

Mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses
du Québec (FTQ)



Sur le **Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie**

Présenté à la Commission parlementaire sur la santé
et les services sociaux

Québec, 5 novembre 2013

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)
565, boulevard Crémazie Est, bureau 12100
Montréal (Québec) H2M 2W3
Téléphone : 514 383-8000
Télécopieur : 514 383-0311
Sans frais : 1 877 897-0057
www.ftq.qc.ca

Dépôt légal – 4^e trimestre 2013
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 978-2-89639-226-1

Table des matières

Introduction	4
1. Non à la privatisation!	6
2. L'organisation des soins et des services de longue durée : continuité ou fragmentation?	8
La nécessaire continuité des soins et des services de longue durée.....	9
Les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	9
L'importance de la prévention	11
3. L'importance d'une main-d'œuvre qualifiée.....	13
Une formation équivalente.....	14
Des conditions de travail décentes pour tous les personnels dispensant des AVD	15
4. Le financement des soins et des services de longue durée : une nécessaire révision de la fiscalité québécoise.....	17
Un financement dédié?	17
Respecter l'équité intergénérationnelle?.....	17
Un financement progressif et équitable	18
Annexe 1 – Les besoins pour les soins de longue durée.....	20
Annexe 2 – Places en ressources d'hébergement.....	21
Annexe 3 – Répartition des travailleurs des soins de longue durée au Danemark.....	22

Introduction

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) représente près de 600 000 personnes, dans toutes les régions et dans tous les secteurs de l'activité économique québécoise. Le projet gouvernemental d'assurance autonomie toucherait tous nos membres et leur famille, comme contribuables, bénéficiaires, personnes aidantes, mais aussi comme travailleurs et travailleuses. En effet, la FTQ compte 45 000 membres dans le secteur de la santé et des services sociaux, que ce soit dans des institutions publiques ou privées, y compris dans des entreprises d'économie sociale. Ces personnes sont représentées par le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) ou le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES-298).

D'entrée de jeu, nous voulons souligner l'importance de la présence des femmes dans le système de soins et de services de longue durée. En effet, elles représentent l'immense majorité des aidantes et, comme en général les femmes vivent plus longtemps que leur conjoint, elles se retrouvent trop souvent seules et pauvres lorsque vient leur tour d'avoir besoin de soins et de services de longue durée. Les travailleuses y sont aussi très majoritaires, que ce soit dans le réseau public ou dans les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD). Dans un tel contexte, la FTQ croit que le gouvernement doit intégrer l'analyse différenciée selon le sexe dans l'élaboration de sa législation et dans l'implantation de toutes les composantes d'une politique visant *L'autonomie pour tous*.

La FTQ salue la volonté gouvernementale de donner une nouvelle impulsion à l'accès aux soins et aux services de longue durée pour toutes les personnes vivant avec des incapacités, surtout dans le contexte où le vieillissement de la population s'accroîtra fortement dans les 20 prochaines années. Cette réflexion est absolument nécessaire, étant donné que les besoins des personnes en perte d'autonomie ne sont déjà pas suffisamment couverts.

Si nous sommes d'accord avec l'idée d'appuyer le désir des aînés « de pouvoir vieillir à domicile et de recevoir des services adaptés à leurs besoins là où ils ont fait le choix de vivre » (LB, p. 3), nous sommes cependant perplexes devant une valorisation excessive du maintien à domicile, qui est loin d'être toujours possible sans un soutien important des personnes aidantes de la famille, que ce soit physiquement ou financièrement. L'offre des soins et des services de longue durée doit respecter les limites de ces personnes et éviter que les décisions à prendre ne soient une source de culpabilité importante.

Qui plus est, la FTQ est en désaccord avec les moyens que propose le ministre sur la manière de financer les soins et les services de longue durée ainsi que sur la manière de les offrir, en les fragmentant et en les privatisant encore plus que ce n'est le cas aujourd'hui. Ces orientations sont inacceptables et fort éloignées des valeurs qui sont à la base de notre régime de santé et de services sociaux : universalité, accessibilité, équité, gestion publique, sans surfacturation ni frais d'utilisation.

Enfin, le rythme proposé pour légiférer et implanter ces nouvelles orientations organisationnelles et financières nous inquiète. Le Livre blanc nous apparaît d'ailleurs fort squelettique en ce qui concerne de l'organisation concrète des services et pas assez étoffé pour ce qui est de leur financement. Le plan d'implantation comporte des composantes (LB, p. 31-32) si majeures qu'on ne peut accepter de donner un chèque en blanc au ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) pour le développer. La FTQ croit que les consultations doivent se poursuivre en matière de financement (partie 4) et que les syndicats représentant directement le personnel, comme c'est le cas du SCFP et du SQEES-298, devraient être consultés et impliqués dans les changements organisationnels qui auront un impact certain sur le travail de leurs membres (partie 2).

Bref lexique

AVD :	Aide à la vie domestique
AVQ :	Aide à la vie quotidienne
CSMO :	Comité sectoriel de main-d'œuvre
EÉSAD :	Entreprises d'économie sociale en aide domestique
LB :	Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie

I. Non à la privatisation!

La proposition du Livre blanc est très claire. Il s'agit d'accentuer la privatisation ou la sous-traitance vers les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), les organisations privées ainsi que les résidences privées pour aînés (RPA), autant pour les aides à la vie quotidienne (AVQ) que pour les aides à la vie domestique (AVD), les CSSS continuant à assurer l'évaluation préalable pour l'accès à l'assurance autonomie et la coordination du Plan de services.

« Parmi la variété d'acteurs présents au niveau local, le CSSS assume un rôle central et une responsabilité majeure non seulement dans la prestation des soins et des services, mais également dans leur organisation sur le territoire. Maître d'œuvre de l'intégration, ainsi que de la coordination des services, acteur privilégié pour la mise en réseau des différents partenaires, 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. En matière d'assurance autonomie, le CSSS devient ainsi le premier artisan de l'accessibilité. » (LB, p. 25)

La privatisation, qu'elle concerne un établissement complet ou une partie des services, est une pratique risquée. Elle est difficile à renverser, nuit à la transparence, induit une instabilité dans la dispensation des soins et des services de longue durée, lésant du coup les personnes en ayant besoin, celles qui les dispensent ainsi que le système de santé et de services sociaux en général. La FTQ croit qu'une administration à but lucratif se traduit par une diminution numérique du personnel, un appauvrissement de la qualité des soins et des services ainsi qu'une augmentation des coûts pour les bénéficiaires. Les preuves en sont d'ailleurs nombreuses, avec l'expérience de nombreux autres pays.

La qualité des soins et des services à domicile et en établissement est plus qu'une simple question de financement : il faut changer la façon dont les soins et les services de longue durée sont conceptualisés et administrés. Il ne sert à rien d'opposer les soins et les services à domicile à ceux en établissement et d'utiliser ce prétexte pour privatiser ou limiter l'offre en établissement.

Le Vérificateur général a observé que déjà, là où le travail est privatisé, « les mesures en place pour apprécier la qualité des services à domicile ne permettent pas au ministère, aux agences et aux établissements d'effectuer un contrôle suffisant de cette qualité »¹. Dans la nouvelle répartition du travail, c'est le CSSS qui devra assumer une charge administrative de plus en plus lourde dans la gestion des contrats et le contrôle de la qualité des services, auprès d'un grand nombre d'individus indépendants, d'organismes, d'établissements, etc. Cette charge administrative sera coûteuse et engagera des sommes qui seraient mieux utilisées directement pour les soins et les services aux bénéficiaires.

¹ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013*, Québec, automne 2013, p. 32, [En ligne] [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-gestion/fr_Fichiers/fr_Rapport2012-2013.pdf].

La FTQ tient enfin à souligner que le prétexte du libre choix proposé par le Livre blanc ne tient pas la route. La société québécoise a décidé collectivement de construire un système de santé et de services sociaux basé sur la solidarité sociale, pas sur les principes du marché. Choisir un prestataire de soins et de services de longue durée ne devrait pas devenir une activité de magasinage que, d'ailleurs, les personnes qui en ont besoin et leurs proches ne sont pas en état de faire. Au contraire, les Québécois et les Québécoises veulent se sentir en confiance en sachant que le système de santé et de services sociaux saura fournir les soins et les services dont ils ont besoin sans complexité inutile et difficile à gérer².

Ainsi, la FTQ est en profond désaccord avec cette orientation gouvernementale de privatisation. Ce n'est pas parce qu'on souhaite créer une assurance autonomie qu'il faut privatiser la prestation des soins et des services de longue durée. Au contraire, la preuve est faite que la privatisation ne coûte pas moins cher et entraîne une qualité des services plus faible, ou à tout le moins plus difficile à évaluer³. La FTQ croit que la prestation doit être publique, offerte par du personnel du secteur public, dans les différents lieux où habitent les personnes nécessitant des soins et des services de longue durée. Enfin, la FTQ veut souligner que si le ministre va de l'avant avec encore plus de privatisation dans la dispensation de ces soins et services, le débat quant à savoir qui est le véritable employeur, peut-être ultimement les CSSS, ne sera pas nécessairement clos⁴.

Recommandation I

Afin d'assurer une continuité dans des soins et des services de longue durée de qualité et d'éviter toute confusion sur le véritable employeur, que tous les services qui touchent les AVQ soient offerts par du personnel du CSSS.

² ROSTGAARD, Tine. « Care as you like it: the construction of a consumer approach in home care », dans *Denmark Nordic Journal of Social Research*, 2011, vol. 2.

³ HÉBERT, Guillaume et Simon TREMBLAY-PEPIN. *La sous-traitance dans le secteur public : coûts et conséquences*, rapport de recherche, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), juin 2013, 61 p. Le Chapitre 4 (pp. 40-47) porte sur les ressources intermédiaires et l'hébergement des personnes âgées.

⁴ Certains tribunaux se sont d'ailleurs prononcés sur la question. COMMISSION DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Rapport de vérification sur les contrats de services assimilables à des contrats de travail*, mai 2012, 46 p. *Pointe-Claire c. Tribunal du Travail*, 1997, 1 R.C.S., 1015.

2. L'organisation des soins et des services de longue durée : continuité ou fragmentation?

Il est bien connu que le Canada dépense moins dans les soins à domicile et les services de longue durée en général que les autres pays de l'OCDE et que, par conséquent, notre système a de nombreuses lacunes. Depuis quelques décennies, diverses commissions d'enquête et de nombreux chercheurs et journalistes en ont fait état. Récemment, le Protecteur du Citoyen et le Vérificateur général ont publié des rapports qui répertorient ces failles, vécues au quotidien par les membres que nous représentons⁵.

- Les usagers ne reçoivent pas tous les services requis parce que l'accès a été limité par les CSSS notamment par manque de fonds : nouveaux critères d'exclusion; limites ou réduction du nombre d'heures attribuées; utilisation de l'outil d'évaluation ISO-SMAF d'une manière qui sous-estime les besoins des usagers; etc.
- L'absence de rapports sur les indicateurs standards rend impossible l'évaluation des besoins non satisfaits, l'identification des besoins futurs et les coûts associés. Même s'il est périlleux d'établir des projections à très long terme, l'Institut national de santé publique du Québec s'y est efforcé, en 2010⁶, mais ces données ne semblent pas avoir été prises en compte dans le Livre blanc.
- Le temps d'attente pour avoir accès aux services est excessif.
- Le manque de normes pour l'ensemble du Québec ne permet pas d'assurer un contrôle suffisant de la qualité des soins.
- Les pénuries dans plusieurs professions et l'absence de plan pour y remédier ajoutent des pressions sur l'accès et la qualité des soins et services.

La FTQ ne croit pas qu'il faille viser une organisation fragmentée des soins et des services de longue durée, ce que semble viser le ministre avec la création d'une assurance autonomie dont les ressources devraient « être dirigées prioritairement vers les services de soutien à l'autonomie de façon à respecter le choix des personnes qui désirent continuer de vivre à domicile ou en ressources non institutionnelles » (LB, p. 29). Il s'agit là d'une manière de voir les choses qui ne respecte pas la nécessaire continuité des soins et des services de longue durée, ni l'importance d'agir en prévention.

⁵ PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport d'enquête du protecteur du citoyen - Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante*, mars 2012, 30 p., [En ligne] [www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2012-03-30_Accessibilite_Soutien_domicile.pdf].

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013*, Québec, automne 2013, 75 p., [En ligne] [www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-gestion/fr_Fichiers/fr_Rapport2012-2013.pdf].

⁶ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec, 2006 à 2041*, mars 2010, 53 p., [En ligne] [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessementPop.pdf]. Voir l'Annexe I qui présente des tableaux plus détaillés.

La nécessaire continuité des soins et des services de longue durée

L'interdépendance des différentes parties du système de santé et de services sociaux n'est plus à démontrer, comme le résume si bien le Vérificateur général dans son dernier rapport :

« Les services à domicile ne sont pas un secteur isolé du système de santé et de services sociaux. Ils s'intègrent dans une chaîne de services (continuum de services) qui comprend ceux de première ligne, plus généraux, et ceux de deuxième et de troisième ligne, plus spécialisés. Si un des maillons de la chaîne a des faiblesses, celles-ci se répercuteront sur les autres maillons. Par exemple, des services à domicile insuffisants ou l'absence de services spécialisés en gériatrie auront un impact sur les services d'urgence et d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.⁷ »

Il devrait en être de même pour assurer la continuité des soins et des services de longue durée. On devrait être capable de faire une réflexion mieux structurée sur la diversité des domiciles qu'occupent et occuperont les personnes âgées durant leur éventuelle perte d'autonomie. Plusieurs éléments sont à considérer : une maison qu'on vend parce qu'elle fait partie des revenus nécessaires pour la retraite; la maison ou le logement initial qu'on quitte parce qu'il est trop lourd à entretenir ou trop coûteux; la recherche d'une plus grande sécurité et de quelques services de base qu'on ne retrouve actuellement que dans le privé, à des coûts assez élevés, et qui peuvent devenir de plus en plus importants lorsque la perte d'autonomie augmente et qui sont loin d'être accessibles à plusieurs personnes âgées; les CHSLD pour les personnes en grande perte d'autonomie. Le passage d'un lieu à un autre est presque toujours difficile parce qu'il est associé à une perte. Mais il est souvent la seule solution réaliste.

Le ministre doit lui-même être réaliste et s'assurer qu'un continuum de services de même qualité soit accessible dans un continuum de résidences, sans que l'accessibilité financière soit en cause. En effet, la FTQ croit que le vrai libre choix s'exprime lorsque toutes les ressources nécessaires sont accessibles, tout au long de ce continuum. Nous pensons que c'est aussi ce que souhaite la population québécoise, comme l'a récemment souligné l'Association médicale canadienne :

« Les Canadiens souhaitent l'adoption d'une approche qui donne la priorité aux soins à domicile et communautaires pour aider les aînés à rester à la maison plus longtemps, ce qui n'est pas irréaliste. **La majorité s'attend également à ce qu'une stratégie nationale sur les soins de santé accorde aussi la priorité aux soins de longue durée en établissement ainsi qu'aux besoins des aînés à la fin de leur vie.**⁸ »

Les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

Il n'est pas acceptable que le système de soins à domicile se développe au détriment des places en CHSLD, ce que propose le Livre blanc en imposant une limite au nombre de lits en CHSLD. Cette tendance est déjà en cours : le nombre de lits en CHSLD a baissé de 35 523 à 34 887 entre 2005 et 2008. Durant la même période, le secteur privé a enregistré une hausse importante des places

⁷ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. Note 1, chapitre 4, p. 7.

⁸ ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *13^e Bulletin national annuel sur la santé*, août 2013, p. 2. [En ligne] [www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/2013/2013-reportcard_fr.pdf]. Les caractères en gras sont propres au présent mémoire.

d'hébergement, dans les ressources intermédiaires et les résidences privées avec services⁹. Pourtant, en mai 2013, il y avait encore 8 698 personnes sur une liste d'attente pour une place en CHSLD¹⁰.

La FTQ croit qu'il est nécessaire de maintenir et d'augmenter les places en CHSLD pour répondre aux besoins en soins infirmiers complexes de plusieurs personnes, notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence, dont le nombre ira en augmentant. Nombreux sont les groupes, chercheurs et personnes aidantes qui sont inquiets de l'emphase qui est mise sur les soins à domicile en lieu et place des soins en établissement. Ils sont également préoccupés par la qualité et la couverture suffisante de ces soins en établissement¹¹.

Un taux très élevé de personnes résidant en CHSLD sont touchées, pouvant représenter jusqu'à 80 % des bénéficiaires. Cela a des conséquences sur le choix des personnes dont la perte d'autonomie n'est que physique, et qui privilégient un entourage comprenant le moins possible de personnes à capacités cognitives affaiblies. Cela les conduit vers des ressources privées où la contribution financière exigée est nettement plus élevée. Ainsi, les personnes n'ayant pas les moyens financiers se retrouvent dans un CHSLD qui peine à être un milieu de vie. Auparavant, l'existence d'unités prothétiques, spécifiques ou psychiatriques permettait de donner un meilleur service aux personnes atteintes, tout en contribuant au développement d'un milieu de vie plus intéressant pour les autres.

Le ministre a déjà indiqué son intérêt pour le modèle danois, en soulignant la décision gouvernementale de 1987 d'arrêter la construction de maisons de soins infirmiers traditionnelles, dans le cadre d'une réforme majeure des soins à donner aux personnes âgées. Il faut cependant souligner que les aînés ne sont pas simplement restés dans leur propre maison. Au contraire, des formes variées de logement ont été développées par les gouvernements, au niveau municipal et national, ce qui a changé les notions de chez-soi et d'institution¹².

⁹ L'Annexe 2 présente ces données.

¹⁰ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES RETRAITÉ(E)S DES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC. *Hébergement pour les personnes en perte d'autonomie: près de 9 000 personnes en attente d'une place au Québec*, 27 mai 2013, [En ligne] [aqrp.qc.ca/nouvelles/hebergement-pour-les-personnes-en-perte-d-autonomie-pres-de-9-000-personnes-en-attente-d-une-place-au-quebec-401].

¹¹ ALZHEIMER SOCIETY OF CANADA. *Rising Tide: The Impact of Dementia on Canadian Society*, 2010, 64 p., [En ligne] [www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Advocacy/ASC_Rising_Tide_Full_Report_e.ashx]. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*, rapport du Comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer, mai 2009, 143 p. environ, pagination diverse, [En ligne] [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01V.pdf].

ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL. *World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring - An analysis of long-term care for dementia*, septembre 2013, 88 p., [En ligne] [www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf].

JANSEN, Irene. « Residential Long-Term Care: Public Solutions to Access and Quality Problems » et « The author responds », dans *Healthcare Papers*, février 2011, vol. 10 n° 4.

SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE. *Soins de longue durée en établissement au Canada - Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*, octobre 2009, 112 p., [En ligne] [scfp.ca/updir/SCFP-soins-longue-duree-notre-vision.pdf].

¹² LEWINTER, M. « Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution », *International Journal of Social Welfare*, janvier 2004, vol. 13 N° 1, p. 92.

ROSTGAARD, Tine. *Living Long, Ageing Well: Social and Individual Approaches to Ageing Well*, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, conférence The Joys and Tears of Living Longer, octobre 2012, [En ligne] [coscoba.ca/files/3313/5317/8046/COSCO_Rostgaard.pdf], [Vidéo] [vimeo.com/53728133].

« Ce type de logement est souvent situé à proximité, en lien avec les établissements existants [...] afin de maximiser l'utilisation du personnel et des installations, ainsi que d'assurer un accès pratique à l'aide à domicile, aux soins infirmiers à domicile et à d'autres services communautaires. »¹³

L'importance de la prévention

Le système danois de soins à domicile pourrait aussi être source d'inspiration quant au développement d'une approche préventive : une intervention à un stade précoce, l'identification des besoins et la mise en œuvre d'un plan de soutien. Actuellement, au Québec, nous intervenons sur demande et en répondant aux besoins urgents, ce qui permet tout au plus de compenser en partie la perte d'autonomie, sans parvenir à la contrer.

Une recherche danoise a démontré que deux politiques ont eu un impact significatif sur la capacité des personnes âgées à demeurer autonomes. La première est la mise en place de visites préventives à domicile. En 1996, une législation a instauré l'obligation, pour les municipalités, de faire des visites annuelles et d'assurer le suivi des soins et services répondant aux besoins qui y sont identifiés. Environ 40 % des personnes âgées de 75 ans et plus acceptent les visites à domicile. Ce programme a donné lieu à une utilisation accrue des services à domicile, une augmentation de la capacité fonctionnelle des personnes âgées, un plus faible taux d'admission aux soins infirmiers hospitaliers ainsi qu'à une réduction de la mortalité. Cette politique serait plus rentable à long terme.

La deuxième politique est un programme appelé « réhabilitation de tous les jours », dans lequel les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile sont examinées par un physiothérapeute. Un programme de réhabilitation de six à huit semaines est développé pour assurer le développement de leur capacité physique à mener des activités quotidiennes spécifiques¹⁴. Le programme a permis aux gens de devenir plus autonomes et d'utiliser moins d'aide à domicile. Selon les résultats d'un projet, en 2011, parmi les 220 personnes âgées ayant bénéficié du programme, 103 sont devenues totalement indépendantes et 68 avaient besoin de moins d'aide¹⁵.

¹³ SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System in Denmark*, août 2010, German Institute for Economic Research (DIW Berlin), p. 10, [En ligne] [www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf]. La traduction est nôtre.

¹⁴ Pour consulter la description du programme :

www.fredericia.dk/FFF_ny/LMIEL/presserum/Documents/Life%20Long%20Living%20Fredericia%20dk%20EY2012%20award_16%2009%2012.pdf

¹⁵ Pour plus d'informations sur le projet : www.epsa2011.eu/files/site/EPSA_ProjectCatalogue_web.pdf et www.europe.ohchr.org/Documents/Press/HelleJuhl.pdf.

Recommandation 2

Élargir l'éventail des soins et des services de longue durée, dans tous les lieux où ils sont nécessaires, dans les divers domiciles y compris en établissement, de façon à satisfaire les différents besoins des personnes âgées québécoises, dans le cadre d'un système global et intégré.

Recommandation 3

Que les pratiques innovantes du système danois soient intégrées à l'offre de services, soit l'intervention précoce et le développement des capacités physiques, qui devraient être offerts en prestation publique.

3. L'importance d'une main-d'œuvre qualifiée

Nous sommes étonnés que le gouvernement ait un aperçu aussi sommaire de la main-d'œuvre travaillant dans les soins et les services de longue durée. Il existe des données sur le personnel du secteur public, mais l'absence de recoupements entre les diverses catégories d'emploi et la mission en soins et services de longue durée ne permet pas d'avoir un portrait clair de la situation actuelle¹⁶. À l'extérieur du secteur public, le portrait est aussi très parcellaire, sauf pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique¹⁷. De plus, il est difficile de le déterminer avec l'utilisation de personnel provenant d'agences et d'un bon nombre de travailleuses indépendantes.

Si la situation actuelle n'est pas bien identifiée, que penser des besoins futurs en main-d'œuvre. Dans un contexte de relatives pénuries de main-d'œuvre¹⁸, d'un important taux de roulement surtout en dehors du réseau public où les conditions de travail sont souvent déficientes, il apparaît évident qu'un portrait et une planification doivent être entrepris le plus rapidement possible. La FTQ croit que les syndicats doivent y être associés. Nous suggérons au ministère de compiler les données nécessaires pour établir un portrait similaire à celui trouvé dans une étude sur les soins et services de longue durée au Danemark¹⁹.

Pour la FTQ, un continuum de services et de soins offerts par une main-d'œuvre qualifiée, capable d'agir au sein d'équipes intégrées, est la garantie de la qualité de ces services et de ces soins. Le roulement de personnel a des conséquences sérieuses sur la qualité des liens tissés entre les bénéficiaires et le personnel, lorsque la régularité du vécu quotidien n'est plus assurée et devient un facteur d'insécurité. La stabilité du personnel dans les soins et services de longue durée doit devenir une exigence. C'est cette stabilité qui permet aux auxiliaires de faire partie d'une équipe intégrée de soins. Ces auxiliaires sont ainsi de bons rapporteurs de tout changement de l'état des usagers et des usagères, auxquels se fient nos membres travailleurs sociaux et travailleuses sociales. C'est cette chaîne qui est brisée quand on utilise trop souvent du personnel d'agences ou qu'on donne en sous-traitance

¹⁶ Ces données incluent les employés des établissements publics et privés conventionnés ainsi que les effectifs des agences de santé et de services sociaux, mais excluent les professionnels rémunérés par la RAMQ, la main-d'œuvre indépendante, le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Régie de l'assurance-maladie ainsi que le personnel des organismes communautaires et des établissements privés non conventionnés. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « SALARIÉS (INFIRMIÈRES, etc.) ET CADRES des établissements publics et privés conventionnés et des ASSS du RÉSEAU DE LA SANTÉ et des services sociaux : dénombrement et rémunération. », Espace informationnel, [En ligne] [www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=Lz7Uvx/L/EA=].

¹⁷ MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DES RÉGIONS ET DE L'OCCUPATION DU TERRITOIRE. *Plan d'action gouvernemental pour l'entrepreneuriat collectif, Profil des entreprises d'économie sociale en aide domestique, Partie I – Tableau synthèse*, Québec, 2012, 32 p., [En ligne] [www.mamrot.gouv.qc.ca/pub/grands_dossiers/economie_sociale/eesad_tableau_synthese.pdf].

¹⁸ EMPLOI-QUÉBEC. *Aides familiaux/aides familiales, aides de maintien à domicile et personnel assimilé (6471)*, onglets Perspectives d'emploi par profession et Sommaire, [En ligne] [imt.emploiuebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_persprof_01.asp?lang=FRAN&Porte=1&cregncmp1=QC&PT4=53&apof=6471&cregn=QC&PT1=1&type=01&motpro=b%E9n%E9ficiaries&PT2=21&pro=6471&PT3=10] [imt.emploiuebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_sommprofs_01.asp?lang=FRAN&Porte=1&cregncmp1=QC&PT4=53&apof=6471&cregn=QC&PT1=2&type=01&motpro=b%E9n%E9ficiaries&PT2=21&pro=6471&PT3=10&cregncmp2=QC].

¹⁹ Le portrait danois est présenté à l'Annexe 3.

le travail d'aide à la vie quotidienne (AVQ). Enfin, il est nécessaire que les conditions de travail soient décentes et suffisamment adéquates pour attirer une main-d'œuvre bien formée.

La FTQ croit que le respect de tous ces critères est plus facilement assuré par un employeur commun, du réseau public de la santé et des services sociaux. C'est ainsi qu'il sera possible de valoriser le travail dans le secteur des soins et des services de longue durée et d'y offrir une reconnaissance adéquate en termes de conditions salariales et de protections sociales.

Une formation équivalente

Pour la FTQ, il est essentiel que tous les soins et services de longue durée soient assurés par du personnel qualifié, ce qui est une garantie minimale de leur qualité ainsi que de la santé et sécurité des bénéficiaires, des travailleuses et des travailleurs. Le gouvernement québécois ne peut pas instaurer un changement profond dans la dispensation des services sans d'abord régler cette question et légiférer à cet égard, si nécessaire²⁰. La FTQ croit donc que le Québec doit se diriger vers plus de formation, notamment à cause de la complexité et de l'alourdissement croissants de l'état de santé physique et psychologique des personnes âgées, particulièrement dans les cas d'Alzheimer et d'autres démences²¹.

Actuellement, au sein du secteur public, les CSSS exigent que le personnel ait obtenu au moins l'un des deux diplômes d'études professionnelles (DEP) en assistance des personnes en établissement (CHSLD) ou à domicile (CLSC), délivrés par le ministère de l'Éducation, des Sports et des Loisirs. Comme c'est le cas pour tous les DEP offerts par les établissements d'enseignement, des mécanismes de reconnaissance des acquis et des compétences permettent aussi à des personnes ayant de l'expérience de faire reconnaître leurs acquis et compétences ainsi que d'acquérir les compétences manquantes par une formation adéquate. Un certificat officiel de compétences, qui a une valeur équivalente au DEP, est alors émis par la Commission scolaire. Enfin, des formations complémentaires sont exigées, par exemple pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et le secourisme.

Cette attente en matière de formation ne s'applique pas au personnel dans le secteur privé que ce soit les organismes à contrat, les EÉSAD par exemple, ou même les résidences privées pour aînés. Mais l'ajout de soins et services dans certaines résidences privées pour aînés a incité le gouvernement à resserrer les exigences de formation pour le personnel de ces établissements, qui seront appelés à faire des AVQ ainsi qu'à distribuer des médicaments et à effectuer certains soins invasifs (injection d'insuline, par exemple), activités permises par des modifications au Code des professions²². Les

²⁰ C'est une tendance qu'on peut observer dans de nombreux pays et dans au moins deux provinces canadiennes, la Nouvelle-Écosse (depuis 2000) et la Colombie-Britannique (depuis 2008).

²¹ ALZHEIMER SOCIETY OF CANADA. Note 11, p. 55 : « Canada must ensure basic dementia skills among primary care providers, emergency department staff, care facility nurses, assisted living personal support workers, and all others employed in care settings that are likely to serve individuals with dementia. Individuals concerned about their brain health are sometimes hesitant to seek help. When they do, it is imperative that health professionals can recognize the warning signs, make a diagnosis and provide treatment and support. »

²² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel d'application - Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés - Document maître*, 2013, 130 p., [En ligne] [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-843-03VV.pdf].
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code des professions*, articles 39.7 et 39.8, [En ligne] [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.HTM].

exigences de formation sont cependant inférieures à celles faites aux personnes travaillant dans le secteur public.

Les EÉSAD, selon le ministre, devraient devenir la première ligne de la dispensation des soins et services de longue durée à domicile, pour les AVD (ce qui est déjà le cas) et pour les AVQ, ce qui ne devrait pas être le cas. Nous savons que certaines de ces entreprises le font déjà, du moins en partie, mais nous considérons que leur personnel n'a pas la formation nécessaire. La proposition du ministre vient d'ailleurs briser un consensus qui avait été établi au sein du Chantier de l'économie sociale en 1996 et, plus récemment, au sein du Comité sectoriel de main-d'œuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire (CSMO-ÉSAC), où sont présents les différents partenaires du marché du travail, dont les syndicats. Une norme professionnelle de préposé ou préposée d'aide à domicile y a été conçue en limitant clairement le champ d'intervention aux seules AVD. Le ministre a-t-il l'intention de changer, à lui seul, les règles du jeu établies dans la norme professionnelle alors que la responsabilité appartient actuellement aux partenaires du marché du travail.

Des conditions de travail décentes pour tous les personnels dispensant des AVD

La FTQ réitère l'importance de la prestation publique des soins et des services de longue durée, dans tous les lieux de résidence, par des travailleuses et des travailleurs qui sont des employés de l'État. Cela nous apparaît être le moyen le plus efficace d'assurer des conditions de travail décentes et équitables. Nous avons l'impression que le principal motif des modifications proposées par le Livre blanc est d'augmenter le financement des contribuables et de diminuer les coûts associés au personnel.

En effet, la privatisation ou la sous-traitance conduisent à des pressions indirectes (dans le privé à but lucratif) et directes (sur économie sociale) sur les salaires et les conditions de travail, à cause de la recherche de profits dans le secteur privé à but lucratif et du cadre financier actuel du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), imposé aux entreprises d'économie sociale et aux travailleuses et travailleurs dits autonomes.

Mis à part certaines compensations pour les frais administratifs instaurées en 2005, le PEFSAD n'a jamais été indexé depuis 1996. Comment maintenir ou améliorer les conditions de travail des personnels qui assurent les AVD, si le soutien financier est resté le même depuis presque vingt ans? C'est indécent! Et cela explique que la plupart des travailleuses vivent sous le seuil de la pauvreté, parvenant à peine à dépasser les normes minimales légiférées. En 2009, alors que le salaire minimum était 9 \$ de l'heure, le salaire horaire moyen dans les EÉSAD était à peine plus élevé, 10,60 \$ pour les travailleuses à temps plein²³. Cela explique aussi la tentation du travail au noir chez les travailleuses autonomes qui n'y arrivent plus.

Ce fonds doit être revu de fond en comble et inclure une formule d'indexation afin de garantir des emplois décents. De meilleures subventions pourraient par exemple permettre aux EÉSAD de mettre sur pied un programme sectoriel d'équité salariale, comme cela a été fait par le réseau des Centres de

²³ VAILLANCOURT, Yves et Christian JETTÉ. *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique - Une analyse sociopolitique de l'économie sociale dans les services de soutien à domicile*, Montréal, Les Éditions Vie Économique (EVE), 2009, 180 p.

la petite enfance, suite aux gains qui ont été faits lors de la négociation pour une révision des subventions gouvernementales.

Enfin, il est essentiel que le gouvernement se préoccupe de la santé et de la sécurité du travail de ces travailleuses. On sait que plusieurs d'entre elles souffrent de divers maux, par exemple des troubles musculo-squelettiques, des cardiopathies ou des dermatoses occupationnelles. Pour toute personne travaillant à domicile, le fait d'être isolée et confrontée à des situations parfois dangereuses pose des risques supplémentaires.

Pourtant, les travailleuses autonomes sont nommément exclues de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. Celles qui se blessent n'ont pas droit à une indemnisation de la CSST ni à une prestation d'assurance-emploi pour maladie, ce qui les laisse dans la misère. Pour les travailleuses de l'économie sociale, une étude révèle que plusieurs hésitent à faire des réclamations à la CSST, connaissent mal le processus administratif et sont trop précaires pour pouvoir être en arrêt de travail²⁴. De plus, si le gouvernement maintient sa décision d'élargir l'offre de services des EÉSAD aux AVQ, leur prime à la CSST risque d'augmenter, rendant leur situation encore plus précaire aux plans financiers et organisationnels, comme ce fut le cas lors de l'augmentation fulgurante du taux de cotisation en 2007²⁵. La standardisation de la formation joue aussi un rôle important en matière de santé et sécurité du travail, pour que les travailleuses apprennent à adopter des méthodes de travail sécuritaires²⁶.

Recommandation 4

Qu'un portrait et une planification de la main-d'œuvre soient établis avec les syndicats.

Recommandation 5

Que tous les travailleurs et travailleuses qui fournissent des soins AVQ, quel que soit le lieu d'intervention, soient soumis à une formation équivalente aux exigences du secteur public, y compris les formations complémentaires comme le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et le secourisme ou toute autre formation qui s'ajouterait au fil des ans.

Recommandation 6

Que le gouvernement s'assure que les conditions de travail des personnes effectuant des AVD soient améliorées, notamment en ce qui a trait aux aspects salariaux et de santé et de sécurité du travail, par une bonification continue du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique ou de tout programme qui pourrait le remplacer.

²⁴ GUBERMAN, Nancy et Dominique CÔTÉ. « Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles », dans *Pistes*, vol. 7, n° 2, 2005, [En ligne] [www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a3.htm].

²⁵ VAILLANCOURT et JETTÉ. Note 23, pp. 74-76.

²⁶ MÉRETTE, Marcel. *The Bright Side: A Positive View on the Economics of Aging*, IRPP, vol. 8, n° 1, mars 2002, 28 p.

4. Le financement des soins et des services de longue durée : une nécessaire révision de la fiscalité québécoise

La FTQ a déjà exprimé à plusieurs reprises son inquiétude, notamment lors de la création des CSSS, de voir les sommes consacrées aux missions de soins et de services de longue durée, plus particulièrement à domicile, être utilisées à d'autres missions, par exemple les soins aigus d'urgence. L'expérience nous oblige à réitérer l'importance de s'assurer que les sommes allouées à cette clientèle lui soient vraiment consacrées. Est-ce que la création d'une caisse d'assurance autonomie est le seul moyen d'y arriver?

Un financement dédié?

Le financement de la santé et des services sociaux québécois est construit comme une immense courtepointe de fonds dédiés, Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, Fonds de l'assurance médicaments, Fonds des services de santé, pour ne nommer que ceux-là. Le Livre blanc propose d'ajouter un nouveau fonds dédié, une caisse d'assurance autonomie, ce qui aurait pour avantage d'en sécuriser le budget selon le gouvernement. Mais ce fonds est-il vraiment nécessaire ou judicieux?

La FTQ ne croit pas que cela soit nécessaire et pense que c'est peu judicieux. La véritable explication des difficultés financières de la mission des soins et des services de longue durée, notamment pour le soutien à domicile, ce sont les multiples coupures qui ont été faites dans le passé et encore récemment à un point tel que les budgets, dans tous les sous-secteurs, ne répondent même pas aux besoins actuels. Pourtant c'est le cadre financier actuel que le gouvernement retient comme base pour construire la Caisse autonomie, les sommes supplémentaires devant couvrir les besoins futurs.

Respecter l'équité intergénérationnelle?

Un des arguments justifiant un tel fonds est que, s'il est capitalisé au moins partiellement, il permettrait d'assurer l'équité intergénérationnelle. La FTQ ne croit pas que ce soit le seul moyen, ni le plus réaliste. Cela fait déjà 15 ans que cette proposition a été faite et son application à ce moment-ci donnera-t-elle vraiment le temps de capitaliser avant que la situation redevienne plus équilibrée? On peut en douter. D'autant plus que si le vieillissement sera rapide, le rajeunissement le sera aussi lorsque les décès se multiplieront. Il serait plus efficace de compter sur le régime fiscal pour assurer l'équité. En évitant des contributions axées sur la masse salariale, on devrait faire en sorte que les plus jeunes n'assument un poids déséquilibré. Des études ont déjà démontré que les personnes à la retraite, à travers l'imposition reportée des sommes acquises dans les régimes de retraite et dans les REER, contribueront suffisamment pour payer les augmentations de coûts induites par leur plus grand nombre.

Un financement progressif et équitable

Que le gouvernement décide d'aller de l'avant avec l'assurance autonomie ou non, la FTQ croit qu'un financement accru doit provenir de sources de revenus progressives, notamment l'impôt sur le revenu. La part qu'occupent la santé et les services sociaux dans le budget gouvernemental est telle qu'il est en effet impossible d'envisager son financement sans parler de l'ensemble de la fiscalité québécoise. Un exercice visant à en accroître la progressivité et l'équité serait tout indiqué.

Les différents gouvernements qui se sont succédé dans les deux dernières décennies n'ont eu de cesse de diminuer, toujours et encore, les impôts des particuliers et des entreprises, en affirmant que cela contribuerait à l'enrichissement de nos sociétés. Ce qu'on a plutôt vécu, c'est l'enrichissement des plus nantis, la financiarisation de l'économie, des diminutions du filet de sécurité sociale et une augmentation perceptible des inégalités. Tout cela parce que nos gouvernements acceptent la logique selon laquelle toute augmentation du fardeau (sic!) fiscal serait néfaste à l'économie et que nous n'aurions plus les moyens de nous payer les services dont nous avons besoin. Ici et ailleurs dans le monde, les menaces des riches et du milieu des affaires font même reculer les gouvernements qui avaient pris des décisions justifiées, comme ce fut le cas l'année dernière avec les propositions du gouvernement québécois d'ajouter des paliers d'imposition pour les particuliers les plus riches ou d'augmenter la part des dividendes ou du capital à imposer, afin d'abolir la contribution santé.

C'est pourtant la responsabilité du gouvernement de répondre aux besoins de la population et, si nécessaire, de la sensibiliser en donnant une information adéquate permettant d'assurer une meilleure compréhension des enjeux et des décisions plus équitables qu'il doit prendre.

Il faut cesser d'avoir peur de parler d'augmentation d'impôt. Il faut cesser d'utiliser la tarification ou la hausse de la TVQ, des mesures régressives, pour compenser les baisses d'impôt des décennies précédentes. Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici l'ensemble des revendications que nous avons régulièrement présentées lors de multiples consultations, mais voici quelques exemples des mesures à bannir et de celles à valoriser pour augmenter les revenus de l'État, par exemple pour les revenus des particuliers :

- Annuler totalement la contribution santé, une mesure très régressive. D'autres mesures tarifaires rendent notre régime fiscal global plus régressif.
- Revoir les grilles de contribution des bénéficiaires pour les soins et services de longue durée afin de mieux respecter leur capacité de payer et les besoins de base des autres membres de leur ménage.
- Augmenter l'impôt général sur le revenu des particuliers et restaurer une plus grande progressivité en ajoutant encore un palier d'imposition.
- Réévaluer des avantages fiscaux consentis aux plus riches comme la non-imposition d'une partie des dividendes ou du capital.
- Instaurer une taxe de vente sur les biens de luxe (certaines catégories de voiture, yachts, avions privés, bijoux, etc.), comme cela se fait dans de plus en plus de pays, sans généraliser cette augmentation ce qui aurait alors un effet régressif important.
- Lutter contre l'évitement fiscal sous ses diverses formes.

En matière de fiscalité globale des entreprises, il faut rehausser leur contribution dans les revenus de l'État, cette part ayant substantiellement diminué au fil des ans : baisse importante de l'impôt fédéral sur les bénéfices des sociétés; élimination de la taxe québécoise sur le capital qui n'a été que partiellement compensée par l'impôt sur les bénéfices; disparition de toute taxe sur les intrants, depuis 1990 pour la TVQ et récemment pour la TPS; sans compter l'importance des aides budgétaires, fiscales et financières faites aux entreprises.

Le gouvernement fédéral conservateur a modifié unilatéralement la base de financement qui s'installera progressivement à compter de l'année prochaine, faisant perdre au Québec quelques milliards de dollars annuellement. Le gouvernement québécois doit déployer des efforts, avec d'autres provinces si possible, pour réclamer du fédéral qu'il ne diminue pas son investissement dans un contexte où les besoins augmenteront.

Enfin, la FTQ aimerait souligner le peu de clarté du Livre blanc sur les sources de financement. Y seraient énoncés « les principes devant guider la détermination de la portion assumée par l'État, celle des contribuables et celle qui provient de la personne qui reçoit soins et services » (LB, p. 27). Nous cherchons encore à comprendre : comment s'appliqueront concrètement ces principes; comment la portion assumée par l'État est-elle distincte de celle des contribuables qui, pourtant, financent l'État; quels contribuables sont visés, les particuliers et/ou les entreprises; comment la neutralité entre les différents lieux de prestations influencera-t-elle concrètement l'augmentation ou la diminution de la contribution financière exigée des bénéficiaires; etc. Nous avons donc l'impression de faire face à une consultation tronquée et nous espérons que le gouvernement a encore l'intention de nous consulter sur des mesures précises de financement.

Recommandation 7

Que le financement des soins et des services de longue durée, même s'il devait prévoir la création d'une caisse partiellement capitalisée, soit assuré par l'impôt général des contribuables et des entreprises.

Recommandation 8

Que le gouvernement prépare divers scénarios de financement bien documentés qui seraient soumis à une consultation, avant l'adoption de mesures précises de financement.

Annexe I – Les besoins pour les soins de longue durée

La croissance de la demande pour les soins de longue durée est inévitable, que ce soit en institution ou à domicile. Ainsi, pour les trente prochaines années (2006 – 2036), la croissance moyenne annuelle de personnes en institution serait d'environ 5 %, pour passer à moins de 2 % annuellement de 2036 à 2041. On constate une croissance similaire pour le nombre de personnes ayant des besoins de soins à domicile : d'un peu moins de 5 % annuellement de 2006 à 2031 à moins de 2 % de 2031 à 2041.

Population âgée de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec

	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
Population totale de 65 ans et plus	1 065 081	1 253 837	1 487 959	1 747 934	2 028 994	2 262 639	2 359 125	2 410 056
Population en institution de santé	90 724	104 105	118 629	141 260	169 443	198 838	225 680	244 170
Croissance		14,75 %	13,95 %	19,08 %	19,95 %	17,35 %	13,50 %	8,19 %

Population en ménages privés ayant des besoins de soins à domicile, Québec

	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036	2041
Besoin d'aide pour les AVQ	40 916	47 516	55 023	65 476	77 972	90 322	100 333	107 141
Croissance		16,13 %	15,80 %	19,00 %	19,08 %	15,84 %	11,08 %	6,79 %
Incapacité sévère ou très sévère	135 818	157 976	184 122	217 492	256 001	291 912	316 572	332 478
Croissance		16,31 %	16,55 %	18,12 %	17,71 %	14,03 %	8,45 %	5,02 %
Souvent des difficultés pour les AVQ	123 962	144 540	168 715	199 790	235 776	269 595	293 345	308 892
Croissance		16,60 %	16,73 %	18,42 %	18,01 %	14,34 %	8,81 %	5,30 %

Source : Institut national de santé publique du Québec, « Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec », 2006 à 2041, mars 2010, Tableau 10, Population âgée de 65 ans et plus ayant des besoins de soins de longue durée, Québec, 2006 à 2041, p. 20, [En ligne] [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillissementPop.pdf].

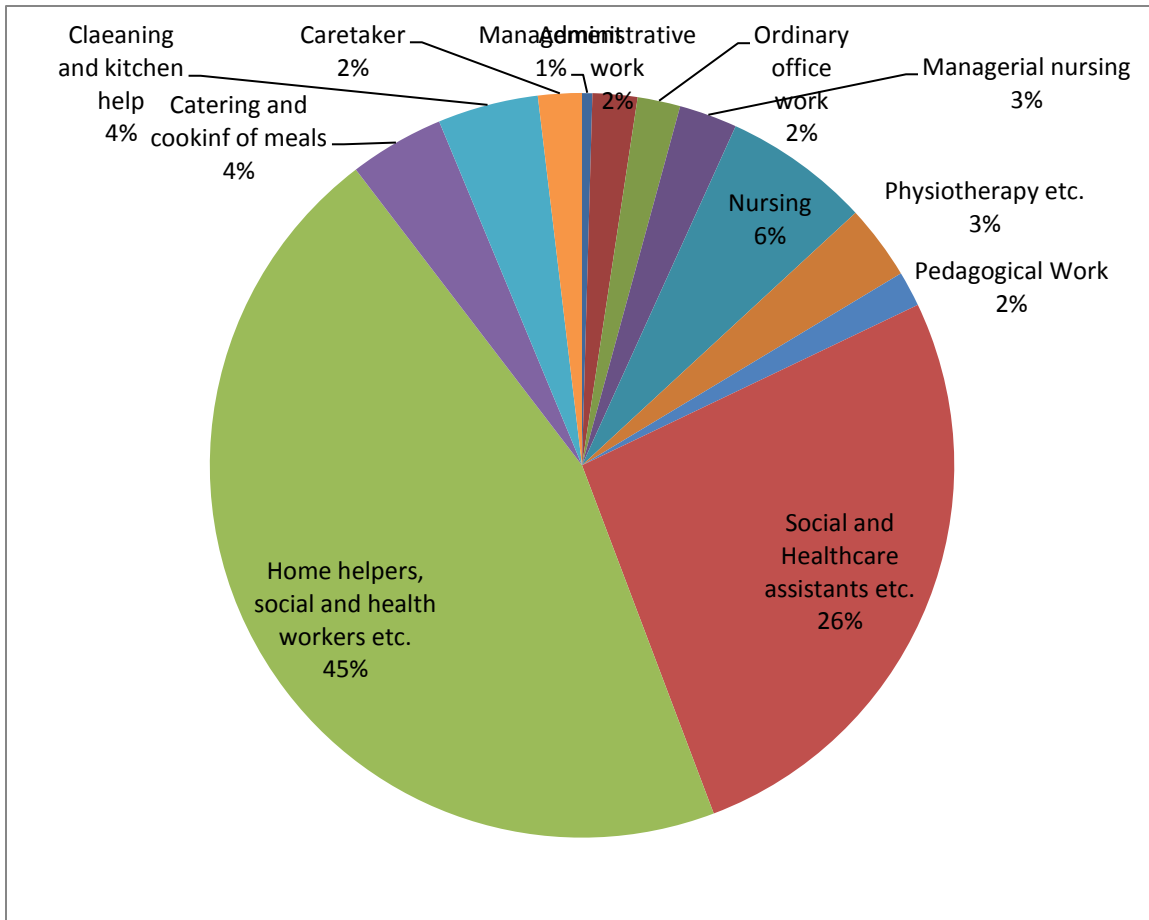
Annexe 2 – Places en ressources d’hébergement

Nombre de personnes de 65 ans et plus admises en ressources d’hébergement selon la catégorie de ressource

Année	Centre d’hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés	Résidence privée avec services (évaluation 2010)	Résidence privée avec services (errata 2011)	Ressource type familial	Ressource intermédiaire
2005	35 523	65 271	77 824	nd	nd
2006	35 478	65 245	79 716	2 600	3 909
2007	35 091	64 738	78 836	2 518	4 168
2008	34 887	64 535	89 030	2 329	4 671

Source : Institut national de santé publique du Québec, « Vieillessement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec », 2006 à 2041, mars 2010, Tableau 14, Nombre de personnes de 65 ans et plus admises en ressources d’hébergement selon la catégorie de ressource, Québec, 2003 à 2008, p. 37, [En ligne] [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessementPop.pdf]; et Errata, 15 avril 2011, [En ligne] [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_Errata_15Avril2011_Electronique.pdf].

Annexe 3 – Répartition des travailleurs des soins de longue durée au Danemark



Source : SCHULZ, Erika. *The Long-Term Care System in Denmark*, août 2010, German Institute for Economic Research (DIW Berlin), p. 27, [En ligne] [www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.359021.de/dp1038.pdf].