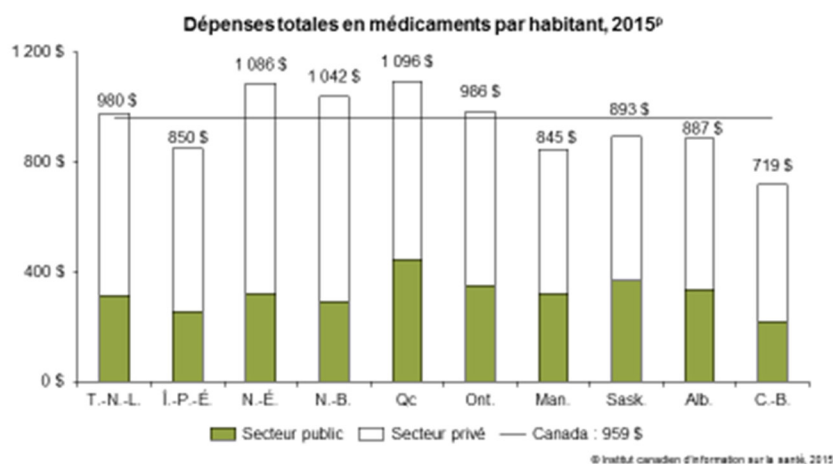


Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281893>

Mais qu'en est-il au Québec? D'abord, si les ressources dépensées en médicaments semblent démesurées au pays, il faut savoir que c'est au Québec que les dépenses totales en médicaments par habitant sont les plus élevées au pays.

## Les dépenses totales en médicaments par habitant varient selon la province, l'écart allant jusqu'à 377 \$



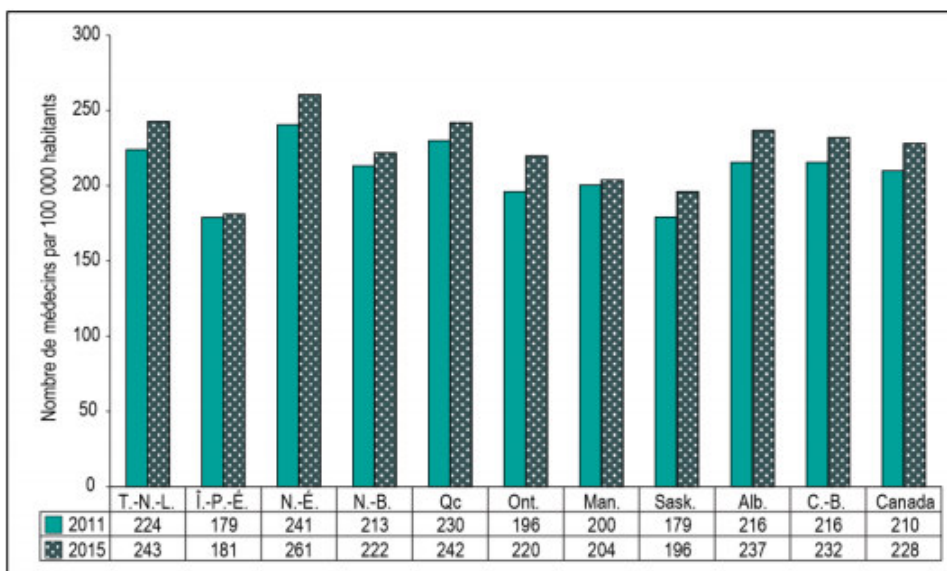
**Note**  
p : prévision.  
**Sources**  
Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS; Statistique Canada.

33

Puis, la croissance de 88 % des paiements cliniques totaux versés aux médecins depuis 2003<sup>10</sup>, résultat notamment d'une importante bonification de leur rémunération, mais aussi du fait que l'on compte plus de médecins par habitant au Québec qu'en moyenne au Canada, font en sorte que le Québec a rattrapé la moyenne canadienne, voire l'a dépassée, ce qui nous permet de conclure que les sommes disproportionnées versées aux médecins, quand on compare le Canada avec les autres pays de l'OCDE, le sont aussi au Québec.

<sup>10</sup> Source : Base de données nationale sur les médecins et Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

**Figure 3** Nombre de médecins par habitant, selon la province, 2011 et 2015



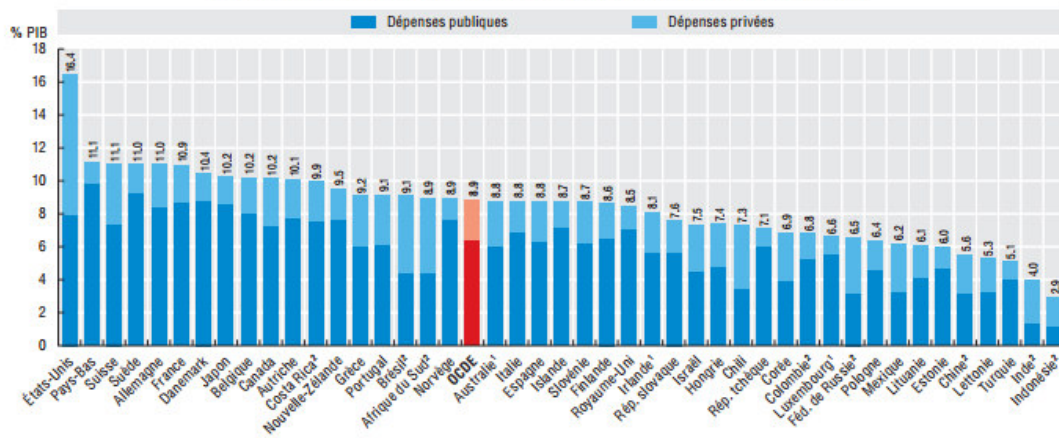
**Source**

Base de données médicales Scott's, Institut canadien d'information sur la santé.

Si on se résume, c'est au Québec que les investissements en santé par habitant sont les moins élevés au pays. Puis, au pays, les sommes allouées à la santé sont, de manière disproportionnée, consenties aux volets médicaments et médical alors qu'au Québec, la situation est similaire, voire pire, à celle du pays pour le volet médical et définitivement pire pour le volet médicaments. Avec un tel tableau, on ne s'étonnera pas de constater un problème chronique et majeur dans le financement des soins de longue durée.

En effet, à l'échelle internationale, le Canada fait piètre figure en consacrant à peine 1,2 % de son PIB dans les soins de longue durée, ce qui le place nettement en bas de la moyenne des pays de l'OCDE, et ce, malgré le fait que le Canada investisse, en proportion de son PIB, plus que la moyenne des pays de l'OCDE en santé de manière générale. C'est dire à quel point les soins de longue durée sont les parents pauvres du système en termes de financement.

### 9.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)



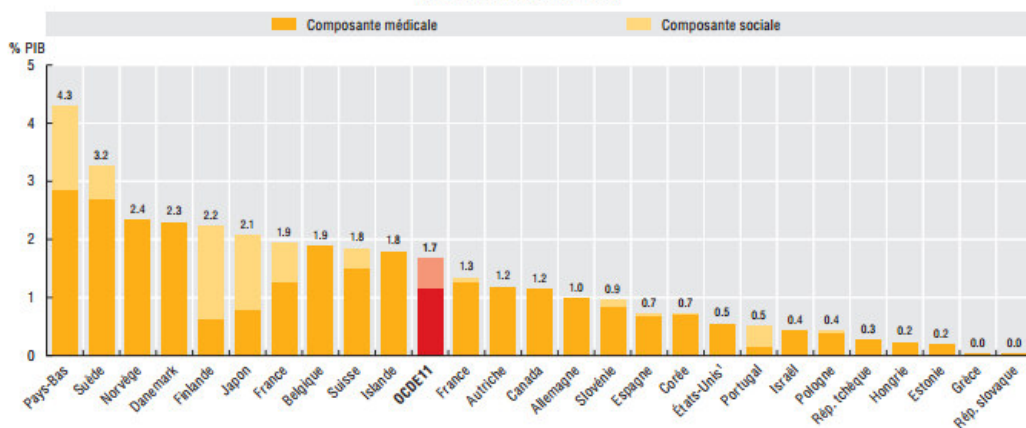
Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les données se rapportent à 2012.

2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr> ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales. StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282191>

### 11.21. Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne de l'OCDE inclut les 10 pays qui fournissent les composantes médicale et sociale.

1. Les données pour les États-Unis se réfèrent aux soins en établissements de long séjour.

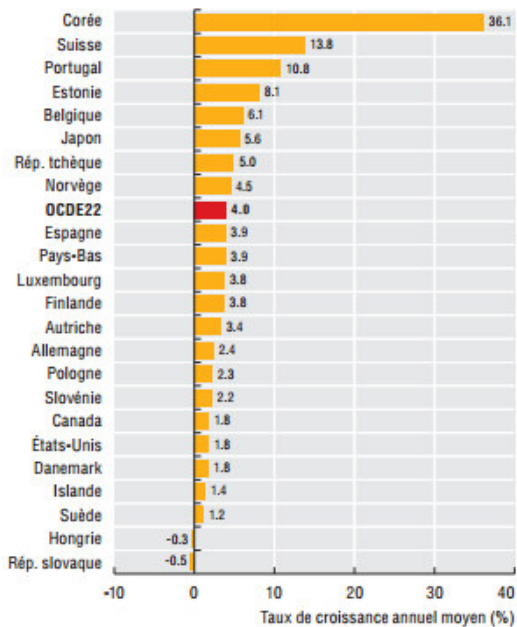
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282386>

Cela s'explique aussi par le fait que le taux de croissance des investissements en soins de longue durée, tant en hébergement de longue durée qu'en soutien à domicile, ont été largement inférieurs à la moyenne des pays de l'OCDE depuis 2000, ce qui a de quoi inquiéter quand on pense que l'heure est à l'adaptation du système à la montée des incapacités liées au vieillissement.



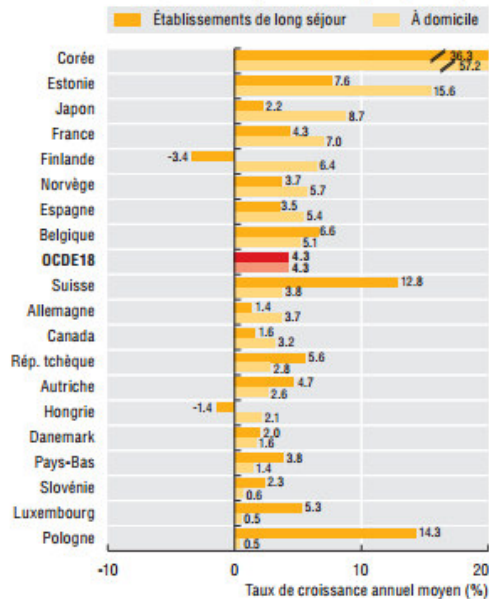
**11.22. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé et social), en termes réels, 2000-13 (ou année la plus proche)**



Note : La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

**11.23. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé) par emplacement, en termes réels, 2005-13 (ou année la plus proche)**

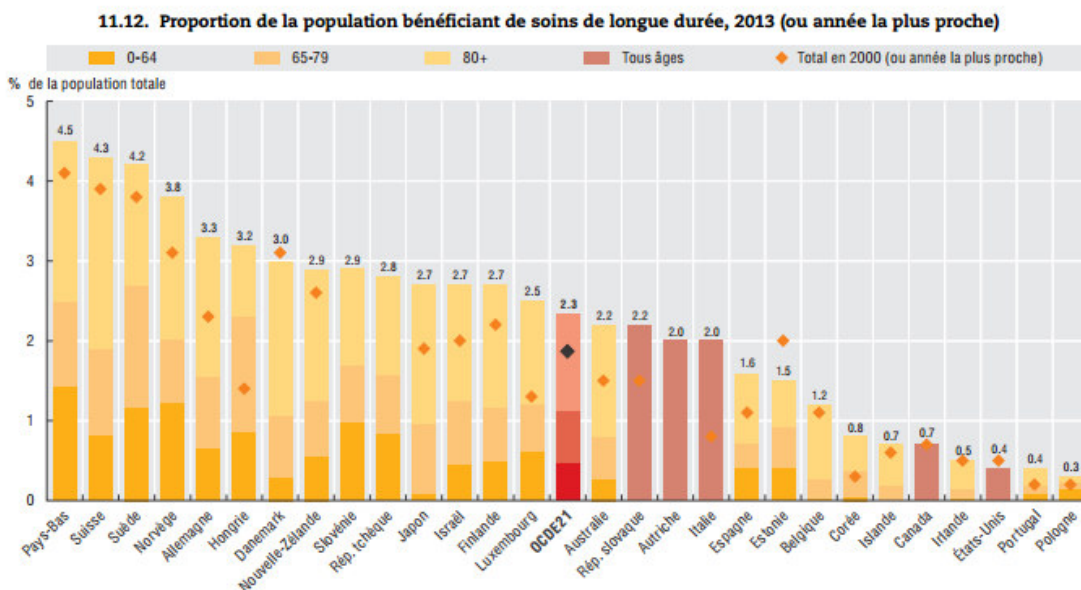


Note : La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282386>

Au final, on ne s'étonnera pas qu'au pays les investissements publics en soins de santé de longue durée représentent moins de 12 % des dépenses de santé<sup>11</sup>, en conséquence de quoi on parvient à dispenser des soins de longue durée à une très faible proportion de la population en comparaison de la quasi-totalité des pays membres de l'OCDE.



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282341>

Pour se donner une idée de la situation québécoise, il suffit de constater que sur des dépenses publiques en santé et services sociaux de 35 G\$ en 2013, on a investi 3,2 G\$ dans le programme service soutien à l'autonomie, ce qui représente moins de 10 % des dépenses de santé<sup>12</sup>.

Avec un niveau de financement des soins de longue durée aussi peu élevé, on ne peut s'étonner que depuis des années on ne soit pas parvenu à éliminer l'attente pour une place en hébergement de longue durée et que l'on ait fait état si souvent des lacunes dans l'offre des soins et de services en soutien à domicile.

Pour clore ces commentaires portant sur la question de financement des soins de longue durée, nous tenons à indiquer que, si au Québec nous faisons le choix d'investir en soins de longue durée au même niveau que la moyenne de l'OCDE, donc 1,7 % de notre PIB, ce qui demeure loin des pays comme les Pays-Bas (4,3 %), de la Suède (3,2 %), de la Norvège (2,4 %), du Danemark (2,3 %), de la Finlande (2,2 %) et du Japon (2,1 %), nous pourrions ajouter aux investissements actuels une somme de près de 2 G\$.

Bien entendu, un tel rétablissement des investissements en soins de longue durée nécessiterait une réallocation des ressources consacrées à la santé et aux services sociaux, qui suppose notamment de consacrer une part moins importante aux dépenses de médicaments ainsi qu'aux dépenses médicales.

<sup>11</sup> Donnée extraite de l'OCDE Stat

<sup>12</sup> Comptes de la santé, gouvernement du Québec, 2015



Pour ce faire, l'instauration d'une assurance médicaments universelle et une révision complète de la pratique et du mode de rémunération des médecins semblent des incontournables. C'est la philosophie de tout un système, dont les principaux incitatifs systémiques favorisent la prise en charge par les seuls médecins par qui tout doit passer et qui favorise une médecine productiviste complètement inadaptée à la prise en charge d'incapacités liées au vieillissement et qui conduit vers une surutilisation de médicaments, qu'il faut revoir.

Des marges de manœuvre financières importantes pourraient aussi être dégagées en limitant mieux le « surdiagnostic » et le « surtraitement », aussi induites en partie par le mode de rémunération des médecins et notre approche « clinique » de la santé, et qui seront par ailleurs accentuées par la mise en place du financement à l'activité. Des marges de manœuvre pourraient aussi être dégagées par la résiliation des contrats des CHU en PPP, qui s'avèrent, comme prévu, être de véritables catastrophes financières<sup>13</sup>.

Ces investissements supplémentaires permettraient d'offrir des conditions de vie dignes à des personnes qui ont largement contribué au développement du Québec. Ils permettraient par exemple d'implanter de véritables milieux de vie en CHSLD, lesquels pourraient enfin répondre à la réelle demande de places. Ils permettraient aussi d'enfin développer une offre de soins et services à domiciles suffisante et de qualité.

Comme c'est le cas dans les pays qui sont parvenus à opérer une telle adaptation de leur système, le maintien des capacités fonctionnelles des personnes serait favorisé et du même coup, un meilleur contrôle des coûts globaux de santé. Il va sans dire qu'en étant incapable d'adapter les milieux de vie, d'offrir des soins de longue durée adaptés aux besoins et de suffisante qualité, on troque des économies à court terme contre des dépenses supplémentaires à long terme. En effet, la prise en charge d'une situation problématique nécessite souvent moins de ressources s'il elle est prise en charge adéquatement et à temps que si on la laisse se détériorer. Sur un plan plus humain, une situation prise en charge au bon moment, combinée à une approche préventive, permet non seulement de prévenir des coûts inutiles à long terme, mais aussi de faire regagner des capacités fonctionnelles aux personnes tandis qu'il est encore temps, ce qui change de manière positive leur éventuel cheminement clinique.

En somme, ces moyens supplémentaires qu'il faut nous donner collectivement serviraient à mettre en œuvre un ensemble de mesures concrètes parmi lesquelles les recommandations de la Commission de la santé et des services sociaux incluses dans son rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée de même que les mesures étant le fruit de la recherche, qui sont soutenues par des données probantes et qui ont été portées à la connaissance du gouvernement ces dernières années.

À défaut de régler ce manque chronique de financement, nous demeurerons dans une impasse et nous serons destinés à tourner en rond et à assister à la détérioration tranquille des soins et services que nous offrons aux personnes âgées au Québec.

Enfin, si le rétablissement de la problématique du financement constitue le point de départ de tout, cette seule mesure ne suffira pas.

---

<sup>13</sup> <http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/CHU-PPP-WEB-02.pdf>

## **D'autres incontournables**

### **Comblent le manque de places d'hébergement et développent les soins et services à domicile**

Préalablement à toute mesure permettant d'« assurer une véritable intégration des services, de favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux », il y a certainement le fait d'assurer aux personnes ayant des incapacités d'avoir accès à des services adaptés à leurs besoins et au moment où ils en ont besoin à défaut de quoi, notre capacité d'agir en faveur du rétablissement ou du maintien des capacités fonctionnelles s'en trouvera réduite.

Or, plus de 3500 personnes sont actuellement en attente d'une place d'hébergement en CHSLD. Parmi ces personnes, plus de 1700 étaient à domicile au moment de leur demande, près de 200 personnes étaient en RI-RTF et près de 500 personnes étaient dans un autre milieu (possiblement en résidence pour personnes âgées). Plus de 700 personnes étaient quant à elle en milieu hospitalier. Ce tableau montre de manière éloquente les problématiques induites par le manque de places en CHSLD. En effet, il est raisonnable de penser que les 700 personnes qui occupent actuellement un lit en CH utilisent des ressources qui devraient être dévolues au désengorgement des urgences et à la réduction des listes d'attente en milieu hospitalier, ce qui n'est pas sans conséquence tant sur le plan personnel que sur le plan des coûts. D'autre part, puisque les critères d'admissibilité des personnes en CHSLD ne permettent qu'à des personnes en lourde perte d'autonomie d'y avoir accès (profil ISO-SMAF 10   14), il est aussi raisonnable de dire que les 200 personnes actuellement en RI-RTF et les 500 qui se trouvent dans d'autres milieux ne sont pas dans des ressources qui correspondent à leur profil de perte d'autonomie.

De surcroit, l'annonce récente faite par le gouvernement à l'effet d'alléger les normes applicables en milieu d'hébergement privé et qui compromet la santé et la sécurité des résidents rend cette situation d'autant plus inacceptable.

Quant aux 1700 personnes qui sont actuellement à domicile, étant donné que le taux de réponse aux besoins des personnes bénéficiant de soins et services à domicile est très limité et que l'heure est plutôt à « la diminution des heures de services », à « la mise en place d'un plafond d'heures de services souvent bien en d c  des besoins évalués », à « l'allongement des délais d'attente », à « l'apparition de disparités régionales importantes » et à « l'apparition de nouveaux critères d'exclusion »<sup>14</sup>, il est raisonnable de penser que cette situation compromet les chances de ces personnes de regagner ou de maintenir leur capacité fonctionnelle et donc que cela génère des coûts plus importants à moyen et long terme. On peut aussi penser que telle situation favorise le recours aux urgences et à l'hôpital, seul moyen pour ces personnes hébergées dans des milieux inadaptés d'avoir accès à des soins qui ne peuvent pas être pris en charge dans ces milieux. Ce n'est pas acceptable ni sur le plan humain ni sur le plan financier.

En somme, il convient de combler rapidement le manque de places en CHSLD comme il convient de développer massivement les soins et services à domicile afin d'augmenter de manière importante le taux de réponse aux besoins et donc de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible.

---

<sup>14</sup> <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/a-propos/discours/la-reponse-aux-besoins-de-soutien-a-domicile-et-d-hebergement-fournie-aux-aines-en-perte-d-autonomie-et-aux-personnes-handicapees-problematique-enjeux-et-defis->

Nous voulons aussi réaffirmer que le développement de ces services, tant à domicile qu'en institution, devrait s'appuyer sur les principes d'universalité de l'accès, du financement public, d'une prestation publique des services et d'une reconnaissance des services qui sont socialement requis, au même titre que les services qui sont médicalement requis. Le respect de ces principes est essentiel à la prise en charge adéquate des incapacités au moment opportun.

À cet égard, nous dénonçons la privatisation et l'hybridation des modes d'hébergement, qu'il s'agisse de l'apparition de RI-entreprise, de CHSLD en PPP et de la multiplication des soins et services offerts à la carte en résidences privées pour aînés, dont la multiplication a été provoquée par le moratoire sur le développement des places en CHSLD survenu à la fin des années 90. Comme il a été démontré, de manière générale, les établissements à but lucratif fournissent des soins de qualité inférieure, essentiellement à cause d'un ratio employés-usagers défavorable qui génère de l'épuisement parmi le personnel et d'un fort taux de roulement du personnel lequel est souvent moins qualifié<sup>15</sup>.

Enfin, en plus d'être en nombre suffisant, les places actuelles et à développer doivent être physiquement installées dans des installations équipées et conçues de telle sorte à ce que les orientations ministérielles en matière de milieu de vie ainsi que les diverses recommandations et mesures à implanter puissent véritablement voir le jour. Cela implique de rénover et de réorganiser physiquement certaines installations alors que d'autres doivent être remplacées. Comme les caractéristiques démographiques de la population sont prévisibles et qu'on passe cycliquement d'une population vieillissante à une population plus jeune dont les besoins sont différents, on pourrait se doter d'installations publiques durables, qui peuvent être converties cycliquement en fonction des besoins populationnels, le tout dans une perspective de développement durable, comme on parvient à la faire dans d'autres pays.

### **Mettre en place les ressources nécessaires pour répondre aux besoins**

Tant en CHSLD qu'en soutien à domicile, la mise en œuvre des solutions identifiées nécessite impérativement que les ressources humaines chargées de dispenser les soins et les services soient en nombre suffisant sur le terrain. Cela implique d'avoir en place les équipes nécessaires pour combler l'ensemble des besoins correspondants aux profils de perte d'autonomie des personnes. Ces personnes doivent être par ailleurs évaluées régulièrement. Nous disposons d'outils d'information clinique et administrative qui doivent non seulement servir à orienter les personnes vers les ressources appropriées, donc en fonction de leurs besoins réels, mais aussi à doter les ressources de l'ensemble du personnel requis. À cet égard le ministère dispose de tous les outils requis pour mettre un terme au manque chronique de personnel sur le terrain, lequel entraîne un épuisement et une dévalorisation du travail qui vont grandissant d'année en année. En 2015 seulement, les coûts en assurance salaire ont atteint 412 M\$<sup>16</sup>, somme qui double pratiquement si on tient aussi compte des coûts de la CSST. Nous sommes d'avis qu'en dotant les équipes du niveau de personnel suffisant pour répondre aux besoins réels des personnes en perte d'autonomie, nous pourrions baisser significativement les coûts en

---

<sup>15</sup> McGREGOR, M.J. et RONALD, L.A. *Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Non Profit, For-Profit or Does It Matter?* IRPP Study, N° 14, janvier 2011.

<sup>16</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-502-02W.pdf>

assurance salaire et en CSST et donc du même coup, autofinancer, du moins en partie, les ajouts de personnel sur le terrain.

Évidemment, la stabilisation des équipes sur le terrain revêt une importance capitale. Qu'il s'agisse d'un CHSLD ou du domicile, il n'est pas acceptable que les personnes âgées doivent s'adapter à d'incessants changements de personnel. Pour limiter le plus possible le phénomène du roulement de personnel, il faut non seulement éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante et compter sur le personnel du réseau public pour dispenser les services qui sont prévus dans les plans de soins, mais aussi valoriser le personnel sur le terrain.

Pour ce faire, nous croyons qu'il est important d'accroître de manière importante l'autonomie des équipes sur le terrain. Personne ne connaît mieux les mesures à mettre en place pour améliorer les soins et les services et les adapter à la situation spécifique de chaque milieu que les équipes qui y œuvrent. Pour peu que ces équipes soient complètes, qu'elles soient dotées des ressources nécessaires, les soins et services qui seront dispensés seront de qualité.

Dans le même ordre d'idée, nous croyons qu'il convient de faire une place plus grande au personnel, incluant le personnel non professionnel, et à la population dans la gestion des établissements et des services. En CHSLD, l'intervenant-clé est le PAB et en SAD, les intervenants-clés sont les ASSS. Compte tenu de l'importance de ces missions, les établissements et le réseau auraient tout avantage à faire une place plus importante à ces intervenants dans la gestion du réseau. On ne peut penser faire les bons choix sur le terrain en se privant de la contribution de ces personnes comme on ne peut penser que les recommandations identifiées au cours des dernières années trouveront application sur le terrain sans la mobilisation des acteurs sur le terrain.

Enfin, nous sommes d'avis qu'il faut enrichir les programmes de formation en assistance à la personne en établissement et à la personne en domicile. Nous sommes d'avis que la fusion de ces deux programmes qui sont devenus le nouveau programme d'études professionnelles (DEP) en soins d'assistance à la personne, de 870 heures, est loin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Il va sans dire qu'un affaiblissement de la formation, combiné à un manque de personnel sur le terrain, n'annonce rien de bon.

Nous pensons que le nouveau programme aurait dû permettre de couvrir plus de compétences. Au cours des prochaines années, la demande de main-d'œuvre va augmenter et la valorisation et la reconnaissance du travail faites auprès des personnes en perte d'autonomie devront être nettement bonifiées. Bien que le MSSS semble avoir accueilli favorablement ce nouveau programme, il a toutefois émis certaines réserves, notamment à propos des compétences portant sur les soins invasifs et la disponibilité de places de stage.

### **Mettre en place des continuums de services intégrés pour les aînés**

Pour assurer la continuité et l'accessibilité aux soins et services de longue durée, l'implantation des composantes des RSIPA doit se poursuivre et s'intensifier<sup>17,18</sup>. Les composantes des RSIPA comprennent l'identification d'une personne responsable, d'un système d'évaluation des besoins avec un outil

---

<sup>17</sup> <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000099/?&date=DESC>

<sup>18</sup> [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/Bilans\\_Nat\\_et\\_Reg\\_ensemble\\_2010-2015.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/Bilans_Nat_et_Reg_ensemble_2010-2015.pdf)

d'évaluation multicientèle, de la mise en place d'une équipe de gériatrie, de la mise en place d'un guichet unique, de la présence d'un gestionnaire de cas responsable de l'évaluation des besoins, de la planification des services, de leur coordination et suivi, de l'accès à un médecin de famille, de la mise en place d'un mécanisme de coordination, d'une la mise en place d'un système de communication et de partage d'information clinique et de plan d'intervention et de servies individuels.

Toutefois, la mise en place de ces éléments ne parviendra à intégrer les services de manière efficace que si les ressources qui y sont consenties sont suffisantes, que le partage des ressources entre les composantes est adéquat et que ces composantes sont bien enracinées dans chaque communauté, de telle sorte à pouvoir être adaptées aux conditions spécifiques de chaque milieu.

Puis, la mise en place de continuum complet de services aux aînés, allant de la prévention, à la détection, aux volets curatifs, à la réadaptation et aux soins palliatifs nécessite un ancrage solide dans les communautés. À cet égard donc, nous pensons qu'un renforcement de la participation de la population à la gestion des établissements et des services est nécessaire. Nous pensons aussi que les modalités d'intégration des services et la mise en place de continuum de services ne doivent pas avoir pour finalité d'accroître le contrôle et la centralisation, mais plutôt à rendre chaque partie plus fonctionnelle et autonome de telle sorte à ce que les services et les continuums puissent s'adapter aux milieux et aux individus.

## **Conclusion**

Alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est à élaborer des orientations ministérielles concernant les meilleures pratiques en matière de soins de longue durée en CHSLD ou à domicile, les groupes et organisations œuvrant en santé et services sociaux sont sollicités pour partager leurs points de vue sur les approches, les enjeux et les éléments clés concernant les pratiques cliniques et organisationnelles qui offrent les meilleurs résultats dans ces milieux, en matière d'adaptation des soins et services aux spécificités de la clientèle aînée, d'engagement des équipes d'intervenants et des gestionnaires, de collaboration et l'interdisciplinarité, de développement des compétences, de formation continue et de valorisation des employés au travail, de développement d'un continuum de soins visant l'intégration des services, d'organisation du travail qui favoriserait des soins d'hygiène et une alimentation adaptés aux besoins du résident, d'adaptation des lieux aux particularités des usagers et à l'organisation du travail et de collaboration avec les différents partenaires.

Tel que mentionné préalablement, nous sommes d'avis que concernant toutes ces dimensions, les mesures à mettre en œuvre ont été identifiées à maintes reprises. Ces mesures, font pour la plupart, l'objet de consensus. Elles sont fondées sur l'expertise terrain, supportées par la recherche et fondées sur des données probantes. C'est par centaine qu'on compte les mémoires, rapports, expertises et recherches portées à l'attention du gouvernement au cours des dernières années portant sur ces matières. En nous invitant à revisiter une nouvelle fois l'ensemble de ces questions, tout porte à croire qu'on veut encore une fois passer à côté de l'essentiel, dans ce qui a toutes les apparences d'une opération de camouflage.

En clair, l'heure est à la mise en œuvre des solutions qui sont connues, à commencer par les vingt recommandations émises récemment par la Commission de la santé et des services sociaux et qui ont été publiées dans son tout récent rapport portant sur les conditions de vie des adultes hébergés en

centre d'hébergement et de soins de longue durée. Les personnes âgées québécoises méritent qu'on mette en œuvre ces recommandations sans plus attendre.

Tel qu'exposé dans ces commentaires, pour arriver à mettre en œuvre l'ensemble des mesures qui permettront de réellement améliorer la situation en soins de longue durée, tant en CHSLD qu'à domicile, de nombreux freins à la transformation de notre système de santé et services sociaux devront être éliminés, et c'est à ce niveau que devrait porter notre réflexion.

Tout d'abord, il est impératif de corriger le manque chronique de financement des soins de longue durée au Québec. Pour ce faire, une réallocation des ressources investies est absolument nécessaire. Il faut en outre parvenir à réduire significativement les dépenses en médicaments, un problème plus criant au Québec que partout ailleurs au Canada. Pour ce faire, la mise en place d'un régime universel et public d'assurance médicaments tel que présenté dans cet argumentaire ne peut plus tarder<sup>19</sup>. D'autre part, il nous faut nous défaire d'une culture de la santé essentiellement curative, adaptée à la prise en charge d'épisodes de soins aigus où à peu près tout doit passer par le médecin, tout comme il nous faut réformer leur mode de rémunération, pour atténuer les biais qu'il génère, à commencer par le fait qu'on consacre ici une part démesurée de nos ressources en rémunération médicale. Pour y arriver, la mise en œuvre des recommandations contenues dans cette note socio-économique constituerait un bon point de départ<sup>20</sup>. Il faut surtout éviter d'étendre les biais induits par le mode de rémunération des médecins à l'acte à l'ensemble du système de santé et services sociaux en y étendant imprudemment le financement à l'activité.

En plus de régler le manque chronique de financement des soins de longue durée, si nous voulons voir les bonnes solutions être mises en œuvre, il nous faut inclure la population et les gens qui œuvrent dans les milieux dans la gestion des établissements et des services. Ce sont les personnes les mieux placées pour prendre les bonnes décisions.

Sur le terrain, il faut pouvoir compter sur des ressources humaines en nombre suffisant pour pouvoir répondre à l'ensemble des besoins. Il faut casser le cercle vicieux de l'épuisement, de la bureaucratisation et de la dévalorisation. Il faut miser sur l'autonomie des équipes, miser sur l'interdisciplinarité et laisser les intervenants faire leur travail. La stabilisation, la valorisation et la reconnaissance du personnel doivent être vues comme des impératifs et, à cet égard, l'utilisation du personnel provenant du secteur public constitue le meilleur moyen d'y répondre.

Malheureusement, les réformes mises en œuvre par l'actuel gouvernement vont précisément dans le sens contraire. Au lieu de mieux répartir les ressources et de mieux financer les soins de longue durée, on concentre encore plus les ressources dans les mêmes secteurs. Au lieu de développer une approche multidisciplinaire qui repose sur l'apport de tous, on concentre davantage la gestion du réseau et l'accès aux services dans les mains des médecins. Au lieu de développer une approche intégrant les services de prévention ainsi que les services de santé et les services sociaux, on favorise une approche essentiellement clinique au sein de laquelle la santé se résume à l'absence de symptôme. Au lieu de rapprocher sur les services de la population et au lieu de faire une place à la population et aux personnes qui dispensent les services dans la gestion des établissements et des services, on les en

---

<sup>19</sup> [http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/mag\\_argumentaire\\_assurance\\_medicaments.pdf](http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/mag_argumentaire_assurance_medicaments.pdf)

<sup>20</sup> [http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Re\\_mune\\_ration\\_des\\_me\\_decins\\_WEB.pdf](http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_me_decins_WEB.pdf)

éloigne. Au lieu de doter les milieux des ressources humaines et matérielles nécessaires à la dispensation des services requis par la population, on rationne et on impose l'austérité en faisant fi des conséquences à long terme. Au lieu de miser sur l'expertise et l'autonomie des gens sur le terrain, on impose une gestion centralisatrice et autoritaire. Au lieu de construire des continuums de services intégrés qui tiennent compte des particularités des communautés, on développe des structures déconnectées de ces dernières. Au lieu de miser sur la force d'un financement, d'une gestion et d'une prestation publique, on favorise la privatisation et la marchandisation. En somme, si les solutions identifiées ne sont pas mises en œuvre, c'est que leur implantation est freinée par une série de mesures imposées autoritairement et par volonté politique.

Pourtant, il existe de larges consensus au Québec à propos des solutions à mettre en œuvre en soins de longue durée, mais plus globalement au sujet du système de santé et de services sociaux. Des Rendez-vous nationaux sur l'avenir du système public de santé et de services sociaux se sont tenus ces dernières années<sup>21</sup>, lesquels ont permis d'identifier les défis et les solutions à mettre en œuvre. Tout récemment, le Commissaire à la santé et au bien-être a publié un rapport qui contient plusieurs recommandations consensuelles<sup>22</sup>.

En définitive, nous croyons que le gouvernement a actuellement en main des mesures à mettre en œuvre, qui font l'objet de consensus, qui sont supportées par la recherche et qui, surtout, tiennent compte des principes qui sont partagés par la société. Ces principes, dont quelques-uns sont clairement énoncés dans l'article 2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, n'ont clairement pas été ceux qui ont guidé le gouvernement lors des récentes réformes. Le gouvernement doit recentrer son action et prendre de meilleures décisions, des décisions fondées sur la rigueur scientifique, qui respectent les valeurs d'équité et de justice de notre société, et qui assurent à tous, notamment aux personnes âgées qui l'ont gagné, des conditions de vie dignes.

---

<sup>21</sup> <http://www.fsss.qc.ca/download/vpp/Actes%20colloque%20final.pdf>

<sup>22</sup>

[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices\\_Rapport/CSBE\\_Panier\\_Services\\_Voix\\_Citoyenn e.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Rapport/CSBE_Panier_Services_Voix_Citoyenn e.pdf)