



Dignité et solidarité

Orientations de la CSN
sur le continuum de soins de santé et de services sociaux aux aîné-es

Conseil fédéral
27, 28 et 29 septembre 2023

Table des matières

Avant-propos	5
La CSN.....	7
Introduction.....	8
1. Le contexte des soins et des services aux aîné-es au Québec.....	11
1.1 Le vieillissement de la population québécoise.....	11
1.2 La privatisation de l’offre de soutien à l’autonomie des aîné-es.....	12
1.3 Les effets de la pandémie de COVID-19 sur la population aînée.....	23
2. Le continuum de soins et de services aux aîné-es autochtones	25
2.1 Bref portrait des Nations autochtones au Québec.....	27
2.2 Le partage de compétences	29
2.3 Les déterminants sociaux de la santé des aîné-es autochtones	32
2.4 Les soins et services aux aînés en milieu urbain (hors communauté)	35
2.5 Les soins et services aux aîné-es au sein des communautés	36
3. Grandes orientations pour améliorer le continuum de soins et de services publics aux aîné-es	37
3.1 Favoriser la pleine participation sociale et citoyenne des personnes aînées en leur assurant le meilleur état de bien-être physique et mental possible	38
3.2 Garantir une offre de services publics de soutien à domicile à la hauteur des besoins des aîné-es	42
3.3 Assurer la meilleure qualité de vie, de santé et de bien-être possible des personnes proches aidantes.....	43
3.4 Garantir une offre de services publics d’hébergement et de soins de longue durée à la hauteur des besoins des aîné-es	46
Conclusion	49

Avant-propos

La CSN s'intéresse depuis fort longtemps aux conditions de vie et de travail des personnes âgées. Déjà en 2009, la CSN adoptait une plateforme de revendications intitulée *Vieillir dans la dignité*¹. La réflexion s'est poursuivie lors de son 63^e Congrès en 2011 et s'est concrétisée en 2013, par l'adoption en conseil fédéral de la plateforme *Vision pour un continuum de services globaux et intégrés pour les âgé-es*². Depuis, la CSN a participé à une multitude de travaux portant sur les services aux âgé-es. La présente plateforme *Dignité et solidarité* s'inscrit dans la lignée de ces travaux effectués au fil des ans, ayant pour objectifs de contribuer à l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes âgées. La vision de solidarité promue par la CSN est de prévenir le plus possible la perte d'autonomie, d'assumer collectivement les risques associés à la perte d'autonomie liée au vieillissement et de viser le maintien de la santé et le rétablissement fonctionnel à travers des soins et des services publics de qualité offerts en temps opportun. Tout cela permettra aux âgé-es de vivre en toute dignité.

Au printemps 2023, la CSN a produit la plateforme *Vraiment public* présentant ses orientations en matière de santé et de services sociaux, dans une vision de consolidation du caractère public du réseau de la santé et des services sociaux. Si cette dernière était un arbre, la présente plateforme en constituerait une branche importante, soit celle du continuum de soins et de services aux âgé-es. Ces âgé-es sont celles et ceux qui ont bâti le Québec que l'on connaît aujourd'hui et qui l'enrichissent de leurs origines et expériences diverses. Or, leur accès à des services de qualité et en temps opportun est trop souvent déficient. L'heure n'est plus à la réflexion, il est grand temps d'agir et de faire des soins et services aux âgé-es, une réelle priorité.

La plateforme *Dignité et solidarité* est le fruit d'un long travail pré et postpandémie et je tiens à remercier chaleureusement tous ceux et celles qui se dévouent au quotidien pour améliorer la qualité de vie des âgé-es. Un énorme merci également à celles et ceux qui ont généreusement participé aux multiples consultations menées par la CSN pour documenter cette plateforme. Elle aurait été incomplète sans vos témoignages, suggestions et réflexions.

Bonne lecture!

David Bergeron-Cyr
Vice-président de la CSN

¹ CSN, *Vieillir dans la dignité, Plateforme de revendications pour une vision sociale et positive du vieillissement*, 2009, 12 pages. [www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/04/2009-06-01_publication_vieillirdansladignite_plateforme_revendications_vieillissement_csn.pdf].

² CSN, *Vision CSN d'un continuum de services globaux et intégrés pour les âgé-es*, 2013, 46 pages. [www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/2013-06-05_memoire_aine_CSN.pdf].

La CSN

La Confédération des syndicats nationaux (CSN) est une organisation syndicale qui regroupe plus de 330 000 travailleuses et travailleurs de tous les secteurs d'activité, réunis sur une base sectorielle ou professionnelle dans huit fédérations ainsi que sur une base régionale dans treize conseils centraux, principalement sur le territoire du Québec.

Fondée en 1921, la CSN s'intéresse depuis plus de 100 ans aux conditions de travail et de vie des travailleuses et des travailleurs, non seulement pendant leur vie active, mais également à leur retraite. L'intérêt que porte la CSN à ces questions est autant d'ordre sociétal que syndical.

Deux des fédérations affiliées à la CSN sont constituées de membres œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux, soit la Fédération des professionnèles – CSN et la Fédération de la santé et des services sociaux – CSN. Ces deux fédérations représentent plus de 125 000 membres du réseau de la santé et des services sociaux, répartis parmi les quatre catégories d'emplois. Ces membres travaillent principalement au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), notamment dans les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les maisons des aînés (MDA) et maisons alternatives (MA), les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de réadaptation (CR). De plus, de nombreux membres œuvrent dans des organisations partenaires du réseau comme des établissements privés conventionnés (EPC), des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI-RTF), des organismes communautaires, des organismes d'économie sociale, des services préhospitaliers d'urgence, des résidences privées pour aîné-es (RPA) et des organismes privés de santé. Aussi, plusieurs de ces membres travaillent dans des établissements du réseau qui sont situés en régions éloignées et qui desservent une population nordique et autochtone, comme le Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, le Centre de santé Inuulitsivik, le Centre de santé de Schefferville, dont le CLSC Naskapi.

Une grande partie de ces membres œuvrent au quotidien auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. À titre d'exemples, ils sont préposé-es aux bénéficiaires (PAB), préposé-es à l'alimentation, préposé-es à l'entretien, auxiliaires aux services de santé et de services sociaux (ASSS), psychologues, infirmières et infirmiers auxiliaires, travailleuses et travailleurs sociaux, ergothérapeutes, techniciennes et techniciens d'intervention en loisir, infirmières et infirmiers, physiothérapeutes, éducatrices et éducateurs spécialisés, nutritionnistes et paramédics, pour ne nommer que ces professions.

Par ailleurs, les membres de la CSN sont à l'image de la société québécoise. De ce fait, nombre d'entre eux ont un parent, une conjointe, un conjoint ou un proche vieillissant nécessitant un soutien en raison d'une perte d'autonomie plus ou moins importante. Ces personnes assument ainsi le rôle de personne proche aidante. Cela n'est pas sans conséquences sur leur vie personnelle, familiale, amoureuse, professionnelle, etc. Sans compter que ces personnes auront elles-mêmes possiblement besoin d'un tel soutien dans l'avenir.

C'est dans ce contexte que la CSN milite sans relâche pour la défense des services publics, notamment ceux destinés aux personnes âgées et à leurs personnes proches aidantes.

Introduction

Le Québec connaît un vieillissement accéléré de sa population. Il est donc nécessaire que son système de santé et de services sociaux s'adapte aux besoins diversifiés et évolutifs de la celle-ci. La planification, l'organisation et le financement de l'offre de services doivent également tenir compte de ces changements démographiques, et ce, par région, afin de répondre au mieux aux besoins de la population âgée et de leurs personnes proches aidantes.

La présente plateforme s'intéresse en particulier au continuum de soins et de services destinés aux aînées³. Cela étant, la CSN tient à rappeler que des personnes plus jeunes ont également besoin de services de soutien à domicile ou de services d'hébergement. Diverses raisons peuvent en être la cause : maladie, handicap, déficience mentale ou physique, trouble du spectre de l'autisme, etc. Malheureusement, à défaut d'une offre d'hébergement spécifique, le gouvernement les héberge dans des Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). La CSN soutient que ce ne sont pas des milieux appropriés pour ces personnes. Le gouvernement doit offrir aux personnes jeunes, un milieu de vie qui répond non seulement à leurs besoins physiques, mais qui leur permet de socialiser avec d'autres personnes de leur âge, tout en conservant une vie stimulante, enrichissante et épanouissante. Bien que ces revendications ne fassent pas expressément partie de la présente plateforme, elles sont au cœur d'autres travaux que mène la CSN.

Le système québécois de santé et de services sociaux joue un rôle important dans la redistribution de la richesse et la réduction des inégalités sociales. Pourtant, les services aux aîné-es sont depuis trop longtemps sous-financés. Cela entraîne des enjeux d'accès, de continuité et de qualité des services. Ce sous-financement chronique crée une occasion d'affaires pour les entreprises privées à but lucratif qui font leurs choux gras du manque de services publics destinés aux aîné-es, notamment en matière d'habitation, de soutien à domicile et d'hébergement. Cette privatisation grandissante fragilise le réseau public et n'est pas sans incidences négatives sur l'accès, la qualité et la continuité des soins. Cette marchandisation des soins s'opère souvent en profitant de la vulnérabilité et de l'isolement des personnes en perte d'autonomie. Des services à la carte leur sont alors vendus à prix fort, alors que la main-d'œuvre employée par les entreprises privées est trop souvent exploitée, sous-payée, mal soutenue et non reconnue et qu'elle fait face à des disparités importantes par rapport aux conditions de travail de ses collègues du secteur public.

Déposé au printemps 2023, le projet de loi n° 15⁴ annonçant la mise sur pied d'une éventuelle agence nationale de santé (Santé Québec) suscite de vives inquiétudes et de grands questionnements. Pour l'heure, tout indique qu'il s'agit d'un pas de plus vers la privatisation du réseau et la déresponsabilisation de l'État. Ce projet de loi semble s'inscrire dans une logique de politique néolibérale qui est pourtant responsable des difficultés actuelles que nous connaissons dans le réseau.

³ Dans le cadre du présent document, l'âge d'une personne âgée est de 65 ans et plus pour les Allochtones et de 55 ans et plus pour les Autochtones.

⁴ *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.*

La pandémie de COVID-19 a été un triste révélateur des lacunes et des fragilités du réseau québécois hypercentralisé, sous-financé et désorganisé par une présence importante du secteur privé, particulièrement en ce qui concerne les personnes aîné-es hébergées. Dès la première vague de la crise, elles ont été des victimes directes de la pandémie.

Cette plateforme se divise en trois chapitres. Le premier se concentre sur le contexte des soins et des services aux aîné-es au Québec. Il s'intéresse au vieillissement de la population québécoise, aux effets de la privatisation des services aux aîné-es et aux effets de la pandémie de COVID-19 sur la population aînée.

Le deuxième chapitre s'intéresse au contexte particulier des soins et des services aux aîné-es autochtones au Québec. La CSN souhaite joindre sa voix à celle des peuples autochtones pour la reconnaissance et le respect de leur droit à l'autodétermination, à des soins de santé et des services sociaux culturellement sécuritaires⁵ et du principe de Joyce.

Le troisième chapitre présente les quatre grandes orientations de la CSN pour l'amélioration du continuum de soins et de services publics aux aîné-es : favoriser la pleine participation sociale et citoyenne des aîné-es, garantir une offre adéquate de services publics de soutien à domicile, assurer une bonne qualité de vie, de santé et de bien-être des personnes proches aidantes et garantir une offre de services publics d'hébergement et de soins de longue durée adaptée aux besoins de la population. Le tout, dans la perspective de consolidation du caractère public du réseau de santé et des services sociaux et en s'intéressant aux spécificités des réalités autochtones.

⁵ Afin d'être véritablement accessibles aux Autochtones, les services publics doivent être conçus en tenant compte des particularités identitaires et culturelles des Premières Nations et des Inuit.

1. Le contexte des soins et des services aux aîné-es au Québec

1.1 Le vieillissement de la population québécoise

Depuis plusieurs années, le Québec connaît un vieillissement de sa population. La forte dénatalité qui a suivi le baby-boom des années 1950 ainsi que la hausse de l'espérance de vie sont parmi les facteurs qui expliquent ce phénomène démographique. Loin d'être une mauvaise nouvelle, cela signifie que les Québécoises et les Québécois vivent plus longtemps. En 2021, l'espérance de vie des femmes était de 84,9 ans et celle des hommes était de 81,1 ans. À peine vingt ans plus tôt, elle était de 81,9 ans pour les femmes et de 76,2 ans pour les hommes⁶. Cette tendance à la hausse de l'espérance de vie et du vieillissement de la population n'est pas unique à la société québécoise. Cela se constate également dans les autres provinces du Canada ainsi que dans les autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). La particularité du Québec réside dans le fait que sa population vieillit de manière accélérée.

En 2021, le Québec comptait 1,75 million de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représentait 20 % de la population⁷. Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), les aîné-es représenteront 25 % de la population en 2031 et 26 % en 2041⁸.

Toujours selon les projections de l'ISQ, le vieillissement de la population québécoise demeure plus accentué dans les régions éloignées des grands centres, notamment en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent, en Mauricie, au Saguenay-Lac-Saint-Jean ainsi que sur la Côte-Nord⁹.

Pour la CSN, la multiplication des besoins associés au vieillissement de la population, telle que l'augmentation des maladies chroniques et des risques de comorbidités, commande la consolidation du caractère public du réseau et non le désengagement de l'État et la privatisation de l'offre de soins et de services aux aîné-es comme cela se fait actuellement. Ce phénomène de privatisation met à mal tant l'accessibilité, l'universalité que la continuité et la qualité des soins.

⁶ ISQ, *Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le sexe*, Québec, 1975-1977 à 2022, [www.statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/esperance-de-vie-a-la-naissance-et-a-65-ans-selon-le-sexe-quebec].

⁷ ISQ, *Portrait des personnes aînées au Québec*, 2023, page 19, [www.statistique.quebec.ca/fr/fichier/portrait-personnes-ainees-quebec.pdf].

⁸ ISQ, *Le bilan démographique du Québec*, Édition 2022, page 35, [www.statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2022.pdf].

⁹ ISQ, *Bulletin sociodémographique*, Volume 26, numéro 4, juillet 2022, page 7, [www.statistique.quebec.ca/docs-ken/multimedia/PB016FR_Bulletin_Socio2022_07H00F01.pdf].

1.2 La privatisation de l'offre de soutien à l'autonomie des aîné-es

Depuis des décennies, l'offre de soins et de services aux aîné-es se trouve honteusement dans l'angle mort des gouvernements qui se succèdent à la tête de l'État québécois. Malgré les multiples politiques, orientations et plans d'action adoptés en la matière, l'offre publique est aujourd'hui largement insuffisante pour combler les besoins grandissants de soutien à l'autonomie des personnes aîné-es. De plus, les réformes successives qui ont été imposées au réseau public n'ont non seulement pas permis d'adapter le réseau au vieillissement de la population et à l'essor des maladies chroniques, mais elles en ont accentué l'hospitalo-centrisme et le tout au médical. Cela crée un contexte propice au développement du secteur privé dans ce domaine. D'une part, le gouvernement se désengage et attribue un rôle toujours plus important aux organismes communautaires sans but lucratif, sans toutefois les financer adéquatement. Leur financement insuffisant et non récurrent place ces organismes, leurs salarié-es et leurs bénéficiaires, dans une situation de grande précarité, ce qui nuit non seulement aux conditions de travail des salarié-es, mais également aux services offerts et à leur qualité. Le gouvernement doit donc en assurer un financement stable et augmenté.

D'autre part, l'offre insuffisante de services publics constitue une occasion d'affaires pour les entreprises et les entrepreneurs privés. Le gouvernement tolère ainsi, voire encourage, la banalisation et la marchandisation de services pourtant essentiels. Tout cela se fait bien souvent au détriment des personnes âgées puisque la recherche du profit est incompatible avec la dispensation de soins. Cela se constate d'ailleurs à tous les niveaux du continuum de soins aux aîné-es, tant à domicile qu'en institution. Le gouvernement se doit de procéder sans délai à une évaluation complète des besoins de SAD et d'hébergement afin de les financer adéquatement.

De plus, le statut de travailleur autonome des médecins et leur mode de rémunération peuvent occasionner une certaine déconnexion de la sphère médicale avec le reste du système de santé. Cela rend d'autant plus difficile l'adaptation du réseau aux besoins de la population vieillissante.

Le soutien à domicile est le secteur du réseau public où la dépendance à l'égard des agences de placement de personnel est la plus forte¹⁰. En 2019-2020, ce sont près de 28 % des heures travaillées en aide à domicile qui ont été assurées par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) contre 3 % dans l'ensemble du RSSS. Les prétendues économies engendrées par le recours à la MOI dans les services de soutien à domicile sont directement liées à la précarisation et à la déqualification des emplois de ce secteur. Cela engendre d'importants impacts négatifs autant pour les travailleuses et les travailleurs que pour les aîné-es¹¹.

¹⁰ PLOURDE, Anne, *Les agences de placement comme vecteurs centraux de la privatisation des services de soutien à domicile*, IRIS, janvier 2022, page 1.

¹¹ Ibid., page 10.

Soins et services à domicile

En matière de soutien à domicile, le « domicile » est considéré comme l'endroit où réside la personne aînée, qu'elle soit propriétaire ou locataire, dans une maison, un condominium, un logement locatif, une résidence privée pour aîné-es ou autres. Il va sans dire que le premier choix des aîné-es est de pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible. D'ailleurs, depuis la pandémie de COVID-19, cette volonté semble s'être cristallisée.

Le soutien à domicile comprend des soins et des services professionnels, des services d'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ), des services d'aide aux activités de la vie domestique (AVD) et des activités communautaires de soutien civique.

Parmi les soins et services professionnels, il y a les services médicaux, les soins infirmiers, les services de nutrition, les services de réadaptation de base (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie), les services d'inhalothérapie et les services psychosociaux. Ces services sont offerts par les professionnel-les du réseau public.

Les services d'aide aux AVQ sont des services intimement liés à la personne aînée : les soins d'hygiène personnelle, l'aide à l'alimentation, à l'habillement, à la mobilisation, etc. Ces services sont offerts par des ASSS qui, en plus d'assurer des services de première ligne à domicile, facilitent la communication et la transmission de l'information entre les membres de l'équipe soignante du réseau de la santé et des services sociaux. En cas de dégradation de l'état de santé physique ou psychologique de la personne aînée, les ASSS les réfèrent à d'autres professionnel-les de l'équipe de soins ou aux médecins concernés.

Les services d'aide aux AVD sont des services d'aide pour l'entretien ménager, la préparation de repas, les courses, la lessive, etc. À défaut d'une offre publique, ces services sont souvent offerts par le personnel des Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD).

Les activités communautaires de soutien civique comprennent notamment des services de popote roulante, de répit, de loisirs, de transport et des visites d'amitié aux aîné-es. Ils sont généralement offerts par des organismes communautaires. Ces organismes ont également besoin d'un financement stable et suffisant pour assurer une offre de services à la hauteur des besoins.

Les services de soutien à domicile permettent ainsi aux aîné-es de vivre à domicile, dans leur communauté, près de leurs proches, tout en recevant les soins et services nécessaires pour pallier leur perte d'autonomie, voire maintenir et améliorer leur autonomie. Le soutien à domicile permet ainsi de retarder l'hébergement des aîné-es tout en évitant des visites à l'urgence pour des besoins non médicaux ou non urgents. En plus de grandement contribuer à la santé et au bien-être des aîné-es et de leur famille, cela permet une utilisation efficiente des ressources du réseau.

Pourtant, année après année, de nombreux rapports d'organismes indépendants¹² démontrent que l'offre de services de soutien à domicile est méconnue de la part des aîné-es et des personnes proches aidantes. Elle est également insuffisante et morcelée, en raison notamment d'un sous-financement chronique. Cela rend très difficile l'accès aux services de soutien à domicile. Les conséquences négatives se répercutent également sur l'ensemble du réseau, notamment sur les services préhospitaliers, car à défaut de pouvoir obtenir du soutien à domicile, le 911 représente le seul moyen d'avoir accès rapidement à des professionnel-les de la santé. Une déléguée syndicale du secteur préhospitalier a témoigné à l'effet que : « Les aîné-es vivent de l'isolement. S'il y a un bobo, on appelle les paramédics... Les aîné-es représentent 50 % des appels qu'on reçoit ».

Pour pallier l'offre publique déficitaire, le gouvernement permet de plus en plus au secteur privé (à but lucratif ou non) d'offrir des services de soutien à domicile, dont des services d'AVQ. En effet, ces derniers relèvent pourtant du secteur public et doivent être offerts par des ASSS reliés à un CLSC. En vertu du consensus de 1996 obtenu lors du Sommet de l'économie sociale et solidaire, les EÉSAD ne doivent en aucune manière se substituer aux services et aux emplois du secteur public. Les services offerts par ces entreprises doivent être complémentaires et non concurrentiels aux services publics.

Dans les faits, faute de moyens suffisants pour répondre à la demande, les CLSC doivent souvent diriger les aîné-es vers les organismes communautaires et aux EÉSAD pour répondre à leurs besoins. Cette insuffisance de services a pour conséquence de tarir les forces et les moyens des personnes proches aidantes qui accompagnent les aîné-es à domicile. Par ailleurs, ne relevant pas d'un établissement du réseau public, les salarié-es des organismes communautaires et des EÉSAD ne font pas partie d'une équipe interdisciplinaire de soins. Cela nuit au continuum de soins et de services aux aîné-es. De plus, ces organismes et entreprises sont sous-financés, ce qui engendre des conditions de travail et salariales peu intéressantes. Cela contribue au phénomène de la pauvreté grandissante des femmes qui occupent majoritairement ces emplois et occasionne une surcharge de travail en plus d'un haut taux de roulement des employé-es. Tous ces éléments ont une incidence négative sur la qualité des services offerts aux aîné-es. La privatisation des services de soutien à domicile occasionne aussi une privatisation des emplois du secteur public et se traduit par une détérioration des conditions de travail et conséquemment, des services.

Toujours au chapitre de la privatisation, le gouvernement a créé au fil du temps, différentes formes de subventions, d'exonérations financières et de crédits d'impôt pour les usagères et usagers du soutien à domicile. Plutôt que d'offrir les services par le biais du réseau public, le gouvernement finance directement les personnes aîné-es afin qu'elles achètent certains services.

Par le biais du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), le gouvernement finance les EÉSAD en assumant une partie du tarif horaire exigé par l'EÉSAD pour l'entretien ménager, l'entretien des vêtements, la préparation

¹² Voir entre autres les rapports du Protecteur du citoyen, du Commissaire à la santé et au bien-être et du Vérificateur général sur leur site Web respectif : [protecteurducitoyen.qc.ca/fr], [www.csbe.gouv.qc.ca/accueil.html] et [www.vgq.qc.ca/].

des repas et l'accompagnement à l'épicerie, à la banque ou à la pharmacie. L'aîné-e qui bénéficie de ce programme ne paie que la différence entre le tarif de l'EÉSAD et l'aide gouvernementale accordée.

Le « crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés » (CMD) a pour principal objectif de soutenir les aîné-es de 70 ans et plus qui souhaitent rester à domicile, malgré une certaine perte d'autonomie. Les dépenses admissibles pour ce crédit d'impôt sont les services d'entretien (maison, terrain, etc.), les services d'aide (s'habiller, prendre des médicaments, les repas de la popote roulante), les services de soutien civique (aide au budget), les services de surveillance (gardiennage) et les services infirmiers.

Par le biais du « programme chèque emploi-service » (CES), les usagères et usagers des services de soutien à domicile embauchent eux-mêmes une personne pour les aider à domicile. Ils deviennent alors l'employeur de cette personne et établissent les tâches et l'horaire de travail. La professeure Louise Boivin de l'Université du Québec en Outaouais s'est intéressée à la protection des droits du travail accordée à ces travailleuses et travailleurs employés dans le cadre du chèque emploi-service. Ses travaux suggèrent la nécessité d'une réflexion « sur les modes d'organisation développés pour la prestation des services aux personnes, sur l'effectivité de la protection des droits du travail, de la protection sociale et plus largement des droits de la personne pour les travailleuses et travailleurs employés dans le cadre du programme chèque emploi-service¹³ » afin de mieux les protéger.

Les résidences privées pour aînés (RPA) sont des immeubles d'habitation collective où logent principalement des locataires aîné-es autonomes ou avec une légère perte d'autonomie. Des services d'AVD et d'AVQ y sont aussi parfois offerts. On dénombre au Québec plus de 1 500 RPA certifiées inscrites au registre du MSSS. L'âge moyen des locataires est de 83 ans. Ces aîné-es y louent un appartement ou une chambre en échange d'un loyer et reçoivent une gamme plus ou moins étendue de services payants à la carte : repas, aide domestique, assistance personnelle, soins infirmiers, sécurité et loisirs. Cela s'avère être inéquitable, puisque ces personnes sont considérées à domicile, et que les services de SAD publics devraient être responsables de dispenser les soins et services à ces personnes. Depuis plusieurs années, ce phénomène d'hybridation des modes d'habitation et d'hébergement se constate, voire s'intensifie. Faute de places dans les centres d'hébergement publics, le gouvernement achète des places d'hébergement en RPA. Ces résidences ne sont pas conçues ni équipées pour être des milieux de soins et d'hébergement de personnes dont les besoins requièrent une place en résidence intermédiaire ou en CHSLD. Ce type de pratique met la sécurité des aîné-es et du personnel en danger. Pourtant, nombre de propriétaires de résidences privées acceptent des personnes, bien que leur perte d'autonomie soit trop lourde pour les capacités de leur résidence à prodiguer des soins. L'intérêt financier est grand pour ces propriétaires puisque les services payants à la carte sont alors décuplés : prise de tension, installation de bas de compression, distribution de médicaments, etc. Tout cela s'ajoute aux frais souvent exorbitants des services d'habitation à la carte comme le prix du lavage des draps qui n'inclut pas de refaire le lit ou le changement d'une ampoule qui peut coûter entre

¹³ BOIVIN, Louise, *Chèque service, normes du travail et liberté d'association : Le cas du Québec*. Working Paper 8, Laboratoire de recherche sur le droit du travail et le développement, Université McGill, 2017, p.12.

5 \$ et 10 \$... ampoule non incluse! Ces exemples pouvant paraître anecdotiques, démontrent à quel point la recherche du profit et la dispensation de soins à des personnes vulnérables, sont des activités incompatibles. Cela est d'autant plus vrai et le conflit d'intérêts est d'autant plus grand dans un contexte d'inflation où le coût de la vie augmente rapidement. Les propriétaires peuvent avoir tendance à augmenter certains services afin de maintenir les mêmes marges de profit, au détriment des aîné-es.

Aussi, une enquête menée par l'IRIS a permis de constater que « malgré les problèmes et les risques associés à ce modèle d'affaires financiarisé, les RPA sont lourdement financées par les fonds publics¹⁴. » L'un des cas de figure est le CMD. Comme les résidentes et résidents de RPA sont considérés vivre à domicile, ils sont admissibles à ce crédit d'impôt. Dans les faits, le CMD constitue une sorte de subvention aux RPA qui, bien souvent, reçoivent directement la subvention et la déduisent du montant du loyer des résidentes et résidents. Selon les estimations de l'IRIS en 2021, les RPA devaient recevoir 529,2 M\$, soit le tiers du budget total consacré au SAD des aîné-es pour l'année 2020-2021. Aussi, l'achat de services auprès des RPA par les établissements publics du réseau public a connu une forte croissance dans plusieurs régions du Québec et a même plus que décuplé dans certains établissements entre 2015 et 2020. Ces achats de services par les établissements publics sont très peu encadrés et sont parfois le résultat de pratiques informelles n'impliquant aucun contrat écrit. Des sommes faramineuses destinées au SAD sont ainsi empochées par les RPA.

Les RPA sont elles aussi aux prises avec un manque et un roulement important de personnel. Elles font appel à de la main-d'œuvre indépendante via les agences privées de placement. Cela occasionne d'autres problématiques, dues au fait que le personnel d'agence ne connaît pas les résidentes et résidents ni leurs préférences et habitudes. Ces personnes sont pourtant mieux rémunérées que le personnel salarié de la RPA. Cela pose un problème sérieux d'équité. Pour la CSN, ces personnes devraient être intégrées aux équipes de SAD du public, tout comme ce sont les équipes du secteur public qui devraient dispenser les soins et services aux aîné-es dans les RPA.

En bref, la multiplicité des acteurs qui offrent des services de soutien à domicile, ajouté à la diversité des modes de paiement de ces services, contribuent à rendre l'offre de service compliquée et morcelée. Dans ce contexte, plusieurs aîné-es peinent à comprendre à quoi ils ont droit. Il semble également que les divers crédits d'impôt bénéficient surtout aux classes moyennes ou aisées et indirectement, aux résidences privées pour aîné-es qui bien souvent gèrent l'administration des frais d'assistance qu'elles facturent aux personnes résidentes. Chose certaine, les crédits d'impôt sont inaccessibles aux personnes démunies et ils sont source d'inégalité dans l'accès aux services de soutien à domicile. La CSN considère que pour un plus grand respect du droit à la dignité des aîné-es et pour une plus grande équité et accessibilité, le gouvernement devrait offrir lui-même les services à domicile plutôt que de financer les usagères et usagers afin qu'elles et ils achètent ces services auprès de tiers.

¹⁴ PLOURDE, Anne, *Les résidences privées pour aîné. e. s au Québec : Portrait d'une industrie milliardaire*, IRIS, Juin 2021, 52 pages, [www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/07/Hebergement-WEB.pdf].

Soins et services en institution

L'hébergement en institution survient lorsque la perte d'autonomie est trop importante pour que la personne aînée puisse demeurer à son domicile, et ce, malgré les services de soutien à domicile. Le tableau 1 illustre les différents modèles d'hébergement offerts en fonction du niveau d'autonomie de la personne.

Tableau 1

Types d'hébergement	Niveaux de perte d'autonomie
Ressources de type familial	Légère à modérée
Ressources intermédiaires	Modérée à lourde
CHSLD publics	Lourde
CHSLD privés conventionnés	Lourde
CHSLD privés non conventionnés	Lourde

Ressources intermédiaires et ressources de type familial

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) sont des milieux de vie complémentaires au milieu naturel ou au milieu institutionnel. Elles ont pour mission le maintien et l'intégration dans la communauté des personnes qui y vivent.

Les services offerts en RI-RTF sont complémentaires aux services de santé et de services sociaux qui relèvent des établissements publics. En plus d'offrir des services de base tels que le gîte et le couvert, ces résidences offrent également des services de soutien et d'assistance. Elles ont pour mandat de collaborer à l'atteinte des objectifs prévus au plan d'intervention de l'aîné-e et de respecter l'ensemble des politiques et protocoles de l'établissement. Dans les deux cas, il existe en raison d'un manque de financement et de places, des listes d'attente pour pouvoir y obtenir une place d'hébergement. Ce délai varie selon la résidence et la région. De plus, les RI-RTF ont besoin d'un meilleur soutien, dont des mesures de répit, afin d'assurer la pérennité de ce type de ressources.

Ressources intermédiaires

Une ressource intermédiaire (RI) est exploitée par une personne physique à titre de travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes¹⁵, c'est-à-dire une entreprise privée. Les RI sont liées à un CISSS ou un CIUSSS par une entente qui vient déterminer les responsabilités des parties et le financement que l'établissement public doit verser à la RI pour les services offerts aux aîné-es hébergés. Les services infirmiers et médicaux sont offerts par du personnel du réseau public lié à un CISSS ou CIUSSS. Les RI varient en taille, mais elles hébergent 10 personnes et plus présentant une perte d'autonomie de moyenne à lourde. Elles sont au nombre de 389 au Québec à offrir du soutien aux personnes âgées¹⁶ (SAPA), pour un total de 11 263 aîné-es hébergés¹⁷. Ces personnes contribuent aux frais

¹⁵ Article 302, LSSSS.

¹⁶ D'autres RI offrent de l'hébergement pour des personnes vivant avec une déficience intellectuelle, des troubles de santé mentale, une déficience physique ou de problèmes de toxicomanie.

¹⁷ Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, [www.arihq.com/portrait-au-quebec/].

d'hébergement selon le montant fixé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) selon plusieurs critères. En 2023, il se situe entre 886 \$ et 1 374,40 \$ par mois¹⁸.

Ressources de type familial

Comme son nom l'indique, une ressource de type familial est une résidence d'accueil. Il s'agit d'une ou deux personnes (ce sont souvent des couples) qui peuvent accueillir dans leur maison¹⁹ jusqu'à neuf personnes adultes ou aînées présentant une légère perte d'autonomie. Les propriétaires de la RTF habitent avec les personnes qui leur sont confiées par un CISSS ou CIUSSS afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie qui se rapprochent le plus possible de celles d'un milieu naturel. Bien que les RTF relèvent du secteur privé, les activités et services qu'elles dispensent ne sont pas considérés comme étant l'exploitation d'un commerce ou d'un moyen de profit²⁰. Là encore, le tarif est fixé par la RAMQ. Ce type d'hébergement est ancré au sein de la communauté et permet une approche plus individuelle, voire familiale, tout en évitant l'isolement social.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est un établissement qui a pour mission d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie de substitution, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur lourde perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer à domicile²¹. Il existe au Québec trois types de CHSLD, soit : public, privé conventionné et privé non conventionné. Le tableau 2 présente les caractéristiques des différents CHSLD, selon leur type.

Tableau 2

	CHSLD public	CHSLD privé conventionné	CHSLD privé non conventionné
Services offerts			
Gîte	X	X	X
Repas	X	X	X
Soins d'assistance et de soutien	X	X	X
Surveillance	X	X	X
Services de réadaptation	X	X	X
Services psychosociaux	X	X	X
Services infirmiers	X	X	X
Services médicaux	X	X	X
Gestion			
Gestion publique	X		

¹⁸ Régie de l'assurance maladie du Québec, [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-ressource-intermediaire].

¹⁹ Différents modèles sont possibles : résidences de groupe, maison de chambres, appartements supervisés, etc.

²⁰ Articles 312 et 313 LSSSS.

²¹ Article 83 LSSSS.

Gestion privée		X	X
Tarifs			
Fixés par la RAMQ selon la capacité de payer de l'aîné-e et la catégorie de chambre. Maximum 2 079 \$ par mois ²² .	X	X	
Fixés par le propriétaire. Coût moyen entre 5 000 \$ et 11 000 \$ par mois.			X
Financement			
Financé par le gouvernement	X	X	
Financé par l'aîné-e			X
Rémunération des employé-es			
Rémunération selon les conventions collectives en vigueur (ou rémunération équivalente).	X	X	
Rémunération fixée par le propriétaire du CHSLD ou selon les conventions collectives en vigueur (ou rémunération équivalente) s'il s'agit d'un CHSLD dont les employé-es sont syndiqués.			X

Tel que présenté dans le tableau ci-haut, les services offerts dans les différents types de CHSLD sont les mêmes d'un établissement à l'autre. La différence marquante se situe au niveau des tarifs exigés aux personnes hébergées. Les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés sont financés par le gouvernement. Tout comme dans le cas des RI-RTF, la contribution de la personne hébergée est fixée par la RAMQ et tient compte de la capacité de payer de l'aîné-e. En d'autres termes, le tarif sera déterminé selon son revenu, ses biens, ses épargnes et sa situation familiale. La RAMQ tient également compte de la catégorie de chambre occupée :

- Pour une chambre individuelle, le montant mensuel maximal exigé sera de 2 079 \$.
- Pour une chambre à deux lits, ce montant sera de 1 737 \$.
- Pour une chambre à trois lits ou plus, ce montant sera de 1 294 \$²³.

Or, dans les CHSLD privés non conventionnés, la loi du marché opère et les promoteurs privés fixent eux-mêmes leurs tarifs, en s'assurant de se dégager une marge de profit. Il s'agit, après tout, d'entreprises à but lucratif. En avril 2020, le coût moyen d'un loyer mensuel assumé par l'aîné-e se situait entre 5 000 \$ et 11 000 \$²⁴.

Les conditions de travail diffèrent également selon le type d'établissement. Lorsque les employé-es sont syndiqués, leurs conditions de travail et de pratique font partie de la négociation du secteur public et se retrouvent dans les conventions collectives. Il en est

²² Tarif de 2023.

²³ Régie de l'assurance-maladie du Québec, [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/hebergement-etablissement-public]. Consulté en juillet 2023, Ces montants sont indexés le 1^{er} janvier de chaque année.

²⁴ *Bonjour Résidences*, [www.bonjourresidences.com/blogue/couts-hebergement-chsld/#:~:text=Dans%20les%20CHSLD%20priv%C3%A9s%20non,gratuitement%20une%20demande%20d'h%C3%A9bergement].

autrement pour le personnel non syndiqué. Pour les mêmes emplois, les conditions de travail peuvent être nettement inférieures. Cette situation entraîne une grande iniquité entre les travailleuses et travailleurs de ce secteur.

Les places en CHSLD sont difficiles à obtenir et le nombre varie d'une région à l'autre au Québec. Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, 4 235 personnes attendent actuellement²⁵ une place d'hébergement en CHSLD public ou une place achetée par le gouvernement en CHSLD privé ou privé conventionné, et ce nombre est en constante évolution²⁶. Ces places sont octroyées en fonction du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Ce système évalue 29 fonctions et permet de classer les personnes sur une échelle de 1 à 14. Les personnes admissibles en CHSLD se classent du niveau 10 à 14, alors que le niveau 14 représente le plus haut niveau de dépendance. En d'autres termes, ces personnes sont parmi les adultes les plus dépendants et par conséquent, vulnérables, de la société et nécessitent un haut niveau de soins et de services. Pourtant, près de 60 % des aîné-es en attente d'une place en CHSLD vivent à domicile. Cette situation intolérable met à risque d'épuisement et de détresse leurs personnes proches aidantes, tout en constituant un risque pour la santé et la sécurité des aîné-es. Ils et elles deviennent de grands utilisateurs de services préhospitaliers, de l'urgence des hôpitaux, etc., tout en étant davantage exposés à la maltraitance et à l'exploitation.

Or, si la perte d'autonomie est détectée à temps et que la personne concernée reçoit les services requis, elle peut regagner de l'autonomie fonctionnelle et éventuellement, reprendre une vie active. En laissant les situations se détériorer, les aîné-es ne sont pas traités dignement et leur niveau d'autonomie se dégrade. Des intervenantes en CHSLD ont témoigné du fait que le manque de services de soutien à domicile adéquats, couplé aux longs délais d'attente pour une place en CHSLD, contribuent à la perte d'autonomie des aîné-es. « On laisse les personnes âgées tellement longtemps à la maison sans services, que quand ils arrivent au CHSLD, ils sont beaucoup décompensés ». Nous avons donc avantage à déployer des moyens de détection, d'évaluation et de réévaluation des niveaux de perte d'autonomie afin d'éviter des trajectoires « aller-simple » vers la détérioration de la qualité de vie et le décès. Il s'agit là d'un coût individuel et social trop cher payé.

Aussi, plus du quart (26 %) des aîné-es en attente d'hébergement se trouvent dans un centre hospitalier. Leur état de santé ne nécessite pourtant pas de soins aigus, mais plutôt des soins de longue durée en hébergement. Cela représente une utilisation non efficiente et coûteuse des ressources publiques et prive potentiellement d'autres personnes qui ont des besoins d'ordre médical. Ainsi, augmenter le nombre de places d'hébergement public permettrait du même coup de réduire l'engorgement et le débordement des urgences et des hôpitaux.

Finalement, 13 % des aîné-es en attente d'hébergement se trouvent dans une ressource intermédiaire ou une ressource de type familiale (RI-RTF). Ces ressources ne sont pourtant pas conçues pour accueillir des personnes aîné-es en lourde perte d'autonomie. Face à

²⁵ Période 3 de l'année 2023-2024, 7 juillet 2023.

²⁶ MSSS, *Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)*, [www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/], consulté en juillet 2023.

l'inquiétant manque de places d'hébergement public, il apparaît impératif que le gouvernement trouve une solution pérenne, notamment par le développement de nouvelles places plutôt que par l'achat de places en CHSLD privés et en RPA. La politique d'hébergement et de soins et services de longue durée²⁷ est d'ailleurs muette sur cette pratique qui contribue dangereusement à l'hybridation de l'habitation et de l'hébergement pour aîné-es, alors que les RPA ne sont pas conçues pour offrir des soins de longue durée à des personnes en lourde perte l'autonomie.

Selon une étude menée par MCE Conseils en 2022²⁸, « le coût d'une place achetée est environ 22 % inférieur à une place en CHSLD (public ou conventionné, établi autour de 100 000 \$ dont 20 % sont défrayés par le résident ou sa famille). Cependant, « le niveau de satisfaction des besoins et de la qualité des soins en est affecté²⁹. » Ainsi, les « économies » se font sur le dos des aîné-es.

En d'autres termes, si les coûts d'hébergement sont moins élevés pour les places achetées par l'État dans un CHSLD privé, le propriétaire fait des « économies » en coupant dans les soins et services aux aîné-es hébergés. Voilà une autre démonstration de l'incompatibilité de la recherche du profit et des soins aux aîné-es. Cette pratique doit cesser. Il en va de la qualité de vie et de la sécurité des aîné-es hébergés. Aucun profit ne doit se faire au détriment des aîné-es. Ce n'est pas de ce type de société dont la CSN rêve. Il est primordial que le gouvernement écarte toute logique marchande de la prestation de services d'hébergement et de soins de longue durée. De nouvelles places de CHSLD publics doivent être développées afin de répondre adéquatement à la demande actuelle et future des personnes âgées.

Maison des aînés et maisons alternatives

En guise de solutions aux CHSLD vétustes et pour combler le manque de places d'hébergement, le gouvernement a annoncé au printemps 2021, la construction de maisons des aînés et de maisons alternatives. Les premières sont destinées aux aîné-es en perte d'autonomie, alors que les secondes ont été pensées pour accueillir des adultes en situation de handicap en raison d'une déficience physique, d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

A priori, le projet de maisons des aînés est fort intéressant : des chambres individuelles avec toilettes et douches adaptées et privées, des espaces communs intérieurs et extérieurs aménagés, une luminosité naturelle, une organisation du travail souple et flexible centrée sur les besoins et préférences des personnes résidentes et de leurs proches, etc.³⁰ Selon le MSSS, les maisons pour aîné-es proposent une approche où le milieu de vie et les services sont adaptés au profil de la personne et en respect de ses droits et libertés sans égard à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à la situation sociale, à la religion ou à l'origine, notamment pour les communautés ethnoculturelles. Le MSSS prévoit également que ces milieux doivent

²⁷ MSSS, *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée — Des milieux de vie qui nous ressemblent*, 2021, 104p, [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf].

²⁸ MCE Conseils, *Portrait financier et opérationnel des CHSLD privés conventionnés*, 2022, 123 pages.

²⁹ Ibid., page 5.

³⁰ MSSS, *La ministre Marguerite Blais souligne le début des travaux des maisons des aînés et alternatives à travers le Québec*, 21 juin 2021, [www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-2981/].

être culturellement sécuritaires, favoriser l'inclusion, la participation sociale et communautaire de même que le maintien et le développement des capacités³¹. Présenté de la sorte, qui ne voudrait pas y obtenir une place pour un parent en perte d'autonomie ?

A posteriori, le modèle des maisons des aînés suscite tout de même des questionnements et des réserves. En matière de nombre de places d'hébergement, les maisons des aînés couvrent une très faible proportion des besoins de la population. Sur les quelques 2 600 places promises d'ici l'automne 2024, seules 240 places sont actuellement³² occupées, alors que 1 344 places ont été construites. Aussi, aucune de ces maisons ne fonctionne actuellement au maximum de sa capacité³³. À ce rythme, l'ouverture de maisons des aînés pour répondre au besoin d'hébergement de la population québécoise ne paraît être qu'une goutte d'eau dans l'océan.

De plus, le coût de construction très élevé des maisons des aînés, soit 1,5 à 2 fois les coûts de construction des CHSLD traditionnels, en fait un modèle difficilement soutenable³⁴. La CSN trouve déplorable qu'au final, bien peu d'aîné-es pourront bénéficier d'une place d'hébergement en maison des aînés.

Des intervenants de terrain nous ont mentionné que d'établir ou de revoir les ratios de patients/personnel pourrait grandement contribuer à améliorer l'expérience des aîné-es hébergés, tout en évitant le travail à la chaîne « on lave en croix³⁵, on lève, on habille et au suivant! ». Certains témoignages peuvent donner à penser à de la maltraitance institutionnelle. « On n'a plus le temps de mettre le rouge à lèvres ni les boucles d'oreilles aux mesdames coquettes. Pour les messieurs, on est obligé de demander à leur famille d'acheter juste des polos ou des t-shirts. Pas de chemises, on n'a pas le temps d'attacher les boutons! » Ainsi, plusieurs intervenantes et intervenants en CHSLD ont témoigné ne pas avoir de temps pour les petites délicatesses ni pour les courtes conversations amicales. « Une fois la médication donnée et les soins faits, il faut passer à un autre usager, sinon on n'aura pas le temps de voir tout le monde ». « Les petites attentions, on les fait en dehors de nos heures de travail ». « À un Noël, tout le monde [le personnel] s'est cotisé et on a demandé aux personnes ce qu'elles voulaient manger. Elles voulaient, pour une fois, des œufs avec le jaune qui coule pis du bacon. Ben on en a acheté pis on leur en a fait! ». N'est-ce pas là des exemples tout aussi touchants que révoltants, démontrant le manque de financement et de personnel dans les CHSLD? Le financement des services aux aîné-es ainsi que les conditions de travail et de pratique devraient permettre d'assurer le bien-être des personnes hébergées et non dépendre de la générosité de cœur du personnel.

³¹ MSSS, *Maisons des aînés et alternatives*, document d'orientation, 2021, 22p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-863-03W.pdf].

³² Été 2023

³³ [www.ici.radio-canada.ca/nouvelle/2001335/chambres-vides-maisons-aines-construites].

³⁴ CHÊNEVERT, Denis et al., *Le coût des services d'hébergement des personnes âgées au Québec*, Pôle santé HEC Montréal, Octobre 2021, page 76, [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/CSBE-Rapport_Cout_hebergement_aines_Pole_sante_HEC.pdf].

³⁵ À défaut de pouvoir donner un bain, le lavage en croix consiste à laver la personne aînée à l'aide d'une débarbouillette à trois endroits : visage, aisselles, parties intimes... tel le signe de croix.

1.3 Les effets de la pandémie de COVID-19 sur la population aînée

Au printemps 2020, la pandémie de COVID-19 s'est montrée très agressive et particulièrement meurtrière chez les personnes aînées hébergées. En effet, les deux tiers (64,3 %) des personnes décédées de la COVID-19 entre le 1^{er} mars et le 27 juillet 2020 résidaient en CHSLD³⁶. Plusieurs éléments structurels et contextuels ont contribué à cette tragédie humaine et sociale qui n'est pas étrangère à la privatisation des soins et des services aux aîné-es. Le premier ministre Legault avait alors affirmé vouloir nationaliser les CHSLD privés³⁷, dans le but d'améliorer les soins de longue durée en hébergement. La politique sur l'hébergement produite par le MSSS un an plus tard, ne fait pourtant aucune mention de la nationalisation des CHSLD. Le gouvernement a plutôt amorcé un projet d'harmonisation des CHSLD privés non conventionnés. Après un projet pilote mené avec trois CHSLD privés non conventionnés, le gouvernement a conventionné un groupe de cinq CHSLD privés en mai 2023³⁸. C'est un début certes, mais beaucoup restent à faire si l'on veut réellement tirer leçon de la tragédie de la pandémie. L'hébergement public n'est pas parfait, mais les drames survenus pendant la pandémie au CHSLD privé non conventionné Herron et dans tant d'autres ont durement démontré que la recherche du profit et l'offre de soins de qualité sont antinomiques. Le rapport de l'enquêteur dépêché au CHSLD Herron est sans équivoque :

« Est-ce que des promoteurs privés peuvent parvenir à répondre à l'ensemble des besoins qu'exigent les conditions d'une lourde perte d'autonomie ? Enfin, est-ce que les conditions pour les travailleurs et travailleuses dans ces organisations concourent à une offre de services stable, continue et de qualité ? L'expérience des trois dernières années du CHSLD Herron porte à croire que non. Dans ce contexte, le statu quo pour ce type de ressource en 2020 est-il toujours possible ? Il apparaît de plus en plus clair que l'État est le seul à pouvoir assumer cette responsabilité³⁹. »

Le gouvernement doit se préparer à l'éventualité d'une autre crise sanitaire. La planification des mesures d'urgence doit se faire paritairement et doit être contrôlée de manière assidue et indépendante. Par exemple, tenir l'inventaire des équipements de protection individuelle. Pour l'heure, les propositions amenées par le gouvernement dans le cadre du projet de loi n° 15 nous semblent insuffisantes. Pour la CSN, l'amélioration du réseau public passe par sa décentralisation, sa démocratisation et le renforcement de son caractère public.

³⁶ INESSS, *État des pratiques : Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec, regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès*, Québec (2020).

³⁷ *Le Devoir*, 24 avril 2021, [www.ledevoir.com/politique/quebec/577668/point-de-presse-legault-24-avril].

³⁸ *La Presse*, Québec conventionne un premier groupe de CHSLD privés, mai 2023, [www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-05-22/hebergement-pour-aines/quebec-conventionne-un-premier-groupe-de-chsld-privés.php].

³⁹ Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron, 2020, page 36.

En 2021, Marie Rinfret, protectrice du citoyen a déposé un rapport⁴⁰ fort éloquent sur la situation des CHSLD et de leurs résidentes et résidents lors de la première vague de COVID-19. Il en ressort notamment que :

- La vision hospitalo-centriste a grandement contribué à sous-estimer la vulnérabilité des personnes hébergées en CHSLD. Les autorités gouvernementales ont cru que les hôpitaux allaient constituer l'épicentre de la crise.⁴¹
- Les CHSLD sont restés dans l'angle mort des préparatifs. Ils n'ont été pris en compte par aucun scénario de planification⁴².
- Le MSSS ne gère pas lui-même l'approvisionnement et la distribution du matériel requis par les CISSS et les CIUSSS. Il ne dispose pas non plus de données centralisées sur les stocks d'équipement. Au surplus, les CISSS et les CIUSSS utilisent différents systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux. Par ailleurs, avant la pandémie, le Québec ne disposait pas d'entreprises manufacturières d'équipements de protection individuelle. Conséquemment, le manque d'équipements s'est rapidement fait sentir, ce qui a compromis la capacité du gouvernement à assurer la santé et la sécurité du personnel soignant et des résidentes et résidents des CHSLD⁴³.
- Il y a eu confusion dans le recrutement et l'affectation des effectifs en renfort⁴⁴, visant à combler la pénurie de main-d'œuvre considérée par la protectrice du citoyen comme étant « chronique, criante et balayée sous le tapis ». Le réseau de la santé et des services sociaux était donc doublement affaibli, à la fois par le manque récurrent de personnel et par les absences liées au virus⁴⁵.
- L'interdiction des visites en CHSLD a entraîné des conséquences dramatiques pour les personnes hébergées. Cet isolement a accentué le stress et l'anxiété des aîné-es dont plusieurs ont été plongés dans une immense détresse⁴⁶.

La protectrice du citoyen rapporte également que « de l'avis de plusieurs, la désorganisation dans de nombreux CHSLD durant la première vague de la pandémie est liée à la distance structurelle et décisionnelle entre ces installations et les autorités du réseau de la santé et des services sociaux. La réforme du système de santé de 2015 [communément appelé Réforme Barrette] a créé de plus grandes structures sans les doter de gestionnaires en nombre suffisant⁴⁷. » Cela a engendré un manque de fluidité dans l'application des consignes et affecté négativement l'organisation des services⁴⁸.

⁴⁰ Protecteur du citoyen, *Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*. 2021, 74p. [[Rapport spécial du protecteur du citoyen, La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie](#)].

⁴¹ Ibid., pages 22 et ss.

⁴² Ibid., page 25.

⁴³ Ibid., pages 36 et ss.

⁴⁴ Ibid., pages 42 et ss.

⁴⁵ Ibid., pages 45 et ss.

⁴⁶ Ibid., pages 50 et ss.

⁴⁷ Ibid., paragraphe 147, page 53.

⁴⁸ Ibid., pages 53 et ss.

Plus que jamais, il y a urgence d’humaniser les soins et services aux aîné-es hébergés et les conditions de travail et de pratique du personnel. La CSN n’est pas la seule à le revendiquer. Des mots mêmes de la protectrice du citoyen, le modèle des CHSLD est à revoir. « Frappés par la crise sanitaire, ces milieux ont affiché un manque flagrant de robustesse qui doit être corrigé, entre autres, par l’ajout de ressources humaines, matérielles et financières⁴⁹. »

Aussi, la FSSS-CSN a émis plusieurs recommandations⁵⁰ à la coroner responsable de l’enquête portant sur les décès de personnes âgées ou vulnérables au cours de la pandémie de COVID-19. Nombre de ces recommandations se retrouvent dans les conclusions et recommandations du rapport d’enquête⁵¹, lesquelles devraient être mises en œuvre sans tarder par le gouvernement.

De plus, la planification de la main-d’œuvre, l’amélioration de l’organisation du travail et des conditions de travail et de pratique dans le réseau sont des conditions *sine qua non* de l’amélioration et du renforcement durables du réseau lui-même. Un réseau fort permettra de mieux parer à d’éventuelles crises sanitaires et permettra d’éviter que d’autres tragédies humaines de cette ampleur ne se reproduisent.

2. Le continuum de soins et de services aux aîné-es autochtones

L’intérêt et les préoccupations de la CSN à l’égard des peuples autochtones, incluant les dix Premières Nations et les Inuit, ne datent pas d’hier. Dès 1979, la CSN demande aux gouvernements de reconnaître le droit à l’autodétermination des peuples autochtones et les exhorte à négocier avec eux de bonne foi. Elle se positionne ainsi comme une défenseure infatigable du droit de tous les peuples à l’autonomie politique.

Après de nombreuses prises de position sur divers enjeux, le congrès de la CSN a créé en 2011 un groupe de travail sur les réalités autochtones. Son mandat consiste à adopter des mesures efficaces, en consultation et en coopération avec les peuples autochtones concernés, pour combattre les préjugés et éliminer la discrimination d’une part et promouvoir la tolérance, la compréhension et de bonnes relations entre les peuples autochtones et toutes les autres composantes de la société.

Ce groupe de travail a élaboré un plan d’action syndicale qui vise à informer, sensibiliser, outiller et mobiliser toutes les composantes du mouvement CSN afin de favoriser l’action concrète de tous les syndicats. En mars 2023, le conseil confédéral de la CSN a adopté ce Plan d’action syndicale qui se détaille comme suit :

⁴⁹ Ibid., pages 58 et ss.

⁵⁰ FSSS-CSN, *Représentations écrites de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) dans le cadre de l’enquête publique sur certains décès survenus au cours de la pandémie de Covid-19 dans des CHSLD, des résidences privées pour aînés et d’autres milieux d’hébergement pour personnes vulnérables ou en perte d’autonomie*, Février 2022, 37 pages.

⁵¹ Bureau du coroner, *Rapport d’enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d’hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la Covid-19 au Québec*, 2022, 200 pages, [www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2020-EP00265-9.pdf].

Tableau 3

Plan d'action syndicale	
Sensibiliser	Information et sensibilisation auprès des syndicats – Production et diffusion de matériel sur les réalités autochtones – Diffusion de la Déclaration sur les droits des peuples autochtones de l'ONU – Éducation aux enjeux et aux droits des Autochtones
Porter	Actions régionales, fédérales et confédérales de la CSN – Promotion de programmes sectoriels culturellement adaptés – Partage des positions de la CSN auprès du gouvernement – Resserrement des liens syndicaux avec les organismes autochtones
Inclure	Développement économique et accès au marché du travail – Emploi et reconnaissance des compétences autochtones – Accès à l'éducation et à l'enseignement supérieur – Outils collectifs CSN pour le développement socioéconomique

Le présent chapitre s'inscrit dans cette démarche en s'intéressant au continuum de soins et de services aux personnes autochtones et plus particulièrement aux aîné-es autochtones qui vivent au Québec.

L'état de santé et de bien-être des Premières Nations, des Inuit⁵² et des Métis au Canada et au Québec, est intimement lié à l'histoire de la colonisation. La colonisation est un processus qui inclut l'intrusion géographique, la dislocation socioculturelle, la mise en place d'un contrôle politique externe et la dépossession économique, la faible offre de services sociaux de base et ultimement la création de formules idéologiques portant sur la race et la couleur de peau qui place le colonisateur à un niveau plus élevé que le colonisé⁵³. Il en résulte aujourd'hui que, de manière générale, leur état de santé est moins bon que celui de la population québécoise et canadienne⁵⁴. Cela se constate également chez les anciens et les aîné-es autochtones. Pour mieux comprendre les enjeux des aîné-es autochtones en matière de santé et de bien-être, il importe d'examiner la question selon leurs propres perspectives. La présente plateforme n'a pas la prétention de cerner de manière exhaustive l'ensemble de ces questions.

De nombreux éléments sont à considérer pour apprécier le continuum de soins aux aîné-es autochtones au Québec. Il y a notamment le partage de compétences fédérales et provinciales, le droit international, les caractéristiques et les besoins des communautés et les déterminants sociaux historiques et contemporains spécifiques aux peuples autochtones. Plusieurs de ces éléments exacerbent la vulnérabilité des aîné-es autochtones et ont des effets délétères sur leur état de santé et de bien-être. Dans tous les cas, les pratiques de soins

⁵² En inuktitut, langue parlée par les Inuit, on distingue le singulier, le duel et le pluriel. Le terme « Inuk » signifie le singulier; le terme « Inuuk » signifie le duel; et le terme « Inuit », le pluriel (soit trois personnes et plus). Le caractère invariable du terme « Inuit » est donc utilisé dans cette plateforme tel qu'il est employé en inuktitut.

⁵³ KELM, M. E. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, 1900–50*. Vancouver, BC : UBC Press.

⁵⁴ MacMillian et coll., *Aboriginal health*, Journal de l'Association médicale canadienne, 1996, pp. 1569 à 1578, [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1334995/?page=1].

et les services offerts doivent non seulement respecter le droit à l'autodétermination des peuples autochtones, mais ils doivent également être culturellement adaptés et sécuritaires. Et ce, à toutes les étapes du continuum de soins : « évaluation, intervention, sélection, formation du personnel, mise en œuvre des politiques et procédures, de même que dans le cas de l'emplacement et de la conception des installations⁵⁵. »

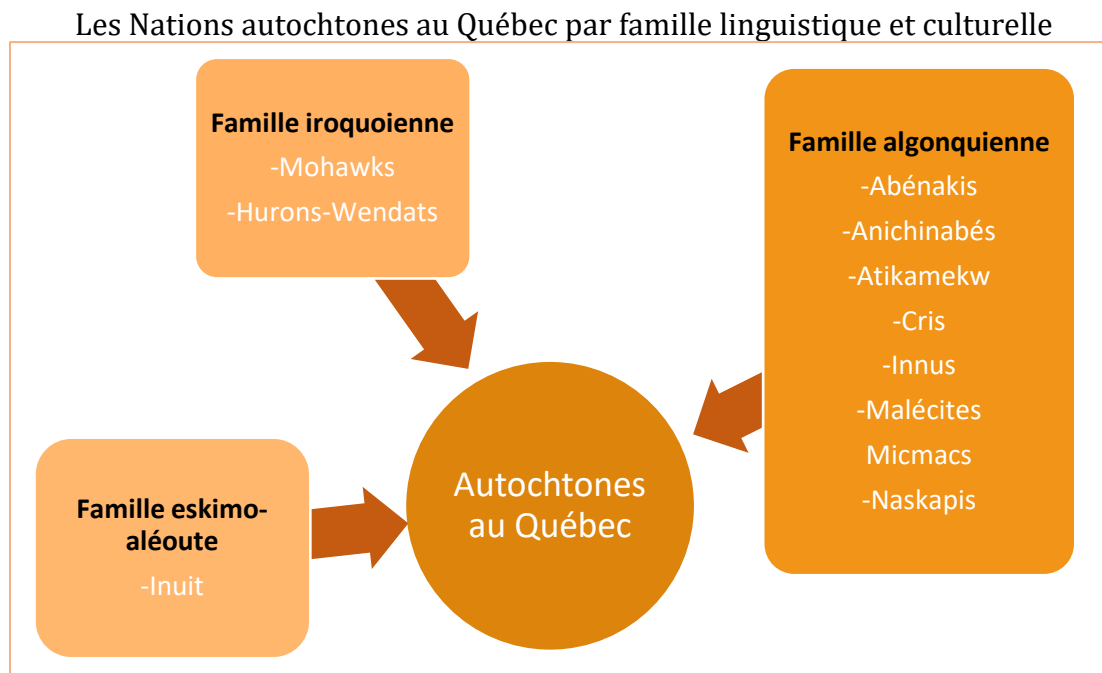
Pour les fins de la présente plateforme, il apparaissait nécessaire de traiter des problématiques liées au continuum de soins et de services des aîné-es autochtones dans un chapitre distinct. Cela étant, les quatre grandes orientations portées par la CSN au chapitre 3 demeurent pertinentes avec les adaptations nécessaires, pour contribuer à l'amélioration des soins et des services destinés aux aîné-es autochtones. Il existe par ailleurs de nombreux mémoires et rapports rédigés par les différentes communautés autochtones et leurs représentantes et représentants, qui présentent les solutions et actions qu'elles privilégient. La voix de la CSN ne saurait se substituer à ces voix. Les communautés et organisations autochtones ont non seulement le droit, mais également l'expérience requise pour déterminer ce qui répondrait le mieux à leurs besoins. Pour sa part, la CSN peut informer, sensibiliser, mobiliser et solidariser les travailleuses et travailleurs que nous représentons en ce qui concerne les torts et les lacunes du réseau à l'endroit des Inuit et des Premières Nations ; la CSN peut aussi réaffirmer l'urgence d'y remédier en se fondant sur ce que réclament les communautés concernées ainsi que les travailleuses et travailleurs autochtones qu'elle représente.

2.1 Bref portrait des Nations autochtones au Québec

Au Québec, onze peuples autochtones habitent le territoire. Ceux-ci appartiennent à trois grands groupes culturels et linguistiques. Les Inuit sont de la *famille eskimo-aléoute* (eskaléoute). Les dix Premières Nations sont réparties entre deux autres familles. La *famille iroquoise* regroupe les Mohawks (Kanien'kehá: ka) et les Hurons-Wendats, historiquement sédentaires. La *famille algonquienne*, traditionnellement nomade, regroupe pour sa part les Abénakis, les Algonquins (Anichinabés), les Atikamekw, les Cris (Eeyou), les Innus, les Malécites (Wolastoqiyik), les Micmacs (Mi'gmaq) et les Naskapis.

⁵⁵ Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador, *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec*, 2010.

Figure 1



Au Québec, les populations autochtones, dont 43 % vivent en milieu urbain, sont en forte croissance depuis plusieurs années. Au dernier recensement de 2021⁵⁶, qui repose sur l’auto-déclaration, on y dénombrait 205 010 Autochtones, soit 2,5 % de la population du Québec. Parmi ces personnes, 8 % étaient Inuit (15 500), 57 % étaient membres des Premières Nations (115 325 inscrits et 13 200 sans statut parce que non-inscrits ou ayant perdu leur statut en vertu des lois coloniales) et 30 % étaient des personnes s’étant elles-mêmes déclarées métisses⁵⁷.

Ces différentes communautés ne vivent pas les mêmes changements démographiques que le Québec et le Canada. Plutôt que de vivre un vieillissement de leur population, ces peuples ont une population plus jeune que la population non autochtone⁵⁸. Toujours en 2021, les enfants autochtones âgés de 14 ans ou moins représentaient 21 % de la population autochtone, alors que les enfants non autochtones du même groupe d’âge composaient 17 % de la population non autochtone. L’âge moyen était de 39 ans chez les Premières Nations, de 41 ans chez les Métis et de 28 ans chez les Inuit, comparativement à 43 ans pour la population non autochtone. Les soins de santé et de services sociaux offerts aux populations autochtones doivent donc s’adapter à ces réalités démographiques, afin de répondre adéquatement aux besoins populationnels.

⁵⁶ Statistiques Canada, *Perspective géographique, Recensement de la population 2021 Québec*, [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogsspg/page.cfm?lang=F&topic=8&dguid=2021A000224].

⁵⁷ Il n’existe pas de nation métisse reconnue au Québec, comme celle qui vit dans les Prairies canadiennes.

⁵⁸ Statistiques Canada, *Perspective géographique, Recensement de la population 2021 Québec*, Op.cit. [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogsspg/page.cfm?lang=F&topic=8&dguid=2021A000224].

2.2 Le partage de compétences

Le partage de compétences fédérales et provinciales au sein du système fédéraliste canadien n'est pas une question simple, tant pour les Autochtones que pour les non Autochtones. En voici un tableau brossé à grands traits.

La *Loi constitutionnelle de 1867* prévoit le partage des compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces. La loi constitutionnelle ne mentionne toutefois pas de quelle compétence relève la santé. C'est en 1982, que la Cour suprême du Canada a qualifié la santé de « sujet indéterminé » pouvant relever des lois fédérales et provinciales « selon la nature ou la portée du problème de santé en cause⁵⁹. » Cette position a été réitérée en 2015 alors que la Cour suprême statuait que la santé constitue « un domaine de compétence concurrente⁶⁰ » entre les gouvernements fédéral et provincial.

Contrairement à l'ensemble des citoyennes et citoyens du Canada, « les Indiens et les terres réservées aux Indiens⁶¹ » sont de compétence fédérale. Au Québec, cela vaut actuellement pour les Premières Nations suivantes :

- Abénakis;
- Algonquins (Anichinabés);
- Atikamekw;
- Hurons-Wendats;
- Innus;
- Malécites (Wolastoqiyik);
- Micmacs (Mi'gmaq);
- Mohawks (Kanien'kehá : ka).

Conséquemment, le financement des soins de santé et des services sociaux dispensés au sein de leurs territoires respectifs est, sauf exception, assumé par le gouvernement fédéral, en complémentarité avec les services offerts par le réseau québécois en dehors de la communauté. Il s'agit de Nations dites « non conventionnées ». Au sein des communautés, les établissements de santé et de services sociaux sont financés par le biais d'ententes conclues avec le gouvernement fédéral et offrent des infrastructures locales afin de répondre aux besoins populationnels. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador constate toutefois que l'absence de reconnaissance de ces établissements autonomes dans la législation québécoise occasionne d'importantes lacunes dans le continuum de soins et de services⁶². « La multiplication des procédures et des mécanismes décisionnels altère l'efficacité de nombreux programmes, engendrant des services peu intégrés et peu adaptés. Cette situation augmente les disparités en matière de services entre les Premières Nations et les allochtones au Québec⁶³. »

⁵⁹ Schneider c. La Reine, 1982, 2 R.C.S. 112, p.142.

⁶⁰ Carter c. Canada (Procureur général), 2015, 1. R.C.S. 331, par. 53.

⁶¹ Loi constitutionnelle de 1867, L.R.C. 1985, art. 91 (24).

⁶² CSN, Mémoire PL15.

⁶³ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Des personnes âgées actives et autonomes : au cœur du mieux-être de la culture des Premières Nations*, 2023,

Les Nations conventionnées sont celles qui, à la suite de la signature d'une convention⁶⁴, ont acquis un statut particulier en matière de santé et de services sociaux. Au Québec, il s'agit des peuples autochtones suivants :

- Cris (Eeyou);
- Inuit;
- Naskapis.

Ces trois peuples sont dits « conventionnés ». Ainsi, à titre d'exemple, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le CLSC Naskapi reçoivent du financement de la part du MSSS pour assurer la prestation des services, au même titre que les CISSS et les CIUSSS du réseau québécois.

Dans certains cas, le partage de compétences entre le fédéral et les gouvernements provinciaux n'est pas sans poser d'importants défis pour les différentes communautés autochtones, alors que parfois, le gouvernement fédéral et celui de la province concernée se renvoient la balle à savoir de qui relève la responsabilité de financer ou d'octroyer les soins.

Ce fut malheureusement le cas pour le petit Jordan River Anderson, un enfant appartenant à la Nation crie de Norway au Manitoba. Son état de santé nécessitait des soins à domicile, mais il est décédé à l'hôpital à l'âge de 5 ans, après deux ans d'attente, alors qu'aucun palier de gouvernement ne se considérait comme responsable du financement des soins à domicile requis⁶⁵. Le *Principe de Jordan* a alors été édicté et vise à permettre à tous les enfants autochtones, sans égards à leur lieu de résidence ou à leur condition, d'avoir accès aux services dont ils ont besoin, notamment en matière de santé, de services sociaux et d'éducation⁶⁶, afin de favoriser leur développement et leur plein épanouissement. Ce principe a été adopté par la Chambre des communes du Canada en 2007. Il constitue aujourd'hui une obligation juridique que le Tribunal canadien des droits de la personne a à maintes reprises confirmée.

Un autre principe, le *Principe de Joyce*, a tragiquement vu le jour au Québec, à la suite du décès de Joyce Echaquan dans des conditions abjectes et empreintes de racisme systémique. Ce principe établi à la mémoire de cette mère de famille de 37 ans appartenant à la Nation Atikamekw de Manawan, vise à « garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Le Principe de Joyce requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et

page 10, [cssspnql.com/produit/element-de-reflexion-des-personnes-ainees-actives-et-autonomes-au-coeur-du-mieux-etre-et-de-la-culture-des-premieres-nations/].

⁶⁴ Au Québec, la Convention de la Baie James et du Nord québécois en 1975 et la Convention du Nord-Est québécois en 1978.

⁶⁵ BRANT, Jennifer et FILICE, Michelle, *Principe de Jordan*, L'encyclopédie canadienne, 2020, [www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/principe-de-jordan].

⁶⁶ Gouvernement du Canada, [www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396296543/1582657596387].

connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé⁶⁷. » Ce principe est grandement inspiré de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*⁶⁸. La CSN a d'ailleurs endossé cette Déclaration universelle et s'est engagée à promouvoir le Principe de Joyce dans son récent Plan d'action syndicale relatif aux Autochtones.

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

La Déclaration sur les droits des peuples autochtones adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007, a été appuyée par la CSN lors de son 62^e Congrès en 2008. Ce fut un moment marquant pour la CSN dans sa démarche de soutien aux luttes autochtones.

Cette Déclaration consacre notamment le droit à l'autodétermination des peuples autochtones du monde entier et de ce fait, leur droit d'améliorer leur situation économique et sociale, notamment en matière de santé, mais également en matière d'éducation, d'emploi, de logement, et de sécurité sociale⁶⁹. La Déclaration édicte également le droit des peuples autochtones d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé et autres programmes socio-économiques et de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions⁷⁰. Les peuples autochtones ont également droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales. Ils ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé⁷¹. Enfin, la Déclaration prévoit que les Autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale⁷².

À plusieurs reprises, le texte de la Déclaration prévoit expressément qu'« une attention particulière doit être accordée aux droits et aux besoins spéciaux des anciens [aîné-es]⁷³. » C'est donc dire que même au niveau international, la spécificité des aîné-es est reconnue et considérée comme nécessitant une attention, voire une protection, particulière.

La Déclaration n'est pas muette quant aux obligations des États, elle prévoit notamment qu'ils doivent prendre des « mesures efficaces », voire « spéciales » pour assurer progressivement la pleine réalisation des droits des peuples autochtones. Or, comme la plupart des instruments internationaux, la Déclaration n'a pas de valeur juridique contraignante et ne saurait être utilisée pour imposer des sanctions, ce qui la place dans la catégorie de « droit

⁶⁷ Mémoire présenté par le Conseil Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw, Novembre 2020, [www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf].

⁶⁸ Nations Unies, *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, [www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf].

⁶⁹ Ibid., Article 21, paragraphe 1.

⁷⁰ Ibid., Article 23.

⁷¹ Ibid., Article 24, paragraphe 1.

⁷² Ibid., Article 24, paragraphe 2.

⁷³ La Déclaration fait également état du droit à l'intégrité culturelle, des droits collectifs, du droit de ne pas être expulsés de ses terres, du droit aux ressources, etc. [www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf].

mou⁷⁴. » En revanche, elle peut certainement servir à guider l'action des États et permettre de jauger leur progression en matière de respect des droits des peuples autochtones.

2.3 Les déterminants sociaux de la santé des aîné-es autochtones

Le contexte dans lequel les personnes autochtones sont nées, ont vécu et dans lequel elles vivent leur vieillesse, diffère grandement de celui des personnes non autochtones. Des recherches historiques démontrent le lien entre les inégalités sociales engendrées par le colonialisme et les entraves à la santé et au bien-être des peuples autochtones au Canada⁷⁵. À cet effet, le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec nous rappelle que :

« Il est impossible de passer sous silence l'existence des pensionnats indiens, de leurs séquelles irréparables et traumatismes laissés par ces institutions. Les pensionnats indiens ont été au cœur d'un projet d'assimilation du Gouvernement du Canada. L'agression contre l'identité autochtone a commencé dès que ces enfants ont franchi le seuil de la porte de ces pensionnats. Rappelons qu'ils se sont vu interdire de parler leur langue, ont perdu leurs repères culturels, ont subi des sévices physiques et sexuels. De retour dans leur collectivité d'origine, ils ont éprouvé un sentiment d'aliénation par rapport à leur famille et à leur culture. [...] Ces enfants n'ont pas connu de vie familiale ni de rôle parental. Nos Aînés sont, pour la plupart, des survivants, des personnes qui, malgré tout ce qu'elles ont subi, se tiennent encore debout⁷⁶. »

De plus, bien que les réalités autochtones puissent varier d'une personne à l'autre, d'une Nation à l'autre et d'une région à l'autre, de manière générale : « les Autochtones s'exposent à des risques pour la santé qui sont supérieurs dans presque toutes les catégories [de déterminants sociaux] évaluées, d'où les profondes disparités existantes, surtout chez les plus vulnérables, à savoir les enfants et les aînés⁷⁷. » Voyons certains de ces déterminants sociaux, à savoir l'éducation, l'emploi et le niveau de revenus, la sécurité alimentaire et le logement.

L'éducation

Sur le plan de l'éducation, les données récentes pour les aîné-es autochtones sont difficiles à obtenir. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec⁷⁸ de 2002, la proportion d'aîné-es des Premières Nations ayant déclaré ne pas avoir terminé leurs études secondaires est de 69 %. Cette situation est d'autant plus préoccupante que pour les fins de cette enquête, ont été considérées dans la catégorie

⁷⁴ Communément appelé « soft law » dans la littérature.

⁷⁵ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*, 2009, p.25, [www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-FR.pdf].

⁷⁶ Regroupement des centres d'amitiés autochtones du Québec, *Pour l'amélioration des conditions de vie des Aînés autochtones dans les villes*, 2017, p.15, [www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2018/04/RCAAQ_M%C3%A9moire_Pour-l'am%C3%A9lioration-des-conditions-de-vie-des-A%C3%A9n%C3%A9s-autochtones_2017.pdf].

⁷⁷ READING, Jeff, *Les déterminants sociaux de la santé chez les autochtones : approche fondée sur le parcours de vie. Rapport présenté au sous-comité sénatorial sur la santé de la population*, Mars 2009, p. A-1, [www.sencanada.ca/content/sen/Committee/402/popu/rep/appendixAJun09-f.pdf].

⁷⁸ Commission de la santé et des services sociaux des premières Nations du Québec et du Labrador, *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec, 2002 — Rapport des populations vivant dans les communautés*, CSSSPNQL, Wendake, 2006.

« aîné-es », les adultes de 55 ans et plus. En 2008, cette proportion était de 57% pour les personnes de 60 ans et plus⁷⁹.

Aussi, contrairement à ce qui existe dans la société québécoise en général, la transmission des valeurs culturelles des Premières Nations ne repose pas sur les institutions scolaires, puisque les professeurs proviennent pour la plupart de l'extérieur de la communauté, ne sont pas autochtones et ne connaissent donc pas la culture traditionnelle. Aussi, selon l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador « le gouvernement du Québec doit tenir compte, dans ses politiques, de la place privilégiée réservée aux aîné-es dans la culture des Premières Nations, notamment en favorisant la mise en place de mesures susceptibles de leur permettre de résider dans leur communauté d'origine. Il créerait ainsi un contexte favorable au maintien de leur bien-être et de leur estime personnelle, notamment en leur permettant de contribuer à ce que les générations montantes préservent leur identité et leurs repères culturels, éléments essentiels de cohésion sociale pour toute communauté⁸⁰. »

L'emploi et le niveau de revenu

Selon le recensement de 2006, le taux de chômage qui prévaut chez les aîné-es autochtones (13 %) représente plus du double de celui des allochtones (5 %). En ce qui concerne le niveau des revenus, au Canada, on situe le revenu d'un aîné autochtone de 65 ans et plus à seulement 83 % de celui d'un aîné allochtone du même âge⁸¹. Cette situation est génératrice de tensions au sein des familles autochtones et des communautés et empêche nombre d'adultes autochtones d'améliorer leur situation financière et matérielle en vue de leur retraite⁸².

La sécurité alimentaire

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, la sécurité alimentaire est atteinte lorsque « tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ». L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations⁸³, est le résultat de dix années de travaux au sein de huit régions de l'Assemblée des Premières Nations au Canada. Les résultats d'enquête pour le Québec et le Labrador révèlent que plus du tiers des ménages autochtones (36%) vivent dans un état d'insécurité alimentaire. Les causes en sont nombreuses et comprennent notamment les obstacles systémiques, les inégalités sociales et économiques, la dégradation de

⁷⁹ Le Centre de la Gouvernance de L'information des Premières Nations, *L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations, Résultat pour les adultes, les adolescents et les enfants des communautés des Premières Nations*, P. 34.

⁸⁰ Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des premières Nations du Québec et du Labrador, *Nos aînés... notre identité*, septembre 2007, page 13.

⁸¹ Statistique Canada, *Un portrait des aînés au Canada — 2006*, ministre de l'Industrie, 2007, p. 252, (Les données sont pour l'année 2001.).

⁸² Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des premières Nations du Québec et du Labrador, *Nos aînés... notre identité*, op.cit., page 21.

⁸³ Assemblée des Premières Nations, Université d'Ottawa, Université de Montréal, *Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations*, novembre 2019, 13 pages.

l'environnement, alors que les aliments sains et traditionnels se font rares. Cela concerne également les aîné-es et est d'autant plus vrai en milieu urbain.

En matière d'adaptation, le cas de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, situé à Montréal, est intéressant⁸⁴. Cet Institut reçoit chaque année des personnes issues de communautés autochtones du Nord du Québec, qui se déplacent vers le Sud afin de recevoir des soins de santé. Après consultation auprès des personnes autochtones hébergées, un menu⁸⁵ a été élaboré de manière à correspondre davantage à leurs habitudes alimentaires. Cette initiative semble avoir remporté un franc succès, d'autant que certaines usagères et certains usagers ont eu l'occasion de participer à des ateliers culinaires de groupe afin de préparer eux-mêmes leurs baniques (pain traditionnel autochtone), qu'ils ont ensuite pu déguster.

Le logement

Les données récentes sont difficiles à trouver, mais selon une étude réalisée pour le compte de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, la taille moyenne des ménages dans les communautés des Premières Nations est de 4,3 résidents par logement (excluant les allochtones qui habitent dans des logements des Premières Nations). Plusieurs communautés ont des ménages dont la taille moyenne est supérieure à cinq personnes par logement. À titre de comparaison, la population québécoise affiche un ratio moyen de 2,5 personnes par logement. De plus, l'état physique des logements n'est jugé adéquat que pour 54 % d'entre eux, tandis que plus de 28 % nécessitent des rénovations mineures ou majeures⁸⁶.

Aussi, selon Statistique Canada, les ménages autochtones vivant en milieu urbain sont moins susceptibles que leurs homologues non autochtones de vivre dans des logements dont ils sont propriétaires. De plus, en 2018, le quart des ménages autochtones vivaient dans un logement social et abordable (LSA), soit le double de la proportion des ménages non autochtones. Ce pourcentage élevé rend les ménages autochtones particulièrement vulnérables aux conditions de logement insalubres qui ont une incidence sur la santé et le bien-être⁸⁷.

Ainsi, l'état de santé et de bien-être des personnes autochtones est grandement influencé par la colonisation, l'assimilation, l'exclusion sociale et le racisme systémique subis. S'ajoute à cela l'isolement géographique, la pauvreté, les logements inadéquats et insalubres, les difficultés d'accès à l'éducation, aux soins de santé et aux services sociaux, et l'insécurité alimentaire, la négation du droit à l'autodétermination, la dépossession des ressources territoriales, linguistiques et culturelles, la pollution et la contamination de la faune, des poissons, de la végétation et de l'eau. Tous ces éléments désavantagent les personnes

⁸⁴ [www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/mosaik/la-force-du-nous/diversi-t/une-offre-alimentaire-adaptee-a-notre-clientele-autochtone/].

⁸⁵ Banique, pâté de poisson, soupe de maïs, baies et thés du Labrador.

⁸⁶ Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des premières Nations du Québec et du Labrador, *Nos aînés... notre identité*, op.cit., page 7.

⁸⁷ Statistique Canada, *Expériences en matière de logement et mesures de la santé et du bien-être chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit : résultats de l'Enquête canadienne sur le logement de 2018*, 2023.

autochtones. La CSN en appelle aux différents paliers de gouvernement afin de trouver des solutions pérennes avec les communautés concernées.

2.4 Les soins et services aux aînés en milieu urbain (hors communauté)

De plus en plus d'Autochtones vivent à l'extérieur de leur communauté d'origine, soit parce qu'ils sont nés en milieu urbain ou parce qu'ils s'y sont installés⁸⁸. Il arrive aussi, qu'une personne autochtone vivant au sein de sa communauté nécessite des services spécialisés. Une collaboration s'opère alors avec les établissements de santé du réseau québécois afin qu'elle puisse les obtenir en dehors de sa communauté, le plus souvent en milieu urbain, pour une durée plus ou moins longue selon les soins requis. Au Québec, le phénomène de mobilité vers les villes est en nette augmentation. Plusieurs villes de la province, dont Montréal, Val-d'Or et La Tuque, présentent des populations autochtones importantes⁸⁹.

Les Autochtones du Québec détiennent une carte d'assurance maladie et peuvent, en principe, bénéficier de l'ensemble des soins de santé et des services sociaux du réseau québécois. Toutefois, en milieu urbain, les défis diffèrent de ceux rencontrés dans la communauté et peuvent provoquer un grand choc, particulièrement pour les aîné-es. La perte de repères, l'isolement et l'éloignement de leurs proches, les barrières linguistiques et culturelles, le fait de ne plus avoir accès aux activités coutumières et à la nourriture traditionnelle, les conditions de logement, le racisme et l'âgisme systémiques sont autant de facteurs qui influencent négativement l'expérience en milieu urbain. Cela est d'autant plus vrai concernant l'expérience au sein du réseau. À cet effet, le commissaire Jacques Viens dans son rapport étoffé de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès, indique ceci :

« En milieu urbain, une personne sur cinq chez les membres des Premières Nations et les Inuit qui se sont adressés au réseau de la santé et des services sociaux pour obtenir des soins affirme ne pas avoir obtenu de réponse à sa demande. En fait, même lorsqu'ils sont accessibles, les services de santé et les services sociaux proposés aux populations autochtones urbaines correspondent rarement à leurs besoins et à leurs attentes, tant ils sont éloignés de la philosophie et des façons de faire autochtones en santé ».

La CSN considère que tant le gouvernement que la société doivent tout mettre en œuvre sans plus tarder afin que le réseau québécois de la santé et des services sociaux soit exempt de discrimination et de racisme systémiques et qu'il soit en mesure d'offrir aux personnes autochtones, notamment aux aîné-es, des soins culturellement sécuritaires, adaptés à leurs besoins et conçus en concertation avec les populations concernées.

⁸⁸ Secrétariat de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Les besoins en logement des Premières Nations du Québec et du Labrador*, Étude réalisée pour le compte de l'APNQL par Gaston St-Pierre et associés inc., urbanistes-conseils, octobre 2003, p. 13.

⁸⁹ [www.inspq.qc.ca/rapport-quebécois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-vecue-en-milieu-autochtone/les-populations-autochtones-au-quebec].

2.5 Les soins et services aux aîné-es au sein des communautés

Le soutien à domicile dans les communautés

Le financement des services de soutien à domicile dans les communautés provient majoritairement de deux programmes de Services aux Autochtones Canada⁹⁰. Par le biais de ces programmes sont financés des soins infirmiers, des soins personnels, l'évaluation des besoins, la gestion des cas, le répit, les soins palliatifs, la nutrition, la réadaptation, le prêt d'équipement, etc. Les aîné-es en perte d'autonomie peuvent également recevoir des services de soutien social non médicaux. L'offre de services est tributaire du plan de prestation de services propre à chacune des communautés, lequel est établi en fonction des besoins et du financement accordé⁹¹. Toutefois, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec de 2015 (ERS) démontrent qu'au sein des communautés, de nombreux besoins en matière de soutien à domicile ne sont pas comblés. Moins de la moitié des adultes reçoivent les services dont ils disent avoir besoin⁹². Ces besoins non comblés en raison du manque de ressources et de financement exercent une pression importante sur les communautés, les familles et les individus.

Les personnes proches aidantes

Selon les données de l'ERS de 2015, près d'un adulte sur cinq a déclaré offrir du soutien à un proche ou un membre de sa famille souffrant d'un problème de santé⁹³. Selon cette même enquête, les PPA procurent du soutien à un proche en moyenne 15 heures par semaine, ce qui est non négligeable en matière de temps, d'énergie et d'argent.

L'hébergement et les soins de longue durée dans les communautés

Parmi les Premières Nations, onze communautés ont des établissements d'hébergement et de soins pour aîné-es en perte d'autonomie. Les personnes hébergées ont un profil Iso-SMAF de 9 et moins, elles reçoivent donc moins de deux heures et demie de soins par jour. Ces établissements (centre de santé, poste de soins, établissement d'hébergement et de soins, etc.) ne sont toutefois pas reconnus comme des établissements du réseau québécois. Les services spécialisés ainsi que les soins et services pour aîné-es en perte d'autonomie modérée à majeure (Iso-SMAF de 10 et plus), nécessitent le plus souvent un séjour dans un établissement du réseau québécois⁹⁴.

⁹⁰ Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (SDMCPNI) et le programme d'aide à la vie autonome (AVA), [www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada.html].

⁹¹ Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec — 2015, *État de santé et problèmes de santé chroniques*. Wendake, 2018.

⁹² Idem.

⁹³ Idem.

⁹⁴ Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Le rôle essentiel des personnes proches aidantes : une approche culturelle et humaine pour des soins et des services de qualité*, 2020, page 6.

Face à ces constats, les Premières Nations ont émis au fil du temps et des commissions parlementaires, de nombreuses recommandations qui serait trop fastidieux d'énumérer ici. La consultation des différents documents cités en notes de bas de page permettra de prendre connaissance de ces recommandations. En guise de conclusion du présent chapitre, voici quelques-unes des recommandations en ce qui a trait au soutien à domicile, aux PPA et à l'hébergement des aîné-es des Premières Nations :

« Que l'on consulte les Premières Nations pour toutes politiques concernant les aînés et qu'on les soutienne dans les projets de recherche menés selon les protocoles qu'elles ont développés⁹⁵. »

« Que l'on collabore à la mise en place de programmes de prévention auprès des aînés, au sein même des communautés des Premières Nations⁹⁶. »

« Que l'on reconnaisse la spécificité culturelle des Premières Nations, notamment par la mise en place de mesures d'adaptation appropriées dans les différents services destinés aux aînés⁹⁷. »

« Reconnaître aux Premières Nations leur droit inhérent à l'autonomie gouvernementale et leur pouvoir d'élaborer une politique et un plan d'action distincts pour les personnes proches aidantes⁹⁸. »

La CSN appuie ces recommandations pour l'amélioration du continuum des soins et services aux aîné-es autochtones.

3. Grandes orientations pour améliorer le continuum de soins et de services publics aux aîné-es

Devant les constats dressés dans les deux chapitres précédents, une importante amélioration du continuum de soins et de services aux aîné-es s'impose. Pour la CSN, cela implique nécessairement l'amélioration et le renforcement du réseau public québécois⁹⁹. Au moment d'écrire cette plateforme¹⁰⁰, le gouvernement du Québec a déposé un projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL 15). Ce projet de loi propose une énième réforme du réseau, notamment en instaurant une société d'État appelée Santé Québec. L'efficacité de cette nouvelle structure reposera sur une offre à la fois publique et privée de soins et de services. Pour la CSN, s'il devait être adopté sans modifications, ce projet de loi accentuerait inévitablement la centralisation du réseau, en affaiblira sa démocratie tout en ouvrant la porte encore plus grande à la privatisation des services et donc, à un système à deux vitesses¹⁰¹. Cela engendrerait d'importantes conséquences négatives pour la population, à commencer par une plus grande iniquité d'accès aux soins et aux services. Pour augmenter l'efficacité du réseau, le gouvernement devrait plutôt consolider

⁹⁵ Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador et Commission de la santé et des services sociaux des premières Nations du Québec et du Labrador, *Nos aînés... notre identité*, op.cit., page 21.

⁹⁶ Idem.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ Ibid., page 14.

⁹⁹ Plateforme développée par la CSN, en matière de santé et de services sociaux en 2023, *Vraiment public*, [www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2023/06/plateforme_sante_csn_final_web20.pdf].

¹⁰⁰ Printemps 2023.

¹⁰¹ Pour l'analyse complète faite par la CSN de ce projet de loi, consulter : *Mémoire présenté par la Confédération des syndicats nationaux à la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi n° 15*, [www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2023/05/2023-05-05_memoire-pl15_csn.pdf].

son caractère public, le financer à la hauteur des besoins de la population, en assurer la gestion décentralisée, démocratique et publique et valoriser le personnel et les professions de la santé et des services sociaux.

Dans le cas spécifique des services aux aîné-es, le gouvernement doit garantir une offre publique tout au long du continuum de soins et de services, du domicile à l'hébergement. Il revient au gouvernement de répondre aux besoins de l'ensemble de la population aînée, par une offre de services publics clairement présentée, adéquate, de qualité et équitable. Cela implique que le gouvernement favorise la pleine participation sociale et citoyenne des aîné-es, garantis une offre de services de soutien à domicile à la hauteur des besoins, assure une bonne qualité de vie, de santé et de bien-être des personnes proches aidantes et garantis une offre de services publics d'hébergement et de soins de longue durée à la hauteur des besoins.

Ces grandes orientations que prône la CSN sont détaillées dans les pages suivantes.

3.1 Favoriser la pleine participation sociale et citoyenne des personnes aînées en leur assurant le meilleur état de bien-être physique et mental possible

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le concept de « vieillissement actif » comme « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse¹⁰². » Toujours selon l'OMS, le terme « actif » ne se limite pas à l'activité physique ou à occuper un emploi, mais désigne une implication constante dans des activités économiques, sociales, culturelles, citoyennes ou spirituelles. Ainsi, une personne retraitée ou en perte d'autonomie peut tout à fait demeurer active et avoir une participation sociale et citoyenne satisfaisante et épanouissante.

Pour la CSN, il va de soi que pour favoriser le vieillissement actif de la population, il faut agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé, tout au long de la vie. Ces déterminants sont nombreux et représentent l'ensemble des circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, vieillissent et travaillent. Ces circonstances reflètent des choix politiques et dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources. Parmi les éléments qui déterminent la santé et qui sont des conditions préalables à l'instauration de celle-ci, il y a notamment : l'éducation, l'emploi, le revenu, la sécurité alimentaire, le logement, le transport et l'urbanisme, l'accès à des soins de santé et des services sociaux.

¹⁰² Organisation mondiale de la santé, *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002, 60 pages, [www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

L'éducation

Pour la CSN, l'éducation doit s'inscrire dans une perspective humaniste reposant sur des principes de justice sociale, d'équité et d'inclusion. Il s'agit d'un droit reconnu par les conventions internationales sur les droits de la personne et, en ce sens, les politiques gouvernementales doivent tout mettre en œuvre afin que ce droit soit respecté¹⁰³. Par ailleurs, « un faible niveau éducationnel et professionnel est nuisible à la santé et, à terme, au fonctionnement intellectuel lors de la vieillesse¹⁰⁴. »

L'emploi et le revenu

L'emploi, lorsqu'il offre des conditions de travail sécuritaires et un salaire décent, permet non seulement d'influencer positivement les autres déterminants sociaux de la santé, mais donne également à la personne un sentiment de fierté et de valorisation. Tout cela contribue à un vieillissement actif et en santé. Dans le contexte actuel de rareté et de pénurie de main-d'œuvre, il peut être tentant d'encourager les travailleuses et les travailleurs à retarder le début de leur retraite ou à rappeler au travail des personnes déjà à la retraite. Dans tous les cas de figure, la décision revient à la personne concernée et elle doit être prise de manière volontaire et éclairée. Il y a 170 600 travailleuses et travailleurs âgés de 65 ans et plus au Québec, ce qui représente 4 % des personnes en emploi. La majorité, soit 56 %, des aîné-es en emploi travaillent à temps plein¹⁰⁵. Les employeurs doivent soutenir et accompagner ces travailleuses et travailleurs expérimentés dans les milieux de travail. Au-delà du milieu de travail, le gouvernement doit tenir compte de l'ensemble de la réalité des personnes aînées, sachant que nombre d'entre elles, particulièrement les femmes, agissent comme personne proche aidante. En finançant et en développant adéquatement les services de soutien à domicile, le gouvernement facilite ainsi la conciliation famille-travail de ces personnes.

Le niveau de revenu est l'un des principaux déterminants sociaux de la santé. Il détermine de manière générale les conditions de vie et influe sur les habitudes de vie. Un faible revenu prédispose les familles à ne pas pouvoir s'offrir les conditions de base pour assurer leur santé, telle que la sécurité alimentaire et un logement adéquat. Une telle défavorisation contribue à l'exclusion sociale, faute de moyens financiers, pour participer à des activités culturelles, éducationnelles et récréatives¹⁰⁶. Aussi, la plupart des personnes retraitées ont un revenu fixe puisqu'au Canada, la grande majorité des régimes de retraite à prestations ainsi que les investissements personnels, ne sont pas indexés. Cela signifie que ces rentes de retraite sont fixes et conséquemment, l'augmentation du coût de la vie diminue le pouvoir d'achat de la personne retraitée. Seules les rentes versées par le Régime de rentes du Québec (RRQ), les prestations fédérales comme la pension de la Sécurité de la vieillesse (SV) et le Supplément de revenu garanti (SRG) sont des sources de revenus protégées contre le risque

¹⁰³ Pour en apprendre davantage sur les orientations de la CSN en matière d'éducation et d'enseignement supérieur, consulter la Plateforme suivante : CSN, *Au-delà de la pandémie*, 2022, 68 pages, [www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2022/09/2022-09_publications-csn_plateforme-education_csn.pdf].

¹⁰⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Les déterminants sociaux de la santé, Les faits*, 2000, [www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/9289011890-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y].

¹⁰⁵ Institut de la statistique du Québec, *Portrait des personnes aînées au Québec*, 2023, Consulté août 2023, [www.statistique.quebec.ca/fr/document/portrait-personnes-ainees-quebec].

¹⁰⁶ MIKKONEN, J., D. Raphael, *Déterminants sociaux de la santé. Les réalités canadiennes*, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2011.

d'inflation¹⁰⁷. En 2020, le revenu médian individuel après impôt des aîné-es du Québec était de 34 200 \$ pour les hommes et de 24 100 \$ pour les femmes¹⁰⁸.

La sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire sous-entend un accès à une alimentation saine et suffisante en qualité et en quantité, pour répondre aux besoins vitaux de l'être humain. En vieillissant, les aîné-es peuvent être confrontés à des difficultés (isolement, précarité financière, etc.) qui ont des effets directs sur leur accès à une saine alimentation. À titre d'exemple, mentionnons le fait d'habiter dans un désert alimentaire, dans une ville ou une banlieue où les grands centres commerciaux ne sont accessibles qu'en voiture, ou dans un milieu rural où l'éloignement des commerces nécessite l'utilisation de la voiture. Les personnes en perte d'autonomie ont alors peu accès aux commerces, ce qui les rend d'autant plus vulnérables, voire dépendantes de leur entourage.

Pour contrer ces enjeux, plusieurs solutions existent, comme le développement de commerces et de marchés de fruits et de légumes de quartier, une meilleure offre alimentaire dans les « dépanneurs du coin », la mise sur pied de centres alimentaires communautaires, etc. Aussi, en plus de l'accès physique aux aliments, les aîné-es doivent y avoir accès économiquement. Leur pouvoir d'achat doit leur permettre de se procurer des aliments sains et frais, à un coût raisonnable. En milieu d'hébergement, les aîné-es doivent avoir accès à une diversité d'aliments sains et frais, qui répondent à leurs goûts et à leurs besoins nutritionnels et qui soient culturellement acceptables.

Le logement

Le logement est un important déterminant social de la santé. Un logement malsain, insalubre ou trop onéreux, aura une incidence directe sur la santé des personnes qui l'occupent. Les personnes aînées sont directement touchées par les rénovictions¹⁰⁹ et la hausse des loyers des logements locatifs. Selon l'Institut de la statistique du Québec, la proportion de personnes faisant partie d'un ménage qui occupe un logement non abordable¹¹⁰ est plus élevée chez les groupes d'aîné-es que chez les plus jeunes¹¹¹ : elle est de 14 % chez les 65-74 ans, de 19 % chez les 75-84 ans et de 26 % chez les personnes de 85 ans et plus¹¹². Les femmes aînées, tout groupe d'âge confondu, sont par ailleurs plus susceptibles que les hommes de vivre dans un logement non abordable¹¹³.

Aussi, les organismes communautaires qui travaillent auprès des personnes sans-abris, constatent une augmentation du nombre de personnes aînées nouvellement en situation

¹⁰⁷ [www.rrq.gouv.qc.ca/fr/planification/risques-financiers-lies-retraite/Pages/risque-inflation-a-la-retraite.aspx]

¹⁰⁸ Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Portrait des personnes aînées au Québec*, Op.cit.

¹⁰⁹ La rénoviction ou réno-évicton est une pratique illégale qui consiste à évincer un locataire pour rénover un logement et en augmenter considérablement le loyer.

¹¹⁰ Selon l'ISQ, un logement non abordable est un logement dont les coûts d'habitation représentent 30 % et plus du revenu total du ménage.

¹¹¹ Cette proportion est de 11 % ou moins pour les groupes plus jeunes.

¹¹² Institut de la statistique du Québec, *Portrait des personnes aînées au Québec, 2023*, Op.cit., p.84.

¹¹³ Ibid., page 85.

d'itinérance. Les femmes semblent particulièrement touchées par cette situation. Selon Sonia Côté, PDG de la maison d'hébergement pour femmes, le Chaînon :

« Ce sont des femmes plus âgées, intimidées par leur propriétaire, qui subissent une augmentation de loyer importante. Elles sont passées à travers leurs économies, elles n'ont plus d'argent, elles arrivent au Chaînon avec des cannes, des marchettes. Plus qu'avant¹¹⁴. »

Le phénomène du vieillissement de la population itinérante semble se constater à l'échelle de l'Amérique du Nord¹¹⁵. Plus que jamais, le gouvernement doit garantir une offre d'habitation diversifiée, adaptée et abordable, répondant à l'évolution des besoins des aîné-es. Aussi, une planification interministérielle permettrait que le parc immobilier résidentiel réponde à la croissance et à la transformation de la demande. L'aide gouvernementale, historiquement axée sur le soutien du marché des maisons individuelles à travers les prêts hypothécaires, doit s'adapter aux transformations sociales, qu'elles soient liées à la hausse des divorces, au maintien à domicile des aîné-es, à l'immigration temporaire ou à la natalité. De façon générale, les centres urbains régionaux gagneraient à être densifiés pour répondre aux nouveaux besoins, en favorisant la mixité sociale, par un maximum de composantes non spéculatives (OSBL, coopératives d'habitation, fiducie foncière). Cela nécessite notamment de mieux financer et soutenir le développement du logement social pour aîné-es, ainsi que les organismes communautaires et les coopératives d'habitation pour aîné-es à revenus faibles ou modestes. En ce qui a trait aux résidences privées pour aîné-es, pourquoi ne pas mettre en place une table de travail où les propriétaires, les employeurs et les représentantes et représentants syndicaux des employé-es pourraient convenir de solutions pour améliorer la situation?

Le transport

Le transport collectif ou adapté facilite la mobilité des aîné-es, surtout s'il est accessible (peu onéreux, voire gratuit) et sécuritaire. Aussi, la ville doit être pensée en fonctions des besoins de l'ensemble de la population, y compris ceux des personnes âgées. À titre d'exemples, le verdissement des milieux urbains, un aménagement avec des parcs, des toilettes et des bancs publics, des pistes cyclables et des trottoirs larges, déneigés et éclairés, accessibles aux fauteuils roulants, favorisent la mobilité des personnes aîné-es et encouragent le transport actif.

Une vision holistique de la santé et du bien-être

De plus, la population âgée, à l'instar de l'ensemble de la population québécoise, est diversifiée en termes d'origine, de cultures, de croyances religieuses, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, etc. Le gouvernement se doit de protéger les aîné-es des différentes formes de discriminations, d'injustices et de maltraitance dont elles peuvent être plus à risque en vieillissant. Cela implique de lutter activement et efficacement pour enrayer l'âgisme, l'homophobie, la transphobie, le racisme et la maltraitance systémiques. Le premier pas dans cette lutte est de reconnaître l'existence de ces fléaux, pour ensuite sensibiliser, former et prévenir.

¹¹⁴ DUSSAULT, Lila, *La Presse*, *L'itinérance au féminin*, 19 juin 2023, [www.lapresse.ca/actualites/2023-06-19/l-itinerance-au-feminin/poussee-a-la-rue-a-67-ans.php].

¹¹⁵ ROWLAND, Christopher, *The Washington Post*, *Seniors are flooding homeless shelters that can't care for them*, 22 Mai 2023.

Ainsi, la pleine participation sociale et citoyenne des aîné-es nécessite une vision holistique de la santé et du bien-être qui doit être prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques et des orientations gouvernementales et ministérielles. En effet, les déterminants sociaux touchent de multiples aspects de la vie des individus et de multiples ministères du gouvernement. Il serait donc intéressant de créer un commissaire national aux déterminants sociaux de la santé qui pourrait ainsi permettre de documenter et de soutenir l'action en la matière, tout en assurant le suivi de la performance en matière de lutte aux inégalités. En plus d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé, l'État se doit d'être exemplaire en matière de respect des droits et libertés de la personne et prémunir la population de toutes formes de maltraitance et de discriminations systémiques.

3.2 Garantir une offre de services publics de soutien à domicile à la hauteur des besoins des aîné-es

Le soutien à domicile est la pierre angulaire du continuum de services aux aîné-es. La grande majorité des personnes âgées souhaitent vivre à domicile le plus longtemps possible et les services de soutien à domicile permettent de respecter cette volonté, tout en aidant la personne âgée à outrepasser sa perte d'autonomie.

La vision CSN du soutien à domicile favorise le maintien de liens familiaux et sociaux de qualité entre les aîné-es et leur entourage. Cette vision implique nécessairement la continuité et l'intégration de soins et de services publics de qualité offerts selon l'intensité requise par le niveau d'autonomie de la personne âgée et en temps opportun.

Les CLSC, présents sur l'ensemble du territoire québécois, doivent retrouver leur mission première, celle de jouer le rôle d'intégration des services de première ligne et leur déploiement dans chaque communauté selon les besoins spécifiques de celle-ci. Cela comprend notamment les services de soutien à domicile, mais également les services sociaux et psychosociaux. Ainsi, en plus de planifier et de compléter l'offre de services de soutien à domicile, le gouvernement doit confirmer les CLSC comme principaux fournisseurs de ces services. Par ailleurs, depuis de nombreuses années, la CSN demande au gouvernement fédéral de procéder à la modernisation de la *Loi canadienne sur la santé* afin qu'elle reconnaisse et couvre les services de soutien à domicile comme étant des services requis, au même titre que les soins médicalement requis¹¹⁶. Cela permettrait d'améliorer grandement l'accès et le financement de ces services.

Au Québec, jusqu'à tout récemment, les services de soutien à domicile étaient régis par la Politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*¹¹⁷. En 2004, le gouvernement a produit un document intitulé *Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*¹¹⁸. Ce dernier devait contribuer à

¹¹⁶ La *Loi sur la santé et les services sociaux du Québec* devra être modifiée en conséquence.

¹¹⁷ MSSS, *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix*, Février 2003, 43 pages, Consulté août [\[www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf\]](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf).

¹¹⁸ MSSS, *Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, 2004, 41 pages, [\[www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-704-01.pdf\]](http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-704-01.pdf).

l'harmonisation des pratiques dans toutes les régions, tous les territoires locaux et pour l'ensemble des personnes ayant besoin de services de soutien à domicile, y compris les personnes proches aidantes et les familles. Malheureusement, faute de financement adéquat, cette politique n'a pas su atteindre ses objectifs. En 2023, soit 20 ans après la publication de la politique, des orientations du MSSS¹¹⁹ sont venues actualiser ladite politique sur le soutien à domicile. Les intentions paraissent nobles sur papier, mais pour une réelle amélioration, le gouvernement doit opérer un véritable virage vers le soutien à domicile. Pour ce faire, il doit en rehausser le financement à la hauteur des besoins et renverser la lourde tendance à la privatisation. D'autant plus que les services à la personne relèvent spécifiquement du réseau public. Toute sous-traitance de ces services vers le secteur privé doit cesser afin de respecter le consensus de 1996 selon lequel, le recours aux Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) ne doit pas se faire en concurrence avec les services publics. Le gouvernement doit améliorer le financement des EÉSAD pour améliorer les conditions de travail du personnel des EÉSAD. De meilleures conditions de travail et salariales permettraient de réduire le haut têt de roulement du personnel, tout en améliorant l'accessibilité et la qualité des services.

De plus, l'organisation des services à domicile devrait comprendre des visites de médecins à domicile, favoriser le travail interdisciplinaire et assurer l'identification et l'évaluation rapides des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Elle doit également permettre la réévaluation de l'état de santé ainsi que l'ajustement des services selon l'évolution des besoins. Ces services publics doivent être accessibles dans tous les types de « domicile », y compris dans les résidences privées pour aîné-es.

3.3 Assurer la meilleure qualité de vie, de santé et de bien-être possible des personnes proches aidantes

Une offre de soutien à domicile qui couvre l'ensemble des besoins des personnes âgées devrait également permettre de soutenir adéquatement les personnes proches aidantes (PPA) dont la responsabilité ne saurait reposer entièrement sur leurs épaules. L'engagement comme PPA doit être le résultat d'un choix libre et éclairé. Le soutien de l'État doit servir à appuyer ce choix et à permettre de maintenir une relation personnelle de qualité avec la personne âgée. Le soutien aux PPA est un gage de longévité et de pérennité pour les services publics de soutien à domicile et pour le modèle de société d'entraide et de solidarité intergénérationnelle que nous souhaitons. Aussi, dans l'élaboration et le financement de l'offre de services aux aîné-es, le gouvernement doit inévitablement tenir compte des besoins propres aux PPA. Ces dernières doivent être considérées comme usagères à part entière du réseau. Depuis 2021, il existe une Politique nationale pour les personnes proches aidantes¹²⁰. Il s'agit là d'une première au Québec et certainement d'une reconnaissance des personnes qui s'engagent dans un rôle de PPA. Il reste à traduire cette politique en résultats concrets dans la vie des PPA, avec des plans d'action et du financement adéquat et garanti sur le long terme.

¹¹⁹ MSSS, *Orientations en soutien à domicile. Actualisation de la Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix*. 2023, 77 pages, [www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-704-01W.pdf].

¹²⁰ [www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf].

En 2018 au Québec, près de 1,5 M de personnes âgées de 15 ans et plus agissaient comme PPA, soit un peu plus de 21 % de la population québécoise¹²¹. Cela démontre, d'une part, à quel point les besoins en matière de services de soutien à domicile sont grands, et d'autre part, l'importance des PPA dans l'écosystème du soutien à domicile.

Plusieurs facteurs, dont le sexe, influencent significativement les situations de proche aidance. De manière générale, les femmes (24 %) sont plus susceptibles d'assumer un rôle de PPA que les hommes (18 %)¹²² et lorsqu'elles le font, elles assument une plus grande charge de responsabilités, tout en devant conjuguer cela avec un travail rémunéré et les soins à prodiguer à leurs propres enfants. Aussi, elles investissent souvent plus de temps à la proche aidance et composent avec une plus grande diversité de tâches¹²³. Ainsi, dans une plus grande mesure que les hommes, les femmes proches aidantes vont effectuer des travaux domestiques, l'entretien de la maison, l'organisation des soins, des opérations bancaires, des soins personnels, voire des traitements et soins médicaux. Les hommes proches aidants vont davantage offrir des services de transport¹²⁴. Selon les données canadiennes, 30 % des femmes proches aidantes doivent s'absenter du travail et 6,4 % vont jusqu'à devancer leur retraite, démissionnent ou sont congédiées. Par ailleurs, 4,7 % ont dû refuser un emploi ou une promotion en raison de leurs responsabilités de proches aidantes¹²⁵. On constate finalement que le fardeau que doivent porter les femmes « nuit en outre à leur sécurité financière tant actuelle que future, compte tenu de la diminution des économies personnelles et des contributions aux régimes de retraite publics et privés¹²⁶. » Tout cela sans compter les difficultés auxquelles sont confrontées les PPA, comme l'augmentation de la charge mentale, le stress, l'isolement social et la culpabilité. Il faut donc lutter contre l'appauvrissement et l'épuisement des PPA, tant par une meilleure offre de services de soutien à domicile, que par le biais de soutien direct aux PPA.

Pour mieux soutenir l'engagement des PPA, l'offre de services en matière de soutien à domicile doit prévoir des services de répit, d'accompagnement lors de rendez-vous médicaux, de centres de jour, de gardiennage, de transport, de soutien psychosocial, etc. À cela devrait s'ajouter de l'aide offerte directement aux personnes proches aidantes qui, faut-il le rappeler, sont des « proches » avant d'être des « aidantes ». Elles doivent être considérées à titre d'usagères à part entière du réseau de la santé et des services sociaux et leurs besoins doivent être régulièrement évalués afin d'y répondre adéquatement et en temps opportun.

¹²¹ Observatoire québécois de la proche aidance, *Qui sont les personnes proches aidantes au Québec et quel type de soutien apportent-elle ? Une analyse différenciée selon le sexe et l'âge*, Mai 2023, 40 pages, [www.observatoireprocheaidance.ca/wp-content/uploads/2023/06/2023-06-02-Donnees-sur-la-proche-aidance_final.pdf]

¹²² Observatoire québécois de la proche aidance, *Qui sont les personnes proches aidantes au Québec et quel type de soutien apportent-elle ? Une analyse différenciée selon le sexe et l'âge*, Ibid., p.13.

¹²³ Conseil du statut de la femme, *Les proches aidantes et les proches aidants au Québec. Analyse différenciée selon les sexes*, [www.csf.gouv.qc.ca/edition-numerique/proche-aidance/#:~:text=Le%20Conseil%20du%20statut%20de,les%20femmes%20et%20les%20hommes].

¹²⁴ Observatoire québécois de la proche aidance, *Qui sont les personnes proches aidantes au Québec et quel type de soutien apportent-elle ? Une analyse différenciée selon le sexe et l'âge*, Ibid., p. 25.

¹²⁵ LAVOIE, Jean-Pierre et al. *La responsabilité des soins aux aînés au Québec : du secteur public au privé*, IRPP, 2014, [www.irpp.org/wp-content/uploads/2014/09/study-no48.pdf].

¹²⁶ Ibid., p.14.

Pensons notamment à de la formation pratique et pertinente, des services psychosociaux, des groupes d'entraide, etc. Ces services peuvent se déployer dans la communauté en collaboration avec les organismes communautaires partenaires. Encore faut-il néanmoins que le gouvernement finance adéquatement ces organismes.

Pour offrir un soutien plus rapide, pourquoi ne pas développer un service de consultation téléphonique accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à l'instar de la ligne Info-Social 811, spécifique aux PPA? Elles pourraient ainsi bénéficier d'accompagnement et de référencement de manière plus simple et sans délai.

À cela doivent s'ajouter des mesures législatives et fiscales visant à faciliter la conciliation famille-travail-études qui tiennent compte des réalités et besoins spécifiques des PPA. La *Loi sur les normes du travail* (LNT) prévoit certains congés pour faciliter la conciliation travail/proche aidante. Une personne qui compte trois mois de service continu peut s'absenter jusqu'à dix jours par année pour remplir ses obligations de PPA. Deux de ces dix jours seront rémunérés si elle est à l'emploi depuis au moins trois mois et qu'elle ne s'est pas déjà absentée deux jours pour maladie au cours de l'année¹²⁷. Dans le cas d'une maladie grave ou d'un grave accident d'un proche, la PPA peut s'absenter jusqu'à seize semaines sans salaire¹²⁸. Ces modifications apportées à la LNT sont certes des améliorations, mais la CSN est d'avis qu'il reste encore beaucoup à faire pour soutenir efficacement les PPA dans leurs nombreuses responsabilités.

Ainsi, non seulement les services de soutien à domicile doivent-ils répondre aux besoins de l'aîné-e, mais ils devraient s'intensifier lorsque les besoins augmentent ou se complexifient. Rappelons que le manque de services constitue la première cause d'épuisement des PPA. Or, sans PPA, la volonté de l'aîné-e de demeurer à domicile risque d'être fortement compromise et les conséquences pour le système de santé seront importantes puisque l'hébergement en institution coûte de loin plus cher que les services de soutien à domicile.

En bref, la CSN considère qu'il est primordial que le gouvernement épaulé adéquatement ces personnes qui jouent un rôle essentiel pour leurs proches et qui sont d'un apport considérable pour la société. Le gouvernement doit non seulement garantir une offre publique à la hauteur des besoins de soutien à domicile, mais il doit également tout mettre en œuvre afin d'assurer une qualité optimale de vie, de santé et de bien-être à ces personnes aimantes et dévouées.

¹²⁷ Article 79.7 LNT

¹²⁸ Article 79.8 LNT

3.4 Garantir une offre de services publics d'hébergement et de soins de longue durée à la hauteur des besoins des aîné-es

Lorsque la perte d'autonomie devient très lourde, les personnes aînées doivent pouvoir être hébergées dans un milieu qui offre des soins publics de longue durée de qualité et adaptés à leurs besoins évolutifs.

Au printemps 2021, le gouvernement a dévoilé la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée, *Des milieux de vie qui nous ressemblent*¹²⁹. Elle s'applique à toute personne adulte ayant recours à l'hébergement de longue durée, et ce, peu importe la raison : perte d'autonomie, déficience intellectuelle ou physique, trouble neurocognitif majeur, trouble du spectre de l'autisme, problème de santé mentale ou dépendance. Elle vise également tous les milieux d'hébergement : CHSLD, RI-RTF, MDA, et MA. La CSN s'explique mal qu'aucun membre du personnel de terrain ni leurs représentants syndicaux n'aient fait partie du comité d'experts mis en place pour l'élaboration de la politique. L'implication du personnel qui travaille tous les jours auprès de personnes hébergées aurait pu diversifier les perspectives et contribuer grandement à la réflexion sur l'amélioration des conditions d'hébergement ainsi que des soins de longue durée. Dans tous les cas, beaucoup restent encore à faire en la matière.

La vision CSN de l'hébergement des aîné-es en grande perte d'autonomie implique un réseau public fort, en mesure d'assurer le continuum de soins et de services aux aîné-es, et ce, sans bris de services. Cela implique aussi une prise en charge adéquate des personnes dès que leur état de santé ou leur niveau d'autonomie le nécessite. Ainsi des services de soutien à domicile en temps opportun et fourni, selon les besoins de l'aîné-e, permettront de ralentir la perte d'autonomie et conséquemment, d'éviter l'hébergement hâtif.

Aussi, l'hébergement public doit être pensé de manière à éviter l'isolement et la ghettoïsation des aîné-es hébergés. La mixité sociale représente une richesse autant pour la société que pour les individus. De plus, l'offre publique d'hébergement devrait se répartir équitablement sur l'ensemble du territoire québécois, afin d'éviter le plus possible les déménagements éloignés, la séparation des couples et des familles.

La vision CSN de l'hébergement s'inscrit aussi dans une vision centrée sur la dignité de la personne et la réponse à ses besoins. Les CHSLD vétustes et mal entretenus n'ont plus leur raison d'être. Quant aux maisons des aînés l'idée de base pouvait sembler alléchante, mais vu les coûts élevés de construction et le très petit nombre de places offertes, la CSN considère que le gouvernement doit poursuivre ses travaux. Il doit pouvoir offrir un modèle d'hébergement qui propose un milieu de vie le plus naturel possible, qui respecte le rythme de vie des aîné-es, leurs préférences, le maintien, voire le rétablissement de leurs capacités et qui puisse profiter au plus grand nombre de personnes aîné-es.

¹²⁹ Gouvernement du Québec, *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée : Des milieux de vie qui nous ressemblent*, 2021.

Il va de soi que tout cela nécessite un financement adéquat des soins de longue durée. Nous l'avons vu dans le chapitre 1, le sous-financement chronique et le manque de services ouvrent la porte à la privatisation de ces derniers. Cela accentue les inégalités sociales, en plus de fragiliser le réseau public.

Dans le cas des CHSLD privés non conventionnés, d'une part la CSN considère qu'ils devraient tous être conventionnés, que leur gestion devrait être publique et que peu importe la propriété de l'immeuble, les conditions de travail du secteur public devraient s'appliquer aux travailleuses et aux travailleurs qui dispensent des soins de longue durée.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit mettre sur pied un groupe de travail paritaire (patronal-syndical) pour déterminer des ratios de personnel permettant d'assurer en tout temps une prestation adéquate de services aux personnes hébergées selon leur profil de besoins. Il en est de même pour la planification de la main-d'œuvre qui doit permettre de garantir la qualité et l'intensité des services. En ce sens, la planification de la main-d'œuvre doit permettre d'éviter qu'en cas d'absences (prévisibles et imprévisibles), la charge ne soit pas répartie sur les autres membres du personnel dont la charge de travail est déjà complète. Le gouvernement doit s'assurer que, peu importe le milieu de vie, les personnes âgées reçoivent en tout temps les soins et services qu'elles requièrent. Le tragique cas de la pandémie de COVID-19 nous a démontré à quel point les personnes âgées n'ont souvent pas de moyens pour pallier le manque de personnel pour leurs soins et services. Elles n'ont pas d'options quand personne n'est disponible pour des besoins aussi élémentaires que de s'hydrater. Dans de tels cas, les conséquences sont tragiques, voire mortelles. Les aîné-es méritent d'être traités avec respect, dignité et solidarité.

Pour la CSN, des services d'hébergement et des soins de longue durée de qualité, passe non seulement par du personnel qualifié en nombre suffisant, mais aussi par une organisation du travail et des conditions de travail et de pratique qui favorisent le travail interdisciplinaire, qui permettent la reconnaissance de l'autonomie professionnelle et qui assurent le respect de la dignité des personnes hébergées et du personnel qui prend soin d'elles. De plus, la rémunération doit permettre de contrer l'appauvrissement du personnel. De nouvelles places d'hébergement doivent être développées et celles existantes doivent être améliorées afin d'offrir un milieu de vie stimulant, sécuritaire et adapté aux besoins des personnes hébergées. Le gouvernement doit cesser de confier des places d'hébergement aux résidences privées pour aînés et aux CHSLD privés non conventionnés. Qui plus est, l'ensemble des CHSLD du Québec devraient être nationalisés, ou à tout le moins, conventionnés. Aussi, la CSN souhaite que le MSSS crée une table de travail relative aux résidences privées pour aînés, de concert avec tous les partenaires, en s'assurant que la voix des travailleuses et des travailleurs de ce secteur soit écoutée et prise en considération dans la recherche de solutions pérennes.

Conclusion

En conclusion, la CSN promeut une vision holistique du bien-être et de la santé des aîné-es, basée sur la prévention et un continuum de soins et de services intégrés offerts par un réseau public exempt de racisme systémique. Cela implique non seulement la prise en compte des besoins de la personne aînée et de la personne proche aidante, mais aussi de leur volonté propre. Dans le cas des aîné-es autochtones, cela implique également la reconnaissance du droit à l'autodétermination des peuples autochtones, ainsi que le droit de recevoir des soins de santé culturellement sécuritaires.

L'accessibilité et la qualité des soins et services aux aîné-es sont tributaires de l'état de l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux. La plateforme CSN *Vraiment public* adoptée au printemps 2023, met de l'avant les orientations que porte la CSN pour renforcer le réseau et consolider son caractère public. Cela comprend notamment un financement à la hauteur des besoins de la population, une gestion décentralisée, démocratique et publique du réseau et la valorisation du personnel et des professions de la santé et des services sociaux.

La présente plateforme CSN *Dignité et solidarité* expose l'urgence d'améliorer les soins et services aux aîné-es. Il s'agit d'un domaine sous-financé et désorganisé depuis trop longtemps. Au fil des ans, ce sous-financement a encouragé le développement du secteur privé à but lucratif. La CSN ne cessera de le marteler, la recherche du profit est antinomique avec la dispensation de soins, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de personnes aînées en perte d'autonomie.

En 2020, les conséquences dramatiques de la pandémie de COVID-19 ont démontré l'état fragile et précaire du réseau public. La population aînée hébergée en institution a payé le prix cher de la désorganisation et du manque de ressources et de préparation du réseau pour faire face à une telle crise sanitaire. Cela a donné lieu à des situations intolérables de maltraitance systémique, allant dans certains cas jusqu'au décès.

À l'heure où le gouvernement semble vouloir accentuer la centralisation et la privatisation du réseau, la CSN revendique plus que jamais la pleine participation sociale et citoyenne des aîné-es, une offre de services publics de soutien à domicile, d'hébergement et de soins de longue durée à la hauteur des besoins, ainsi que des services publics et des mesures sociales qui soutiennent adéquatement les personnes dans leur rôle de proche aidant. La CSN demeure engagée dans cette quête afin que les personnes aînées soient traitées avec respect et dignité, en toute solidarité.