

# Les trois fonctions du projet d'assurance autonomie

par Jacques Fournier, responsable du dossier santé à l'AQDR

*Présentation faite lors d'un séminaire-panel organisé par le Réseau québécois de l'action communautaire autonome (RQ-ACA), tenu à Montréal le mardi le 8 octobre 2013.*

Je remercie les organisateurs et organisatrices de m'avoir invité à ce panel. Je vous annonce tout de suite que je vous offre un « **deux pour un** ». En effet, les responsables de cette rencontre m'ont invité à vous faire un résumé des grandes lignes de l'assurance autonomie telle que définie dans le projet du ministre Réjean Hébert. Je ne pensais pas, au départ, pouvoir ensuite vous décrire les impacts sur les aînés de ce projet, ainsi que la position de l'AQDR dans ce dossier, puisque l'AQDR n'avait pas à ce moment-là pris position. Or le 29 août, le CA de l'AQDR a adopté huit propositions qui tracent les premières grandes lignes de la position de l'AQDR.

Mon exposé aura donc en fait trois parties;

1. un résumé du projet du ministre;
2. une analyse des trois fonctions principales du projet d'assurance autonomie, selon moi : une fonction transformatrice, une fonction réparatrice et une fonction de promotion de la privatisation et de la tarification;
3. les impacts sur les aînés et les premiers éléments de la position de l'AQDR.

## 1. Un résumé du projet du ministre

L'objectif de base de l'assurance autonomie, c'est de réduire l'institutionnalisation (en CHSLD et en RI) et de faire en sorte que les aînés en perte d'autonomie reçoivent des services qui les incitent à rester à domicile le plus longtemps possible. Le pourcentage actuel du budget des services aux aînés en perte d'autonomie consacré aux CHSLD est de 64 % et aux RI de 10 %, pour un total de 74 %. **Seulement 17 % va aux services à domicile** et 9 % à des services que l'on ne peut imputer clairement à l'une ou l'autre mission. Le chiffre de 17 % consacré aux services à domicile au Québec peut être comparé aux taux d'autres pays : Pays-Bas, 32 %; Suède, 41 %; France, 43 % et Danemark, le champion à 73 %. **Le ministre voudrait que le taux québécois passe à 31%**. Cet objectif de désinstitutionnalisation du Livre blanc rallie un large consensus.

## Principes

Dans une perspective de continuité, l'introduction d'une assurance autonomie au Québec repose sur les six principes suivants : l'**universalité**; la **solidarité** dans le

financement; l'**accessibilité** aux soins et aux services; l'**individualisation** en fonction des caractéristiques de la personne et de son environnement; l'**équité** dans la répartition des ressources; ainsi que la **gestion publique** du système de santé et des services sociaux.

L'évaluation des besoins de chaque personne sera faite de façon uniforme à partir des grilles reconnues comme le SMAF. Chaque personne âgée en perte d'autonomie aura normalement accès à un **gestionnaire de cas** qui déterminera à quelle ASA (allocation de soutien à l'autonomie) la personne a droit.

L'ASA 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 offerts par les établissements publics (par exemple, les auxiliaires familiales), le financement lié à ces services proviendrait également de l'ASA (versement **en nature** également) . 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 intégrées 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..

### **Adultes ayant des limitations fonctionnelles**

L'assurance autonomie couvrira non seulement les personnes âgées en perte d'autonomie mais aussi les adultes ayant des limitations fonctionnelles, que ce soit un handicap physique ou une déficience intellectuelle ou un TED.

L'entrée en vigueur variera :

2014-2015 : personnes âgées en perte d'autonomie

2015-2016 : déficience physique

2016-2017 : DI-TED.

## Un recul « possible » pour les personnes handicapées

Le droit des personnes handicapées à des services gratuits (Décret de 1988) est « possiblement » menacé : « Pour les personnes handicapées, le gouvernement du Québec a reconnu en 1988 un principe visant la compensation des conséquences financières des limitations fonctionnelles dans la détermination de l'aide matérielle qui leur est accordée. Il est par ailleurs spécifié que cela doit se faire uniquement « pour les dépenses essentielles à l'intégration d'une personne handicapée, selon la solution la plus économique et des modalités précises ». Ces spécifications sont prises en compte dans la réflexion sur une **possible** contribution financière. » (p. 24) (c'est moi qui souligne). Ce serait un grave recul.

## Un recul sur la gratuité des activités de vie quotidienne (AVQ<sup>1</sup>)

Le livre blanc propose que les AVQ (bains, aide à la prise de médicaments, préparation de repas avec diète, etc.) soient données principalement par les EESAD : « Les services d'assistance aux AVQ sont offerts principalement par les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD) ou par des organismes privés (résidences privées pour aînés) et, sur une base d'exception pour des cas particuliers, par le CSSS » (p. 25).

Ces services sont actuellement dans le mandat des CLSC (auxiliaires familiales et sociales) et gratuits. Les usagers devraient dorénavant payer : « De leur côté, les services d'assistance aux AVQ pourraient impliquer une contribution financière de la personne, alors que cette contribution est maintenue pour les services d'aide aux AVD (entretien ménager, préparation de repas sans diète, etc.). Cette participation tient compte de la fréquence et de l'intensité des services fournis et du revenu de la personne ou du ménage dans lequel elle vit. La contribution ne devrait pas constituer un obstacle au maintien de la condition de la personne et à l'accès aux services. » (p. 24). Ce serait **un recul important dans la gratuité** des services et aussi **dans la qualité des services** comme nous le verrons plus loin.

## Financement

Comment financer cette caisse ? Une partie du financement est déjà incluse dans le budget actuel de la santé et des services sociaux, soit les 2,9 milliards \$ consacrés actuellement aux soins de longue durée pour les aînés. 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. Ces crédits d'impôts ne sont pas attribués selon les besoins des personnes et leur valeur est souvent

---

<sup>1</sup> **AVQ, activités de vie quotidienne** : bains, aide à la prise de médicaments, préparation de repas avec diète, etc. **AVD : activités de vie domestique** : entretien ménager, préparation de repas sans diète, déneigement de l'entrée, etc.

conditionnée par le revenu, ce qui les rend inéquitables. Si on ajoute les 500 millions \$ déjà promis par le ministre Hébert pour améliorer le soutien à domicile, on obtient un total de 4 milliards \$ uniquement pour les aînés en perte d'autonomie.

### **Maintien ou non du crédit d'impôt pour le soutien à domicile ?**

Rien n'est décidé : « Par ailleurs, le crédit d'impôt pour maintien à domicile d'un aîné pourrait être réexaminé afin d'établir l'opportunité de l'adapter et de réallouer une partie des sommes économisées à la caisse autonomie » (p. 29).

Question : si le crédit est maintenu conditionnellement à une évaluation, même sommaire, des besoins de chaque personne par le réseau, combien de gestionnaires de cas supplémentaires faudra-t-il embaucher et combien de paperasse faudra-t-il remplir pour les milliers de personnes actuellement en résidences privées avec services ? Le crédit d'impôt actuel est inéquitable et bénéficie surtout aux riches. Son seul avantage : il demande moins de paperasse que les autres systèmes...

### **Capitalisation : pas décidé**

« Dans une perspective d'équité intergénérationnelle, la commission Clair (2000) puis la commission Ménard (2005) ont toutes deux recommandé la constitution d'une caisse et sa capitalisation pour assurer le financement des soins et des services de longue durée. C'est une option que propose ce Livre blanc. Est-ce que le gouvernement devrait adopter cette orientation pour les années à venir? Quelles modalités de financement seraient acceptables ? » (p. 31).

En résumé, le Livre blanc est plutôt imprécis sur le financement à long terme. Y aura-t-il une taxe ou contribution spéciale, comme le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), par exemple, payé en partie par les employeurs et en partie par les employés, pour financer le système à long terme ? Un fonds capitalisé ? Le Livre blanc est muet et blanc à ce sujet.

### **Hausse de tarifs à venir dans les CHSLD**

« La contribution financière exigée des personnes bénéficiaires de services doit aussi être revue. Trois principes viennent en circonscrire les paramètres : l'équité, car chacun a droit à un traitement en fonction de ses besoins; la neutralité entre les différents lieux de prestations de services dans le respect du choix des personnes; enfin, la protection des personnes les plus démunies. » (p. 30).

Actuellement, les usagers paient seulement la partie hôtellerie (hébergement et repas) pour être accueillis en CHSLD. La contribution varie selon le revenu, ce qui est très pertinent. Mais le gouvernement trouve que sa partie hôtellerie ne lui rapporte pas

assez. Selon le budget Marceau 2013-2014, il veut aller chercher 45 M \$ de plus annuellement dans la poche des usagers des CHSLD (p. 60, document Budget de dépenses).

## **Les trois fonctions principales du projet**

Le projet d'assurance autonomie du ministre Hébert a trois fonctions principales, selon moi : une fonction transformatrice, une fonction réparatrice et une fonction de promotion de la privatisation et de la tarification.

### **1. Une fonction transformatrice**

Le projet d'assurance autonomie, tel que rédigé, a une fonction transformatrice bénéfique, on en a parlé plus haut: faire passer de 17 à 31 % le pourcentage des sommes affectées aux services à domicile est une **transformation importante** et un objectif louable. Le défi sera que les sommes pour les services à domicile soient disponibles AVANT la « désins ». On se souvient que dans le dossier de la santé mentale, on a désinstitutionnalisé les personnes concernées avant que les services ne soient disponibles dans la communauté. Ils ne le sont d'ailleurs toujours pas complètement.

Connaissant la passion du gouvernement pour le déficit zéro, il y a lieu d'être inquiets que les aînés en perte d'autonomie n'aient pas le niveau de services à domicile requis par leur état. Pourtant, les sources de financement existent. La Coalition opposée à la tarification et à la privatisation des services publics (COTPSP) a rédigé récemment un document<sup>2</sup> bien fouillé et rigoureux indiquant que le gouvernement québécois pourrait, par 19 mesures bien ciblées, aller chercher 10 milliards \$ de plus avec une taxation adéquate, qui irait recueillir les revenus là où ils se trouvent. 10 milliards \$ de plus de disponibles pour les Québécoises et les Québécois !

Une autre source importante de financement, ce sont les 750 M \$ que le ministre Hébert compte économiser annuellement en implantant la réforme : diminution de l'hospitalisation et de l'institutionnalisation, etc.<sup>3</sup>

### **2. Une fonction réparatrice**

---

<sup>2</sup> <http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/SolutionsFiscales.pdf>

<sup>3</sup> Assurance autonomie - Québec économisera à terme 3,3 milliards par année (en 2050), Le Devoir, 24 avril 2013, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/376527/quebec-economisera-a-terme-3-3-milliards-par-annee> À court terme, le ministre estime que 200 M \$ seront récupérés en taxes et en impôts, en raison des aidants naturels restés sur le marché du travail et des emplois nouvellement créés. À moyen terme, les prévisions du MSSS suggèrent la libération de 1100 lits dans les hôpitaux, soit une économie de 200 M \$ par année. Une diminution du nombre de lits en CHSLD doit permettre d'économiser annuellement 350 M \$. Nous avons là un total de 750 M \$ par an.

Dans ce dossier comme dans plusieurs autres, nous nageons dans un univers de paradoxes. L'un des effets positifs attendus du projet d'assurance autonomie, c'est de créer **une barrière étanche** entre les budgets des services aux aînés en perte d'autonomie (CHSLD, RI et services à domicile) et les budgets des hôpitaux qui comblent souvent leurs déficits en utilisant les sommes normalement destinées aux services à domicile. C'est ce qu'a découvert et expliqué la Protectrice du citoyen, Raymonde Saint-Germain, dans son Rapport d'enquête du 30 mars 2012<sup>4</sup>.

Or il y aurait eu une façon plus simple de mettre en place cette barrière : il aurait suffi de ne pas fusionner les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux. En 2003, lors des fusions imposées sous le bâillon par le ministre Couillard, la Coalition Solidarité Santé, entre autres, avait fait une mise en garde : en fusionnant les trois catégories d'établissements, **à cause de l'hospitalo-centrisme**, les budgets des CHSLD et des services à domicile risquent d'être « confisqués » par les hôpitaux. Neuf ans plus tard, c'est ce qu'a constaté la Protectrice du citoyen. CQFD.

Aujourd'hui, pour réparer cette erreur, on recrée par la caisse autonomie une barrière étanche entre les budgets des hôpitaux et les services aux aînés en perte d'autonomie. C'est la fonction *réparatrice* du projet.

### 3. Une fonction de promotion de la privatisation et de la tarification

La fonction de promotion de la privatisation et de la tarification se décline sur le mode suivant. On réduit le secteur public et on intensifie l'apport du secteur privé : l'économie sociale est techniquement une composante du secteur privé. Mais elle constitue aussi ce qu'on appelle le tiers-secteur, car elle a une philosophie et des pratiques en partie différentes du secteur privé. Mais, comme le secteur privé, l'économie sociale a besoin de la contribution des usagers et cela implique une tarification. Les EÉSAD, à leur corps défendant, vont être le bras armé du MSSS, l'exécutant de ses oeuvres et de ses politiques.

C'est l'ancien ministre des Finances Raymond Bachand qui a dû être content en lisant le Livre blanc. Il avait mis de l'avant rien de moins que ce qu'il avait appelé *la révolution tarifaire*. Il s'agit de remplacer progressivement l'impôt progressif sur les revenus par des tarifs divers sur les services publics. Ces mesures sont régressives, c'est-à-dire qu'elles bénéficient aux plus fortunés et contribuent, avec d'autres facteurs, au grand mouvement mondial d'accroissement des écarts entre les revenus des nantis et ceux des démunis. Ce mouvement mondial, piloté et encouragé par le FMI, la Banque mondiale et tutti quanti, est une composante et une cause majeure de la crise que vit l'économie mondiale, avec les phénomènes spéculatifs, la religion du rendement à court terme, l'évasion fiscale et la corruption. On a même vu, au cours des dernières mois, les

---

<sup>4</sup> Aînés: Québec semoncé pour le manque de services à domicile, La Presse, 30 mars 2012 <http://www.lapresse.ca/actualites/politique-quebecoise/201203/30/01-4510994-aines-quebec-semonce-pour-le-manque-de-services-a-domicile.php>

autorités financières européennes se baser sur des fausses données et envoyer la Grèce au casse-pipe à la suite de calculs inexacts et aggraver ainsi la crise financière dans ce pays<sup>5</sup>.

La fonction de promotion de la privatisation et de la tarification a pour corolaire une fonction réductrice de la qualité des conditions de travail et réductrice de la qualité des services, comme nous allons le voir plus loin.

### 3. Les impacts sur les aînés et les premiers éléments de la position de l'AQDR.

#### Les impacts sur les aînés

Actuellement, les personnes âgées en perte d'autonomie qui ont besoin de bains et de soins d'hygiène à la maison bénéficient des services gratuits des auxiliaires familiales et sociales des CLSC. Le Livre blanc propose que ces services soient dorénavant prodigués par les EÉSAD. Or les services des EÉSAD ne sont pas gratuits, même si les taux horaires sont établis en fonction du revenu. Ils sont fournis par des personnes sous-payées et moins qualifiées que les auxiliaires familiales. Une partie d'entre elles vit même sous le seuil de la pauvreté.

Une étude du ministère des Municipalités, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT)<sup>6</sup> a montré que **le taux de rotation du personnel des EÉSAD** est de 51 % dans la région de Montréal, ce qui n'est pas favorable à la continuité des services. Dès qu'elles en ont la chance, les préposées des EÉSAD de Montréal, par exemple, s'en vont travailler, mieux rémunérées, dans un hôtel syndiqué. Les salaires offerts par les EÉSAD ne sont pas très compétitifs, c'est le moins qu'on puisse dire. Notez que le taux de rotation du personnel est moins élevé en région : il faut toujours apporter des nuances pour avoir un portrait équitable et précis. Il serait souhaitable, évidemment, que les employées des EÉSAD se syndiquent mais vont-elles négocier à l'encontre des bénévoles qui siègent sur les CA et faire la grève à l'encontre des usagers ? C'est le gouvernement qui est le véritable interlocuteur et il s'est inscrit aux abonnés absents.

Est-il réaliste de penser que les EÉSAD ont la capacité de répondre aux attentes du Livre blanc ? Selon les témoignages des usagers, les auxiliaires familiales des CLSC sont les personnes qui les aident le plus à rester à domicile. Le Livre blanc dit qu'elles interviendront dorénavant seulement « *sur une base d'exception pour des cas particuliers* ». Pourquoi réduire l'importance de l'implication des auxiliaires familiales dans le dossier du soutien à domicile ? Pourquoi remplacer une solution qui va bien pour

<sup>5</sup> <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/Economie/2013/04/18/003-etude-harvard-erreurs.shtml> et [http://www.rtf.be/info/economie/detail\\_la-politique-d-austerite-efficacite-scientifiquement-mise-en-doute?id=7974720](http://www.rtf.be/info/economie/detail_la-politique-d-austerite-efficacite-scientifiquement-mise-en-doute?id=7974720)

<sup>6</sup> MAMROT - <http://www.mamrot.gouv.qc.ca/grands-dossiers/economie-sociale/aide-domestique/>

une formule qui ne va pas très bien ? Pourquoi retirer du portrait la personne qui est la mieux en mesure d'être les yeux et les oreilles, sur le terrain, des autres membres de l'équipe multidisciplinaire du CLSC que sont l'infirmière, la travailleuse sociale, l'ergothérapeute, la physiothérapeute et l'inhalothérapeute ? La personne qui peut le mieux détecter les changements et en faire part à ses collègues du CLSC, dans un souci de qualité et de continuité des services ?

Lors d'une rencontre avec des représentants de groupes d'aînés, le 6 juin 2013, le ministre Réjean Hébert a répondu à ces questions en disant que les CSSS allaient contracter avec les EÉSAD des ententes de services, qu'il allait beaucoup augmenter leur financement et que cela améliorerait de ce fait les conditions de travail de leurs employées pour qu'elles ne quittent pas l'EÉSAD. Cette réponse laisse sceptique car depuis 1996, les EÉSAD n'ont pas vu **l'ombre du commencement d'une amélioration réelle de leur financement**. Dans *Le Devoir* du 30 avril dernier<sup>7</sup>, Louise Boivin, professeure à l'UQO met en garde contre la création de ghettos d'emplois féminins sous-payés dans ce secteur. Au sommet socio-économique de 1996, il avait été convenu qu'il ne fallait pas substituer les emplois décentement rémunérés du secteur public par des emplois sous-payés du secteur de l'économie sociale<sup>8</sup>. **La lutte contre l'appauvrissement des femmes est-elle moins importante en 2013 qu'en 1996 ?**

A cette question, le ministre a répondu que, actuellement, les femmes « quittent leur emploi pour devenir proches aidantes ». Il a ajouté qu'il faut créer des emplois pour les femmes et les maintenir sur le marché du travail. Selon lui, l'assurance autonomie, « c'est l'émancipation des femmes ». Quand le ministre parle des proches aidantes en réponse aux maigres salaires des travailleuses des EÉSAD, il fait diversion, il change de sujet. Bien sûr, il faut éviter que des femmes quittent leur emploi pour devenir proches aidantes. Mais ce n'est pas une raison pour donner des salaires insuffisants aux femmes qui travaillent dans les EÉSAD. Peut-on croire que les conditions des travailleuses des EÉSAD seront vraiment améliorées et les mettront toutes au-dessus du seuil de la pauvreté ? Le ministre Hébert fait actuellement des coupes sombres dans les CSSS. Il met en oeuvre les politiques d'un gouvernement qui n'est plus guère social-démocrate. C'est la première ministre et le ministre Marceau qui passent les commandes du déficit zéro. Cela colore le projet d'assurance autonomie. Le ministre Hébert est intelligent et articulé mais il est tenu par la solidarité ministérielle, il risque d'être fort déçu dans ses belles espérances.

Pour le ministre Hébert, « la mission des EÉSAD est déjà élargie ». Or ce n'est probablement pas tout à fait exact car 68 % des EÉSAD ne font pas d'aide à la personne (bains, etc.) (source citée plus haut : MAMROT). Mais il semble que ce chiffre ait

<sup>7</sup> <http://www.ledevoir.com/societe/sante/376944/la-persistence-de-la-devalorisation-du-travail-des-femmes>

<sup>8</sup> Yves Vaillancourt et Christian Jetté, avec la collaboration de Philippe Leclerc, *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les EESAD, Une analyse sociopolitique de l'économie sociale dans les services de soutien à domicile*, Éditions Vie économique, 2009, 178 pp.

évolué à la hausse depuis l'enquête du MAMROT. De nouveaux sondages sont en cours d'analyse et Marie-Claude (Gasse, porte-parole de la Coalition des EÉSAD) nous en dira peut-être davantage tantôt, si les travaux d'actualisation sont plus avancés. Ce que j'en comprends, c'est que plusieurs EÉSAD se sont fait tordre le bras par le ministère. Celles qui n'accepteront pas un élargissement obligatoire de leur mission auront des contraintes administratives supplémentaires, elles se feront concurrencer par une autre EÉSAD sur le même territoire, etc. Plusieurs EÉSAD constatent pourtant qu'elles ne sont pas capables de recruter des préposées qualifiées avec les maigres salaires qu'elles offrent. J'ai échangé avec des directrices d' EÉSAD à ce sujet. Certaines ont annoncé leur refus d'élargir leur mission.

Est-ce que le ministre peut décréter unilatéralement que la mission des EÉSAD est élargie ? Ou est-ce à chacune des EÉSAD de le décider ? Au plan juridique, le rapport entre le réseau et les EÉSAD n'est pas hiérarchique mais contractuel. C'était surréaliste d'entendre le ministre Hébert, au colloque de Drummondville de l'Association québécoise de gérontologie (AQG), au printemps dernier, déclarer : « La mission des EÉSAD est élargie à compter du premier avril prochain ». Et il ne mettait pas un sou de plus dans la cagnotte en annonçant cela ! Inopiné et surréaliste, je vous dis. L'attitude du ministre n'est-elle pas cavalière envers les EÉSAD ? Le ministre Hébert dit que l'utilisateur aura le choix du dispensateur de services. S'il n'y a pas suffisamment d'auxiliaires familiales, l'utilisateur aura-t-il le choix ? Qu'arrivera-t-il si l'utilisateur veut des services publics de qualité et accessibles ?

Au sujet de l'accessibilité financière aux services, les associations d'aînés ont constaté que, lorsque les taux horaires des EÉSAD augmentent, en ce qui concerne les services actuels d'entretien ménager, la clientèle se prive des services requis. L'utilisateur passe alors, par exemple, d'un entretien ménager aux deux semaines à un entretien ménager par mois. On peut penser que le même problème surgira si les bains, etc. sont tarifés. Un bain par mois, ce n'est évidemment pas ce qu'on appelle une politique efficace de soutien à domicile.

### **Le chèque emploi-service (CES)**

Un petit mot pour compléter le portrait des modes de dispensation des services. Il existe aussi un système appelé le chèque emploi-services (CES). L'utilisateur reçoit une petite somme de la part du CSSS et il la verse à un préposé privé pour divers services (bains, habillage, préparation de repas, etc.). De nombreuses personnes handicapées (ayant les limitations fonctionnelles) apprécient le CES car il donne une plus grande latitude dans les horaires de services. Quelques 9 728 usagers-ères étaient inscrits au programme du CES en 2009-2010 selon les données officielles. Ils présentaient les profils suivants : déficience physique (65%), déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (13%), **perte d'autonomie liée au vieillissement (18%)** et autres types de profils (6%). Le CES n'est pas du travail au noir car les préposés se font prélever des déductions à la source. Mais le CES a le grand défaut de sous-payer le personnel, de ne pas en assurer la formation et de ne pas favoriser la qualité des services. Même s'il n'y a que 18% des usagers du CES qui sont des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, cela ne m'apparaît pas une voie porteuse : c'est un système très compliqué à gérer pour cette clientèle.

## Le problème de la sous-traitance

Parmi les autres questions en suspens, auxquelles le Livre blanc ne répond pas, je mentionne celle-ci : comment le gouvernement va-t-il concilier l'ASA (allocation de soutien à l'autonomie) avec l'art. 45 du Code du travail du Québec ? Cet article interdit, à bon droit, à une entreprise de faire faire par un tiers des tâches si celles-ci sont normalement effectuées par des personnes couvertes par le certificat d'accréditation du syndicat. Autrement dit, un CSSS qui a des auxiliaires familiales ne peut faire faire par une EÉSAD les tâches de celles-ci. Il y a quand même des lois du travail au Québec... Le PEFSAD (Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique) contourne actuellement le problème en ce qui concerne l'entretien ménager car le payeur est la RAMQ et l'entretien ménager ne faisait plus partie du cœur des tâches des auxiliaires familiales depuis plusieurs années. Mais si le CSSS devient le payeur, directement ou indirectement, par un contrat avec l'EÉSAD, les tribunaux du travail devront ramener le gouvernement à l'ordre.

## Les premiers éléments de la position de l'AQDR

L'AQDR compte environ 36 000 membres répartis en 47 sections. Elle existe depuis 1979. Voici les huit propositions qu'elle a adoptées à la réunion de son CA du 29 août 2013.

Notez que ces huit propositions n'épuisent pas le sujet. Nous insistons ici, sur recommandation de notre comité Habitat de l'AQDR, sur quelques propositions concrètes touchant des aspects pratiques (la qualité des services d'AVQ – activités de vie quotidienne - et d'AVD – activités de vie domestique - et leur accessibilité). Ces services sont importants pour les aînés. Ils font la différence entre un soutien à domicile réel et un soutien qui se limite aux mots et à la rhétorique.

D'autres aspects seront abordés dans le mémoire de l'AQDR à la commission parlementaire, au sujet de l'assurance autonomie (par exemple, le crédit d'impôt pour les services à domicile, le financement à long terme, etc.).

1. **Pour assurer des services de qualité**, l'AQDR demande au gouvernement que les AVQ (activités de vie quotidienne) des personnes âgées en perte d'autonomie continuent à être offertes gratuitement par les **auxiliaires familiales des CLSC**, et non par les EÉSAD (entreprises d'économie sociale en aide domestique). Il y a actuellement 5032 postes d'auxiliaires familiales (équivalent temps complet) et il faudrait beaucoup augmenter leur nombre.

2. L'AQDR demande en conséquence au gouvernement de respecter le Consensus du Sommet socio-économique de 1996 et ne substitue pas (ne remplace pas) des emplois décentement rémunérés du secteur public par des emplois sous-payés du secteur de l'économie sociale.

3. L'AQDR demande au gouvernement que l'augmentation des services de soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie n'entraîne pas l'appauvrissement des personnes, surtout des femmes, qui donnent les services.

4. L'AQDR demande au gouvernement que la politique de financement et d'accessibilité de l'assurance autonomie fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie touchant une partie ou la totalité du **supplément de revenu garanti (SRG)** bénéficient d'une politique de gratuité totale des services des EÉSAD (pour les AVD). Nous demandons qu'elles jouissent d'une exonération totale de la tarification, compensée par la RAMQ (via le PEFSAD, le programme d'exonération financière des services d'aide à domicile). Cela entraînerait un développement important des activités d'AVD (activités de vie domestique) des EÉSAD. Il y a actuellement 6700 employées dans les EÉSAD, tous titres d'emplois confondus.

5. L'AQDR demande au gouvernement que la politique de financement et d'accessibilité de l'assurance autonomie fasse en sorte que les personnes âgées en perte d'autonomie **de la classe moyenne** ne soient pas contraintes de se priver, à cause des coûts élevés, des services d'AVD requis par leur état.

6. Tout en étant d'accord avec l'esprit du Livre blanc, l'AQDR se questionne sur la possibilité de problèmes vécus non résolus (exemple : pénurie de personnel professionnel, etc.) qui devraient être réglés avant de mettre en oeuvre l'assurance autonomie.

7. L'AQDR demande que la mission des organismes communautaires ne soit pas compromise par des ententes de services à venir au sujet des AVD (je laisse Valérie Lapierre, de la Coalition des TROC, élaborer sur ce sujet).

8. L'AQDR entend se faire la gardienne de l'universalité, de l'accessibilité, de l'intégralité, de l'équité et de la gestion publique de l'assurance autonomie.

J'ajouterais que pour assurer des services de qualité, dispensés par du personnel dont le taux de rotation n'est pas trop élevé, parce que tout travail mérite un salaire digne, il faudrait que, dans le cadre des politiques ministérielles, aucune employée d'une ressource intermédiaire, d'une EÉSAD ou d'une entreprise privée concernée par l'assurance autonomie ne touche un salaire qui la place sous le seuil de la pauvreté, soit un salaire horaire inférieur à 11,37 \$, indexé annuellement<sup>9</sup>. Le salaire minimum est actuellement de 10,15 \$. C'est ce qu'avait demandé le Sommet socioéconomique de 1996 : sortir les femmes de la pauvreté.

---

<sup>9</sup> Blogue de Gérald Filion, *Repenser le salaire minimum ?* 1<sup>er</sup> mai 2013.

Mesures coûteuses, oui, mais sans cela, le projet d'assurance autonomie, ce sera de belles paroles. Car pour dissuader les aînés en perte d'autonomie de recourir aux CHSLD, il faut d'abord leur offrir une masse critique de services à domicile de qualité et accessibles.