

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 5 novembre 2013

Dans le cadre des consultations particulières sur le
livre blanc sur la création
d'une assurance autonomie intitulé
L'autonomie pour tous

FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



Table des matières

Avant-propos.....	1
Introduction.....	3
Des modèles à la mesure de nos ambitions : la FIQ en mode proposition	5
L'assurance autonomie, démarche novatrice et porteuse d'espoir....	8
Les incontournables.....	10
La qualité des services : le rôle des CSSS.....	10
Les professionnelles en soins : un pilier indispensable des soins aux personnes en perte d'autonomie	12
L'assurance autonomie : un projet de société qui doit être financé équitablement.....	15
Un projet ambitieux et nécessaire	20
Annexe 1.....	22
Annexe 2.....	23

Avant-propos

1

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec — FIQ représente 62 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes qui travaillent essentiellement au sein du réseau public de santé. Celles-ci sont regroupées dans 60 syndicats et sont à l'œuvre dans 152 établissements de santé du Québec. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente son expertise, prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons.

L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiés du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services. Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Forte de cette mission, la FIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois. Que ce soit au sujet de la planification stratégique des instances qui compose le système de santé, de projets de loi visant à en modifier le fonctionnement ou de tout autre sujet qui l'interpelle, la Fédération s'est toujours portée à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elle représente, mais aussi de ceux de la population. La qualité des soins et des services, leur accessibilité et leur capacité à répondre aux besoins de la population comptent parmi les plus importants enjeux sur lesquels la Fédération se penche. Elle a également toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux public empreint des valeurs sociales-démocrates.

C'est dans cet esprit que la Fédération profite de l'occasion qui lui est offerte de participer à la consultation particulière sur le projet d'assurance autonomie. Elle entend lui accorder une attention toute

2

particulière, non seulement en raison du virage majeur qu'il implique en ce qui concerne les soins aux personnes en perte d'autonomie, mais aussi parce que les défis et les enjeux liés au vieillissement de la population sont au cœur des réalités sociales et des réalités des professionnelles en soins.

Introduction

Le vieillissement de la population, au Québec comme ailleurs, est un impondérable avec lequel notre société doit composer. Les besoins dans le domaine du soutien à l'autonomie et de l'hébergement des aînés et des personnes en perte d'autonomie sont criants, voire urgents. Force est cependant de constater que les structures et les ressources ne sont pas au rendez-vous pour les combler.

Ainsi, la fermeture de CHSLD publics, combinée au sous-investissement de ceux qui demeurent en service, a créé des conditions d'exercice professionnel et des conditions de vie pour les usager-ères-s parfois très précaires et préoccupantes. Parallèlement à cette situation, l'insuffisance de lits en CHSLD et l'absence de solutions à court terme ont contribué à engorger un système hospitalier déjà surchargé et incapable de fournir un milieu de vie décent et adapté aux personnes âgées y résidant de manière « temporaire ». Par ailleurs, la solution qui a été imposée progressivement aux personnes en perte d'autonomie légère à moyenne a été celle des ressources intermédiaires privées à but lucratif. Bien que basé, au départ, sur l'idée noble et souhaitable de fournir un hébergement non institutionnel se rapprochant d'un véritable milieu de vie, cet objectif se heurte de manière quotidienne et répétée à la nature mercantile des ressources intermédiaires et à leur préoccupation de rentabilité financière qui les incite à s'institutionnaliser toujours davantage. À titre d'exemple, il est difficile de considérer une ressource intermédiaire de plus de 200 lits comme un véritable milieu de vie, et non comme un modèle d'affaires.

À ce portrait plutôt sombre de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie au Québec, il faut ajouter des variables structurelles et structurantes. Par exemple, au phénomène du vieillissement de la population, il faut ajouter la fragilisation des finances publiques, volontairement précarisées par des décisions politiques récentes.

Ainsi, la FIQ tient à souligner d'emblée qu'elle accueille positivement les orientations proposées par le Livre blanc puisqu'elles nous permettent d'élargir nos horizons et d'envisager des sentiers jusqu'ici inexplorés. La FIQ œuvre, d'ailleurs, depuis plus de trois ans sur de nouveaux modèles de soins destinés aux personnes âgées ainsi qu'aux usager-ère-s de la première ligne, afin de trouver des solutions novatrices aux problèmes connus, tout en respectant des principes incontournables, soit le financement public des services et des soins, leur accessibilité et leur qualité.

Dans une première section de ce mémoire, la Fédération présente donc les grandes lignes de ces projets novateurs qui impliquent à la fois les citoyen-ne-s et les professionnelles en soins. Puis, dans une seconde section, la FIQ énoncera des enjeux qui constituent, à ses yeux, des incontournables dans la mise-en-œuvre de l'assurance autonomie, soit la qualité des soins et des services, la place réservée aux professionnelles en soins dans la redéfinition de l'organisation des services ainsi que la question du financement de ce grand projet.

Des modèles à la mesure de nos ambitions : la FIQ en mode proposition

5

En juin 2011, à l'occasion du dernier congrès de la FIQ, les infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes ont choisi d'envisager l'avenir avec audace et détermination. Cette ambition unique a ainsi permis aux professionnelles en soins de se démarquer par une approche constructive qui privilégie la recherche de solutions aux querelles stériles.

À l'occasion de ce moment charnière de l'histoire de la FIQ, que fut le congrès de juin 2011, les déléguées présentes ont, collectivement, fait le choix d'emprunter de nouvelles avenues afin d'employer leur expertise, leur savoir et leur humanité dans la construction de modèles novateurs et porteurs d'espoir pour l'avenir et la pérennité du système de santé public. Après réflexion et consultation à tous les niveaux de l'organisation, la Fédération est désormais en mesure de présenter les grandes lignes de ces modèles, en fonction du bien-être des usagers du réseau et de ses membres.

Tout d'abord, la Fédération désire présenter les principes centraux, qui serviront de balises au développement de ces nouveaux modèles.

- ♦ Les projets doivent émerger des communautés afin qu'ils soient représentatifs de leurs besoins et que les citoyens soient réellement au cœur des services qu'ils reçoivent;
- ♦ La population et les professionnelles en soins doivent avoir du pouvoir en ce qui concerne les décisions qui seront prises dans ces différents milieux;
- ♦ Les professionnelles en soins doivent pouvoir jouer le rôle qui leur revient dans l'offre de services à la population;
- ♦ Les services offerts doivent être financés publiquement pour en assurer la qualité. Les infrastructures pourraient, toutefois, être financées par la communauté tout en demeurant en dehors de la logique du profit.

Comme on peut le constater, la FIQ adhère au principe selon lequel les personnes en perte d'autonomie doivent avoir le pouvoir de choisir le lieu où elles recevront des services adaptés à leurs besoins, ce qui va du domicile au CHSLD public. Cependant, l'offre de services en ce qui concerne les personnes en perte d'autonomie légère ou moyenne doit être bonifiée.

La FIQ propose donc la mise sur pied de « maisons pour aîné-e-s », c'est-à-dire de milieux d'hébergement sans but lucratif pour les personnes en perte d'autonomie comme option au modèle des ressources intermédiaires qui n'a d'autres visées que celui du profit. Ces lieux doivent incontestablement être à dimension humaine, ancrés dans la communauté et, surtout, donner du pouvoir aux personnes qui y habitent, aux familles et aux professionnelles qui en prennent soin. Selon le modèle développé par la FIQ, la clientèle n'est pas ciblée en fonction du nombre d'heures de soins requis, mais plutôt par le libre choix de la personne de vivre dans un environnement sécuritaire où elle peut prendre toutes les décisions qui la concernent et dans lequel elle peut demeurer aussi longtemps qu'elle le souhaite. En effet, dans les « maisons pour aîné-e-s », les résidents pourront recevoir tous les soins et les services dont ils auront besoin, et ce, au gré des changements qui surviendront dans leur degré d'autonomie. Il s'agit ainsi d'une maison où les personnes qui y demeurent pourront décider collectivement des services qu'elles veulent recevoir, en fonction de leur réalité propre ou de leur état de santé. C'est également un lieu dans lequel les professionnelles en soins pourront être davantage impliquées et jouir d'une autonomie qui leur permettra d'utiliser leurs capacités à leur plein potentiel. Voilà ce que propose la FIQ afin d'assurer une qualité de vie digne à nos personnes en perte d'autonomie. La Fédération croit également que le développement de tels lieux d'hébergement doit émerger de la communauté afin que les maisons qui seront construites tiennent compte de leur réalité et de leurs besoins.

Parallèlement aux « maisons pour aîné-e-s », la FIQ propose la mise en œuvre d'un nouveau modèle qui saura répondre aux besoins d'un nombre considérable de citoyen-ne-s en matière de soins de première ligne. Le modèle du « dispensaire » permettra non seulement aux professionnelles en soins de jouer pleinement leur rôle et de bonifier leur contribution, mais également de compléter l'offre de services à la population dans les endroits où les besoins se font sentir. Ces cliniques pluridisciplinaires pourront, par exemple, offrir des services de suivi de maladies chroniques, ou des suivis de grossesses. Les professionnelles travaillant dans ces « dispensaires » pourront également apporter des réponses à des problèmes de santé mineurs, faire de la prévention, de l'enseignement, de même que des soins à domicile, etc. Des ordonnances collectives et des protocoles de soins devront être mis en place afin de donner davantage d'autonomie aux professionnelles en soins. Encore une fois, le projet devra émerger de la communauté, donc les services offerts seront représentatifs de leur réalité. Les « dispensaires » pourront jouer un rôle primordial auprès des personnes en perte

d'autonomie, notamment pour les supporter elles ainsi que leur famille dans la prise en charge d'une maladie chronique.

Pour la Fédération, il est désormais évident que le réseau de la santé et des services sociaux n'est plus en mesure de répondre, à lui seul, aux nombreux besoins de la population et que, pour ce faire, il doit nécessairement s'allier à de nouveaux partenaires afin de compléter son offre de services. Cependant, il apparaît essentiel, pour la FIQ, que ces partenaires évoluent hors de la logique marchande. En ce sens, les organismes sans but lucratif ainsi que les coopératives pourraient constituer des partenaires de choix.

La Fédération constate donc que les nouveaux modèles qu'elle entend développer s'inscrivent dans la logique du projet de création d'une assurance autonomie. Les « maisons pour aîné-e-s » répondraient tout d'abord à la volonté de la population d'éviter l'institutionnalisation, ou du moins de la reporter, en résidant dans un milieu à échelle humaine. Les « dispensaires », quant à eux, pourront également devenir des partenaires incontournables dans l'offre de soins, que ce soit dans une « maison pour aîné-e-s », dans une résidence pour personnes âgées, ou même à domicile. Ces solutions innovantes s'inscrivent parfaitement dans une logique d'offrir un continuum de services aux personnes en perte d'autonomie, et ce, dans le respect de leur dignité et hors de la logique du profit.

L'assurance autonomie, démarche novatrice et porteuse d'espoir

8

En regard des orientations qu'elle a adoptées et des nouveaux modèles qu'elle a développés, la FIQ accueille favorablement la démarche du gouvernement. En effet, cette dernière tente de proposer des solutions novatrices et originales qui ont une résonance certaine avec les nouveaux modèles de la FIQ. Cependant, pour la Fédération, il est important que cette démarche, aussi audacieuse soit-elle, ne se fasse pas au détriment des valeurs collectives qui sous-tendent notre système public de santé. Ainsi, comme stipulé dans le Livre blanc, la FIQ est d'avis que l'universalité, la solidarité, l'accessibilité, l'individualisation, l'équité et la gestion publique doivent être les principes sur lesquels reposera l'assurance autonomie.

En particulier, la Fédération est heureuse qu'un gouvernement ose enfin remettre en question l'hospitalocentrisme qui caractérise depuis trop longtemps l'organisation des soins et services. C'est d'ailleurs pourquoi, à l'époque, la FIQ avait appuyé un virage ambulatoire qui cherchait à réduire les durées de séjour pour ainsi davantage humaniser les soins, en privilégiant le domicile. Malheureusement, comme la FIQ l'a maintes fois dénoncé, le Québec ne s'est jamais donné collectivement les moyens de ses ambitions, ce qui a eu pour effet d'accentuer les problèmes d'accès aux soins et services, de remettre le fardeau de la convalescence sur les épaules des proches aidant-e-s, la plupart du temps des femmes, sans pour autant modifier l'approche institutionnelle.

Avec le Livre blanc, la Fédération ose penser que cette fois sera la bonne. Il est plus que jamais nécessaire de cesser de créer des structures et des réseaux axés sur les préoccupations des gestionnaires et de résolument se pencher sur les besoins des personnes en perte d'autonomie. En ce sens, en leur qualité d'intervenantes de première ligne en santé, les professionnelles en soins sont témoins au quotidien de promesses rompues et de rêves brisés par un réseau en constante redéfinition, toujours en fonction des dernières modes et lubies de gestionnaires empêtrés dans une bureaucratie certaine.

Il est urgent de passer en mode écoute et d'adapter les structures et le réseau aux besoins et aux aspirations des usager-ère-s et des intervenant-e-s de la santé. Il est temps, plus que jamais, de redonner aux personnes en perte d'autonomie le pouvoir de faire des choix libres et éclairés sur des enjeux qui les concernent. Le gouvernement a le devoir et la responsabilité de respecter leurs volontés et de s'adapter à celles-ci, non pas le contraire. Après avoir réfléchi collectivement aux paramètres permettant de mourir dans la

dignité, n'est-il pas temps de réfléchir collectivement à ceux permettant de vivre et de vieillir dans la dignité?

La FIQ partage ainsi la volonté du gouvernement d'agir en ce sens et de jeter les bases d'un projet structurant qui propose de relever cet imposant défi qu'est celui de mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. La FIQ a la ferme conviction que ces personnes en situation de vulnérabilité sauront reconnaître l'approche visionnaire, ancrée sur les besoins du XXI siècle, préconisée dans le Livre blanc actuellement à l'étude.

Les incontournables

10

Bien que la FIQ accueille positivement le Livre blanc, elle demeure néanmoins convaincue que ce projet d'assurance autonomie doit s'inscrire à l'intérieur de certains paramètres afin qu'il réponde de manière adéquate et cohérente aux objectifs qu'il s'est fixés. À la suite de l'étude du Livre blanc, la Fédération a identifié des enjeux qui lui apparaissent incontournables au succès de la démarche ainsi qu'à son acceptabilité sociale.

LA QUALITÉ DES SERVICES : LE RÔLE DES CSSS

La FIQ est d'avis que la responsabilité de veiller à la qualité et à la sécurité des soins et services prodigués dans le cadre du déploiement de l'assurance autonomie doit être confiée au réseau public. En effet, il ne saurait être envisageable de voir cette responsabilité déléguée à une autre instance, surtout lorsque l'on sait que les partenaires qui contribueront au projet seront nombreux et d'horizons variés. Aussi, la grande diversité des milieux de vie où seront dispensés les soins et les services, comme prévu dans le Livre blanc, nécessite un encadrement que seuls les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont en mesure d'assurer.

Dès lors, les CSSS auront un rôle central à jouer et des responsabilités fondamentales à assumer, tant sur le plan organisationnel que sur le plan clinique. D'abord, ceux-ci devront assurer à la population de leur territoire un réel accès aux services requis, de façon continue et coordonnée, peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur. Le succès de l'assurance autonomie dépendra directement de la capacité de l'instance locale d'assurer la coordination adéquate entre les nombreux partenaires et prestataires de services de son territoire et de rendre cohérent l'ensemble de leurs actions. Des mécanismes de communication adéquats et efficaces deviennent ainsi des enjeux importants, tout comme la clarification du rôle et de la contribution de chacun. De plus, il faudra s'assurer que toutes et tous, tant la population que les intervenant-e-s, auront l'information nécessaire pour bien comprendre le fonctionnement et la portée de l'assurance autonomie.

Sur le plan clinique, la responsabilité des CSSS sera tout aussi importante. En effet, tel que le mentionne le Livre blanc, « c'est au CSSS qu'appartient la responsabilité d'encadrer l'évaluation des besoins de la personne et de veiller à la qualité de cette évaluation,

d'élaborer les plans de services et de les mettre à jour, et enfin de s'assurer de la qualité des services fournis » (p. 25). Toutefois, la Fédération tient à soulever un élément qu'elle considère comme fort préoccupant. Dans le Livre blanc, il est stipulé qu'il « s'avère essentiel de laisser suffisamment de flexibilité pour permettre des aménagements adaptés à la réalité des différents territoires et aux ressources qui y sont offertes » (p. 25). Même s'il est vrai que des ajustements peuvent vraisemblablement être apportés, un manque de ressources financières ou humaines ne doit pas être un prétexte pour les CSSS de se dégager de leurs responsabilités. En ce sens, il est essentiel de ne pas reproduire les erreurs du passé. Ainsi, le virage ambulatoire et la désinstitutionalisation sont des exemples douloureux où le manque de ressources et de cohésion s'est traduit par une grave dégradation de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et services.

La Fédération se questionne également sur l'impact qu'aura l'actuel contexte de rationalisation des ressources sur le projet d'assurance autonomie. En effet, alors que l'on souhaite sortir de l'approche hospitalocentrique et favoriser le maintien des personnes dans leur milieu de vie, on constate trop souvent une tendance paradoxale, soit celle de standardiser les tâches, de les réduire à leur plus simple expression, comme un « travail à la chaîne ».

Ainsi, comment une professionnelle en soins peut-elle prendre le temps d'informer, d'accompagner, de soigner adéquatement une personne qui reçoit des soins à domicile lorsque son organisation du travail est inadéquate? Lorsque sa charge de travail est déjà très importante, qu'elle ne bénéficie pas du soutien organisationnel et professionnel nécessaire, qu'elle n'a pas accès aux ressources et aux leviers lui permettant de s'acquitter de sa tâche de façon optimale, une professionnelle en soins peut-elle réellement s'acquitter de ses tâches de la manière dont elle souhaiterait le faire? Comment peut-elle dispenser des soins à domicile de qualité lorsque ses interventions sont minutées, une pratique de plus en plus fréquente dans ce secteur d'activités?

En ce sens, humaniser les soins ne se fait pas uniquement, comme par magie, en changeant l'organisation des soins et des services. Ce noble objectif doit nécessairement être accompagné d'une volonté manifeste et concrète de la part du ministère et des employeurs de fournir aux professionnelles en soins des conditions d'exercice qui leur permettront d'accomplir leur tâche avec humanité.

LES PROFESSIONNELLES EN SOINS : UN PILIER INDISPENSABLE DES SOINS AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Le projet du gouvernement prévoit que la personne en perte d'autonomie sera souveraine en ce qui concerne le type et le prestataire de services qu'elle souhaitera recevoir. Ces services, offerts sous le couvert de l'assurance autonomie, pourraient inclure les soins et les services professionnels de base, incluant les soins infirmiers, les services d'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'aide aux activités de la vie domestique (AVD). Il importe de souligner, d'entrée de jeu, qu'une erreur semble s'être glissée, à la page 22 du Livre blanc, alors que la prise de médicament est incluse dans la liste des activités liées aux AVD. Pourtant, aux yeux de la FIQ, tout ce qui touche la prise et l'administration de médicaments devrait plutôt se retrouver dans la définition d'un AVQ.

Pour la Fédération, il est incontournable que les soins et les services professionnels soient dispensés par le réseau public ou financés publiquement tout en demeurant en dehors de toute logique marchande. La création de l'assurance autonomie ne doit pas être l'occasion de voir la place du privé à but lucratif s'accroître davantage dans ce secteur. Il suffit de penser à la prolifération de résidences pour aîné-e-s qui offrent, à grands frais, des services médicaux ou infirmiers en parallèle au réseau de la santé, privant ainsi les personnes âgées de services à domicile publics auxquels elles devraient avoir accès.

La FIQ constate que le projet d'assurance autonomie du gouvernement laissera une place importante aux professionnelles en soins, principalement aux infirmières, et qu'en ce sens, il s'agit d'une voie prometteuse. Les infirmières doivent en effet jouer un rôle important dans l'évaluation des besoins et du niveau de services requis par une personne, par le biais de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Il s'agit d'outils reconnus et standardisés nécessaires à une juste évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie.

Également, la FIQ soutient qu'il est essentiel que les infirmières agissent comme intervenantes pivots ou comme gestionnaires de cas et qu'elles soient responsables du plan de services de la personne en perte d'autonomie. Effectivement, l'infirmière est la professionnelle la mieux placée pour avoir une vision globale des problématiques de santé de la personne en perte d'autonomie et d'ainsi, faire le lien avec les différents services qui peuvent lui être

offerts. En ce sens, le plan thérapeutique infirmier doit toujours demeurer central afin de dresser le profil clinique des problèmes et des besoins de la personne, les soins et les traitements requis ainsi que le suivi clinique.

La création d'une assurance autonomie risque également d'occasionner plusieurs défis pour les professionnelles en soins. D'abord, elles devront travailler dans un contexte de diversification des milieux de pratique. En effet, à l'heure actuelle, les professionnelles en soins sont appelées plus fréquemment à intervenir dans des milieux tels que les ressources intermédiaires ou les résidences pour personnes âgées. Avec la possibilité d'obtenir les services là où la personne le souhaite, comme proposé par le Livre blanc, cette tendance ira en augmentant. De plus, l'alourdissement de la perte d'autonomie de la clientèle, prévisible en raison de la démographie, constitue également un élément dont il faut tenir compte. De plus, devant le souhait du gouvernement d'accroître la contribution des entreprises d'économie sociale dans la dispensation des AVQ, il y a aura vraisemblablement une augmentation du nombre de préposé-e-s et de non-professionnel-le-s. Ceux-ci pourront dispenser des activités professionnelles déréglementées en vertu du Code des professions, notamment l'administration de médicaments ainsi que des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne¹.

Dans ce contexte, la responsabilité des professionnelles en soins, particulièrement celle de l'infirmière, sera importante. Il s'agit d'un bien lourd fardeau sur les épaules des professionnelles en soins qui se verront confier la tâche d'assurer l'enseignement au personnel non-professionnel qui travaille dans les entreprises d'économie sociale ou encore aux proches aidant-e-s qui s'occupent d'un parent à domicile. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) décrit très précisément l'étendue des responsabilités incombant à l'infirmière en ce qui a trait à l'encadrement clinique des soins confiés à des aides soignant-e-s ou des proches aidant-e-s. Cet encadrement comprend l'évaluation de la condition de santé et des besoins de la personne, l'enseignement, le suivi clinique ainsi que l'intervention ou la référence en cas d'urgence. Les infirmières auxiliaires seront, quant à elles, mises à contribution lors de l'enseignement de techniques de soins et la supervision de son

¹ Articles 39.7 et 39.8 du Code des professions.

application par l'aide-soignant-e ou le proche aidant-e². Ainsi, la charge de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire est directement proportionnelle au nombre de patient-e-s ainsi qu'au nombre d'aides soignant-e-s ou de proches aidant-e-s. Aussi, les inhalothérapeutes pourraient également contribuer à l'enseignement relatif à la prise de médicaments liés à un trouble respiratoire.

Compte tenu de la responsabilité imposante qui incombera aux professionnelles en soins, celles-ci doivent pouvoir compter sur les ressources ainsi que sur le personnel adéquatement formé pour les supporter dans la dispensation des soins. La FIQ ne croit pas qu'actuellement les préposé-e-s d'aide à domicile qui travaillent dans les entreprises d'économie sociale détiennent la formation nécessaire pour dispenser des services de soutien aux AVQ. Leur formation se situe actuellement davantage au niveau des AVD. Ainsi, dans un souci d'assurer des services de qualité à la population, la norme de formation pour les préposé-e-s devra être modifiée et bonifiée afin de répondre à cette nouvelle réalité³. Cette formation sera d'autant plus importante que les activités confiées à des non-professionnel-le-s ont tendance à se complexifier grandement⁴.

Malgré ces quelques réserves, la Fédération croit profondément aux bénéfices de la collaboration entre le réseau public et les entreprises d'économie sociale. Elle est également d'avis qu'un processus de reconnaissance formel des prestataires habilités à fournir des services doit être mis en place, comme proposé par le gouvernement (p. 24 et 25). La FIQ se questionne cependant sur la teneur de ce processus et espère qu'il se fera en toute transparence.

² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *La contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers*, adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec les 29 et 30 juin 2011, p. 12, 15-16.

³ Emploi Québec et Comité sectoriel de la main-d'œuvre, économie sociale et action communautaire, *Norme professionnelle, Préposé ou préposée d'aide à domicile*, Norme approuvée par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale le 8 janvier 2009.

⁴ Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'île, Direction locale de santé publique des soins infirmiers et de l'enseignement, *Guide des activités d'exception confiées aux non-professionnels*, le 23 avril 2009, révision juillet 2011. Le tableau complet des solutions fiscales et des mesures de contrôle des dépenses se trouve à l'Annexe 1 du mémoire.

L'ASSURANCE AUTONOMIE : UN PROJET DE SOCIÉTÉ QUI DOIT ÊTRE FINANCÉ ÉQUITABLEMENT

Un projet aussi structurant et déterminant pour l'avenir du Québec doit nécessairement être accompagné d'un financement adéquat, faute de quoi il se retrouvera malheureusement au panthéon des vœux pieux politiques. Tel qu'il est mentionné précédemment, la Fédération a toujours déploré le fait que le virage ambulatoire n'ait pas été financé à la mesure de ses ambitions. En ce sens, l'assurance autonomie est un projet trop important pour ne pas lui donner les moyens financiers de réussir. Il serait honteux et moralement inacceptable que des prétextes comptables aient pour effet de limiter les soins et services offerts aux personnes en perte d'autonomie qui en ont besoin.

À cet égard, la FIQ tient à souligner qu'elle privilégie un financement provenant entièrement des fonds publics, par le biais de l'impôt sur le revenu des particuliers et par une contribution majorée des entreprises. Bien que la Fédération partage certaines inquiétudes en ce qui a trait à l'état des finances publiques, elle entretient une méfiance certaine par rapport aux scénarios catastrophistes qui prédisent l'apocalypse financière pour mieux justifier des mesures d'austérité.

D'ailleurs, en tant que membre de la *Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics*, la FIQ tient à attirer l'attention du ministre sur l'existence de solutions fiscales et de mesures de contrôle des dépenses concrètes et facilement réalisables avec un peu de volonté politique. À cet effet, la Fédération se permet d'inclure, en annexe du présent document, un tableau synthèse dans lequel la *Coalition* indique que le gouvernement pourrait récupérer des sommes totalisant près de 4 milliards de dollars annuellement, seulement en revenus fiscaux supplémentaires⁵. Cette seule somme couvrirait amplement les besoins associés au financement de l'assurance autonomie. Soulignons à ce titre que les idées portées par la *Coalition* ont reçu un appui de taille récemment, puisque le Fonds monétaire international (FMI) implore les pays membres de hausser les impôts des plus fortunés afin de financer les services publics⁶. Enfin, comme

⁵ Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, *Mettons la richesse à NOS services, Solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses*, juin 2013, p. 3.

⁶ Éric Desrosiers, « Taxez les riches, dit le FMI. Les pays ont fait un effort pour réduire leurs dépenses, il est temps d'augmenter les revenus, précise l'organisme », *Le Devoir*, 10 octobre 2013, p. B-1.

organisation portant des valeurs de solidarité et de justice sociale, la FIQ est convaincue que ce projet peut et doit être financé sur une base progressive.

À ce sujet, certains éléments contenus dans le Livre blanc soulèvent des interrogations. Par exemple, le Livre blanc prévoit que les services professionnels de base demeureront gratuits. Toutefois, les services d'AVQ pourraient être tarifés (p. 24) alors qu'actuellement, ils sont pour la majorité offerts gratuitement par les CSSS ou, à tout le moins, sont censés l'être. Quant aux services d'AVD, le Livre blanc prévoit que la tarification serait maintenue (p. 24). Puisque le gouvernement dispose d'une panoplie de leviers fiscaux à sa disposition, la FIQ estime qu'une tarification ne doit pas être envisagée, et ce, sous aucun prétexte. La Fédération est ferme à ce sujet, puisque ce mode de financement est inéquitable et qu'il contribue à accroître les inégalités socioéconomiques, directement associées aux inégalités sociales de santé.

De la même manière, l'expression « services professionnels de base », soit les services infirmiers, les services de nutrition, de réadaptation et les services psychosociaux, soulève certaines interrogations (p. 22). En effet, le Livre blanc stipule que les services professionnels de base demeureront gratuits et sous contrôle entièrement public. Devons-nous comprendre que les autres services professionnels ne seraient plus couverts par l'assurance autonomie? Ceux-ci seraient-ils donc tarifés? Si tel était le cas, il s'agirait là d'un recul important pour les personnes en perte d'autonomie.

Abolition des crédits d'impôt : une solution souhaitable

Le Livre blanc indique que les mesures fiscales destinées au soutien à domicile, soit le crédit d'impôt pour le maintien à domicile, celui pour les proches aidant-e-s et celui pour le répit à un proche aidant-e, totalisaient 350 millions de dollars en 2012 (p. 15). De plus, toujours pour l'année 2012, le fractionnement des revenus de retraite entre conjoints a coûté au trésor public 135 millions de dollars⁷.

Bien qu'ils soient tous remboursables, ces crédits d'impôt et les bénéfices qu'ils impliquent n'en demeurent pas moins très inéquitablement répartis entre les divers segments de la population.

⁷ Conseil du trésor, *Dépenses fiscales*, édition 2012, p. A. 33.

Par exemple, dans certains cas, une personne qui a obtenu un service couvert par le crédit d'impôt pour maintien à domicile doit être en mesure d'en payer les frais, puis attendre la production de la déclaration d'impôt pour que ces montants lui soient remboursés.

Aussi, dans un souci d'équité, la FIQ considère que les crédits d'impôt devraient être abolis et que les sommes devraient plutôt être ajoutées aux budgets dédiés à l'assurance autonomie.

Financement à l'activité : une introduction trop hâtive

Le Livre blanc nous indique que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) serait désignée à titre de gestionnaire responsable des budgets reliés à l'assurance autonomie (p. 31). Ainsi, la RAMQ agirait à titre de tiers payeur. Une partie du financement actuel des établissements publics de santé et de services sociaux transiterait donc vers la RAMQ qui en deviendrait dépositaire et rembourserait les établissements publics pour les services donnés à la clientèle couverte par l'assurance autonomie.

Le gouvernement libéral avait formé un groupe d'experts sur le financement à l'activité à la suite du discours sur le budget de mars 2012. En juillet 2012, il annonçait le début des travaux présidés par madame Wendy Thompson. Le nouveau gouvernement, élu à l'automne 2012, a par ailleurs élargi le mandat de ce comité⁸.

Or, le rapport du groupe d'experts n'est attendu que pour le mois de décembre 2013. Une rapide synthèse des messages a été mise en ligne en juin 2013. Cependant, celle-ci ne fait état que du programme de chirurgie et de la prise en charge des maladies chroniques. La clientèle visée par l'assurance autonomie ne faisant même pas l'objet des sujets sur lesquels le groupe d'experts s'est penché.

Pour cette raison, la FIQ estime qu'il serait plutôt hâtif et déplacé de prendre d'ores et déjà des décisions alors que le rapport du groupe n'est pas encore publié et qu'ainsi aucun avis n'a été émis en ce qui

⁸ Comité consultatif du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, *Constats et principaux messages des rencontres du 20 février et du 26 avril 2013*, [En ligne].

www.santefinancementactivite.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2013/07/Comite_consultatif_recontres1et2_VF.pdf. (Consulté le 22 octobre 2013).

concerne le mode de financement des activités liées au soutien à l'autonomie.

La prise en charge de la perte d'autonomie : des choix politiques

Toujours en ce qui a trait au rôle que l'on veut déléguer à la RAMQ, il faut préciser que cette institution relève, au plan politique, du ministre de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, elle dispose de son propre conseil d'administration et ses activités ont un caractère beaucoup moins politique que ne peuvent l'avoir celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ainsi, les organisations qui ont à cœur la défense de leurs membres et du public, comme c'est le cas de la FIQ, auront-elles l'occasion de remettre en questions les décisions prises par la RAMQ? Comment le public pourra-t-il s'assurer que les décisions prises ne le seront pas qu'à l'aune d'une logique comptable, au détriment de la qualité des soins?

La FIQ estime que l'allocation des fonds au financement de la santé doit demeurer un exercice transparent et accessible. Celui-ci doit être sensible à la volonté populaire et susceptible de se voir influencé par des choix politiques. Ainsi, la FIQ est d'avis que des représentant-e-s des personnes concernées directement par l'assurance autonomie doivent impérativement être présent-e-s sur le conseil d'administration de la RAMQ pour faire valoir leurs intérêts.

Allocation de soutien à l'autonomie (ASA) : des précisions s'imposent

Le Livre blanc propose que l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) soit déterminée selon les Profils Iso-SMAF. Toutefois, sur les 14 profils Iso-SMAF existants présentement, le ministre de la Santé et des Services sociaux a indiqué que les profils 1, 2 et peut-être même 3 pourraient ne pas être financés. Il est bien déplorable que le Livre blanc ne donne aucune indication du niveau que pourrait atteindre l'allocation de soutien à l'autonomie (ASA) selon les profils de perte d'autonomie. Par ailleurs, la FIQ estime que l'allocation devrait être fixée selon les besoins de la personne plutôt qu'en heures/soins ou en espèces.

S'il s'avérait que certains profils ne soient pas financés, ce sont autant de dépenses qui seraient transférées aux personnes présentant des besoins, par ailleurs reconnus, mais non comblés par le nouveau programme. Cela signifierait que les services associés à ces profils seraient tout simplement privatisés et que les personnes qui ont besoin de ces services devraient déboursier la totalité des frais. Pour la FIQ, cette situation semble totalement inacceptable et ne devrait même pas être envisagée.

Des principes de financement communs à plusieurs acteurs de la société

En tant que membre du Regroupement pour le mieux-être des personnes en perte d'autonomie (RMEPPA), qui représente à la fois des professionnelles en soins et des personnes âgées, la FIQ souhaite souligner aux membres de la Commission que certains principes relatifs au financement font l'unanimité tant au niveau des professionnelles du réseau public de santé que des personnes en perte d'autonomie. En ce sens, les membres du RMEPPA souhaitent que la Commission porte à ces éléments toute l'attention qu'ils méritent.

En résumé, ces principes sont que :

- 1- Le financement des services et des soins demeure public, via, entre autres, l'impôt progressif sur le revenu des particuliers et des entreprises;
- 2- L'assurance autonomie ne constitue, en aucun temps, une nouvelle source d'enrichissement pour des entreprises privées à but lucratif;
- 3- Les économies projetées ne doivent pas se faire au détriment des travailleuses et des travailleurs du milieu communautaire ni de la qualité des soins et services de santé dispensés⁹.

⁹ La déclaration complète du RMEPPA se retrouve à l'Annexe 2 du présent mémoire.

Un projet ambitieux et nécessaire

20

En dépit des réserves exprimées précédemment, la FIQ tient à réaffirmer son intérêt envers la création d'une assurance autonomie au Québec. Il y a longtemps que le réseau public de santé nécessite une réforme importante de l'organisation des soins et services destinés aux personnes en perte d'autonomie, sans pour autant compromettre les valeurs et principes qui sous-tendent un système qui, n'en déplaise à ses détracteurs, fait l'envie de bien des gens de par le monde. D'autant plus qu'il s'agit d'un véhicule de premier choix pour le développement de modèles novateurs que la FIQ propose dans l'hébergement des personnes âgées ainsi que dans les soins et services de première ligne. Cette approche constructive a permis l'émergence de solutions de rechanges aussi crédibles que réalistes à une approche institutionnelle et hospitalocentrique qui ne permet pas de conjuguer les besoins des usagers et des professionnelles qui travaillent auprès d'eux.

Or, il n'en demeure pas moins que pour atteindre les objectifs proposés par le Livre blanc, le réseau public a encore des lacunes importantes à combler afin que l'assurance autonomie soit une réussite. En effet, sur une base quotidienne, la FIQ est à même de constater, autant dans les médias qu'auprès de ses membres, les absurdités et aberrations commises dans le réseau. Le nier n'est pas une option, s'y attaquer et trouver des solutions est une obligation.

La FIQ a toujours défendu le système public de santé et sa position n'a pas changé à cet égard. Elle a toujours pourfendu ceux et celles qui imputent les travers du réseau de la santé à son caractère public, seulement pour mieux vendre à grand prix leurs remèdes miraculeux qui reposent souvent sur le secteur privé à but lucratif. À ce titre, la Fédération a la ferme conviction qu'un recours accru au secteur privé à but lucratif ne peut se traduire que par un transfert de ressources publiques vers les comptes personnels d'investisseurs motivés par la seule et unique volonté de faire des profits. C'est pourquoi la FIQ est et sera toujours opposée, par ses valeurs et principes, à la marchandisation des soins et services de santé.

D'ailleurs, la FIQ s'interroge à l'égard des impacts potentiels de l'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne. Cet accord sera-t-il l'occasion pour des entreprises multinationales de venir accaparer des parts de marchés au détriment des acteurs des secteurs publics et privés à but non lucratif d'ici? Dans quelle mesure les ressources financières de l'État, nécessaires à la mise en place de l'assurance autonomie, seront-elles drainées par un prolongement de la durée des brevets des médicaments?

Toutefois, cela ne veut pas dire que le statu quo est acceptable. C'est d'ailleurs pourquoi l'organisation a entrepris un virage visant à centrer son action sur la recherche de solutions novatrices et ancrées sur les besoins de ses membres et de la population. De l'avis de la FIQ, le Livre blanc et le projet d'assurance autonomie qu'il entend mettre en œuvre jettent les bases d'une nécessaire refonte de l'organisation des soins et services, de manière à permettre et encourager l'émergence de nouveaux modèles de soins semblables à ceux que propose la Fédération. Ainsi, la FIQ ne peut que se réjouir qu'un gouvernement ait enfin l'audace et la volonté de transformer le réseau de la santé sans en faire un butin pour les vautours du privé. Dans la mesure où le gouvernement saura répondre de manière adéquate aux questionnements et aux inquiétudes de la Fédération à l'égard de certains aspects de l'assurance autonomie, celui-ci peut être assuré du soutien et de la pleine collaboration de la FIQ quant à la réalisation de cet ambitieux et nécessaire projet de société.

Annexe 1

22

Tableau des solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses

Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics TABLEAU DES SOLUTIONS FISCALES ET MESURES DE CONTRÔLE DES DÉPENSES Juin 2013			
Mesures de contrôle des dépenses (argent récupéré annuellement en millions de \$)			
Revenus fiscaux supplémentaires (argent récupéré annuellement en millions de \$)			
A- RÉINSTITAURER LA PROGRESSIVITÉ DE L'IMPÔT DES PARTICULIERS			
1	Établir 10 paliers d'imposition (paliers proposés)		1 000 M\$
	15 % = 10 925 \$ à 24 999 \$	26 % = 60 000 \$ à 69 999 \$	
	16 % = 25 000 \$ à 34 999 \$	28 % = 70 000 \$ à 99 999 \$	
	18 % = 35 000 \$ à 39 999 \$	30 % = 100 000 \$ à 149 999 \$	
	20 % = 40 000 \$ à 49 999 \$	32 % = 150 000 \$ à 199 999 \$	
	24 % = 50 000 \$ à 59 999 \$	34 % = 200 000 \$ et plus	
2	Abolir le crédit d'impôt sur les gains en capital des particuliers		556 M\$
3	Diminuer le plafond des REER (de 23 820 \$ à 12 000 \$)		300 M\$
4	Réduire les crédits d'impôt pour dividendes (50 % de 315 millions \$ en 2012)		157 M\$
5	Moduler les taxes à la consommation en fonction des biens achetés		745 M\$
B- RÉTABLIR UN ÉQUILIBRE ENTRE LES IMPÔTS DES PARTICULIERS ET LES IMPÔTS DES ENTREPRISES			
6	Augmenter le taux provincial d'imposition des entreprises à 15 % (actuellement à 11,9 %)		1 220 M\$
7	Augmenter la contribution fiscale des institutions financières notamment en rétablissant la taxe sur le capital pour les entreprises financières		600 M\$
8	Revoir les mesures fiscales destinées aux entreprises : 8.1 Abolir le crédit d'impôt pour gain en capital (402 M\$); 8.2 Éliminer les mesures permettant de reporter le paiement des impôts dus (568 M\$); 8.3 Revoir les politiques de congés fiscaux (238 M\$)		1 210 M\$
9	Réduire les subventions aux entreprises		500 M\$
10	Augmenter les redevances sur les ressources naturelles (dans le respect des revendications autochtones et en tenant compte du partage des revenus avec les communautés locales) (ex. : l'industrie minière — redevances hybrides sur la valeur brute (3 à 8 %) et sur les profits (10 à 25 %))		410 M\$
11	Abolir les contrats secrets avec Hydro-Québec		890 M\$
C- LUTTER CONTRE LA FRAUDE			
12	Lutter contre l'évasion fiscale et l'évitement fiscal		500 M\$
13	Lutter contre la corruption dans l'attribution des contrats gouvernementaux (ex. : dans le domaine de la construction)		600 M\$
D- MESURES DIVERSES			
14	Cesser de recourir aux agences de placement privées dans les institutions publiques de santé		71 M\$
15	Adopter des mesures de contrôle du coût des médicaments, dont l'instauration d'un régime entièrement public d'assurance médicaments		1 000 M\$
16	Utiliser le logiciel libre par l'ensemble de l'appareil gouvernemental		266 M\$
E- AUTRES SOLUTIONS FISCALES POTENTIELLES À L'ÉTUDE La Coalition ne dispose pas des données nécessaires pour estimer un montant d'économies lié à ces mesures.			
17	Cesser de recourir aux PPP dans la construction d'infrastructures publiques.		?
18	Cesser de recourir aux cliniques médicales spécialisées (30 à 40 % d'économies envisageable)		?
19	Adopter une politique de rémunération maximale des cadres et dirigeants des institutions publiques, parapubliques et les sociétés d'État (ex. : Hydro-Québec, Loto-Québec, CSST, universités, CÉGEP, hôpitaux, etc.)		?
TOTAL DE LA PROJECTION			3 950 M\$ 6 075 M\$
GRAND TOTAL (revenus fiscaux + contrôle des dépenses)			10 025 M\$

Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics, *Mettons la richesse à NOS services, Solutions fiscales et mesures de contrôle des dépenses*, juin 2013, p. 3.

Annexe 2

Déclaration du RMEPPA

23

TROIS PRINCIPES POUR UNE VRAIE ASSURANCE AUTONOMIE

À l'occasion du début des consultations parlementaires sur le livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, le Regroupement pour le mieux-être des personnes en perte d'autonomie (RMEPPA) a tenu à prendre position. Il tient à défendre trois grands principes qui, selon ses membres, devront être inclus dans le projet de loi.

Représentant à la fois des professionnelles en soins et des personnes âgées, les organisations œuvrant au sein du RMEPPA souhaitent souligner au ministre que certaines considérations font l'unanimité tant au sein des professionnelles du réseau public de santé que dans la communauté touchée directement par l'assurance autonomie, soit les personnes en perte d'autonomie.

Les représentantes et représentants du RMEPPA incitent donc le gouvernement, les parlementaires et le grand public à porter à ce message commun toute l'attention qu'il mérite.

En premier lieu, le financement des soins et services liés à l'autonomie doit demeurer public. Ainsi, malgré l'intention exprimée dans le livre blanc de maintenir une gestion publique du système de santé et des services sociaux, nous exprimons des inquiétudes importantes. Pour le RMEPPA, le principe d'un financement équitable des services via, entre autres, l'impôt progressif sur le revenu des particuliers et des entreprises ne doit en aucun cas être remis en question par l'introduction de l'assurance autonomie.

Par ailleurs, le cadre suggéré par le livre blanc implique une participation à définir des secteurs privé et communautaire dans la prestation des services liés à l'autonomie. Le RMEPPA valorise l'apport du milieu communautaire dans les services de soutien à l'autonomie et accueille favorablement la nouvelle place qui semble leur être faite par l'entremise de l'assurance autonomie. Cependant, le RMEPPA tient à souligner que ce projet d'intérêt public ne doit en aucun temps constituer une occasion d'affaires et d'enrichissement pour des entreprises privées à but lucratif.

De plus, dans certaines déclarations récentes, le ministre Réjean Hébert semblait laisser entendre que des économies pourraient être réalisées grâce à l'assurance autonomie. Même s'il est louable que ces économies permettent à plus de personnes âgées de bénéficier des services de soutien à l'autonomie, le RMEPPA espère que celles-ci ne se feront pas sur le dos des travailleuses et des travailleurs, dont la grande majorité est des femmes.

Ainsi, l'élaboration d'une assurance autonomie doit se faire dans le respect de trois grands principes communs aux membres du RMEPPA :

Le financement public des services et des soins via, entre autres, l'impôt progressif sur le revenu des particuliers et des entreprises ;

L'assurance autonomie ne doit en aucun temps constituer une nouvelle source d'enrichissement pour des entreprises privées à but lucratif ;

Les économies projetées ne doivent pas se faire au détriment des travailleuses et des travailleurs du milieu communautaire ni de la qualité des soins et services de santé dispensés.

Michèle Boisclair, vice-présidente, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ, Maurice Dupont, président, Réseau FADOQ, Lyne Parent, présidente, Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP), Éline Trottier, vice-présidente, Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé (RIIRS), Luc Constantineau, président, Association de personnes retraitées de la Fédération autonome de l'enseignement (APRFAE).