



**Mémoire présenté par  
La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS)**

**À la Commission de la santé et des services sociaux  
dans le cadre des consultations sur le Livre blanc sur la création d'une  
assurance autonomie : L'autonomie pour tous**

**Octobre 2013**

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)

## Table des matières

Mise en contexte.....	4
Poursuivre la réflexion lancée par la CSN .....	4
Orientations générales.....	6
Réseau de la santé et des services sociaux.....	10
Prestation des soins et services à domicile .....	16
Notre vision.....	19
Regard sur l'hébergement de longue durée .....	22
Conclusion .....	26

## **Mise en contexte**

La Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) représente près de 130 000 travailleuses et travailleurs dans les secteurs public et privés de la santé et des services sociaux. Dans le secteur public, elle représente près de 110 000 personnes dans toutes les catégories d'emploi et dans toutes les régions du Québec. Sa grande représentativité lui permet de développer une expertise sur les grands enjeux de santé et de services sociaux. En représentant des travailleuses et travailleurs dans toutes les catégories d'emplois, la FSSS est à même de poser un regard d'ensemble sur le réseau et de combiner, dans ses interventions, les préoccupations de ses membres dans tous les corps d'emploi.

En plus de ces membres du secteur public, la FSSS représente près de 20 000 travailleuses et travailleurs des secteurs privés : des paramédicaux, des éducatrices en CPE, des ressources de type familial, le personnel des centres d'hébergement privés et d'organismes communautaires. Dans le débat entourant la mise en place d'une caisse d'assurance autonomie, ce sont aussi bien les membres du secteur public de la Fédération, que ceux des secteurs privés qui sont concernés et préoccupés par certaines lignes défendues dans le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*.

La FSSS est l'une des huit fédérations de la Confédération des syndicats nationaux (CSN). La CSN est une organisation syndicale comptant plus de 2100 syndicats qui regroupent plus de 300 000 travailleuses et travailleurs principalement au Québec.

## **Poursuivre la réflexion lancée par la CSN**

La CSN a eu l'occasion de présenter son mémoire sur le Livre blanc *L'autonomie pour tous*. Comme Fédération membre de la Confédération, nous endossons et partageons l'ensemble des constats et recommandations défendus dans le mémoire de la CSN. Dans le présent mémoire, nous ne reviendrons donc pas sur plusieurs éléments expliqués dans celui de la CSN, mais proposerons plutôt de nous intéresser plus en détail à certaines préoccupations que les travailleuses et travailleurs que nous représentons nous ont adressées.

Notamment, nous partageons entièrement la vision défendue par la CSN sur la question du vieillissement de la population et sur la nécessité de donner un coup de barre pour augmenter la qualité et la quantité des soins et services à domicile. La réalité du sous-financement des services à domicile est une préoccupation constante de nos membres, ce que nous avons notamment pu dénoncer maintes fois dans les derniers mois. De plus, nous avons été aux premières loges pour critiquer les nombreux contrats d'« optimisation » donnés à des firmes privées dans le domaine des soins à domicile et qui ont entraînés des impacts négatifs sur la qualité des services. Nous avons remis en cause les mécanismes d'octroi des contrats (qui ont été pour le moins déficients, notamment dans le cas des

contrats accordés à Proacton), ce qui a aussi été relevé dans un récent rapport du Vérificateur général du Québec (VGQ).

Il est donc important pour nous de mentionner d'entrée de jeu que le développement des soins et services à domicile publics est un enjeu prioritaire.

## **Orientations générales**

Depuis toujours, la FSSS agit en faveur de la consolidation et du développement des services publics de santé et de services sociaux. En 2009, nous avons mis sur pied la campagne pour la valorisation, la promotion et la préservation des services publics (VPP). Nos interventions visent non seulement à lutter contre la privatisation, mais aussi, et surtout, à valoriser le réseau public de santé et de services sociaux et les travailleuses et travailleurs qui y œuvrent.

Partout au Québec, les actions de la FSSS ont permis de faire la démonstration que le recours au privé a des impacts très négatifs pour la population, que ce soit en raison des coûts plus élevés qui y sont associés ou encore de la perte d'expertise publique qu'il entraîne. Les interventions de nos syndicats permettent de présenter des alternatives publiques aux projets de privatisation. Ces alternatives, lorsqu'elles reçoivent l'aval des directions d'établissement, se concrétisent toujours par des projets qui permettent de faire des économies et de conserver l'expertise publique dans le réseau. Pour la FSSS, l'ouverture au privé et le resserrement des activités des établissements de santé et de services sociaux sur son prétendu « core business » ne sont en fait qu'une fuite en avant lourde de conséquences, notamment en ce qui a trait à la qualité des emplois au Québec et à la qualité des services à la population.

En ce sens, nous avons accueilli très favorablement le dernier rapport de la Protectrice du citoyen, qui explique entre autres qu'en 2013, il n'y a toujours pas eu de visites d'appréciation dans les ressources privées d'hébergement pour les personnes âgées et pour les déficients intellectuels. La situation vécue dans l'hébergement est pour la FSSS un exemple éloquent des dangers de l'ouverture au privé dans la santé et les services sociaux. En effet, depuis 1995, les gouvernements successifs ont accompli une ouverture sournoise au privé en santé, notamment en hébergement de longue durée. Jusqu'à maintenant, aucune indication ne laisse entendre que le gouvernement actuel prendra une direction différente sur la question de l'hébergement.

Le fait qu'encore aujourd'hui aucun mécanisme de visite d'appréciation ne soit établi démontre que l'ouverture au privé a des effets désastreux sur la coordination des services et sur la qualité de ceux-ci. En effet, si le réseau public ne s'assure pas que les services qui sont donnés dans les ressources privées sont de qualité, qui le fera? La poursuite bâillon menée par M. Eddy Savoie, propriétaire des Résidences Soleil et du CHSLD en PPP St-Lambert-sur-le-Golf, est un autre exemple frappant des dérives produites par la

privatisation en santé. En effet, cette poursuite visait à réduire la victime au silence et à l'empêcher de critiquer les mauvais services dispensés par le CHSLD.<sup>1</sup>

Si nous prenons le temps de nous concentrer sur ces exemples, c'est qu'ils sont à notre avis très révélateurs en ce qui nous concerne. Si l'on veut, comme le propose le ministre Hébert, développer les services à domicile en misant sur une plus grande contribution du privé, on risque de voir se répéter les problématiques que l'on vit actuellement dans l'hébergement. À notre avis, et c'est ce que nous expliquerons plus loin, la seule manière de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie est de développer des services intégrés dans un continuum de soins, et ce, au sein du secteur public.

### *Un attachement aux services publics*

La FSSS partage le fort attachement de la population québécoise aux services publics. D'ailleurs, les nombreux sondages sur la question le confirment : pour les citoyennes et citoyens, le problème majeur est l'accès aux services, mais une fois admis, la population est très satisfaite des services publics. Pour nous, il faut compter sur les services publics si notre objectif commun est de donner les meilleurs services qui soient, au plus faible coût et avec la meilleure intégration et coordination possible. Bien que nous saluions la volonté gouvernementale de déployer les services à domicile par un financement majoritairement public, nous sommes loin de croire que la proposition du Livre blanc s'inscrive dans cet attachement aux services publics puisqu'elle propose d'ouvrir la porte au privé à plusieurs niveaux.

Il est important de rappeler la valeur inestimable que les services publics ont pour le citoyen, pour l'utilisateur et pour les travailleurs du réseau. En effet, il faut bien comprendre que le système public de santé est moins coûteux pour les individus et la collectivité que le système privé. Ainsi, en moyenne, les dépenses totales en santé par habitant<sup>2</sup> représentent 3722 \$ pour chaque Suédois et 4363 \$ pour chaque Canadien. Aux États-Unis, ces dépenses totalisent 7960 \$ par année. C'est donc que plus le système de santé est public, moins il en coûte en dépenses en santé par habitant. De plus, on évalue que les services publics ont une valeur de 37 312 \$ par ménage au Québec.<sup>3</sup> Le constat s'impose : les services publics ont une grande valeur pour chaque Québécois.

Les services publics se démarquent aussi en matière de qualité des services de santé et de services sociaux, ce qui ressort d'une étude démontrant que sur le plan de l'efficacité et de

---

<sup>1</sup> La Presse, Ariane Lacoursière, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201309/12/01-4688683-residences-soleil-eddie-savoie-a-mene-une-poursuite-baillon.php>

<sup>2</sup> Pour l'année 2009, en dollars US ajustés pour tenir compte du pouvoir d'achat, OCDE.

<sup>3</sup> Pierre Gouin et Gabriel Ste-Marie, *Les services publics : un véritable actif pour les ménages québécois*, Rapport de recherche de l'IRÉC, février 2012.

la qualité, les services publics de santé font mieux que les services à but lucratif et que les services privés sans but lucratif.<sup>4</sup> Ce deuxième constat sur les services publics est un aspect central dans la critique que nous faisons du projet actuel défendu dans le Livre blanc sur l'assurance autonomie. Si la preuve est faite que c'est la prestation de services dans le réseau public qui offre la meilleure qualité, alors pourquoi se tourner vers le privé? Ne voulons-nous pas donner des services de qualité aux personnes en perte d'autonomie? Si la solution est connue, pourquoi ne pas tout simplement l'adopter? Est-ce que l'obstination du gouvernement à maintenir l'horizon du déficit zéro, coûte que coûte, est en lien avec le fait que le Livre blanc ne semble pas livrer la marchandise en termes de financement et de prestation publics des services?

Il faut aussi mentionner que le développement des services publics a un impact majeur pour les travailleuses et travailleurs qui y œuvrent. Ce sont les services publics qui leur ont permis jusqu'à dernièrement d'améliorer leurs conditions de vie, mais aussi de répondre à leur désir de donner des services de qualité à la population. C'est particulièrement vrai pour les femmes. La FSSS est bien au fait de cette question, alors que près de 80 % de ses effectifs sont féminins. Elle tient donc à rappeler que l'élargissement des services publics a été une voie de choix pour permettre à des milliers de femmes de développer une autonomie économique et professionnelle. À ce niveau, le livre blanc ouvre la porte à un recul majeur pour la condition des femmes. Combien de femmes verront leurs conditions de vie reculer en raison de ce projet d'assurance autonomie qui mise sur l'économie sociale et les entreprises privées? Combien de femmes seront maintenues dans des ghettos d'emploi féminin, et ce, par du financement public? Pourquoi ne pas plutôt nous inspirer de la vision de la Révolution tranquille, qui a permis grandement d'améliorer la situation de milliers de travailleuses et de travailleurs au Québec? Soyons clairs, nous ne revendiquons pas ici la création d'emploi du secteur public simplement pour créer des emplois de qualité. Cependant, la valeur des services publics pour les travailleuses du secteur public est ainsi un troisième constat que l'on doit garder en tête lorsqu'on analyse le Livre blanc sur l'assurance autonomie. Les emplois de qualité dans ce domaine névralgique sont une garantie de services de qualité et d'une bonne intégration des services à la population.

De plus, nous sommes attachés à certains principes directeurs qui doivent à notre avis guider les interventions publiques en santé et services sociaux. L'organisation des services de longue durée, à domicile et en institution, doit s'appuyer sur des principes d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité, de gratuité et sur la gestion publique.

### *Une gestion, un financement et une prestation publics*

---

<sup>4</sup> Paul A. Lamarche et Adriana Trigub-Clover, « La propriété privée des organisations de santé : quels effets sur les services? », *Le privé dans la santé : Les discours et les faits*, Montréal, PUM, 2008, p.417.



La FSSS défend également une vision cohérente des services publics. En effet, elle tient à rappeler qu'un service public se déploie sous trois formes : la gestion, le financement et la prestation des services. On ne peut véritablement parler de services publics que lorsque ces trois formes sont rassemblées. S'il est important de revenir sur cette question, c'est justement parce qu'un élément fondamental du discours du gouvernement se situe à ce niveau. En effet, le gouvernement actuel prétend défendre une vision publique des soins et services à domicile avec son Livre blanc. Pourtant, il ouvre la porte à une éventuelle tarification de ces services (donc à l'idée de l'utilisateur-payeur) et souhaite que la prestation des services liée aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et celle liée aux activités de la vie domestique (AVD) soient réalisées par des entreprises d'économie sociale et des organismes communautaires ou privés.

Comment alors prétendre être en faveur des services publics si on ouvre la porte au financement privé, et plus particulièrement si une part considérable de la prestation des services sera privée? Pour nous, il ne doit pas seulement être question de développer des soins et services à domicile, ce qui représente, il va de soi, une nécessité pour le Québec, mais aussi de s'assurer de développer les meilleurs services qui soient pour la population. Le bilan que l'on dresse de la présence du privé dans le financement, la gestion et la prestation des services en santé et services sociaux ne nous mène pas à penser qu'il faille miser autant sur le privé pour développer les services à domicile au Québec.

Comme la CSN, nous pensons que la meilleure façon d'aider les aînés du Québec à maintenir le plus longtemps possible leur autonomie est de développer un continuum de soins mieux intégré, et ce, au sein du secteur public. Il faut donc miser sur « un ensemble de services sociaux et de santé planifié de façon à aligner les trois principales zones d'activités du système sociosanitaires : l'activité clinique, les interrelations entre les prestataires de services et la gestion, et le financement<sup>5</sup> ». À notre avis, c'est particulièrement à ce niveau que le bât blesse. En effet, la proposition contenue dans le Livre blanc contient plusieurs écueils qui risquent de causer des problèmes en termes d'intégration du continuum de soins. Nous y reviendrons.

#### *La nécessité d'investir dans les services à domicile*

En nous appuyant sur les constats étayés par la CSN dans son mémoire, la FSSS se prononce elle aussi en faveur d'un plus grand investissement dans les soins et services à domicile. Nous sommes persuadés que le développement des services à domicile est la solution. D'abord, cela permet de répondre aux attentes des personnes en perte d'autonomie qui

---

<sup>5</sup> Louise Lafortune, François Béland et Howard Bergman, « Fragilité, incapacité et dépendance des personnes âgées : comment compléter l'architecture du système de santé? », *Le privé en santé en santé*, p.370.

souhaitent en grande majorité demeurer à domicile. Ensuite, cela permet d'adapter le réseau public aux transformations démographiques. En ce sens, nous partageons l'avis qu'à terme, il sera possible d'économiser des fonds publics en misant davantage sur les soins et services à domicile (notamment parce que les coûts d'hébergement en soins de longue durée sont plus importants que pour des services à domicile, mais aussi parce que les services à domicile permettent de développer une approche préventive qui entraîne des économies). Toutefois, nous devons tout de même expliquer que cette économie ne peut se réaliser à court terme et qu'il ne faut pas penser qu'en développant les services à domicile, nous pourrions nous passer de l'hébergement de longue durée. En effet, les services à domicile répondent aux besoins de certains usagers, alors que l'hébergement répond à ceux d'autres qui ne peuvent rester à domicile. Il est important de le mentionner puisque l'on remarque sur le terrain de plus en plus de directions d'établissement qui prétendent pouvoir réduire les lits en hébergement de soins de longue durée puisque les services à domicile seront augmentés. Sur cette question, nous sommes en accord avec une déclaration passée de Réjean Hébert, qui expliquait dans la revue *Virage* de l'hiver 2013 que « Les gens ont peur qu'on ferme des lits de soins de longue durée pour investir dans les soins à domicile. Ce n'est pas ce que nous allons faire. On va investir dans les soins à domicile, ça va diminuer la pression sur les CHSLD et on va avoir tous les lits nécessaires pour faire face au vieillissement de la population. »

Pour la FSSS, il faut investir dans les services à domicile pour répondre aux attentes et besoins des personnes en perte d'autonomie.

## **Réseau de la santé et des services sociaux**

### *Une vision, une approche et un réseau unique*

Au début des années 70, le réseau de la santé et des services sociaux a subi une transformation radicale. On a adopté alors une approche globale de la santé fondée sur les principes de gratuité, d'accessibilité et d'universalité des soins et sur le développement de services de prévention, de traitement et de réadaptation. Cette approche était fondée sur un nouveau discours. L'accent a été mis sur la santé<sup>6</sup> plutôt que sur la maladie. Alors qu'avant, la santé était un privilège qui relevait de la responsabilité individuelle, la santé est devenue une question de droit qui relevait désormais de la responsabilité de l'État envers la collectivité.

Pour supporter cette nouvelle approche et dans une optique d'efficacité et de contrôle des coûts, on a souhaité alors assurer la coordination et l'intégration des fonctions des diverses

---

<sup>6</sup> Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas une absence de maladie ou d'infirmité ».

composantes de l'organisation sociosanitaire. C'est pourquoi ont alors été créées plusieurs structures, parmi lesquelles les centres locaux de services communautaires (CLSC), les conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS) et les départements de santé communautaire (DSC).<sup>7</sup> Avec la création de ces institutions, regroupant professionnels et techniciens, l'accès aux services sociaux a explosé dans une approche de prévention et de santé publique. Ce modèle, unique au Canada, a facilité l'élaboration, tant sur le plan local que sur le plan régional, de programmes qui tenaient compte des relations entre les problèmes de santé, les problèmes sociaux et les difficultés économiques des citoyens<sup>8</sup>.

Le réseau québécois a depuis été l'objet d'importantes transformations, parmi lesquelles le virage ambulatoire de la fin des années 90 et surtout la fusion des établissements combinée à la création des réseaux locaux de services du milieu des années 2000.

### *Le désengagement de l'État*

Avec le virage ambulatoire, on a souhaité développer des services de soutien à domicile pour désengorger les centres hospitaliers. Faute d'avoir développé les services publics d'abord, on a, dans les faits, assisté au transfert des responsabilités de l'État vers une variété d'acteurs : les malades eux-mêmes, mais aussi les proche aidantes, le secteur privé, le milieu communautaire et les entreprises d'économie sociale. Il va sans dire que ce virage ne s'est pas fait sans impact sur la qualité des services, la sécurité des patients et la capacité des usagers et des intervenants à assumer cette responsabilité.

L'absence de normes ou de critères communs pour déterminer ce qui pouvait être transféré, et à qui, a créé bien des difficultés. Les impacts humains et financiers de ces transferts n'ont pas toujours été pris en compte. La coordination entre les composantes du réseau a aussi connu des ratés. Parmi les impacts négatifs ayant été documentés, il est important de noter l'émergence d'un phénomène de banalisation des soins, banalisation reposant sur une sous-évaluation de la complexité des problèmes de santé des personnes et de leurs interrelations avec l'environnement physique, social, privé et non spécialisé que constitue le domicile.<sup>9</sup>

En somme, avec ce virage, l'État amorce le démantèlement du réseau et son recentrage sur son « core business », en se délestant d'une partie de ses responsabilités. Ce transfert s'accompagne d'un transfert des coûts aux personnes malades et on s'éloigne peu à peu des principes sur lesquels le réseau public de santé et de services sociaux québécois avait été

---

<sup>7</sup> MSSS, Défis de la reconfiguration des services de santé mentale, 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996, annexe numéro 1, octobre 1997.

<sup>8</sup> MSSS, Regards sur le système de santé et services sociaux du Québec, 2009

<sup>9</sup> FCRSS, Gagnon, Guberman, Côté, Gilbert, Thivierge, Tremblay, Les impacts du virage ambulatoire : responsabilité et encadrement dans la dispensation des soins à domicile, octobre 2001.

initialement fondé. Notamment, la capacité du réseau d'avoir une véritable approche santé publique, à travers des services de prévention efficaces et étendus, s'amenuise peu à peu.

Plus récemment, on a assisté à la fusion des établissements de santé et à la mise en place des réseaux locaux de services. Alors que l'objectif visé était de mieux coordonner les services entre les diverses missions des établissements de santé et entre les établissements de santé et les « partenaires » des secteurs privés et communautaires, nous avons plutôt assisté à un éclatement, voire à une désintégration des services. En effet, l'affaiblissement du rôle des CLSC, conséquence de l'hospitalocentrisme provoqué par la création des CSSS et de la vampirisation des budgets destinés aux soins et services de soutien à domicile par les centres hospitaliers aux fins d'autres activités, a contribué au sous-financement des soins et services de soutien à domicile et à une médicalisation de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Puis, la faiblesse des cadres normatifs et réglementaires combinée à un net parti pris des récents gouvernements pour la privatisation et la contractualisation des soins et services de santé et services sociaux, ont eu pour effets une marchandisation de la santé et un transfert encore plus grand des responsabilités de l'État vers les malades et leurs proches, qui doivent de plus en plus souvent prendre en charge individuellement leurs besoins.

#### *Privatisation, marchandisation et contractualisation*

L'explosion du nombre d'arrangements contractuels entre les établissements publics et les autres composantes du réseau nous amène à un point où il est actuellement très difficile pour les établissements publics de les encadrer et de les superviser, ce qui génère toutes sortes de dérives préjudiciables pour la population ainsi qu'une bureaucratisation généralisée de la santé et des services sociaux. À ce chapitre, nous croyons que l'augmentation de près de 30% du nombre de cadres au cours des 10 dernières années dans le réseau est une conséquence directe des dernières réformes et des effets qu'elles ont entraînées.<sup>10</sup>

De plus, en basant leurs relations sur la négociation contractuelle, les divers acteurs adoptent des règles qui prévalent dans le secteur privé, ce qui est susceptible de contribuer à l'augmentation de la privatisation et de la sous-traitance.

Les conséquences de cette sous-traitance sont pourtant nombreuses. Dans plusieurs cas, les contrats de sous-traitance coûtent plus cher tout en ne permettant pas une meilleure efficacité ou qualité. La sous-traitance occasionne aussi une perte d'expertise et entretient

---

<sup>10</sup> La Presse, Denis Lessard, <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201310/27/01-4704292-reseau-de-la-sante-30-plus-de-cadres-en-10-ans.php>

la dépendance du secteur public envers les secteurs privés. De plus, la sous-traitance pose souvent problème en matière de transparence.<sup>11</sup>

Manque de financement, difficultés liées au manque d'intégration des services, impacts de la contractualisation, de la sous-traitance et de la marchandisation des services, bureaucratisation, etc., ces phénomènes n'épargnent pas le secteur des soins et services de soutien à domicile, bien au contraire.

*Les soins et services de soutien à domicile ne sont pas épargnés*

En mars 2012, la protectrice du citoyen relevait que « faute de moyens, les instances locales avaient dû instaurer des pratiques qui privent les usagers des services nécessaires à leurs besoins, reportant ainsi totalement ou partiellement le fardeau sur les aidants naturels et contribuant à une utilisation inappropriée des places en milieu hospitalier, en réadaptation ou en milieu d'hébergement ». <sup>12</sup>

Dans son rapport, la protectrice du citoyen relève en outre une augmentation importante du nombre de plaintes concernant les soins et services de soutien à domicile dispensés par les CSSS, tout en précisant que ce qui fait généralement l'objet de plaintes est l'application du programme de soutien à domicile et non la qualité des services offerts par le personnel des CSLC.

C'est ainsi que de nouveaux critères d'exclusions apparaissent. Certaines instances locales instaurent des plafonds d'heures de services ou allongent les délais d'attente. Les disparités se multiplient. Parmi les victimes, les patients eux-mêmes qui doivent se tourner vers des ressources privées (souvent des services offerts à la carte dans des résidences pour personnes âgées) ou vers une assurance privée pour obtenir les services, mais aussi les proches aidants, qui s'épuisent pour combler les lacunes.<sup>13</sup>

Les autres victimes du manque de ressources en soutien à domicile sont les travailleuses des établissements du réseau à qui on ne cesse de demander de faire plus avec moins et qui subissent une pression intenable. En effet, dans un contexte de sous-financement de ces services, des projets d'optimisation visant à améliorer la performance des services à domicile ont été menés dans les établissements, projets souvent menés par des firmes privées. Ces projets, la plupart du temps menés sans la participation des travailleuses, se sont limités à mettre en place des mécanismes visant à augmenter le volume d'activités sans prendre en considération la qualité des services ni la qualité de vie au travail. Ces méthodes ont entraîné plusieurs conséquences fâcheuses, parmi lesquelles une dégradation

---

<sup>11</sup> IRIS, Hébert et Tremblay-Pépin, La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences, juin 2013.

<sup>12</sup> Protecteur du citoyen, Rapport annuel d'activités 2012-2013

<sup>13</sup> Le Protecteur du citoyen, Rapport d'enquête Chez soi : toujours le premier choix?, mars 2012

de la qualité des services, la démotivation et l'épuisement des travailleuses ainsi qu'une bureaucratisation accrue ayant eu pour effet de confiner les travailleuses du réseau à des tâches administratives (compilation, minutage, etc.) au détriment des soins directs à la population.

Concrètement, nos membres qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile nous disent que la coordination des services à domicile devient quasi impossible. Les professionnelles passent de plus en plus de temps à remplir les multiples formules bureaucratiques et de moins en moins de temps avec les personnes nécessitant des services à domicile. De plus, comme il y a de moins en moins de services qui sont offerts par l'équipe du CLSC, ces mêmes professionnels ont moins d'accès aux rapports d'évolution de la situation. Lorsque l'auxiliaire aux services de santé et sociaux livre les services de soins à domicile, elle fait partie d'une équipe multidisciplinaire. Elle est donc capable de faire part de ses observations à son équipe, ce qui est un élément clé pour faire de la prévention..

L'impact de cette bureaucratisation, sur les professionnels et techniciens membres de notre fédération, est très néfaste. De plus en plus, on constate chez eux une frustration qui favorise une démotivation des professionnels et techniciens qui sont pourtant les meilleures personnes pour faire le travail. Cette démotivation est donc lourde de conséquences. En effet, ce sont ces personnes qui effectuent les évaluations des usagers sans que toutefois, on leur donne, par la suite, les moyens de faire un suivi de qualité. Par exemple, il est fréquent que l'évaluation des usagers démontre que le domicile d'un usager doit être muni d'une installation ou d'un équipement dans la salle de bain ou dans la cuisine pour permettre de maintenir son autonomie ou pour faciliter le travail de l'ASSS qui lui dispense des services. . Malheureusement, ces besoins ne sont comblés qu'au terme d'une longue attente qui peut prendre plusieurs mois si ce n'est qu'ils ne sont jamais comblés.

Enfin, ces professionnels, qui sont appelés à agir à titre d'intervenant pivot au niveau de la coordination des services, nous indiquent que l'outil d'évaluation ISO-SMAF ne permet pas la prise en compte des besoins sociaux de l'utilisateur et qu'il est nécessaire de le compléter avec son volet social afin que les usagers soient soutenus convenablement.

Une vérification effectuée par le vérificateur général du Québec au printemps 2013 révèle aussi les difficultés du réseau concernant les soins et services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le vérificateur général relève le peu de repérage des personnes âgées vulnérables (effectués par les CSSS), des lacunes dans l'évaluation des besoins et dans l'élaboration du plan de soins, le manque d'adéquation entre l'intensité de services requis et reçus, des délais d'attente variables et le manque de services professionnels directs à domicile. Le vérificateur général relève aussi que les besoins en financement, nécessaire pour répondre aux besoins, n'ont pas été déterminés par les CSSS

ni par le MSSS et que les mesures actuellement en place ne permettent pas de contrôler la qualité des services, notamment ceux dispensés par les composantes externes.<sup>14</sup>

Pour la FSSS, ces constats n'ont pas de quoi étonner. En effet, ces problématiques sont la conséquence directe du désengagement de l'État ayant eu cours au fil des réformes successives qu'a subi le réseau de la santé et des services sociaux.

*La création d'une assurance autonomie, une occasion unique et une menace*

Pour la FSSS, la création d'une assurance autonomie pourrait être un point tournant fort positif pour notre réseau public de santé, pourvu que les soins et services à domicile soient essentiellement dispensés par les travailleuses du réseau public (infirmières et infirmières auxiliaires, techniciens et professionnels, auxiliaires aux services de santé et sociaux, etc.) et que l'on donne aux établissements publics les moyens requis afin qu'ils puissent poursuivre efficacement leurs missions, notamment aux CLSC. Aux yeux de la FSSS, il s'agit de ne pas se perdre dans la bureaucratisation de la santé, dans la contractualisation et la sous-traitance et d'éviter toute marchandisation de sorte que l'on pourrait optimiser les services directs à la population et de manière à pouvoir assurer à chaque usager des services appropriés, de qualité et bien coordonnés.

---

<sup>14</sup> Vérificateur général du Québec, Vérification de l'optimisation des ressources, Personnes âgées en perte d'autonomie, Services à domicile, printemps 2013

## **Prestation des soins et services à domicile**

Il faut bien se le dire, la question des soins et services à domicile touche principalement les femmes. Il importe, à ce titre, de faire un bref rappel historique.

À l'époque, le soutien aux personnes devant recevoir de l'aide à domicile était essentiellement l'affaire des femmes qui ne recevaient rien pour ce travail. Les premiers services externes d'aide à domicile sont apparus au début des années trente et étaient dispensés par des religieuses et des femmes laïques qui venaient remplacer temporairement les mères malades dans des foyers d'ouvriers.<sup>15</sup> Elles étaient envoyées par des agences sociales privées créées par les organismes religieux. Elles étaient appelées des auxiliaires familiales. En 1979, la première politique de services à domicile a permis l'embauche de plusieurs auxiliaires familiales et sociales dans les CLSC. Cela a en outre permis de valoriser ce travail, d'en améliorer la rémunération et de l'encadrer par des droits syndicaux.

La valorisation du travail a aussi bénéficié de la création d'un programme de formation qui a été enrichi au fil des années. Depuis 1983, la formation d'assistance aux personnes à domicile, d'une durée de 975 heures, est donnée dans les institutions publiques d'enseignement.

Bien que méconnu, le rôle joué aujourd'hui par les auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) du réseau public est primordial.

### *Le rôle actuel des ASSS*

L'ASSS est une personne qui, dans un domicile, une résidence, un foyer de groupe ou un milieu de même nature, assume un ensemble de tâches ayant pour but d'accompagner et de supporter l'utilisateur et sa famille ou de suppléer à ses incapacités dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique. Elle voit également à favoriser l'intégration et la socialisation de l'utilisateur dans des activités individuelles et communautaires. Elle est donc une personne centrale dans la capacité du réseau à identifier des éléments de prévention dans le suivi des personnes dans leur milieu.

Dans le cadre de ses fonctions, elle voit à l'hygiène, au bien-être, au confort, à la surveillance et aux besoins généraux des usagers. Elle est appelée à faire l'installation de certains appareils ou à donner certains soins plus spécifiques pour lesquels elle a été formée. Elle est appelée à préparer des repas ou à effectuer des travaux domestiques.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Lapointe-Roy 1987, Bourque 1991

<sup>16</sup> MSSS, Avenir en santé, [http://avenirensante.com/fr/carrieres/auxiliaire\\_services\\_sante\\_sociaux](http://avenirensante.com/fr/carrieres/auxiliaire_services_sante_sociaux)



C'est l'ASSS qui fait le lien et le suivi avec les membres de l'équipe multidisciplinaire à propos des besoins de l'utilisateur et ceux de sa famille. En collaboration avec les autres intervenants, elle participe à l'élaboration du plan de service ou d'intervention et assure sa mise en œuvre. Elle est le chaînon qui relie l'utilisateur aux services de santé et services sociaux du CSSS.

L'ASSS apporte donc de l'aide à la vie quotidienne : l'aide aux bains, au lever, à l'alimentation, à l'habillement ainsi que de l'aide à la vie domestique : l'aide à la préparation des repas, à l'entretien ménager, aux courses, à la prise des médicaments, etc. L'ASSS apporte aussi de l'aide pour la gestion du budget.

### *Un rôle primordial et essentiel*

Pour plusieurs personnes vulnérables, tous ces services sont essentiels et contribuent à leur bien-être et à leur sécurité. De plus, au cours des dernières années, on a délégué auxiliaires aux services de santé et sociaux certains actes permettant de mieux soutenir les usagers. Dans certains établissements, des tâches supplémentaires ont été déléguées à des ASSS dites désignées, permettant d'alléger le travail des ergothérapeutes et des infirmières afin de bonifier les services.

Pour l'utilisateur, qui est souvent sans voix, l'ASSS a une grande valeur. Ces éléments, issus de témoignages le démontrent bien :

- L'ASSS est souvent la seule personne significative pour l'utilisateur, qui souffre souvent d'isolement;
- L'utilisateur fait confiance à son ASSS;
- Au fil du temps, l'utilisateur développe une complicité avec son ASSS;
- L'ASSS offre de la stabilité et de la sécurité à l'utilisateur;
- L'ASSS développe un lien privilégié avec l'utilisateur;
- L'ASSS est la seule personne en position de faire un suivi constant et de faire le lien avec les équipes multidisciplinaires;
- L'ASSS peut mesurer l'évolution de l'état de l'utilisateur et adapter l'approche;
- L'ASSS peut déceler les signes précurseurs de complications à venir et prévenir l'institutionnalisation de l'utilisateur;
- L'ASSS peut prévenir les abus;
- L'ASSS connaît l'histoire de l'utilisateur et adapte constamment ses interventions;
- L'ASSS favorise la récupération fonctionnelle et la réadaptation à travers les activités de soutien.

L'objectif poursuivi par la mise en œuvre d'une assurance autonomie est de favoriser le maintien à domicile et de retarder, voire d'éviter l'institutionnalisation. Or, cela entraînera inévitablement un alourdissement de l'état d'incapacité des usagers à qui devront être dispensés des soins et services à domicile. Les témoignages de nos membres à cet effet sont sans équivoque et on constate chaque jour cet alourdissement, que ce soit en services à domicile, en hébergement non institutionnel ou en hébergement institutionnel. Or, il faut des compétences et des aptitudes particulières pour prendre en charge un tel profil d'usager.

Pour la FSSS, l'ASSS devrait être au cœur du développement des soins et services à domicile. Toutefois, le projet de création d'une assurance autonomie, dans son état actuel, compromet directement le rôle des ASSS dans le réseau.

Lors de notre dernier congrès, tenu en juin 2012, une ASSS (Nicole Daniel – CSSS Pointe de l'Île) a fait le témoignage suivant :

*Je travaille depuis vingt ans en soins à domicile. Ça va de plus en plus mal. Quand j'ai commencé, j'avais mon cours de gérontologie... où le soutien à domicile était l'avenir à cause du vieillissement de la population. Depuis un an, surtout depuis l'arrivée de Proaction, qu'est-ce que j'entends? Si ça prend plus qu'une heure de service à domicile par semaine, c'est l'hébergement. Une heure par semaine!*

*En une heure, c'est une hygiène et c'est rapide – parce qu'il faut arriver, il faut que la personne se rende à la chambre de bain... C'est une personne en perte d'autonomie, donc elle ne se rend pas à la chambre de bain aussi vite que nous autres. Ensuite, il faut la rhabiller. On ne la laisse pas toute nue dans le bain. Une heure pour donner une hygiène à domicile, c'est très rapide. Et c'est ça supposément que le Ministère demande aux établissements parce que plus que ça, c'est du gaspillage!*

*La création d'une assurance autonome menace le rôle des ASSS*

En effet, le gouvernement prévoit favoriser le recours aux secteurs privé et communautaire et aux entreprises d'économie sociale pour dispenser les services d'aide à domicile. Bien que le projet prévoit assurer les soins et les services professionnels de base incluant les soins infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et les services psychosociaux, les services d'assistance aux activités de la vie quotidienne, les services d'assistance aux activités de la vie domestique, les aides techniques, les services d'aménagement du domicile et les services aux proches aidants, il est prévu que les AVQ soient principalement offerts par des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) ou par des organismes privés et que les services puissent faire l'objet d'une tarification. Quant aux AVD, le projet prévoit qu'ils soient dispensés par les EESAD et les organismes communautaires et qu'ils

fassent aussi l'objet d'une tarification. Quant aux soins et services professionnels, le projet n'exclut pas que ces services puissent faire l'objet d'ententes contractuelles entre les CSSS et des résidences pour personnes âgées ou des organisations privées.<sup>17</sup>

Pour la FSSS, ce glissement vers la tarification, la privatisation, la marchandisation et la contractualisation des services de santé et de services sociaux constitue une dérive majeure susceptible de transformer une réforme qui pourrait s'avérer fort positive pour la société québécoise, en instrument de démantèlement du réseau public québécois et en outil de dévalorisation du travail des femmes.

### **Notre vision**

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que pour la FSSS, les services publics de santé et services sociaux québécois constituent un acquis de civilisation. Aux yeux de nos membres citoyens, usagers et travailleurs, comme aux yeux d'une large part de la population, les services publics sont précieux. Mais ils sont aussi fragiles. L'introduction d'une assurance autonomie constitue à ce titre un moment clé qui pourrait être lourd de conséquences.

En effet, la création d'une assurance autonomie pourrait avoir pour effet de consolider nos services publics, comme elle pourrait avoir pour effet de les déstructurer. À cet égard, la FSSS invite le gouvernement à la plus grande prudence.

De plus, pour la FSSS, le développement d'une assurance autonomie doit être considéré, dans toutes ses dimensions, comme un investissement plutôt que comme une dépense. Le développement des soins et services à domicile gratuits, universels, accessibles et de qualité constitue une occasion unique de favoriser le bien-être et la santé de toute la population et, par le fait même, le dynamisme et le développement dans toutes les régions du Québec, et ce, à travers le développement d'emplois de qualité qui permettront notamment de poursuivre sur la voie de la valorisation du travail des femmes.

Seul le développement de services publics de qualité, étendus et intégrés, permettra à l'assurance autonomie de livrer ses promesses. En effet, qu'il s'agisse de favoriser l'allongement du maintien de l'autonomie, de réduire l'institutionnalisation, de réduire l'utilisation de l'urgence, de favoriser le taux d'emploi des femmes, de soulager les proches aidantes, une assurance autonomie partielle, limitée par la tarification, mal intégrée et mal coordonnée et qui laisserait s'introduire dans le réseau encore plus de contractualisation et de marchandisation pourrait très bien engendrer des résultats contraires à ceux attendus. Nous sommes d'avis que tout raccourci compromettant l'étendue de la couverture d'assurance publique, l'accessibilité aux services, leur intégration et leur coordination ou

---

<sup>17</sup> MSSS, L'Autonomie pour tous, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, 2013.

n'assurant pas une gestion, un financement et une prestation publique des services, pourrait provoquer des effets pervers préjudiciables à la population du Québec et au réseau lui-même.

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une assurance autonomie, nous invitons donc le gouvernement à opter pour les mécanismes les plus susceptibles d'assurer la qualité, la continuité et la coordination des services ce qui permettra, en outre, de développer des services de prévention efficaces dans une réelle perspective de santé publique.

LA FSSS recommande donc :

- Que le projet de création d'une assurance autonomie fasse l'objet d'une analyse différenciée selon les sexes de façon à ce que soient identifiés et mesurés les effets distincts de sa mise en œuvre sur les femmes et de façon à ce que le projet puisse, le cas échéant, être modifié de telle sorte à ce qu'il contribue à l'atteinte d'une réelle égalité hommes-femmes.
- Que l'on donne aux établissements publics, via un financement public, les moyens de développer les soins et services de soutien à domicile qui sont requis pour répondre pleinement et efficacement à leurs missions de façon à :
  - o Protéger les missions des établissements publics;
  - o Éviter la tarification des services;
  - o Limiter la contractualisation;
  - o Éliminer toute marchandisation des services.
- Que tous les services offerts dans le cadre de l'assurance autonomie soient sous la responsabilité et sous la gestion des établissements publics et que les établissements publics soient identifiés comme étant les principaux prestataires de services de façon à :
  - o Favoriser l'intégration et la coordination des services;
  - o Assurer la qualité des services;
  - o Garantir la sécurité des usagers;
  - o Assurer le repérage des personnes en perte d'autonomie dans la communauté.
- Que tous les soins et services professionnels, incluant les soins infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et les services psychosociaux, soient dispensés par le personnel des établissements publics exclusivement. Que ces services soient offerts gratuitement et universellement aux usagers.

- Que les soins et services de soutien à domicile soient développés autour des ASSS du réseau de façon à :
  - o Éviter toute dévalorisation du travail des femmes;
  - o Favoriser la coordination et la continuité des services.
- Que l'on renonce à toute sous-traitance des soins et services du soutien à domicile vers le privé, l'économie sociale ou le communautaire pour les services réguliers d'assistance personnelle, notamment l'assistance aux activités de la vie quotidienne.
- Que tous les services d'aide à la vie quotidienne soient dispensés par le personnel des établissements publics exclusivement. Que ces services soient offerts gratuitement et universellement aux usagers.
- Que les personnes qui dispensent actuellement ces services hors réseau soient formées de manière à pouvoir être intégrées aux établissements publics.
- Que les CLSC développent les services publics et gratuits d'aide à la vie domestique nécessaires à la poursuite de leur mission. Par conséquent, lorsqu'un CLSC est appelé à intervenir auprès d'un usager dans un contexte préventif, curatif, de réadaptation ou de réinsertion, que les services d'AVD soient dispensés par le personnel des CLSC.
- Que, de la même façon, les établissements publics des autres missions développent des services publics et gratuits d'aide à la vie domestique en lien avec la poursuite de leur mission.
- Que les personnes qui dispensent actuellement ces services hors réseau soient formées de manière à pouvoir être intégrées aux établissements publics.
- Que lorsque nécessaire, le recours aux entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) dans le volet de l'aide à la vie domestique ne soit permis que lorsqu'il est complémentaire et non concurrentiel au réseau public.
- Que le financement des EESAD soit rehaussé de façon à permettre une rémunération équitable des travailleuses qui y œuvrent.
- Que dans le cadre de l'organisation du travail, l'autonomie professionnelle des travailleuses dispensant des services à domicile soit respectée.

- Que dans le cadre de l'organisation du travail, l'amélioration de la qualité des soins et des services prodigués à domicile soit l'objectif principal et qu'elle repose avant tout sur l'implication des travailleuses du réseau.

## **Regard sur l'hébergement de longue durée**

Avant de conclure, il importe de poser un regard sur la question de l'hébergement en soins de longue durée. En effet, cette question est indissociable de celle du maintien à domicile puisqu'elle s'inscrit dans le continuum de services aux personnes âgées. De plus, comme l'objectif poursuivi par la mise en œuvre d'une assurance autonomie est de limiter, voire d'éviter le recours à l'hébergement institutionnel, il est de mise de se pencher sur cette question.

Aujourd'hui, seulement 3 % de la population âgée de 65 ans et plus réside en centre d'hébergement. Quarante et un pour cent des usagers résidant en centre d'hébergement public sont âgés de 85 ans et plus; une augmentation de 7 % par rapport à 2007-2008 (MSSS, 2012). Quatre-vingts pour cent des résidents présentent des pertes cognitives et 60 % des résidents hébergés souffrent d'une forme ou d'une autre de démence (Association psychogériatrique internationale, 2012). La prévalence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence parmi des résidents varierait entre 78 % et 90 %. D'autre part, 11 % des usagers hébergés sont âgés de moins de 65 ans et ces usagers peuvent présenter des déficiences physiques, une déficience intellectuelle, être aux prises avec une maladie dégénérative telle que la sclérose en plaques, ou présenter des problèmes de santé mentale.<sup>18</sup>

Pour ces usagers, des services d'hébergement permettant une surveillance, une assistance et des soins continus sont souvent une nécessité. Or, comme il y a actuellement près de 7000 personnes en attente d'hébergement dans un CHSLD<sup>19</sup>, il arrive que ces usagers n'aient d'autres choix que d'être dirigés vers des ressources d'hébergement non institutionnelles qui ne sont pas adaptées à leur condition. Cela est souvent lourd de conséquences.

Bien que reconnaissant l'apport et le rôle des ressources d'hébergement non institutionnelles dans le continuum de services aux personnes âgées, la FSSS déplore que des usagers en lourde perte d'autonomie ou ayant besoin de soins et de services spécialisés, soient transférés dans des milieux non adaptés. C'est d'ailleurs pour cette raison que la FSSS est intervenue pour dénoncer la fermeture de résidences à assistance continue (RAC) dans

---

<sup>18</sup> AQESSS, Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec, 2013

<sup>19</sup> AQRP, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/318174/les-listes-d-attente-des-chsld-s-allongent>

les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) et le transfert d'usagers vers des ressources intermédiaires dites spécialisées. Les interventions de la FSSS ont d'ailleurs mené à l'imposition d'un moratoire sur la fermeture de RAC.

De la même façon, on nous rapporte quotidiennement un alourdissement des profils des personnes hébergées en ressources intermédiaires (RI) et hébergées en résidence pour personnes âgées (RPA). Dans les petites ressources intermédiaires et les résidences de type familial (RI-RTF), c'est le manque de services de support offerts par les établissements publics pour aider ces petites ressources à répondre à la lourdeur grandissante des personnes hébergées, qui nous est régulièrement rapportée.

À cet alourdissement s'ajoute, dans les ressources non institutionnelles, un problème généralisé de manque de formation et un taux de roulement du personnel élevé, exacerbé par de piètres conditions de travail avec les conséquences que l'on imagine sur la qualité des services.

Puis, la détection de personnes hébergées dans des milieux inadaptés est fort difficile en raison des lacunes importantes en matière d'évaluation périodique des besoins et d'encadrement des ressources. Ce que nous savons, c'est qu'il y a actuellement, tant à domicile qu'en résidences privées d'hébergement et qu'en RI-RTF, des personnes dont le profil de perte d'autonomie commanderait qu'elles soient hébergées en centre d'hébergement afin de bénéficier des services requis.

La FSSS partage sans équivoque l'objectif de développement de services de soutien à domicile. Toutefois, nous sommes perplexes quand le ministre indique que le nombre de places en CHSLD devra demeurer à son niveau actuel et que le développement de services de soutien à domicile permettra de réduire le taux d'hébergement institutionnel.

D'abord, pour établir le nombre de places en hébergement requis actuellement, il faudrait non seulement prendre en compte les personnes en attente de place en centre d'hébergement, mais aussi les personnes hébergées dans des ressources inadaptées en fonction de leur niveau de perte d'autonomie, ainsi que celles qui n'ont pas été détectées et qui se trouvent toujours dans la collectivité, souvent dans des conditions de vie très difficiles. Mise en œuvre d'une assurance autonomie ou non, force est d'admettre qu'il manque actuellement de places en centre d'hébergement.

Puis, à supposer que le nombre de places soit augmenté pour répondre aux besoins actuels, il faut se demander si le développement des soins et services de soutien à domicile prévu au cours des prochaines années permettrait de stabiliser le nombre de places d'hébergement requis.

### *L'exemple scandinave*

On le sait, les pays scandinaves se distinguent par l'étendue et l'accessibilité de leurs services de soutien à domicile. À ce titre, ces pays constituent des modèles. On l'a vu, le taux d'hébergement institutionnel, chez les 65 ans et plus, est aujourd'hui de 3 % au Québec.<sup>20</sup> Or, malgré une très grande disponibilité des services à domicile, ce taux est de 5,9 % en Suède, de 5,6 % en Norvège, de 4,8 % en Finlande et de 4,5 % au Danemark. La moyenne, dans les pays de l'OCDE étant à 4 %, il apparaît que la situation québécoise est en deçà des standards internationaux.<sup>21</sup>

On en conviendra, malgré les investissements prévus dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance autonomie, la route sera longue avant que les services de maintien à domicile soient aussi étendus que dans ces pays. En effet, tant au Québec qu'au Canada, les dépenses en soins de longue durée (santé et services sociaux en milieu institutionnel et à domicile) représentent 1,3 % du PIB comparativement à 3,7 % pour la Suède, 2,5 % pour le Danemark, 2,2 % pour la Finlande et la Norvège. La moyenne dans les pays de l'OCDE étant de 1,4 %<sup>22</sup>. Or, non seulement la part du PIB investie dans les soins de longue durée (SLD) est largement inférieure au Québec comparativement à ces pays, mais la proportion investie en services de soutien à domicile l'est aussi. Pourtant, malgré le fait que dans ces pays, les investissements en SLD sont largement supérieurs aux investissements faits ici, les systèmes de santé des pays scandinaves nécessitent moins de dépenses qu'ici. En effet, alors que le Québec doit consacrer 10,1 % de son PIB dans son système de santé (ce taux est de 11,2 % au Canada), la Suède doit y consacrer 9,5 % de son PIB, la Finlande 9,1 % et la Norvège 9,4 %. Il semble donc qu'il soit possible d'investir massivement dans les soins de longue durée (en hébergement et à domicile), tout en parvenant à contrôler les dépenses totales de santé.<sup>23</sup>

Quoi qu'il en soit, il est clair que pour mettre à niveau nos services à domicile, il y a beaucoup à faire. Et malgré le développement de ces services, il est clair que nous devons aussi développer notre réseau de centres d'hébergement publics.

Dans le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, on indique que la population âgée de 65 ans et plus passera, de 2011 à 2031, de 1 254 000 personnes à 2 263 000 personnes. Si on prend les personnes âgées de 85 ans et plus chez qui le pourcentage d'incapacité grave est de 20 %, leur nombre passera de 158 000 à 327 000.

---

20 AQESSS, Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec, 2013

21 OCDE, Health at a Glance 2011: OECD Indicators

22 OCDE, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD, 2011

23 OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2013



On le voit bien, le nombre de personnes qui devront résider en centre d'hébergement va croître considérablement et il nous apparaît donc illusoire d'envisager de limiter le nombre de places en centre d'hébergement.

Pour la FSSS, il s'agit non seulement de développer les services nécessaires pour répondre aux besoins de la population, mais aussi d'éviter de reproduire les erreurs commises lors de la désinstitutionnalisation et du virage ambulatoire. Il faut d'abord développer les services pour qu'ensuite on puisse limiter, voire réduire le nombre de places d'hébergement. Pour nous, la situation est claire : il faut non seulement développer les soins et services de soutien à domicile, mais aussi développer notre réseau de centres d'hébergement publics.

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance autonomie, il faut développer des services et des mécanismes permettant de contribuer à l'amélioration générale de la qualité et de la coordination des services dans les ressources d'hébergement non institutionnelles.

La FSSS recommande donc :

- Que le gouvernement réponde à la demande de lits de longue durée en centres d'hébergement publics.
- Que le gouvernement renonce définitivement à toute exploitation de CHSLD en mode PPP et adopte le mode public d'exploitation pour tous les nouveaux projets.
- Que le gouvernement cesse de confier des places d'hébergement aux résidences privées pour aînés. Ces résidences doivent demeurer des milieux d'habitation (et non d'hébergement) pour les personnes âgées en perte d'autonomie légère ou modérée où sont accessibles les services publics de maintien à domicile.
- Que les conditions de travail du secteur public s'appliquent aux travailleurs qui dispensent les services de soins de longue durée peu importe la propriété de l'immeuble.
- Que des services publics soient développés et dispensés par les CSSS pour supporter les petites RI de type résidence d'accueil et les ressources de type familial.

## **Conclusion**

Le Québec peut être fier de son système public de santé et service sociaux. Même s'il a subi les soubresauts provoqués par les réformes qui se sont succédé depuis sa mise en place, force est d'admettre que le système public sert bien ses usagers.

Nous croyons, à la FSSS, que non seulement le réseau sert bien ses usagers, mais qu'il sert fort bien les Québécois et le Québec. En effet, nul ne peut nier l'effet protecteur qu'ont eu nos services publics lors de la récente crise financière. Nul ne peut remettre en question l'outil de développement régional formidable qu'ils constituent. Aux yeux de nos membres et de la population, la valeur de nos services publics est inestimable.

Inquiétés par les impacts des réformes récentes, qu'il s'agisse du sous-financement de certains services, de la privatisation qui s'étend, de la marchandisation, de la bureaucratisation, de la contractualisation et de la pression grandissante subie chaque jour par nos membres, nous voyons dans la mise en œuvre d'une assurance autonomie une occasion unique de renforcer notre réseau public.

Pour ce faire, nous invitons le gouvernement à saisir cette occasion de faire grandir une fois de plus le Québec, autour des principes de solidarité, d'équité et de justice, en faisant reposer l'assurance autonomie sur un financement entièrement public, une gestion entièrement publique et en accroissant la capacité de notre réseau public d'établissements de santé et services sociaux à dispenser les services qui sont requis par la population.