

Texte présenté au colloque sur les ressources intermédiaires organisé par l'AQDR, avec des partenaires, le 9 novembre 2011, à Montréal

Ressources intermédiaires : les enjeux pour les aînés et leurs familles

*par Jacques Fournier
membre du comité Habitat de l'AQDR
et 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*

Pour bien comprendre les enjeux pour les aînés et leurs familles dans le dossier des ressources intermédiaires (RI), il faut d'abord situer la place des RI dans le portrait global et dans l'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 neuf pistes d'action, sous forme de questions, pour bien cerner les enjeux pour les aînés et leurs familles.

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

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.

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 1003 \$ et 1637 \$ par mois. Ceux des RI versent entre 1003 \$ 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 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. Par contre, il n'est pas assuré que l'on trouve, dans ces CHSLD « privés conventionnés », un ratio de personnel aussi élevé qu'en CHSLD public et que le personnel y ait une qualification aussi élevée.

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

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

³ Synthèse de l'étude de MCE Conseils. <http://www.ledevoir.com/documents/pdf/CHSLDsynthese210411.pdf>

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 ?

Récemment, 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.

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 ?

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

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

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>

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 2006, au Québec, il y avait environ 2400 personnes âgées hébergées dans des familles 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 jusqu'à 90 lits : l'Agence a aussitôt accepté. Qui décide de l'organisation publique des soins au Québec ? Est-ce l'entreprise privée⁶ ?

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.

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-

⁶ 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=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4370656_article_POS1

économiques (IRIS)⁷, 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 publics⁸. 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 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 rentables, efficaces, performants et plus acceptables 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

⁷ IRIS, Budget 2010: Comment financer les services publics?

http://www.iris-recherche.qc.ca/publications/budget_2010_comment_financer_les_services_publics

⁸ 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

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. Avec la 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. 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 devrait être terminé en juin 2009. En février 2011, 30 % des résidences de Montréal ne sont toujours pas certifiées.

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 décentes aux employés. 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

Un mot sur le soutien à domicile, parce qu'il y a une 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, 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 Hébert⁹) 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 très récents : le regroupement montréalais des établissements de santé demande 13 millions \$ au ministère de la Santé pour les services à domicile dans la métropole¹⁰. 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.

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.

⁹ La Presse, « Conditions de vie des aînés, priorité aux soins à domicile », 6 mars 2008, p. A14

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

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 déparit 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.

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.

Quelles actions pouvons-nous mener comme citoyens et citoyennes ?

Neuf 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 ?
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^{11, 12}) ?

¹¹ 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>

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. 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. Comment faire en sorte d'éviter l'épuisement des familles et des aidants naturels ?
9. Comment faire pour que les situations vécues par les familles soient moins pénibles?

Merci de votre attention et bons échanges en ateliers !

¹² 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=traffidriviers&utm_contenuinterne=cyberpresse_BO2_quebec_canada_178_accueil_POS4