

**Texte présenté à Espaces 50 + (Café des âges), Montréal, le samedi 27 octobre 2012
en collaboration avec Action bénévole pour une solidarité intergénérationnelle
(ABSI)**

Les enjeux dans l'hébergement et le soutien à domicile des aînés

*par Jacques Fournier
délégué de l'AQDR à la Coalition Solidarité Santé,
ainsi qu'à la Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics*

Bonjour,

Avant de commencer, quelques questions :

- quelles sont les questions que vous vous posez concernant l'hébergement et le soutien à domicile des retraités?
- quelles sont vos inquiétudes?
- quels mots vous viennent spontanément à l'esprit lorsqu'on parle d'hébergement et de soutien à domicile des personnes âgées ? (échange avec la salle)

En fait, voici les questions que je vais aborder avec vous cet avant-midi.

Comment expliquer la détérioration des services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ces dernières années ? Quel est le portrait des services en CHSLD ? Que font exactement les « ressources intermédiaires » ? Que fait le secteur privé ? Quels sont les contrôles ? Quels sont les liens avec le soutien à domicile ? Quel est l'impact de la privatisation ? L'arrivée du gouvernement du PQ changera-t-il quelque chose ? Que faire ? Comme agir individuellement et collectivement dans ce dossier ?

Pour bien comprendre les enjeux de l'hébergement des aînés, il faut d'abord faire un portrait global et un historique de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie. Distinguons quatre grands secteurs :

1. les CHSLD publics et privés conventionnés,
2. les ressources intermédiaires, les RI, que l'on pourrait qualifier de « secteur public privatisé »,
3. le secteur privé,
4. le secteur communautaire et coopératif.

Dans un premier temps, nous ferons un portrait de ces quatre secteurs. Puis nous traiterons de quelques enjeux du soutien à domicile, enjeux qui sont directement reliés à l'hébergement. Nous terminerons par dix pistes d'action, sous forme de questions, pour bien cerner les enjeux pour les aînés et leurs familles.

Portrait général au départ : où résident les 65 ans et plus ?

87,6 % en domiciles conventionnels
 8,7 % en résidences privées avec services
 0,7 % en ressources intermédiaires et ressources de type familial
 3 % en CHSLD

1. Les CHSLD publics et « privés conventionnés »

Ce secteur réunissait 39 400 lits en 2010. En 1992, il y avait 46 100 lits de CHSLD dans tout le Québec¹. Donc on constate une diminution de plus de 6 000 lits en 18 ans. Uniquement à Montréal, 1700 lits de CHSLD ont été fermés depuis 2006, soit une baisse de 12 %².

On observe une contradiction importante : le gouvernement ferme des lits de CHSLD alors que la liste d'attente est impressionnante. Au Québec, 7209 personnes attendent une place en CHSLD. A Montréal, 2470 personnes sont en attente mais il faut bien analyser cette liste :

- 1420 personnes attendent à domicile avec des services insuffisants,
- tandis que 450 personnes attendent dans un hôpital de courte durée et
- 600 personnes veulent changer de CHSLD.

La situation la plus difficile est celle vécue par les personnes et les familles qui attendent à domicile qu'une place en CHSLD se libère.

Une place en CHSLD coûte en moyenne, annuellement, 60 000 \$. Nous verrons plus loin la différence de coûts avec les ressources intermédiaires. Dans les CHSLD et les RI, les usagers contribuent en fonction de leurs revenus, ce qui est une formule équitable. Les usagers des CHSLD paient entre 1017 \$ et 1637 \$ par mois. Ceux des RI versent entre 1017 \$ et 1150 \$ par mois.

En plus des CHSLD publics, il existe ce qu'on appelle un petit nombre de **CHSLD « privés conventionnés »**. Les bâtiments sont la propriété d'une compagnie privée mais le gouvernement lui donne des subventions per capita telles que les employés y sont aussi décentement rémunérés que dans les CHSLD publics. Ainsi, les préposés aux

¹ Malenfant, Mélanie, Les mutations qui touchent l'hébergement des personnes âgées au Québec: impacts sur la clientèle et la main-d'œuvre, Revue Vie économique, sept. 2011, <http://www.eve.coop/?a=110> . Plusieurs chiffres de cette présentation proviennent de cet article.

² Chouinard, Tommy, La Presse, 17 janvier 2011. http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201101/17/01-4360710-plus-de-1700-lits-en-chsld-fermes-a-montreal-depuis-2006.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_BO2_quebec_canada_178_accueil_POS2

bénéficiaires y reçoivent entre 18 \$ et 20 \$ de l'heure, ce qui permet d'y avoir un taux de rotation qui ne soit pas anormalement élevé, comme nous le verrons plus loin dans le cas des ressources intermédiaires où le personnel est sous-rémunéré.

Pour complexifier le portrait, le gouvernement a lancé récemment la formule des **CHSLD en PPP**, pour économiser, dit-il, alors que des études montrent que cela coûte plus cher. Une étude récente de la firme MCE Conseils³ a démontré que le CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf, construit en PPP, va coûter 60 millions \$ de plus au Trésor public que si ce CHSLD avait été construit en mode public, comme auparavant.

L'étude conclut aussi que le budget de 203 millions sur 25 ans consenti au CHSLD Saint-Lambert-sur-le-Golf ne tient pas la route et devra nécessairement être revu à la hausse, soit à 287 millions. Parce que la clientèle va s'alourdir avec le temps, ce qui forcera une bonification des 3,44 heures de soins par jour par patient négocié avec le propriétaire.

L'étude commandée par la CSN fait aussi valoir que les bas salaires devront être rehaussés pour assurer la continuité des soins en cette période de pénurie de personnel qualifié. Depuis l'ouverture, on évalue le taux de roulement du personnel à 44 %. C'est plus du double de ce qu'on retrouve normalement. Une émission Enquête, diffusée à Radio-Canada, a illustré l'impact négatif de tout ceci sur la quantité et la qualité des services offerts aux usagers.

Le gouvernement Charest planifie de construire encore quatre nouveaux CHSLD en PPP, trois en Montérégie, un à Laval. Ne serait-il pas préférable que le gouvernement, s'il ne veut pas construire des CHSLD publics à cause du coût de l'investissement initial, crée alors de nouveaux CHSLD « privés conventionnés », ce qui serait un moindre mal ?

En mai 2011, une dizaine de familles de personnes hébergées au CHSLD St-Lambert-sur-le-Golf ont publié une lettre courageuse dans La Presse, dénonçant la situation⁴. Réaction du ministère : on va déplacer vos parents dans un autre CHSLD, si vous le voulez. Donc, au lieu de reconnaître le problème, le ministère tente d'isoler les familles contestataires. Il voudrait montrer que le problème n'est pas collectif mais causé par un petit nombre de récalcitrants. N'est-il pas odieux de manipuler ainsi les familles qui sont conscientes des problèmes structurels causés par les PPP ? Si les usagers soutenus par ces familles déménagent, les problèmes demeureront évidemment présents pour tous les usagers qui n'auront pas changé de CHSLD.

³ Synthèse de l'étude de MCE Conseils.

<http://www.ledevoir.com/documents/pdf/CHSLDsynthese210411.pdf>

⁴ La Presse, 17 mai 2011. http://www.cyberpresse.ca/opinions/201105/16/01-4399975-vaut-il-mieux-avoir-quatre-pattes.php?utm_categorieinterne=traffidriver&utm_contenuinterne=cyberpresse_B13b_opinions_652_section_POS3

Un rapport d'une conseillère clinique, Reine Martin⁵, confirme les lacunes constatées par les familles. L'Agence régionale et le CHSLD mettront-ils en place les correctifs demandés ?

Notons enfin que Kathleen Lévesque, du journal le Devoir, a écrit le 27 septembre 2010 : « Les quatre administrateurs qui dirigent le premier établissement de santé au Québec construit en partenariat public-privé (PPP) sont de généreux contributeurs du Parti libéral du Québec. Leurs dons, qui totalisent 58 600 \$, ont pris de l'ampleur au fur et à mesure que se concrétisait le choix du gouvernement pour les PPP⁶. »

2. Les ressources intermédiaires, que l'on pourrait qualifier de « secteur public privatisé »

Les ressources intermédiaires ne sont pas une création récente, **elles existent depuis des années**. Elles sont regroupées en deux catégories, les 9 places et moins (gérées par une personne physique) et les 10 places et plus (gérées par une personne morale). Les RI font partie de ce que le gouvernement appelle dans son jargon les « ressources non-institutionnelles » (RNI) qui regroupent aussi ce qu'on désignait autrefois comme les « familles d'accueil ». Dans un accès de technocratie, le gouvernement a décidé d'appeler dorénavant ces dernières des « ressources de type familial » (RTF). On n'arrête pas le progrès ! En fait, le gouvernement a décrété que, dans les cas des jeunes, c'est adéquat de les appeler « familles d'accueil », mais que pour les aînés, il fallait parler de « résidences d'accueil ». En 2006, au Québec, il y avait environ 2400 personnes âgées hébergées dans des résidences d'accueil. Il existe aussi des familles d'accueil et des ressources intermédiaires de petite taille pour diverses autres clientèles : jeunes, personnes ayant un handicap, etc.

Les RI de 10 places et plus existent depuis un bon moment mais le gouvernement a décidé, sans consultation véritable, de forcer leur multiplication, tout simplement en décrétant que les CHSLD limiteraient leur clientèle à des personnes nécessitant trois heures de soins par jour, alors qu'auparavant les CHSLD admettaient des personnes ayant besoin de deux heures, puis ensuite de deux heures et demi de soins par jour. Les RI héritent donc des personnes ayant besoin entre deux heures trente et trois heures de soins, tandis que les CLSC doivent aider à garder à domicile les personnes nécessitant « moins de deux heures et demi de soins par jour sans surveillance ».

L'Agence de Montréal avait décidé de limiter les RI à des établissements entre 25 et 40 lits chacun mais l'entreprise privée entendait plutôt offrir des bâtiments allant

⁵ Communiqué de l'AQDR sur CNW Telbec, 20 septembre 2011.
<http://www.cnw.ca/fr/story/844408/rapport-d-enquete-de-la-conseillere-clinique-nommee-par-l-agence-de-la-sante-et-des-services-sociaux-de-la-monteregie-confirmation-des-nombreuses-lacu>

⁶ <http://m.ledevoir.com/societe/sante/296990/ppp-en-sante-de-generoux-dons-au-plq>

jusqu'à 90 lits : l'Agence a aussitôt accepté. Qui décide de l'organisation publique des soins au Québec ? Est-ce l'entreprise privée⁷ ?

Le gouvernement favorise les RI parce qu'une place y coûte en moyenne 35 000 \$ par an, comparativement à 60 000 \$ pour une place en CHSLD. Cela est rendu possible par le fait que les employées des RI sont mal payées : elles gagnent entre 10,50 \$ et 13 \$ l'heure (en moyenne autour de 12 \$), soit à peine plus que le salaire minimum. Plusieurs vivent sous le seuil de la pauvreté. Malgré leur dévouement, elles sont débordées parce qu'elles sont en moins grand nombre que dans les CHSLD. De plus, elles sont souvent moins bien formées. Leur taux de rotation est élevé. 82 % du personnel des ressources privées est féminin : concrètement, la privatisation, c'est l'appauvrissement garanti des femmes. Les préposées ont une moyenne d'âge de 44 ans et une moyenne d'ancienneté de 4 ans.

A noter qu'il faut aussi considérer **un coût supplémentaire** à ajouter aux 35 000 \$: en effet, ce sont les CSSS qui doivent fournir aux RI le personnel infirmier externe et le personnel de réadaptation externe (physiothérapie, etc.).

La politique néo-libérale du gouvernement Charest est claire : il encourage l'accroissement des écarts de revenus entre les riches et les moins nantis en favorisant la création d'emplois sous-payés. Tout cela sur un fond de discours catastrophiste : « *Nous sommes en déficit, il y a de plus en plus de vieux, on n'a pas les moyens* », alors que de nombreuses études, dont celles de l'Institut de recherche et d'information socio-économiques (IRIS)⁸, entre autres, montrent qu'une taxation appropriée générerait des fonds suffisants pour offrir des services publics de qualité à toutes et à tous.

Une recherche récente, menée par Margaret McGregor et Lisa Ronald de l'Institut de recherche en politiques publiques (IRPP), démontre qu'il y a **davantage de chances d'avoir des services de moins bonne qualité** dans les établissements privés de soins aux aînés, que dans les établissements publics⁹. Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) a fait réaliser des études qui vont dans le même sens.

Au 31 mars 2010, il y avait 5 850 personnes âgées en RI au Québec mais le gouvernement veut en augmenter considérablement le nombre au cours des prochaines

⁷ Lacoursière, Ariane, La Presse, 16 février 2011. http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201102/16/01-4370707-ressources-intermediaires-un-propretaire-omnipresent.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4370656_article_POS1

⁸ IRIS, Budget 2010: Comment financer les services publics?
http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/budget_2010_comment_financer_les_services_publics

⁹ Résumé de l'étude de l'IRPP <http://www.irpp.org/fr/summary.php?id=359> et étude complète (52 pp.) http://www.irpp.org/pubs/IRPPStudy/2011/IRPP_study_no1.pdf

années. Le gouvernement veut faire en sorte qu'il y ait un ratio de 0,8 lits en RI par 100 personnes de plus de 65 ans, ce qui donnerait 10 032 places en RI.

Quelles sont les conséquences concrètes de la privatisation ? Davantage de décès par négligence, de morts suspectes, de manque d'hygiène, de carences dans les soins, de nourriture de piètre qualité, mais aussi, à certains endroits, de personnel unilingue anglophone, etc.

Les RI constitueraient une formule appropriée pour les personnes en moyenne perte d'autonomie si deux conditions étaient remplies : premièrement, si elles gardaient une taille humaine et raisonnable (un maximum de 40 lits, tel que prévu au départ) et deuxièmement, si elles étaient des établissements publics, et non pas des PPP (partenariats public-privé). Ne sommes-nous pas capables, comme société, de relever ce défi ?

Les entreprises privées plaident qu'il leur faut une masse critique de lits pour être rentables. Est-ce que les contraintes de l'entreprise privée ont plus de poids que les besoins des personnes âgées ? Pourquoi ne pas recourir à la formule des établissements de petite taille, au « *small is beautiful* » que plusieurs économistes considèrent rentable, efficace, performante et plus acceptable au plan humain ?

Concernant la question complexe de la privatisation, il faut bien faire les distinctions. Personnellement, je ne suis pas contre l'entreprise privée : les résidences privées (dont on parlera plus loin) répondent à un besoin et sont là pour rester. Mais je suis contre la privatisation, c'est-à-dire **le déplacement du secteur public vers le privé** : les grosses RI récentes sont une privatisation de services qui étaient autrefois donnés par les CHSLD publics.

3. Le secteur privé

Le secteur privé est, de loin, celui qui offre le plus de places. En 2009, il y avait 2181 résidences privées avec services, desservant plus de 100 000 personnes. Dans les résidences privées, tous les coûts sont à la charge de l'utilisateur. Plusieurs familles, épuisées d'attendre une place dans le secteur public, sont contraintes d'aller dans le secteur privé et d'y laisser leur chemise.

Le processus de certification des résidences privées devait être terminé en juin 2009. En février 2011, 30 % des résidences de Montréal ne sont toujours pas certifiées.

A noter que 17,6 % de la population âgée de 75 ans et plus, au Québec, plus du double de la moyenne canadienne, habite en résidence privée.

Avec la nouvelle loi 16, le gouvernement va accroître, à juste titre, ses exigences pour qu'une résidence soit certifiée et qu'elle offre une meilleure garantie de services de qualité. Les services offerts seront mieux précisés et les résidences devront répondre à des critères pour être certifiées. Il y aura deux catégories :

- les résidences privées pour aînés autonomes,

- les résidences privées pour aînés semi-autonomes.

La meilleure façon de s'assurer que les services offerts dans votre résidence soient adéquats, c'est un créer un comité de résidents, aussi appelé Comité de milieu de vie (CMV). La loi 16 prévoit que la création d'un CMV sera obligatoire, dès que la réglementation à cet effet sera adoptée. L'AQDR fait la promotion de la création de CMV dans chacune des résidences pour aînés au Québec et elle a reçu des subventions à cette fin.

Voici ce qu'en dit le site relié au site internet de l'AQDR :

UN COMITÉ DE MILIEU DE VIE, C'EST...

« Une petite équipe de personnes résidentes qui acceptent de s'impliquer bénévolement pour se mettre à l'écoute des autres résidents dans le but de porter leurs attentes raisonnables à l'attention des responsables, gestionnaires ou propriétaires de la résidence » selon Charles Castonguay

Deux incontournables à considérer, gages de satisfaction des résidents envers leur comité de milieu de vie : - **l'entière autonomie du comité; la confiance de l'ensemble des résidents dans les bénévoles qui acceptent de le constituer**

LES OBJECTIFS

- reproduire dans la mesure du possible les conditions de vie familiale à leur meilleur pour l'ensemble des personnes résidentes,
- donner une voix aux résidents, tout en brisant l'isolement et en renforçant le sentiment de sécurité
- bâtir un climat de confiance :
 - entre les personnes résidentes et leur comité,
 - entre les partenaires,
 - le personnel
 - les familles des personnes résidentes
- *cette démarche s'inscrit dans l'idéologie de « l'empowerment »*

Il faut écarter d'office toute attitude de nature conflictuelle qui réfère à des plaintes, des griefs, des réclamations, des revendications, des actions de défense, de négociations, etc..

La clé du succès réside dans la qualité des communications entre les partenaires, la reconnaissance des objectifs et des intérêts communs, la recherche de la coopération et de l'harmonie.

La loi 16 n'est pas encore en vigueur et le **projet** de règlement qui a été publié à ce sujet pose de nombreux problèmes, en particulier aux OBNL d'habitation. Mais, aux

dernières nouvelles, le nouveau gouvernement du PQ mettra le règlement en vigueur le 1^{er} novembre 2012, quitte à apporter de nouvelles modifications plus tard.

4. Le secteur communautaire et coopératif

Il existe au Québec des obnl (organismes à but non lucratif) et des coopératives d'hébergement pour les personnes âgées. Mais ces organismes, sauf exceptions, offrent seulement l'hébergement et non des services variés aux personnes en perte d'autonomie. Et il y a une raison à cela : les organismes devraient facturer à leurs membres les coûts directs des services, ce qui n'est pas avantageux. Quelques Offices municipaux d'habitation (OMH), comme celui de Montréal, offrent un certain nombre de logements avec des services, mais ce n'est évidemment pas la gamme complète des services de soutien à domicile.

Environ 20 % des RI sont des obnl ou des coops, qui existent depuis plusieurs années. Incidemment, il faut noter que les obnl et les coopératives seraient admissibles, tout comme les compagnies privées, à devenir des nouvelles RI. Pourquoi ne le font-elles pas maintenant ? Deux raisons. Il y a d'abord les coûts d'immobilisation qui sont énormes. Depuis 1990, le gouvernement fédéral s'est pratiquement retiré du financement des immobilisations dans le secteur du logement communautaire. Deuxièmement, avec une somme de 35 000 \$ par bénéficiaire, les obnl et coops ne seraient pas en mesure de verser des salaires décents aux employées. Qui serait motivé, dans le contexte actuel, à devenir bénévolement membre du c.a. d'un obnl ou d'une coop qui sous-rémunère son personnel ? C'est une contradiction par rapport aux valeurs du monde communautaire et coopératif.

Le soutien à domicile

Parlons maintenant du soutien à domicile, car il y a une importante interrelation entre l'hébergement et le soutien à domicile.

Car pourquoi les familles veulent-elles parfois prématurément de l'hébergement ? Parce qu'il n'y a pas suffisamment de soutien à domicile ! Il leur faut alors chercher de l'hébergement dans un contexte de crise.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a rendu publique, le 22 mars 2007, une étude de 40 pages sur le financement public des services à domicile au Canada.

On y constate que le Québec occupe **l'avant-dernière place des provinces**, avant l'Ile-du-Prince-Edouard, concernant le financement public qu'il accorde aux services à domicile. Il consacre seulement 91,66 \$ par habitant, comparativement à une moyenne canadienne de 105,29 \$.

Mais, rassurez-vous, nos problèmes tirent à leur fin. En effet, le gouvernement Charest a annoncé des mesures incroyablement généreuses dans le dernier budget Bachand. Jugez-en par vous-mêmes.

Le gouvernement du Québec a annoncé, le 3 mars 2011, l'ajout de 150 millions pour **l'ensemble des services aux aînés** en 2011-2012. En 2012-2013, il y aura un autre ajout de 50 millions \$ pour un nouveau total récurrent de 200 millions \$ de plus par an. Apparemment, c'est une bonne nouvelle. Mais voilà le genre d'annonce gouvernementale qu'il faut analyser finement pour voir ce qui en est réellement.

Le gouvernement a rendu publique la répartition du total des 200 millions \$ de la deuxième année. En voici les plus gros postes :

- 200 places pour les unités de convalescence
- 2500 nouvelles places en ressources intermédiaires
- 800 nouvelles places en CHLSD,
- 45 millions \$ en maintien à domicile

Ces sommes seront surtout investies dans les régions de Laval, Laurentides, Lanaudière et Montérégie.

Il y aura donc un développement de 45 millions \$ pour le maintien à domicile. Cela s'ajoutera aux 418 millions \$ que le Québec y consacrait en 2008-2009, pour un nouveau total de l'ordre de 463 millions \$. Or, divers experts (entre autres Yves Vaillancourt et Réjean Hébert¹⁰) estiment que c'est entre 300 et 500 millions \$ qu'il faudrait ajouter aux budgets actuels des services à domicile pour répondre aux besoins constatés. Donc, le besoin : une moyenne de 400 millions \$ de plus. La réponse : 45 millions \$ de plus seulement.

Quelques chiffres récents : le Regroupement montréalais des établissements de santé demande 13 millions \$ au ministère de la Santé pour les services à domicile dans la métropole¹¹. Le directeur de la branche montréalaise de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Alexandre Bourdeau, estime qu'il s'agit d'un montant minimum pour désengorger la liste d'attente en services à domicile, qui s'établissait à plus de 8000 personnes au 31 mars 2011.

Le soutien à domicile ne reçoit que 18 % du budget total des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est une proportion insuffisante. Si on mettait davantage d'argent dans le soutien à domicile, on aurait besoin de moins de ressources dans l'hébergement lourd. Et c'est le premier choix des personnes et des familles, de rester à la maison. Nous traiterons des chiffres du gouvernement du PQ un peu plus loin dans ce texte.

La nouvelle gestion publique (NGP)

¹⁰ La Presse, « Conditions de vie des aînés, priorité aux soins à domicile », 6 mars 2008, p. A14

¹¹ Radio-Canada, 6 octobre 2011. <http://www.radio-canada.ca/regions/Montreal/2011/10/06/006-soins-domicile-demande-association.shtml>

Les médias rapportent aussi, avec raison, qu'il y a des problèmes dans la qualité des services dispensés dans les CHSLD publics. Quelles en sont les causes principales ? Le secteur public de la santé a adopté depuis une vingtaine d'années une nouvelle philosophie de gestion qu'on appelle la nouvelle gestion publique, la NGP. Ce type de gestion s'inspire de l'entreprise privée : augmenter la performance, revoir les processus d'organisation des services, etc. En théorie, c'est beau. En pratique, on ne gère pas des lits de CHSLD comme une usine de petits pois. Sur le terrain, les intervenantes, infirmières, travailleuses sociales, ont l'impression d'être pressées comme des citrons. Elles passent beaucoup de temps à remplir des statistiques au détriment des services à la clientèle. Le nombre de cadres augmente, le personnel soignant diminue.

En théorie, la NGP prévoit que le personnel est consulté et que ses suggestions sont prises en compte. Sur le terrain, ce n'est pas ce qu'on constate : le personnel a l'impression d'être consulté pour la forme. Les professeurs Claude Larivière de l'Université de Montréal et Angelo Soares de l'UQAM ont bien montré, chacun de leur côté, le fossé entre le discours de la NGP et les résultats observés sur le terrain. Le secteur public doit améliorer ses méthodes de gestion, bien sûr, mais en se basant sur l'éthique publique et non sur les logiques commerciales. Le gouvernement doit adopter une approche scientifique et non idéologique dans ce dossier.

La réingénierie *lean*

Plusieurs Centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont le CSSS Sud-Ouest-Verdun, procèdent à la *réingénierie* de leurs services à domicile, c'est-à-dire à la réorganisation des services pour les rendre plus efficaces. La *réingénierie* est un mot que, à cause de sa mauvaise image, les responsables évitent d'utiliser dans le réseau de la santé. On parle aussi de méthode Toyota, ou de méthode *lean* (maigre en français). Mais l'exercice est en cours de façon quasi permanente et la *réingénierie* s'inscrit dans le courant managérial de la *nouvelle gestion publique (NGP)*. En théorie, personne n'est contre la vertu et les efforts pour mieux utiliser les ressources humaines. En pratique, cela dépend comment c'est fait. Le personnel est-il consulté ? Les usagers sont-ils les grands gagnants de l'opération ou si, au contraire, les services offerts le sont de façon tellement bousculée qu'ils n'y gagnent rien ?

Au CSSS Sud-Ouest-Verdun, les intervenants des services à domicile dénoncent le processus mis en place par une firme privée (à quel coût ? c'est la firme Pro-Action qui est à l'oeuvre). Ils estiment que l'opération est une vaste fraude : pour augmenter artificiellement le temps de présence auprès de l'utilisateur, et ainsi améliorer l'image de l'établissement auprès du ministère, les intervenants sont invités à apporter leur portable chez l'utilisateur et à y remplir leurs dossiers et leurs statistiques, ainsi qu'à commander les équipements. Ce n'est pas ce qui s'appelle une *présence de qualité* auprès de l'utilisateur.

De plus, on demande aux travailleuses sociales, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, etc. de visiter davantage d'utilisateurs, donc de passer moins de temps chez chacun des utilisateurs. « *Qu'est-ce qu'on fait lorsqu'une personne pleure ?*, demande une intervenante. *On lui dit qu'on n'a que quinze minutes pour l'écouter ?* »

On croyait que, quand le gouvernement Charest, annonçait une augmentation de 10 % de la clientèle des services à domicile, cela voulait dire un augmentation de budget de 10 %. Eh non ! Cela veut dire 10 % de plus de visites à domicile pour chacune des intervenantes.

La *réingénierie* est un concept très à la mode dans l'entreprise privée. Les firmes se doivent d'être productives, efficaces et compétitives pour survivre. C'est la *méthode Toyota*, chère au ministre Bolduc (chère dans tous les sens du terme, quand on voit les émoluments des firmes privées de *réingénierie*). Mais la *méthode Toyota* implique de consulter de bonne foi le personnel et de convenir ensemble des meilleurs moyens d'améliorer la productivité. Dans le réseau de la santé, c'est unilatéralement que la direction décide comment augmenter la productivité, sans tenir compte du fait qu'on soigne des humains, au lieu de produire des voitures. Certaines firmes de consultants ont développé l'art de faire semblant de consulter le personnel pour mieux imposer une panoplie préfabriquée de solutions standardisées.

Au CSSS Sud-Ouest-Verdun, des télévisions affichent le « rendement » des différentes équipes, créant une compétition malsaine entre les employés. Une intervenante qui passe « *trop de temps avec son usager* » doit rencontrer son supérieur immédiat pour justifier la situation. Est-ce un emploi judicieux du temps de l'intervenante?

Dorénavant, il faudra se méfier du MSSS quand il publiera des statistiques démontrant l'augmentation du nombre des usagers et l'augmentation du temps de présence des intervenantes auprès des usagers des services à domicile. Ce n'est pas ce genre d'augmentation que revendiquent les aînés quand ils disent : « *Il manque de services à domicile* ».

Dans son étude « La santé malade de la gestion », le professeur Angelo Soares, de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM, a bien documenté les effets pervers du *toyotisme* dans le réseau de la santé¹². La revue française *Santé et Travail* publiait récemment un dossier spécial sur « Les fausses promesses de la méthode Toyota »¹³. Un texte remarquable, intitulé « La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs », de la chercheuse Lucie Biron, illustre clairement la perte de sens que connaît le travail social dans nos établissements¹⁴.

¹² http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/2010-03-23_la-sante-malade-de-gestion_etude-soares_apt-csn-fiq_csssamn.pdf

¹³ http://www.sante-et-travail.fr/les-fausses-promesses-de-la-methode-toyota--les-points-a-retenir_fr_art_1144_58683.html

¹⁴ <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-209.htm>

Dans certains établissements, un climat de terreur règne. Comme intervenant retraité, je peux publier ce texte dans divers médias. Une intervenante en poste qui ferait la même chose serait probablement convoquée demain matin dans le bureau de son supérieur immédiat. Seuls les responsables syndicaux, dans le cadre de leurs fonctions, gardent la possibilité de dénoncer ces situations aberrantes sans encourir de sanctions. Des intervenantes sociales déprimées par la réforme Couillard ont par ailleurs mis sur pied un modeste et courageux regroupement autonome, le RÉCIFS (recifs@hotmail.ca).

La notion de « loyauté envers l'employeur » a pris une extension plus grande ces dernières années, avec les fusions forcées de la réforme Couillard, ce qui nuit non seulement à la liberté d'expression mais à la recherche commune de solutions pour améliorer les services dans le réseau.

Selon le Syndicat APTS du CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord, on a constaté un suicide au CSSS Dorval-Lachine-Lasalle : une gestionnaire sur l'optimisation s'est suicidée à la période des Fêtes l'an dernier et elle a laissé une lettre spécifiant, entre autres, qu'elle « *propose que les gestionnaires aient des cours sur la gestion* ». Au CSSS Sud-ouest-Verdun, il y aurait eu deux tentatives de suicide. Cela fait réfléchir. On sait qu'en France, à la suite de la réingénierie de France Télécom, les suicides ont été nombreux. Des employées ont laissé des lettres ou des messages très clairs concernant des causes reliées au travail. Les motifs des suicides sont complexes et souvent multifactoriels. Pour l'instant, il n'y a pas de corrélation d'établie mais il faudra rester vigilants, pour éviter que le problème ne s'aggrave.

En résumé, l'une des causes de la détérioration des services dans les CHSLD publics et dans les services à domicile publics, c'est qu'on veut y introduire des méthodes du privé qui ne correspondent ni à la culture professionnelle du personnel ni aux besoins de la clientèle.

Des contradictions

On n'en finit plus d'aligner les contradictions du gouvernement dans ce dossier.

La fermeture de lits de longue durée situés dans les hôpitaux de courte durée a créé de nombreux problèmes. L'Agence héberge les personnes concernées **d'abord en lits d'évaluation, puis en lits de transition et enfin dans des lits définitifs**. Trois déménagements. C'est inacceptable au plan humain. On peut vraiment parler de déshumanisation. En théorie, tout le monde est d'accord avec le fait de fermer les lits de longue durée qui sont situés dans les hôpitaux de courte durée. En pratique, ces lits n'étaient-ils pas souvent des lits d'évaluation, puis des lits de transition, évitant ainsi aux personnes d'être déplacées deux fois avant d'aboutir dans le lit approprié de CHSLD ? En voulant faire du « mur à mur », l'Agence de Montréal nous prive souvent de solutions concrètes, pratiques et plus humaines. Dans le jargon de l'Agence, les déménagements successifs s'appelaient auparavant Programme 68 mais le nouveau nom est maintenant Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE).

Concernant le soutien à domicile, les EESAD (entreprises d'économie sociale en aide domestique) s'inscrivent dans la même logique que les RI; le gouvernement de

départit de certaines de ses fonctions pour les faire assumer par des organismes qui embauchent de la main d'oeuvre sous-payée. C'est le cas de certaines EESAD qui ne se limitent pas à l'entretien ménager mais qui glissent sur le terrain des services d'hygiène, comme les bains, qui sont de la responsabilité des CLSC.

Une question

Pourquoi le gouvernement a-t-il fermé 1700 lits de CHSLD depuis 2006 à Montréal et qu'il en ouvre maintenant 800 dans d'autres régions, alors qu'il y a 1420 personnes à Montréal qui attendent à la maison, avec des services insuffisants, une place en CHSLD ?

La privatisation a posé un certain nombre de problèmes récemment au Québec. Dans le cas du CHSLD en PPP à St-Lambert, le propriétaire, qui était le plus bas soumissionnaire, s'est publiquement demandé si le gouvernement ne devrait pas lui donner davantage d'argent que stipulé au contrat parce que la clientèle est, selon lui, plus lourde que prévu. **Cela vous rappelle-t-il quelque chose ?** Dans le secteur de la construction des routes, on a constaté récemment que le plus bas soumissionnaire s'empressait de demander des « *petits extras* » pour arrondir sa bourse. C'est la logique de l'entreprise privée qui ne jure que par les profits. Qui a dit que les « petits amis » du gouvernement ne seraient pas, eux aussi, privilégiés dans l'attribution des contrats ? Devrions-nous fermer les yeux ?

Quand un viaduc s'écroule, c'est toujours difficile et long de savoir qui en est responsable. Quand une personne âgée meurt ébouillantée, c'est également long et difficile de savoir quelle en est la cause. Souvent on constate qu'il y a eu négligence dans un contexte où la priorité est de faire davantage et rapidement des profits.

Y aura-t-il des changements avec le nouveau gouvernement ?

Qu'est-ce que l'assurance autonomie préconisée par le ministre Réjean Hébert ?

Voici un projet que caresse le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux.

Extraits de la Revue canadienne du vieillissement (mars 2012)¹⁵ :

Cette assurance autonomie devrait répondre aux six principes suivants:

- Universalité: couvrant tous les citoyens sans tenir compte de leurs ressources financières;
- Solidarité: financée publiquement à partir d'un mode de taxation spécifique (impôt sur le revenu ou taxe de vente) ou de cotisations;
- Capitalisation (du moins en partie): pour prévoir l'augmentation des coûts liée au vieillissement de la population dans une perspective d'équité intergénérationnelle;

¹⁵<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=6&fid=8500005&jid=CJG&volumeId=31&issueId=01&aid=8500004&fulltextType=RA&fileId=S0714980811000614>

- Individualisation: allocation déterminée suite à une évaluation des besoins de la personne;
- Régionalisation: gérée au niveau local ou régional pour tenir compte du contexte;
- Neutralité: sans égard au lieu de résidence.

L'ASA (allocation de soutien à l'autonomie) serait versée en nature pour les personnes hébergées en institutions et servirait au financement de ces établissements. Elle serait aussi versée en nature dans des ressources intermédiaires ou des résidences privées par contrat de service avec les établissements du réseau (achat de places). Lorsque la personne reçoit des services à domicile par les établissements publics, le financement lié à ces services proviendrait également de l'ASA. On pourrait donc, par ce moyen, opérationnaliser le principe voulant que « l'argent suit le client » et assurer aux établissements un financement ajusté aux clientèles qu'ils desservent.

Pour les autres situations, l'ASA prendrait la forme d'une allocation en espèces pour acheter des services d'un organisme communautaire (ex: popote roulante), d'une entreprise d'économie sociale (ex.: aide aux tâches domestiques) et d'organisations privées (ex.: services de soins et d'aide).

L'ASA pourrait être aussi utilisée pour financer les soins dispensés dans des organisations privées desservant plusieurs personnes en perte d'autonomie (ex. résidences privées). Des ententes formelles devraient être conclues avec les organismes prestataires pour fixer les tarifs et conditions de prestations. Des normes, en particulier concernant le nombre et la formation des membres du personnel devraient être intégrés à ces ententes pour assurer une prestation de qualité. Un processus d'évaluation périodique permettrait de s'assurer du respect de ces normes lors du renouvellement des ententes.

Comme c'est le cas en Suède et au Japon, l'ASA ne devrait pas être utilisée pour rémunérer les proches aidants, sauf dans des situations exceptionnelles où les services ne peuvent être assumés par un prestataire (ex.: services de soir ou de nuit). Dans ce cas, l'attribution de l'ASA devrait se faire par l'utilisation du Chèque emploi-service qui garantit le respect de normes minimales de travail et le versement d'avantages sociaux. Cette caisse devrait financer les besoins actuels des bénéficiaires et capitaliser une partie de son avoir pour prévoir l'augmentation des coûts due au vieillissement de la population dans une perspective d'équité intergénérationnelle.

Comment financer cette caisse? Une partie du financement est déjà incluse dans le budget actuel de la santé et des services sociaux, soit les 2,8 milliards de dollars consacrés actuellement aux soins de longue durée. On peut toutefois ajouter à cette contribution les quelques 606 millions consacrés chaque année aux multiples programmes de crédits d'impôts: pour maintien à domicile, pour aidants naturels, pour répit à un aidant naturel, pour services médicaux touchant l'invalidité (Gibeault, 2009). Ces crédits d'impôts ne sont pas attribués selon les besoins des personnes et leur valeur est souvent conditionnée par le revenu, ce qui les rend inéquitable. En plus, ils sont

souvent utilisés au bénéfice des résidences privées d'hébergement qui aident leurs résidents à compléter les formulaires de demandes souvent complexes¹⁶.

En résumé

- Ce n'est pas un nouvel impôt ou une nouvelle taxe comme pour l'assurance-médicaments (il est trop difficile politiquement d'imposer une nouvelle taxe)
- Mettre dans une caisse commune les budgets des CHSLD, des RI, des services à domicile des CLSC, le crédit d'impôt pour les services à domicile et un ajout substantiel de l'ordre de 119 \$ millions à court terme pour les services à domicile (bonne chance au ministre pour éliminer le crédit d'impôt: toute la logique de la création et du développement des résidences privées repose là-dessus !)
- Diminuer le recours aux services en CHSLD-RI et augmenter ceux à domicile.

Le Parti québécois a promis, en campagne électorale, de porter de 381 à 500 millions \$ par année les fonds dévolus aux soins et services aux aînés à domicile. « On va sécuriser les sommes consacrées aux soins de longue durée, en plus d'ajouter un budget supplémentaire (119 millions \$) pour accroître les soins à domicile », a déclaré récemment le ministre Hébert¹⁷.

Quelles actions pouvons-nous mener comme citoyens et citoyennes ?

Dix pistes d'action sous forme de questions :

1. Ne devrions-nous pas nous informer davantage pour mieux comprendre comment nous en sommes arrivés là ? Ensuite, ne devrions-nous pas faire pression, individuellement et collectivement, pour que la situation ne se détériore pas davantage ?

¹⁶ Autres textes sur ce sujet:

<http://www.lapresse.ca/actualites/elections-quebec-2012/201208/04/01-4562395-marois-veut-creer-une-assurance-autonomie-pour-les-aines.php>

<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2012/08/20120804-172200.html>

http://www.radio-canada.ca/audio-video/pop.shtml#urlMedia=http://www.radio-canada.ca/Medianet/2012/CBF_SHR/Estriexpress201203191621.asx

<http://www.usherbrooke.ca/medecine/accueil/nouvelles/nouvelles-details/article/17949/>

<http://www.lactualite.com/societe/qui-paiera-la-facture>

¹⁷ <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2012/10/20121024-225846.html>

2. Ne devrions-nous pas nous opposer aux déménagements multiples des bénéficiaires : d'abord en lits d'observation, ensuite en lits de transition et enfin en lits définitifs ? Ces déménagements successifs ont de nombreux impacts négatifs sur des personnes fragiles.
3. Comment assurer le respect des contrats bel et bien signés par les promoteurs ?
4. Comme s'assurer que les Agences régionales et les CSSS exercent effectivement leur rôle de surveillance ? (par exemple, le cas pénible de la Résidence Marquette à Montréal ^{18,19}) ?
5. Comment les Agences et les CSSS vont-ils assurer la qualité des services dans les RI s'ils n'arrivent pas à le faire dans le premier CHSLD en PPP ?
6. Comment pouvons-nous voir au suivi concret des plaintes que nous faisons via les mécanismes de plaintes ? Quelle est la nature du lien réel entre le commissaire aux plaintes local du CSSS et l'exploitant d'une RI (un sous-contractant) ?
7. Comment pouvons-nous être actifs dans les sous-comités d'usagers, qui sont une composante du grand comité des usagers du CSSS de qui relève la RI ? En fait, les usagers et leurs représentants doivent être pro-actifs et exiger la mise sur pied d'un sous-comité en ce qui concerne leur RI, ou du moins avoir un délégué des usagers de la RI dans le grand comité des usagers du CSSS. Ils doivent être prêts à y être présents et à y consacrer du temps. Ils peuvent demander de l'aide au comité des usagers du CSSS, ainsi qu'au CSSS, pour la mise sur pied de ce sous-comité.
8. Pourquoi ne pas nous impliquer dans les Comités de milieu de vie (CMV) dans les résidences privées ?
9. Comment faire en sorte d'éviter l'épuisement des familles et des aidants naturels ?
10. Comment faire pour que les situations vécues par les familles soient moins pénibles?

Merci de votre attention. Vos questions sont bienvenues.

¹⁸ Chouinard, Tommy, La Presse, 2 février 2011. <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201102/02/01-4366006-des-aines-dans-un-etat-lamentable.php>

¹⁹ Chouinard, Tommy, La Presse, 28 mai 2011. http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201105/27/01-4403310-un-rapport-accablant-pour-le-csss-jeanne-mance.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_BO2_quebec_canada_178_accueil_POS4